

---

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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



***ETUDE DU POTENTIEL D'ÉLARGISSEMENT DE  
L'ESPACE BUDGÉTAIRE DEDIÉ A LA SANTÉ EN  
RÉPUBLIQUE DU BURUNDI:***

*Latitudes et opportunités de mobilisation de ressources  
additionnelles pour informer la future stratégie de financement  
de la santé*

***RAPPORT TECHNIQUE***



***Samia Laokri, Ephrem Niyongabo, Jewel Salcedo Cain,  
Clémentine Murer et Laurence Lannes***

***BUJUMBURA, 20 AVRIL 2020***

---

## Contributions et remerciements

---

La présente étude bénéficie d'un financement de Gavi–The Vaccine Alliance dans le cadre d'une assistance technique au financement de la santé au Burundi. Mise en œuvre par la Banque mondiale, celle-ci a été menée sous la direction de Laurence Lannes (économiste en chef, Banque Mondiale). L'équipe technique a été conduite par Samia Laokri (économiste de la santé et auteur–investigatrice principale) et composée de Ephrem Niyongabo (économiste pays), Jewelwayne Salcedo Cain (analyste) et Clémentine Murer (consultante).

L'équipe technique a bénéficié de l'apport des collaborateurs staff de la Banque mondiale pour la collecte, la validation et l'interprétation des données ainsi que pour la révision interne du rapport : en particulier, nous remercions Messieurs Olivier Basenya (spécialiste santé en chef), Alain-Désiré Karibwami (spécialiste santé senior), Richard Shugugu (analyste), Cindy Audiguier (économiste) et Gilbert Niyongabo (consultant). Nous remercions aussi chaleureusement Mesdames Amba Denise Sangara et Nadia Nkwaya Beza (assistantes au programme, Banque mondiale) qui ont apporté un soutien logistique à l'équipe technique tout au long du projet.

Nous souhaitons pleinement remercier l'ensemble des personnes ressources au sein des entités publiques de l'État, ministères sectoriels et départements et programmes de santé, partenaires au développement du secteur de la santé et bureaux conseils ayant contribué à rendre ce travail analytique possible et de qualité. L'équipe tient tout particulièrement à saluer le leadership de Dr. Nina Christine Niyonsavye, Directrice Générale de la Planification au sein du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida (MSPLS) pour le suivi des études.

Les auteurs aimeraient remercier également les orientations et le leadership de Magnus Lindelow (Practice Manager, Health Nutrition and Population Global Practice) et Véronique Kabongo (Country Manager Burundi).

Les auteurs et contributeurs de l'étude : Samia Laokri, Ephrem Niyongabo, Jewel Salcedo Cain, Clémentine Murer et Laurence Lannes.

Citation souhaitée : Banque mondiale et Gavi–The Vaccine Alliance, « Etude du potentiel d'élargissement de l'espace budgétaire dédié à la santé en République du Burundi : Latitudes et opportunités de mobilisation de ressources additionnelles pour informer la future stratégie de financement de la santé », Bujumbura, 20 Avril 2020

## Résumé exécutif

---

**L'élaboration d'une stratégie nationale pertinente et cohérente pour le financement futur adéquat et pérenne de la santé doit reposer sur la production de données fiables et l'utilisation de preuves factuelles utiles au développement durable du secteur.** Dans cette optique, une étude de l'espace budgétaire national et sectoriel disponible permet d'émettre une série d'orientations stratégiques utiles à la réflexion sur la nécessité d'une réforme du financement sectoriel santé. Différents scénarios ont été explorés. Des options ont été alimentées par l'analyse approfondie des opportunités de mobilisation pour le secteur de ressources additionnelles internes et externes. Un diagnostic complet du financement de la vaccination a été établi dans le cadre d'une étude conjointe, mettant en exergue les contraintes et opportunités de financement des vaccins et de la vaccination dans le spectre du financement du système national de la santé. Ces travaux offrent une base de réflexion solide préparatoire à une éventuelle réforme future du financement du système national de santé.

**Le processus d'appui technique mis en œuvre par la Banque mondiale avec l'appui de Gavi–L'alliance pour les vaccins et la vaccination a été envisagé de façon à ce que le pays puisse élaborer sa propre stratégie de financement adéquat et pérenne.** Le travail analytique a été entamé en mai 2019. L'approche utilisée s'est voulue participative et inclusive. Ainsi, lors de sessions d'échanges, ponctuées par deux missions menées en mai 2019 et en février 2020, une large palette d'acteurs clés a pu

être sollicitée et a été invitée à alimenter la réflexion. Ce travail technique a pour but ultime de faciliter le développement d'une future stratégie de financement consensuelle et découlant directement des préoccupations politiques et techniques du pays. Les avis et contributions des parties prenantes consultées ont été pris en compte pour orienter les pistes et actualiser les résultats et projections réalisées dans le cadre de l'analyse approfondie de la soutenabilité du système de financement de la santé.

**L'étude préalable des contextes sanitaire, démographique et socio-économique a permis de dresser le portrait des défis futurs de couverture sanitaire et documente la nécessité d'élargir l'espace budgétaire à dédier au secteur de la santé.** Au Burundi, l'état de santé de la population est marqué par les effets conjoints de la conjoncture économique, des fluctuations récentes de ressources financières allouées à la santé et de la tendance au sous-financement du secteur. En dépit des efforts menés, le niveau de performance du système national de santé se révèle à certains égards comparativement moindre que dans les pays comparateurs. De façon globale, l'espérance de vie estimée à 57 ans, en 2016, est le reflet d'une performance insatisfaisante par rapport aux résultats possibles à niveau de richesse similaire. De même, la mortalité infantile reste élevée, estimée à 43 décès pour 1000 naissances vivantes en 2017. Le fardeau des maladies et en particulier de la malnutrition parmi d'autres facteurs de risques (tels que l'insalubrité de l'eau et le défaut de standards d'hygiène pour certains groupes de la population) contribuent aux sous-performances observées au Burundi. La croissance

démographique, la part de la population ne rencontrant pas les besoins essentiels (de santé), le niveau de pauvreté de la population, les iniquités territoriales ou encore le manque de protection sociale et financière de la population contre les risques liés à la santé sont autant de facteurs additionnels justifiant une mobilisation accrue de ressources financières pour le secteur.

**La recherche, l'analyse et la détermination des stratégies les plus appropriées pour une mobilisation effective de ressources additionnelles en faveur du secteur démontre l'existence d'une marge de manœuvre réelle et significative.** L'élargissement budgétaire attendu à la santé reposera vraisemblablement sur la conciliation d'options stratégiques les plus pertinentes à court et plus long terme. A cet effet, cinq grands piliers analytiques représentant chacun une multitude de possibilités ont été explorés minutieusement. Pour chacun des piliers, des hypothèses ont été avancées et plusieurs scénarios fictifs ont été documentés dans une tentative de valorisation des potentiels d'élargissement budgétaire affectable à la santé. L'étude ouvre des pistes et propose des orientations stratégiques qui devront ensuite faire l'objet d'arbitrages et d'appropriation par les parties prenantes.

Premier pilier analytique – **Reposant sur les prévisions de croissance de la richesse nationale, le premier pilier analytique n'engage que fort peu de perspectives d'accroissement budgétaire pour le secteur.** La marge de manœuvre espérée par ce levier est par définition totalement dépendante de la conjoncture économique. Or, dans un

mouvement global de ralentissement économique, les perspectives de croissance du produit intérieur brut (PIB) sont au Burundi très réduites. En termes réels, la croissance nationale est estimée négative à l'horizon 2021. Plutôt qu'une expansion, les prévisions à court terme dans un tel cadre macroéconomique présagent davantage une tendance à la contraction des recettes et des dépenses publiques. Néanmoins, ou plutôt de ce fait, il apparaît évident en période de récession que la population est soumise à de nouvelles pressions—qu'elles soient d'ordre économique, social ou sanitaire. Pour contrer les effets traditionnels d'une économie en berne, des choix politiques forts peuvent être envisagés. Parmi ceux-ci, il subsiste l'option d'une réaffectation budgétaire forfaitaire vers les dépenses prioritaires et stratégiques, ayant indirectement un potentiel de renforcement de l'économie et du bien-être sociétal comme c'est le cas de la santé. Ainsi, bien que très modéré, le potentiel d'élargissement de l'espace budgétaire se situerait principalement dans la mobilisation accrue des recettes existantes, ou dans la réaffectation des gains budgétaires réalisés par la politique de consolidation des dépenses (maîtrise des dépenses). L'évocation de telles hypothèses trouve écho dans le fait que le Burundi semble moins bien performer depuis 2014 que ses homologues face aux défis mondiaux et nationaux – e.g. croissance économique annuelle du PIB réel substantiellement inférieure à la moyenne observée pour les pays de la communauté d'Afrique de l'Est, déficit budgétaire et endettement significativement au-delà de la moyenne des pays à bas revenu et supérieurs aux normes prudentielles dans le domaine.

Alors qu'une norme empirique de 5% du PIB constitue un seuil d'investissement recommandé pour le secteur santé, le pays aurait en moyenne sur 2016 à 2020 alloué, selon les finances, le faible pourcentage de 2.6% de sa richesse nationale à la santé. Cet écart normatif, couplé aux besoins accrus objectivés pour ce secteur, encore exacerbés par une économie au ralenti, pourrait justifier le choix d'une redéfinition plus favorable à la santé de la ventilation de l'allocation budgétaire globale de l'État. Illustrant un tel scénario, un pourcent additionnel du PIB réel qui serait affecté à la santé représenterait environ un dégageant annuel estimé à (>30 millions US\$). Un autre canal étudié, et propice à l'élargissement budgétaire futur, résiderait dans une élasticité au prix favorable à la dépense publique de santé. Surfant sur la perspective à moyen terme de conditions macroéconomiques positives, le coefficient de régression estimé dans notre modèle à 2.7 en moyenne indiquerait qu'un pourcent de variation du PIB per capita équivaldrait à 2.7 pour la santé. Malgré la conjoncture économique, le Gouvernement dispose de quelque option solide pour soutenir ses politiques sectorielles.

**Second pilier analytique – En qualité de secteur prioritaire dans le budget de l'État, la santé bénéficie déjà d'un effort budgétaire de la part du Gouvernement, minant ainsi le potentiel d'élargissement attendu grâce à une nouvelle repriorisation sectorielle favorable à la santé.** Le secteur santé a en effet connu un engagement croissant et déterminant jusqu'en 2015. La part du budget de l'État consacré à la santé avait atteint le plafond de 13.7% au prix courant selon les

estimations du Ministère en charge des finances. Avec l'éducation et l'agriculture, la santé s'avère donc une priorité budgétaire du Gouvernement. En 2019-2020, la part du budget de l'État allouée à la santé plafonne cependant à 10.8%, ce qui dévoile un engagement en perte de vitesse, et largement inférieur aux niveaux observés durant la période pré-2015. La tendance future (à l'horizon 2021) semble se renverser avec plusieurs engagements au plus haut niveau de l'État. Par exemple, dans son plan de développement sectoriel santé, le pays a entériné la perspective d'un réengagement pour le secteur, ciblant d'abord 12% du budget de l'État pour la santé. Ensuite, la cible seuil de 15% du budget de l'État, exprimée dans les accords d'Abuja, est reprise dans les recommandations phares de la conférence nationale de santé récemment tenue (en septembre 2019). Ainsi, dans une perspective de repriorisation budgétaire pour couvrir les besoins accrus en santé, la santé pourrait plausiblement se voir affecter une part progressivement plus importante de l'enveloppe globale. Une telle repriorisation se justifierait entièrement au vu du montant per capita largement inadéquat pour garantir ne fut-ce que la couverture en besoins essentiels de la population burundaise. Se chiffrant autour de US\$ 29.9 par habitant (selon les derniers comptes de la santé en 2013), le niveau de la dépense totale de santé se situe amplement en deçà des seuils recommandés internationalement. Sur cet aspect, le secteur apparaît gravement sous-financé. Le renforcement des efforts déjà consacrés pour améliorer l'adéquation du financement aux besoins et objectifs stratégiques de santé publique est vital. Si un possible accroissement

budgetaire est néanmoins envisageable, il sera dépendant de décisions fortes pour le secteur et s'opérerait dans la limite de contraintes externes au secteur de la santé, notamment celles liées aux prévisions macroéconomiques et à l'évolution à court terme du budget global de l'État.

Troisième pilier analytique – **Politiquement soutenu, l'accroissement observé et annoncé de ressources domestiques se révèle très prometteur en termes de redistribution future des ressources nouvellement générées.** En réaction au besoin de réduire la dépendance du système de financement aux fluctuations extérieures, le Gouvernement a déjà multiplié les efforts pour consolider ses dépenses et générer de nouvelles recettes intérieures. Parmi ces efforts, une profonde réforme fiscale a été menée, incarnée dans un plan de développement stratégique à l'horizon 2022. Le pays finance 82% environ de la dépense courante publique par la fiscalité. En 2017, le taux de pression fiscale avait augmenté à 12.7%. Les estimations du produit des recettes fiscales démontrent une capacité certaine du gouvernement à élargir son espace fiscal. Cette manne intérieure obtenue au prix d'efforts représenterait pour le secteur de la santé une opportunité plus qu'intéressante pour couvrir son gap de financement. Cette manne s'avérerait également vitale pour assurer la réalisation des ambitions nationales de couverture sanitaire universelle. Les recettes fiscales étant fongibles, elles se distribuent par définition entre les secteurs en fonction de clés de répartition négociées au niveau extra-sectoriel. Ainsi, une réallocation fictive sectorielle en faveur de la santé (e.g. +1%) pourrait représenter une

manne providentielle estimée à environ 8 milliards BIF/an. L'étude a montré la présence de diverses opportunités à saisir pour refinancer la politique de santé. S'appuyant sur les avancées déjà observées, l'étude expose une série d'options stratégiques – exprimant la latitude d'élargissement fiscal en regard de dimensions légales, stratégiques ou contextuelles. Plusieurs pistes évoquées dans divers cercles, que ce soit au niveau des finances ou au niveau des hautes autorités de santé, suggèrent l'étude de la faisabilité d'une future introduction d'une forme de taxation fléchée santé. Cette option nécessiterait une révision des pratiques fiscales en vigueur puisqu'aujourd'hui la santé ne bénéficie d'aucune fiscalité spécifique. Bien que communément utilisé comme levier de sécurisation du financement dans d'autres pays, le secteur de la santé au Burundi, ni même le « sous-secteur » des dépenses sociales stratégiques et/ou prioritaires, ne bénéficie pas de fonds étiquetés. Moyennant une volonté politique, certains dispositifs pourraient être envisagés. Si l'option d'une taxation ciblée santé ne s'opérationnalise pas, il n'en reste pas moins important d'en mesurer le potentiel d'élargissement fiscal et de l'exploiter dans le plaidoyer sectoriel pour un refinancement adéquat de la santé de la population. Cette connaissance peut en effet très justement venir soutenir les négociations intersectorielles futures et répondre au besoin de financement du secteur santé. La présente étude offre une palette de simulations basées sur la réévaluation de la ventilation sectorielle mais aussi sur l'exploration d'une fiscalité réservée (autorisée dans la loi organique), de

niches fiscales non explorées ou encore de révisions des exonérations.

Quatrième pilier analytique – **Le secteur de la santé au Burundi est historiquement et particulièrement dépendant de la présence de donateurs extérieurs et du besoin de la réalisation des engagements financiers extérieurs témoignés.** Substantiellement soutenu par les partenaires techniques et financiers actifs dans la santé au Burundi, le système national de santé a abondamment bénéficié de contributions s'élevant à environ 58% du financement total du secteur. Dans un tel paysage, la prévisibilité de l'aide représente un enjeu structurel majeur pour la soutenabilité du secteur. Pourtant, cette soutenabilité a été mise à mal à la suite de la diminution significative observée en 2014-2015. L'ampleur du choc subi alors dans la santé doit inmanquablement se transformer en leçon pour l'avenir. Bien que la tendance post-2015 présente des signes de réengagement de la part des principaux bailleurs, le secteur reste avec une perspective limitée à court terme. Les engagements des bailleurs extérieurs au financement des dépenses prospectives sectorielles (du CDMT 2019-2021) montraient la présence forte de l'Union européenne (31.6% du total triennal), du Fonds mondial (22.2%) et de la Banque mondiale (12.4%). Il apparaît cependant que ces engagements sont disproportionnés la première année et vont fermement décroissants sur la période d'engagement, affichant un ratio de désengagement de 2.5 sur 3 ans. En conséquence, le Gouvernement prévoit d'assurer des fonds domestiques croissants annuellement, respectivement estimé à 27.3%, 41.9% et 60.6% du budget CDMT pour les trois années 2019 à 2021.

L'état des lieux des dépenses du CDMT évoque un gap programmatique important, estimé à 185 690 millions BIF pour le plan triennal. L'impact pour le pays de la volatilité de l'aide, en période de récession économique, est irrémédiablement multiple et relance les préoccupations des acteurs clés face à la soutenabilité et l'équilibre macroéconomique. Pour mobiliser l'attention des bailleurs et leur réinvestissement futur, l'étude explore la rencontre de plusieurs facteurs facilitants que le Gouvernement pourrait vouloir ambitionner, notamment portant sur une plus grande transparence et visibilité des contributions extérieures par bailleurs et de la contrepartie du Gouvernement.

Cinquième pilier analytique – **En période de rareté des ressources, l'amélioration de la performance du financement de la santé s'impose à l'échelle mondiale comme un mécanisme incontournable pour satisfaire les critères d'équité et d'accessibilité pour le plus grand nombre –le Burundi ne peut s'autoriser une exception à la règle.** Pour le pays, les ressources financières ainsi générées par le simple fait d'une meilleure gestion de la dépense de santé, et par définition ne requérant donc aucune mobilisation additionnelle de ressources, pourrait s'avérer redoutablement efficace en cette période moins faste accusant les relents de la crise politique de 2015. Pourtant, cette alternative est bien trop peu souvent explorée. Plus encore, elle est véritablement sous documentée dans le spectre actuel d'une couverture sanitaire améliorée au Burundi. Parmi les études disponibles ou en cours, aucune ne se focalise sur les gains d'efficacités technique et allocative possibles. Que ce

soit à l'échelle du système dans son ensemble ou plus spécifiquement au niveau de certains programmes ou interventions de santé, la valorisation monétaire des gains à rechercher reste périlleuse, le plus souvent faute de données récentes et fiables. Par exemple, la non-disponibilité des comptes de la santé après 2013 représente un frein majeur pour ce type d'étude économique. Pour répondre à la pauvreté des données dans ce domaine, le travail analytique s'est focalisé sur l'identification des zones potentielles de progression, internes et même externes au secteur de la santé. Tout d'abord, à l'échelle du système de santé, il apparaît que le retour sur investissement public est insuffisant au regard de ce que d'autres pays peuvent atteindre comme résultat de santé avec un niveau similaire de moyens mis en œuvre. Tout en restant prudent sur les conclusions à tirer puisque chaque pays fait face à des situations spécifiques, dans un contexte qui n'est pas moins spécifique, il ressort que le Burundi dispose d'une marge de manœuvre pour augmenter la valeur de son investissement. L'adage '*more value for money*' (faire mieux avec ce dont on dispose) peut prendre tout son sens. Les fonds potentiellement mobilisables se situeraient prioritairement au niveau d'améliorations dans la planification et la programmation des activités du secteur, de cohérence accrue entre les objectifs politiques et les moyens alloués à chacun d'eux, l'optimisation de l'utilisation des ressources mises à disposition ou encore la re-budgétisation des domaines d'action prioritaire. Ensuite, au niveau extra-sectoriel, des opportunités de gains financiers seraient prioritairement à rechercher dans des innovations en

matière de transparence et de contrôle budgétaire (y compris modèle participatif, surveillance législative...), d'attractivité économique et commerciale ou encore de prise de décision informée (reposant inévitablement sur la production régulière de statistiques nationales fiables et récentes). Globalement, un gain potentiel de 5% pourrait être recherché dans un premier temps grâce à la mise en place de politiques visant l'amélioration de l'efficacité technique et allocative du financement de la santé.

**Les besoins de financement pour atteindre les objectifs nationaux sont multiples** – Suivant les objectifs stratégiques adoptés pour le développement sanitaire au Burundi, le pays table sur un système national de santé performant, résilient et fort ainsi que sur le développement prochain d'une assurance maladie. Les objectifs adoptés sont très ambitieux. Dans le cadre de l'exercice de planification sanitaire, une étude de « *costing* » a été menée en vue de déterminer les besoins et étudier le gap de financement indispensable à la mise en œuvre des activités et interventions définies dans le PNDS III. La poursuite de la mise en œuvre effective du plan national de développement du secteur de la santé à l'horizon établi 2023 (PNDS de la troisième génération) nécessitera un financement accru assorti de l'impérieuse décision d'accroître la génération de ressources domestiques. Ce gap de financement reste substantiel et le système devra encore bénéficier d'un appui extérieur substantiel. Or, d'après les prévisions, la tendance est actuellement à la progression de la part de ressources domestiques en vue de compenser la baisse de l'engagement extérieur pour le secteur.

**Bien que non exhaustive, cette étude consacrée à l'analyse approfondie de l'espace budgétaire a le mérite de jeter un regard critique sur le système national de santé. Elle propose une série de pistes et orientations stratégiques émises dans le cadre de l'accélération de la transition vers la couverture universelle et l'atteinte des objectifs durables pour le développement.** Les résultats et scénarios de mobilisation de ressources additionnelles pour la santé proposés sont confiés au secteur et parties prenantes pour analyse et appropriation en soutien à l'adoption de la future stratégie de financement. L'étude présente avant tout une démarche, qui nécessitera d'être affinée et ajustée en fonction de décisions stratégiques que le pays retiendra. L'adoption de cette étude technique représentera une étape clé dans l'ensemble du processus décisionnel en soutien au développement durable de la santé de la population.

**La perspective d'une réforme profonde du système de financement de la santé au Burundi est réelle.** Forte d'une mobilisation nationale au plus haut niveau, l'année 2020 pourrait bénéficier d'un *momentum* politique très favorable à la réalisation de la réforme annoncée. Les hautes autorités du pays et acteurs clés de la santé et du plaidoyer pour un financement soutenable se sont réunis fin 2019 pour formuler une série d'engagements communs en matière de droit universel à la santé. Les détenteurs d'enjeux se sont accordés sur la nécessité de travailler sur les synergies possibles entre acteurs et secteurs et de mettre en place les mécanismes indispensables à la transition effective vers un système de couverture sanitaire universelle. Des

choix politiques forts devront être pris pour permettre l'élargissement de l'espace budgétaire sectoriel et sécuriser les ressources requises pour rencontrer les objectifs ambitieux du plan de développement sectoriel. Dépendant ainsi directement de l'agenda politique, la nouvelle stratégie nationale de mobilisation de ressources pour le secteur marquera le devenir de la santé publique au Burundi.

## Indicateurs clés du financement de la santé au Burundi

	Coût estimatif (en milliards BIF)	Coût estimatif (en BIF per capita)
<b>PNDS Total 2019-2023</b>	<b>1.741,1</b>	<b>139.055,0</b>
<b>PNDS Moyenne annuelle</b>	<b>348,2</b>	<b>27.811,0</b>
<b>Dépense du MSPLS 2019 (prix courant)</b>	<b>170,3</b>	<b>14.138,4</b>
<b>Taux estimé de couverture du PNDS 2019</b>	<b>46,9%</b>	
<b>% Gap de financement annuel 2019</b>	<b>53,1%</b>	
<b>% Ressources extérieures CDMT santé 2019</b>	<b>71,8%</b>	

Aperçu synthétique des potentialités d'élargissement de l'espace budgétaire, présenté par pilier analytique. Chacun des piliers est étayé au travers d'une variété d'options stratégiques tenant compte de facteurs contextuels étudiés (e.g. perspectives de croissance, alignement politique) et discutés en regard à la fois de la marge de manœuvre de mobilisation de ressources additionnelles pour la santé et des besoins de financement du secteur.

Levier d'action par pilier budgétaire	Limites et opportunités des options envisageables d'élargissement budgétaire	Potentiel d'élargissement
1. Cadre macro-économique et richesse nationale (PIB)	➤ Réallocation forfaitaire (e.g. +1%PIB) possible mais très limitée puisque dans un cadre macro-économique défavorable, malgré des signes de reprise couplé situation d'endettement au-delà des normes prudentielles	-
2. Repriorisation et maintien budgétaire de la santé	➤ Réengagement budgétaire fort de la part du gouvernant dans la santé (pour retrouver les niveaux pré-2015 et atteindre les cibles recommandées pour un financement adéquat du secteur)	+
3. Génération de nouvelles ressources intérieures	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Surfer sur les gains de la stratégie fiscale favorable et bénéficier d'un réarbitrage favorable des ressources grâce à la fongibilité des recettes publiques de l'Etat</li> <li>➤ Mieux exploiter les leviers fiscaux, identifier les niches fiscales non explorées et/ou réduire les manques à gagner (exonérations, sous-réalisation de certaines rubriques)</li> <li>➤ Etudier l'opportunité de lever des fonds fléchés et sécuriser les dépenses prioritaires</li> <li>➤ Développer la parafiscalité (ex: assurance maladie obligatoire)</li> </ul>	+++
4. Sécurisation des engagements extérieures et reprise du dialogue	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Renforcer la coordination et la programmation du financement</li> <li>➤ Mettre en place les dispositifs favorables à la relance d'un dialogue politique offrant des perspectives plus prometteuses</li> </ul>	++
5. Amélioration de l'efficacité de la dépense de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifier et réduire les inefficiences techniques</li> <li>➤ Identifier et réduire les inefficiences allocatives et réallouer efficacement les marges budgétaires gagnées (« more value for money »)</li> </ul>	++

## Table des matières

---

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION ET APPROCHE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATION D'UN ESPACE BUDGETAIRE ADDITIONNEL POUR LA SANTÉ .....</b>	<b>17</b>
2.1	ASPECTS CONTEXTUELS CLES RELEVANT DE L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE, POLITIQUE OU DEMOGRAPHIQUE .....	17
2.2	PERFORMANCES DU SYSTEME SANITAIRE ET ETAT DE SANTE DE LA POPULATION .....	21
<b>3</b>	<b>POTENTIEL D'ELARGISSEMENT DE L'ESPACE BUDGETAIRE .....</b>	<b>27</b>
3.1	PILIER 1 – DES CONDITIONS MACROECONOMIQUES DEFAVORABLES.....	27
3.1.1	<i>Secteur de l'économie réelle.....</i>	<i>28</i>
3.1.2	<i>Finances publiques et endettement public.....</i>	<i>31</i>
3.1.3	<i>Structure de l'activité économique .....</i>	<i>39</i>
3.1.4	<i>Secteur bancaire et monétaire .....</i>	<i>41</i>
3.1.5	<i>Secteur extérieur .....</i>	<i>43</i>
3.1.6	<i>Potentiel d'accroissement attendu via les conditions macroéconomiques .....</i>	<i>43</i>
3.2	PILIER 2 – UNE PRIORISATION BUDGETAIRE DU GOUVERNEMENT POUR LA SANTE PRESENTE MAIS INSUFFISANTE FACE AUX OBJECTIFS STRATEGIQUES .....	47
3.2.1	<i>Perte de vitesse de l'engagement historique fort pour le secteur de la santé ..</i>	<i>47</i>
3.2.2	<i>Situation du Burundi dans la scène internationale .....</i>	<i>50</i>
3.2.3	<i>Évolution comparative des ressources nationales et extérieures dédiées à la santé</i> <i>52</i>	
3.2.4	<i>Ventilation des ressources selon la nature économique de la dépense de santé</i> <i>53</i>	
3.2.5	<i>Degré de priorisation face aux autres secteurs pertinents pour la santé .....</i>	<i>53</i>
3.2.6	<i>Potentiel d'accroissement attendu par la repriorisation .....</i>	<i>55</i>
3.3	PILIER 3 – MOBILISATION EN HAUSSE DES RESSOURCES INTERIEURES .....	56
3.3.1	<i>Prévisions nationales des ressources internes et potentiel de contribution de la fiscalité à la dépense publique de santé .....</i>	<i>57</i>
3.3.2	<i>État de la pression fiscale .....</i>	<i>59</i>
3.3.3	<i>Baseline pour l'estimation de la marge de progression compte tenu de l'existant</i> <i>61</i>	
3.3.4	<i>Opportunités d'affectation des recettes fiscales existantes et de génération de nouvelles recettes.....</i>	<i>64</i>

3.3.5	<i>Autres pistes plausibles pour appuyer une mobilisation accrue en faveur de la santé</i>	71
3.4	<b>PILIER 4 – MOBILISATION LIMITEE DES RESSOURCES EXTERIEURES</b>	79
3.4.1	<i>Tendance générale et appréciation du degré de mobilisation des ressources extérieures</i>	79
3.4.2	<i>Contribution extérieure au financement du CDMT 2019-2021</i>	81
3.4.3	<i>Volatilité de l'appui extérieur et implications dans le financement sectoriel santé</i>	83
3.4.4	<i>Poids de l'aide dans le PIB et impact sur le volume de ressources disponibles</i>	85
3.4.5	<i>Utilisation de l'aide extérieure et impact sur la dépense de santé</i>	86
3.4.6	<i>Évocation de facteurs favorables au réengagement fort de l'aide dans la santé</i>	87
3.5	<b>PILIER 5 – POTENTIEL IMPORTANT DE MOBILISATION DE RESSOURCES PAR L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU FINANCEMENT DE LA SANTE</b>	89
3.5.1	<i>Zones de progression internes au secteur santé</i>	89
3.5.2	<i>Zones de progression au-delà du secteur de la santé</i>	101
3.5.3	<i>Tentative de synthèse des options émises via l'amélioration de l'efficience</i>	107
<b>4</b>	<b>GAP DE FINANCEMENT SANTE</b>	<b>109</b>
4.1	<b>BESOINS DE FINANCEMENT DU SECTEUR POUR PROGRESSER DANS LA COUVERTURE SANITAIRE DE LA POPULATION</b>	<b>109</b>
4.2	<b>GAP FINANCIER DU PNDS III DE L'EXERCICE 2019</b>	<b>112</b>
4.3	<b>GAP FINANCIER PROPRE AU PROGRAMME FBP DE L'EXERCICE 2019</b>	<b>113</b>
4.4	<b>NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LA PROTECTION SOCIALE ET SANITAIRE</b>	<b>113</b>
4.5	<b>AUTRES DISPOSITIFS (INTERSECTORIELS) RELEVANT DE LA PROTECTION SOCIALE ET DES MECANISMES ASSURANTIELS DE LA SANTE</b>	<b>114</b>
<b>5</b>	<b>POTENTIEL DE RECOUVREMENT DU GAP DE FINANCEMENT SANTE PAR L'ÉLARGISSEMENT DE L'ESPACE BUDGETAIRE SECTORIEL</b>	<b>120</b>
5.1	<b>SYNTHESE DES OPTIONS STRATEGIQUES ET MARGES DE MANŒUVRE POUR COUVRIR LE GAP ANNUEL DE FINANCEMENT SECTORIEL SANTÉ</b>	<b>120</b>
5.2	<b>DISCUSSION DES OPPORTUNITES D'ELARGISSEMENT DE L'ESPACE BUDGETAIRE</b>	<b>124</b>
<b>6</b>	<b>PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE LA NOUVELLE STRATEGIE DE FINANCEMENT</b>	<b>126</b>
<b>7</b>	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>129</b>
<b>8</b>	<b>ABBREVIATION</b>	<b>131</b>
<b>9</b>	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>132</b>

9.1	LISTE COMPLETE DES FIGURES.....	132
9.2	LISTE COMPLETE DES TABLEAUX .....	135

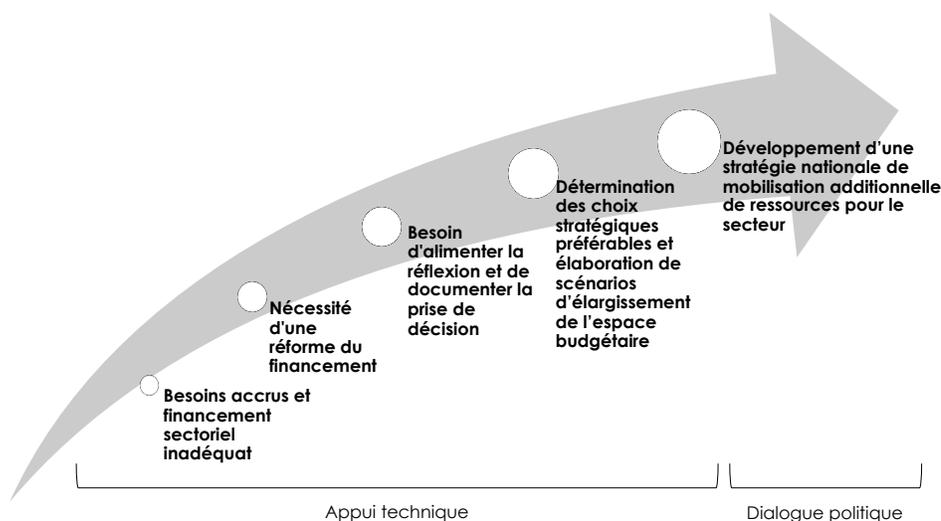
# 1 INTRODUCTION ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

Au Burundi, comme dans la plupart des pays du monde, le système national de santé doit composer avec une pénurie avérée de ressources. Le système national de santé est tributaire d'un financement inadéquat au regard des enjeux sanitaires et objectifs politiques adoptés pour le secteur. En effet, le pays ambitionne un développement sociétal durable pour 2025. Les Études Nationales Prospectives du Burundi de 2015 en brossaient la vision est la suivante : « *En 2025, le Burundi est une Nation Unie, Solidaire et en Paix ; un pays bâti sur une Société de Droit avec un Patrimoine Culturel Riche ; Une Économie Prospère au Service du Bien-être de Tous* ». Les dimensions de solidarité et bien-être de chaque individu en particulier se placent donc au cœur des requis vers une couverture sanitaire élargie et effective de la population.

Au vu de ces objectifs, l'allocation stratégique des ressources limitées du secteur requiert deux choses : d'une part d'optimiser l'utilisation des fonds déjà mobilisés et d'autre part d'identifier les opportunités de génération de fonds additionnels en faveur de la santé. Ces préoccupations sont centrales dans la réflexion à mener pour réformer efficacement le financement du système de santé.

Dans le cadre d'une telle réforme et afin de répondre au mieux à la fois aux besoins émergents et aux défis de la complexité du système de santé, la prise de décision doit être informée. Plusieurs étapes clés sont préalables à la prise de décision (Figure 1). Le travail d'appui technique a été envisagé afin de dresser un état des lieux complet des possibilités de refinancement de la santé. Il s'agissait essentiellement d'analyser les pistes, limites et opportunités d'élargissement de l'espace budgétaire sectoriel en soutien au développement de la nouvelle stratégie du secteur de la santé.

Figure 1 : Étapes clés de l'élaboration de la future stratégie nationale du financement sectoriel santé



Source : Les auteurs

Avec le soutien de Gavi–L’alliance pour les vaccins et la vaccination, une équipe technique a été engagée par la Banque mondiale en appui au Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida (MSPLS). Ce travail puise ses origines dans la collaboration établie entre la Banque mondiale et le Gouvernement du Burundi depuis 2009. En 2014, un exercice similaire avait été initié mais n’avait pas abouti, ce qui justifie ici le besoin de revitaliser la démarche.

La présente étude s’appuie sur des sources multiples de données qualitatives et quantitatives, collectées entre mai 2019 et février 2020. Dans la mesure de leur disponibilité, les données locales ont été privilégiées. Le travail préliminaire de collecte de données a été complété à l’occasion deux missions techniques de la Banque mondiale (en mai 2019 et en février 2020). Des entrevues ont été réalisées auprès d’informateurs clés représentant les autorités de santé et matières liées, les finances et la politique fiscale, les partenaires politiques, techniques et financiers et autres parties prenantes impliquées dans le développement du secteur de la santé au Burundi. Ensuite, une revue de la littérature a été menée pour pallier les gaps informationnels et mettre en perspective les résultats obtenus. A des fins d’analyses comparatives, essentiellement, les statistiques globales de financement de la santé, de charge de morbidité ou encore de finances publiques ont été consultées. L’ensemble a permis de proposer une analyse approfondie de l’espace budgétaire mobilisable dans le cadre de la future stratégie de financement du secteur de la santé au Burundi.

S’inscrivant dans une approche participative et inclusive, plusieurs dispositifs ont été envisagés par l’équipe technique. Les moments clés d’appropriation des travaux analytiques et résultats ont pris la forme de : 1) un atelier technique tenu sous le leadership de la DG Planification du MSPLS afin de confronter les données, scénarios proposés et conclusions avancées dans l’ étude ; 2) une restitution des résultats consolidés auprès du groupe des partenaires techniques et financiers et des commanditaires de l’étude ; 3 ) une consultation des détenteurs d’enjeux pour prendre en compte les avis, contributions et préoccupations sur base du rapport final ; 4) un suivi privilégié de la part de points focaux identifiés par le MSPLS ; et enfin, 5) des entrevues ciblées lors des missions exploratoire et de consolidation. L’appui technique ainsi inspiré du modèle de développement « agile » devrait venir faciliter la formulation de recommandations stratégiques consensuelles et basées sur les preuves.

L’ensemble des travaux menés par l’équipe technique vient en soutien à la prise de décision et au plaidoyer préalables à l’élaboration de la future stratégie de refinancement sectoriel santé. Une étude liée<sup>1</sup> se focalisant sur l’état du financement de la vaccination a suivi la

---

<sup>1</sup> Évaluation du financement de la vaccination au Burundi, Clémentine Murer, Samia Laokri, Laurence Lannes, Sarah Alkenbrack, 19 mars 2020, Banque mondiale et Gavi-L’alliance pour les vaccins et la vaccination.

même méthodologie. Les résultats ont été conjointement discutés et commentés dans une perspective systémique et en cohérence avec les priorités et volontés politiques du secteur.

L'approche analytique utilisée pour guider l'investissement durable dans la santé et accélérer la transition vers la couverture sanitaire universelle se fonde sur les références du domaine (*Fiscal space assessment for health*). Parmi les nombreuses définitions alternatives de l'espace budgétaire, celle de Heller et al est l'une des plus citées (1). La marge budgétaire y est définie comme "... *marge de manœuvre budgétaire qui permet à un gouvernement de fournir des ressources dans un but souhaité sans nuire à la viabilité de sa situation financière*". Alors que la marge budgétaire fait généralement référence aux dépenses publiques globales, l'évaluation de la marge budgétaire peut être adaptée pour adopter une perspective sectorielle. Dans ce travail, nous visons l'espace budgétaire spécifique au secteur de la santé.

L'estimation de cette marge budgétaire pour le secteur de la santé repose ici sur l'analyse conjointe des trois composantes majeures (2). Les résultats de cette étude s'articulent respectivement autour de :

- L'identification des facteurs contextuels justifiant l'élargissement de l'espace budgétaire ;
- Du potentiel de création d'espace budgétaire mobilisable pour la santé ;
- Des orientations stratégiques les plus viables et des options privilégiées à envisager pour élargir l'espace budgétaire santé tout en tenant compte des contraintes et opportunités à court et à plus long terme.

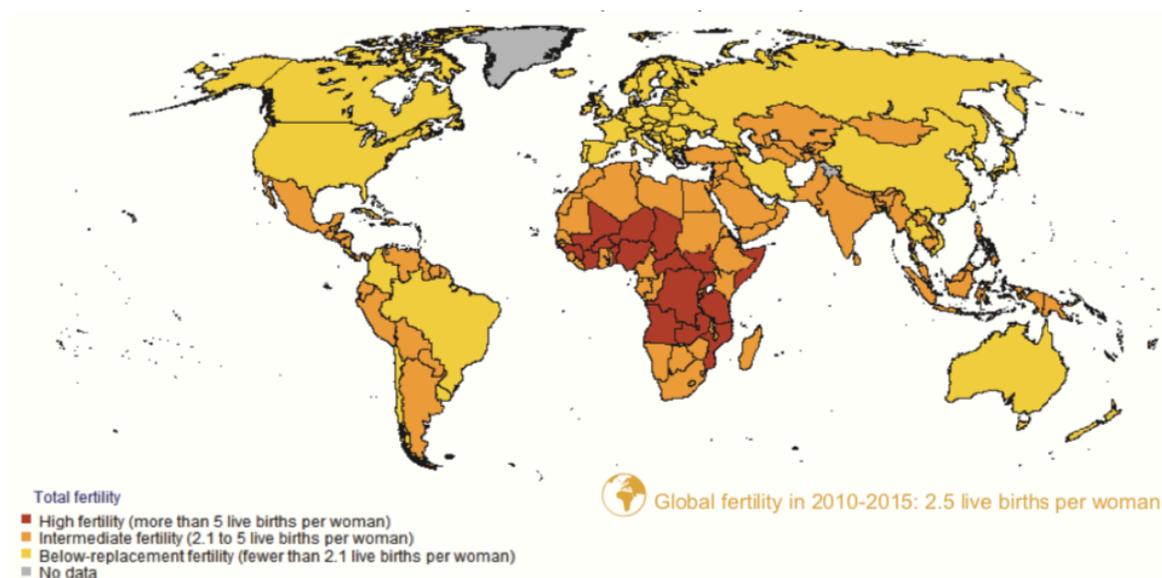
## 2 JUSTIFICATION D'UN ESPACE BUDGETAIRE ADDITIONNEL POUR LA SANTÉ

Cette section du rapport vise à examiner les divers facteurs qui motivent la nécessité d'élargir l'espace budgétaire à allouer au secteur de la santé. La perspective envisagée se situe à l'horizon des 3 à 5 prochaines années.

### 2.1 Aspects contextuels clés relevant de l'environnement socio-économique, politique ou démographique

L'évolution démographique s'avère un réel défi en soi car au Burundi la croissance est particulièrement élevée par rapport aux normes établies dans ce domaine et comparativement aux autres pays africains et du sahel. Selon les estimations des Nations Unies, un taux de fécondité au-dessus de 5 naissances vivantes par femme est considéré comme élevé. Ce cas de figure est présent dans plusieurs pays d'Afrique dont le Burundi qui affiche une fécondité parmi les plus importantes de la planète (Figure 2). Plus particulièrement, selon l'enquête EDSB III 2016-2017 (DHS), les taux de fécondité augmentent rapidement pour atteindre un maximum à l'âge de 25-29 ans (261 ‰).

Figure 2 : Taux de fertilité moyen au Burundi et dans le monde, entre 2010 et 2015 (nbre de naissances vivantes par femme)

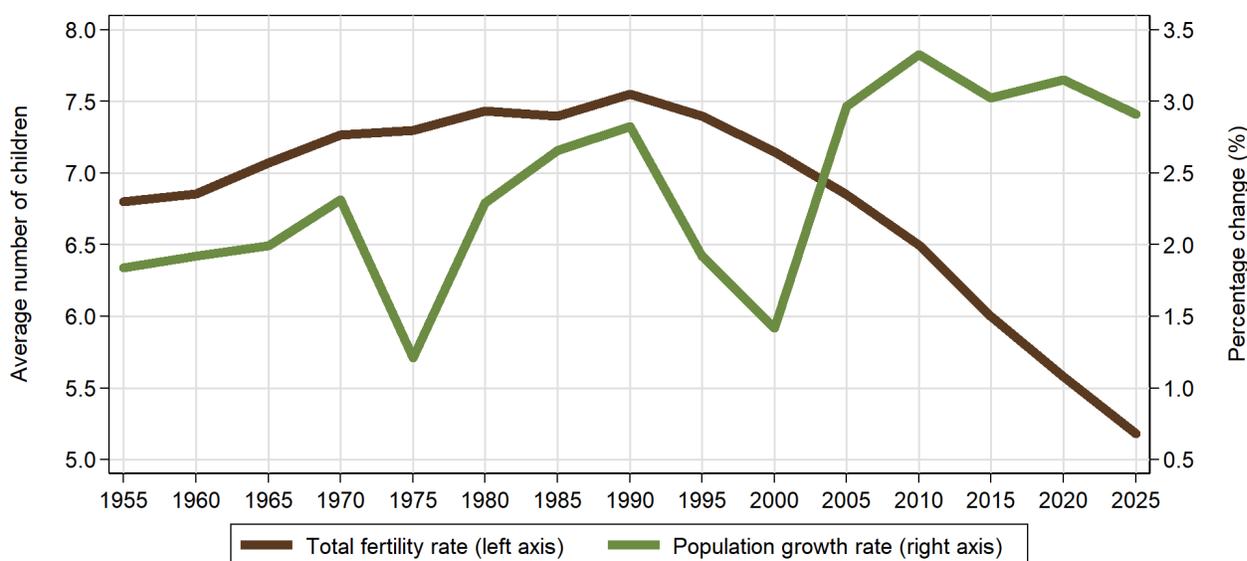


Source : Nations Unies – UN Development group (figure empruntée)

Suivant la tendance attendue pour le continent africain, l'indice synthétique de fécondité est pourtant en recul au Burundi. C'est en effet en Afrique que les réductions de la fécondité les plus importantes devraient se produire. Cependant, au Burundi, le nombre de naissances vivantes par femme passe de 7.6 en 1990 à une estimation projetée à 5.2 pour 2025, niveau qui se trouve être supérieur à la moyenne des pays africain (UN Development group).

Comme illustré ci-après (Figure 3), les chutes démographiques observées sont imputables aux évènements de guerre qui ont paralysé le pays début des années 70 et fin des années 90. Bien que le taux de fécondité ait connu une évolution décroissante et continue depuis les années 90, le taux de croissance annuel de la population burundaise se situe ces dernières années au-dessus du niveau de 3% (Figure 3). Ce taux est supérieur aux moyennes de 2017 pour les pays à faible revenu (2.4%) et les pays en développement sub-Sahariens (2.5%). Le PND 2018-2027 évoque un effectif de 14.9 millions d'habitants en 2030 (dividende démographique). En conséquence, toutes choses étant égales par ailleurs, la croissance démographique génère par définition une demande accrue en services et soins de santé.

Figure 3: Évolution du taux de fécondité et de la croissance démographique au Burundi depuis 1955 et projections à l'horizon 2025



Source : Nations Unies – UN Development group

Encadré 1 : Extrait du PND par rapport à la situation démographique au Burundi

« La dynamique démographique actuelle du Burundi ne présente pas des opportunités à court et à moyen termes à l'économie pour tirer profit du dividende démographique. La population est caractérisée par son extrême jeunesse : 43% de la population est âgée de moins de 15 ans, 62% est âgée de moins de 25 ans et 35.0% des jeunes ont un âge compris entre 15 et 35 ans<sup>12</sup>. Les principaux défis à relever sont : (i) une politique nationale de la population (ii) ; une maîtrise de la croissance démographique de 2% ; (iii) l'insertion socio-économique d'une population jeune ; (iv) une fécondité de 3 enfants par femme, (v) une éducation sexuelle responsable ; (vi) l'élaboration d'un cadre légal, réglementaire et institutionnel et (vii) une éducation obligatoire pour tous. »

Malgré une tendance à la réduction depuis la fin des années 90, le niveau de pauvreté de la population reste une préoccupation d'importance au Burundi. Au début des années 2000,

la pauvreté concerne encore près des deux tiers de la population au seuil de 1.9 dollar par jour (Figure 4). En 2013, le niveau de pauvreté était encore très élevé touchant près des deux tiers (71.8%) de la population sur base du seuil de pauvreté international de 1.90 dollar par jour. Au seuil alternatif de référence fixé à 3.10 dollars par jour, le pays dénombre près de 9 personnes sur 10 vivants dans la pauvreté.

Figure 4 : Évolution de la pauvreté de la population (taux de pauvreté) au Burundi, entre 1992 et 2013



Source : Banque mondiale

Rapporté au seuil de pauvreté national (enquête ECVMB de 2012-2014), 65% de la population vit dans la pauvreté et la proportion d'enfants vivants sous ce seuil de pauvreté nationale était de 69% (3). Un nombre encore plus important d'enfants (78%) ne rencontrent pas leurs besoins essentiels en termes d'éducation, de santé, de nutrition etc. Ce groupe à risque est en situation de privation pour au moins trois des dimensions attribuées au bien-être.

En 2018, l'indice de capital humain du Burundi était de 0.38, ce qui signifie qu'un enfant né au Burundi aujourd'hui sera 38% moins productif à l'âge adulte qu'il pourrait l'être s'il achevait sa scolarité et grandissait en bonne santé (BM). Dans ce domaine, le pays se trouve positionné 138<sup>ième</sup> sur 157 pays dans le classement international. Les problèmes démographiques, géographiques et économiques du Burundi en font l'un des pays les plus pauvres au monde. Le Burundi dispose pourtant de plusieurs stratégies d'amélioration, par exemple par le renforcement de la lutte contre la malnutrition infantile et la protection de la survie des enfants et des adultes.

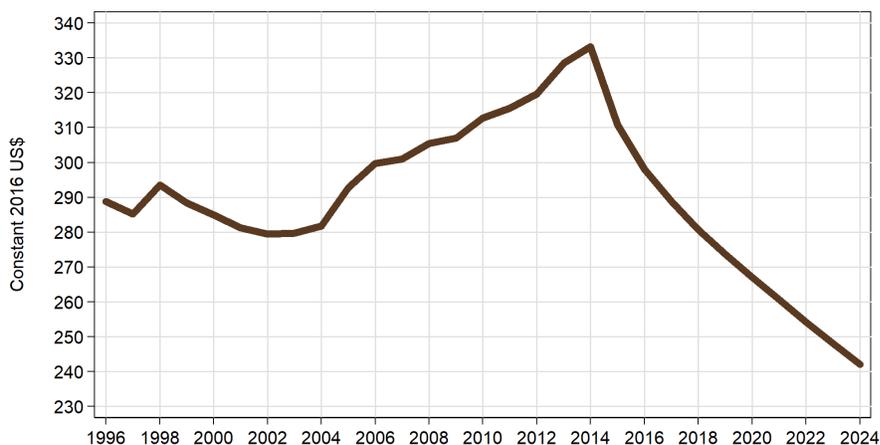
Ces différents résultats tendent à démontrer l'importance de la lutte pour la réduction de la pauvreté dans le pays. Comme les tranches plus pauvres de la population constituent les groupes les plus vulnérables aux problèmes sanitaires et sociaux, la proportion élevée de pauvres dans le pays indique qu'il est nécessaire de disposer d'un espace budgétaire accru pour fournir des services et soins de santé efficaces, de qualité et un niveau de protection

financière adéquat pour tous quel que soit le niveau de revenu des individus. De plus, la présence d'une forte croissance démographique dans un contexte où les deux tiers de la population est considérée comme pauvre implique la nécessité d'augmenter les ressources pour aider ces ménages à éviter des dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes.

Concernant le niveau de richesse nationale, le PIB par habitant a connu une relative stagnation entre 1996 et 2004 (Figure 5). Le niveau de richesse est passé de 289 dollars en 1996 à 282 dollars en 2004, soit huit ans plus tard. L'économie a commencé à se redresser ensuite jusqu'en 2014, année où le PIB a culminé à 333 dollars par habitant. Depuis lors, le Burundi a connu une forte contraction de son économie nationale faisant chuter le PIB à US\$281 par habitant en 2018, soit une baisse de 16% en 4 ans et un niveau proche de celui de 2004.

Si l'on suppose une part constante des recettes publiques dans le PIB, cette chute observée ces dernières années impliquerait de façon inhérente une réduction de l'espace budgétaire. Les perspectives pour le pays ne sont pas positives car, selon les estimations du FMI, le PIB devrait encore chuter à 242 dollars par habitant à l'horizon 2024. Cette perspective de décroissance aura tendance à miner ou ralentir les progrès de la lutte contre la pauvreté. Dans un scénario pessimiste mais plausible, couplée à une économie au ralenti, la proportion des ménages burundais vivant sous le seuil de pauvreté pourrait s'accroître. Dans cette perspective, la recherche de ressources supplémentaires de la part du gouvernement devient un outil décisionnel pour contrer les effets de la pauvreté sur la santé et minimiser le risque pour les ménages d'encourir des dépenses de santé catastrophiques et/ou appauvrissantes.

Figure 5: Évolution de la richesse nationale (PIB par habitant) au Burundi, depuis 1992 et projection à l'horizon 2024



Source : FMI

En somme, dans ce paysage et compte tenu des projections à court terme, l'analyse des différents facteurs contextuels présentés plus haut dépeint une situation de besoins (de santé) accrus nécessitant des ressources additionnelles. Ces conclusions justifient la

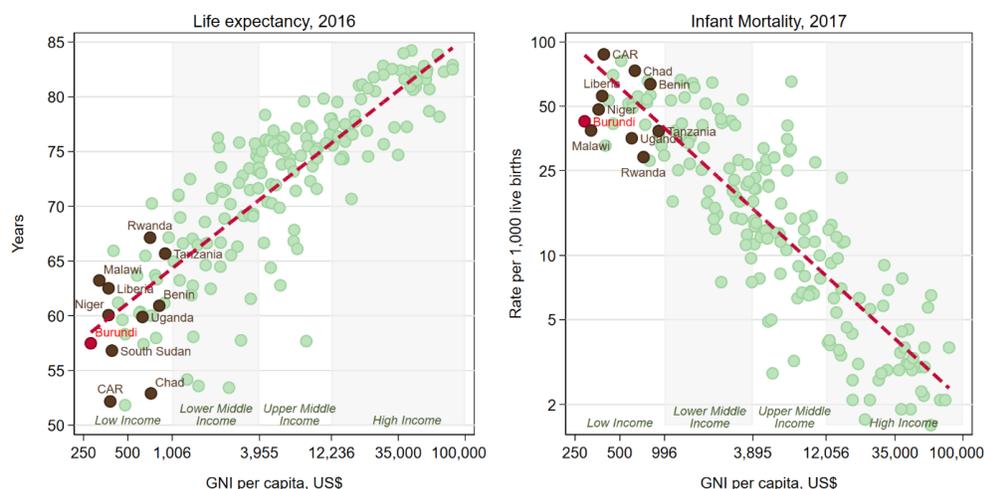
recherche et l'analyse de nouveaux mécanismes pour accroître l'espace budgétaire à la santé.

## 2.2 Performances du système sanitaire et état de santé de la population

La crise multiforme qui a secoué le Burundi depuis 2015 a eu un impact négatif sur le système de santé du pays dans son ensemble, selon le partenariat pour la couverture universelle. Les conséquences de la période post-2015 mettent en péril les avancées réalisées dans la résilience du système, système patiemment renforcé au cours des dix années pré-2015. Par exemple, « l'accès aux services essentiels de santé et aux soins d'urgence s'est considérablement détérioré. Le pays a également vu une recrudescence de maladies infectieuses telles que le paludisme et le choléra (UHC Patnership–Partenariat CSU) ». Également, la couverture du traitement antituberculeux était estimée à 61% en 2016 selon l'OMS. Seules 49% des citoyens vivant en zones rurales semblent avoir accès à des installations sanitaires (OMS 2015). Dans ce paysage, la réduction du budget national alloué à la santé a contribué aux difficultés d'approvisionnement en médicaments et à la faible disponibilité de personnel médical qualifié selon l'OMS. L'élaboration du nouveau plan stratégique sanitaire 2016-2020 avait également été différé et avait entraîné l'adoption d'un plan de transition (2016-2018) mettant l'accent sur les prestations et la qualité de soins, la production et la gestion des ressources humaines, l'accès aux médicaments, le financement de la santé et la gouvernance.

Communément, l'espérance de vie et la mortalité infantile figurent parmi les principaux indicateurs de la population en matière de santé dans tous les pays (Figure 6).

Figure 6 : Espérance de vie et mortalité infantile au Burundi, exprimées en proportion du revenu national



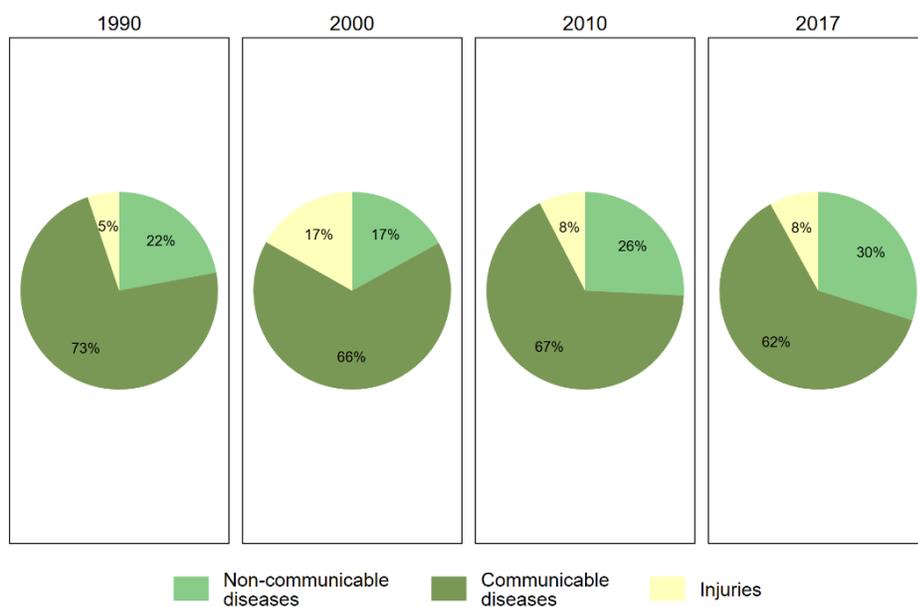
Source : Statistiques globales OMS et BM

Légende : L'abscisse est exprimée en termes logarithmiques

Les résultats insuffisants observés dans ces domaines au Burundi indiquent la nécessité d'investissements supplémentaires. Le pays affiche une espérance de vie parmi les plus faibles du monde, avec environ 57 ans en 2016 (PNS 2016-2025). Le taux de mortalité infantile est également très élevé, avec un niveau atteignant 43 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2017– malgré une meilleure situation relative compte tenu de la position du Burundi dans la tranche inférieure des pays à bas revenu. De plus, le cadre de suivi et d'évaluation du PNDS établissait la cible à 37 décès pour 1000 naissances vivantes à l'horizon 2023 (4).

S'agissant de l'état de santé de la population, les affections qui frappent le pays sont majoritairement des maladies transmissibles (Figure 7). En 2017, les maladies transmissibles représentaient 62% de la charge totale de morbidité. Le fardeau des maladies non-transmissibles est en hausse et a progressé de 22% (en 1990) à 30% (en 2017). Le fardeau des maladies infectieuses telles que le paludisme et le VIH/Sida, ainsi que des maladies chroniques, souligne également la nécessité de ressources supplémentaires pour le financement de la santé.

Figure 7: Charge de la morbidité au Burundi selon la cause : maladies non transmissibles, transmissibles et blessures, 1990 à 2017



Source : IHME

L'analyse de l'évolution des statistiques sanitaires détermine les besoins prioritaires en santé. Cette étude internationale « Global Disease Burden 2017 » renseigne pour le Burundi l'ampleur de l'aggravation du fardeau attribuable aux maladies et affections (Tableau 1) et aux facteurs de risques contribuant à la charge de morbidité (

Ce résultat n'est que peu surprenant étant donné que quatre des cinq principaux facteurs de risque contribuant à la charge de morbidité sont : 1°) la malnutrition infantile et maternelle, 2°) l'eau insalubre, 3°) l'assainissement et l'hygiène des mains et 4°) la pollution atmosphérique et les risques alimentaires (*Error! Not a valid bookmark self-reference.*).

Tableau 2).

Les troubles néonataux, le paludisme, les infections des voies respiratoires inférieures, la tuberculose et les maladies diarrhéiques étaient les cinq principales maladies courantes au Burundi – couvrant, en 2017, plus de 45% du fardeau de la maladie (Tableau 1).

Tableau 1 : Évolution des dix principales conditions contribuant à la charge de morbidité au Burundi, 1990-2017

Rang en 2017	Top 10 des maladies et affections	Fardeau de la maladie/affection (en %DALYs* perdus)			
		1990	2000	2010	2017
1	Troubles néonataux	10.4%	8.9%	11.7%	12.4%
2	Paludisme	17.7%	15.3%	11.0%	11.2%
3	Infections des voies respiratoires inférieures	10.0%	6.8%	8.7%	8.3%
4	Tuberculose	5.0%	4.8%	6.2%	7.0%
5	Maladies diarrhéiques	8.9%	6.6%	7.2%	6.7%
6	Malformations congénitales	5.1%	4.0%	5.7%	6.0%
7	Malnutrition protéino-énergétique	4.7%	3.6%	3.9%	3.6%
8	VIH/SIDA	1.9%	11.1%	8.9%	2.9%
9	Blessures de la route	1.9%	1.3%	2.1%	2.3%
10	Méningite	2.2%	1.6%	1.9%	1.9%
<b>Total des DALYs par 100,000</b>		<b>106,696</b>	<b>120,558</b>	<b>61,597</b>	<b>50,800</b>

Source: IHME Global Burden of Disease 2017

\*Légende : Une année de vie corrigée de l'incapacité est mesurée par les "Disability-adjusted life years (DALYs)". Cette mesure représente la perte de l'équivalent d'une année de santé complète. En utilisant cette unité de mesure, il devient possible de comparer le fardeau des maladies et affections qui causent une mort prématurée mais peu invalidante (comme la noyade ou la rougeole par exemple) à celui de maladies et affections qui ne causent pas la mort mais qui causent une invalidité (comme la cécité causée par la cataracte).

Ce résultat n'est que peu surprenant étant donné que quatre des cinq principaux facteurs de risque contribuant à la charge de morbidité sont : 1°) la malnutrition infantile et maternelle, 2°) l'eau insalubre, 3°) l'assainissement et l'hygiène des mains et 4°) la pollution atmosphérique et les risques alimentaires (*Error! Not a valid bookmark self-reference.*).

Tableau 2 : Évolution des dix principaux facteurs de risque contribuant à la charge de morbidité au Burundi, 1990-2017

Rang en 2017	Top 10 des facteurs de risque	Fardeau de la maladie/affection (en %DALYs* perdus)			
		1990	2000	2010	2017
1	Malnutrition infantile et maternelle	33.4%	24.4%	27.6%	27.4%
2	Eau insalubre, assainissement et lavage des mains	10.2%	7.5%	8.3%	7.8%
3	Consommation d'alcool	5.1%	4.3%	5.7%	6.5%
4	Pollution de l'air	6.7%	4.6%	5.9%	5.9%
5	Risques alimentaires	2.6%	2.0%	2.5%	2.9%
6	Glucose plasmatique élevé à jeun	2.1%	1.7%	2.4%	2.9%
7	Tension artérielle systolique élevée	2.6%	1.9%	2.4%	2.9%
8	Rapports sexuels non protégés	1.6%	7.6%	7.2%	2.7%
9	Consommation de tabac	2.1%	1.6%	2.0%	2.2%
10	Risques professionnels	0.9%	0.8%	1.5%	1.8%
<b>Total des DALYs par 100,000</b>		<b>106,696</b>	<b>120,558</b>	<b>61,597</b>	<b>50,800</b>

Source: IHME Global Burden of Disease 2017.

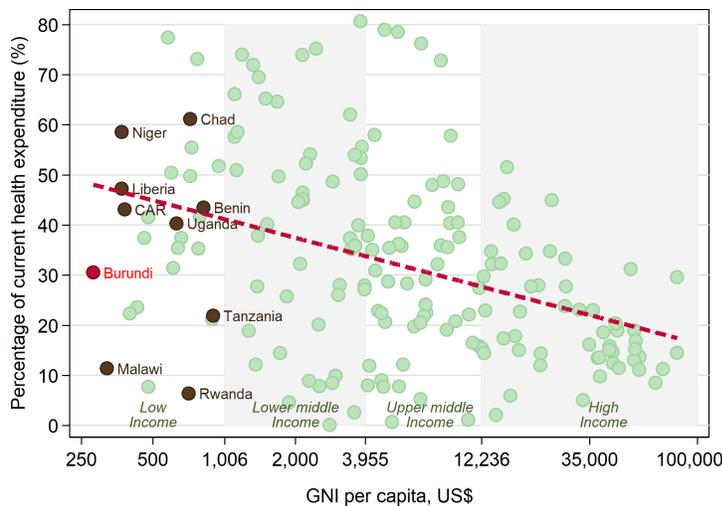
\*Légende : Une année de vie corrigé de l'incapacité est mesurée par les "Disability-adjusted life years (DALYs)". Il représente la perte de l'équivalent d'une année de santé complète. En utilisant cette unité de mesure, il devient possible de comparer le fardeau des maladies et affections qui causent une mort prématurée mais peu invalidante (comme la noyade ou la rougeole par exemple) à celui de maladies et affections qui ne causent pas la mort mais qui causent une invalidité (comme la cécité causée par la cataracte).

Selon un récent rapport conjoint non publié de la Banque mondiale et de l'Unicef, le fardeau des maladies infantiles est disproportionné chez les ménages pauvres. Comme rappelé précédemment, les ménages pauvres sont plus vulnérables aux dépenses de santé catastrophiques. Dans ce groupe, le risque d'appauvrissement est tangible. De manière générale, les travaux de la Banque mondiale et de l'Unicef ont expliqué en quoi l'utilisation des services de santé était extrêmement inéquitable au Burundi. Les obstacles financiers, qui influencent négativement l'utilisation des services de santé par les ménages à faible

revenu et les ménages ruraux, comptent parmi les principaux facteurs. Le programme de financement basé sur les performances et la gratuité des services de santé a permis de réduire les inégalités, en particulier au niveau des établissements de soins de santé primaires, mais les inégalités persistent. Des efforts accrus peuvent être nécessaires pour étendre le programme et améliorer les résultats. Dans cette optique, cela entraînera des transferts et des subventions supplémentaires de la part du budget de la santé du gouvernement.

Au Burundi, les dépenses directes de santé (*out-of-pocket payments–OOPs*) supportées par les usagers des biens et services de santé représenteraient selon l’OMS 30.5% des dépenses de santé courantes en 2016<sup>2</sup>. La comparaison internationale montre que le Burundi se situe en 2016 sous la courbe de tendance (OMS). Bien que cette part soit, toute proportion gardée, relativement faible par rapport aux autres pays ayant un revenu par habitant comparable, cela couvrirait encore une part substantielle des dépenses de santé. De plus, derrière un niveau de dépense directe comparativement meilleur peut se cacher un autre problème qui est celui d’une proportion importante de la population qui renonce ou reporte des soins. Les conséquences de dépenses directes élevées peuvent aussi à leur tour être nuisibles, et influencer sur le report ou le renoncement aux soins pour la franche de la population dont la capacité contributive est faible ou vulnérable. La part des dépenses à la charge des ménages n'a dépassé celle du financement extérieur qu'en 2016.

Figure 8: Dépenses directes de santé au Burundi, exprimées en pourcentage des dépenses de santé courantes, 2016



Source : OMS

<sup>2</sup> Les estimations produites des comptes de la santé n'existent pas après 2013.

La récente réforme de la politique de la santé, qui a supprimé les frais d'utilisation des services de santé (*user fees*) en matière de santé maternelle et infantile, a contribué à ce résultat positif. Néanmoins, les paiements directs (OOPs) couvraient encore une part considérable des dépenses de santé en 2014 et en 2015 (OMS). En 2016, la demande de biens et services de santé reste fortement dépendante des contributions des usagers. Ces derniers représentent le second agent de financement du système de santé, après les PTFs. Cette situation s'avère problématique en termes d'équité car elle expose les populations pauvres et vulnérables au risque tangible de faire face à des dépenses catastrophiques de santé et/ou appauvrissantes induites par l'utilisation des services de santé, voire pour certains l'obligation de devoir reporter ou abandonner la recherche de soins en raison des barrières persistantes à l'accès aux services de santé pour tous. Pour converger vers l'objectif de la couverture universelle, il sera nécessaire de dégager un espace budgétaire supplémentaire à dédier à l'amélioration de la protection financière contre les risques liés à la santé et à la réduction du poids du financement supporté par les usagers (via les paiements directs).

### **3 POTENTIEL D'ELARGISSEMENT DE L'ESPACE BUDGETAIRE**

Dès le moment où un pays entame sa transition vers un financement sectoriel durable d'une couverture sanitaire étendue, la question du dégagement d'une marge budgétaire additionnelle suffisante occupe une place centrale dans le dialogue politique. Dans ce cadre de transition, la structuration du financement importe également. Typiquement, la tendance du financement de la couverture sanitaire universelle (CSU) repose sur des ressources domestiques accrues et adéquates, avec à terme une réduction des parts de financement issues de fonds externes et des contributions directes des usagers (5).

Pour appuyer cette transition de financement du secteur de la santé au Burundi, une analyse fouillée du potentiel de création d'un espace budgétaire additionnel a été menée selon les cinq piliers analytiques retenus dans la littérature du domaine (6).

Les cinq piliers analytiques de l'étude de l'espace fiscal se réfèrent à :

- 1) La présence ou l'absence de conditions macroéconomiques favorables ;
- 2) Le degré de priorités de la santé dans le budget du Gouvernement ;
- 3) Le levier des ressources domestiques et spécifiques au secteur ;
- 4) Le levier des subventions extérieures et spécifiques au secteur ; et
- 5) L'amélioration de l'efficacité des dépenses publiques de santé existantes (1).

Pour chacun de ces piliers, nous avons minutieusement exploré les divers mécanismes à disposition des décideurs pour élargir l'espace budgétaire. Bien que non exhaustif, ce travail offre une base solide de réflexion et propose une méthodologie de travail. Il est important de rappeler que même si la décision n'est pas du ressort direct de la santé, il reste avisé d'en explorer les potentialités à des fins de plaider en faveur de la santé, par rapport aux autres secteurs. Les dispositions relevant des conditions macroéconomiques, des priorités budgétaires de l'État ou encore de la fiscalité relèvent davantage de décisions gouvernementales que sectorielles. Cette méthodologie d'analyse qui inclut plusieurs piliers hors du contrôle direct de la santé vise à donner au secteur de la santé le plus d'outils et d'information possibles pour guider la décision.

#### **3.1 Pilier 1 – Des conditions macroéconomiques défavorables**

L'environnement macroéconomique et le degré d'opportunité d'augmentation des recettes globales de l'État sont intimement liés. Des conditions défavorables vont peser sur la génération de nouvelles recettes de l'administration publique et mener à la compression des dépenses gouvernementales, avec le risque de sacrifier l'investissement dans des domaines sociaux comme la santé. L'analyse de ce pilier doit permettre d'identifier la plausibilité de recourir à ce mécanisme pour accroître l'espace budgétaire en faveur de la santé au Burundi.

### 3.1.1 Secteur de l'économie réelle

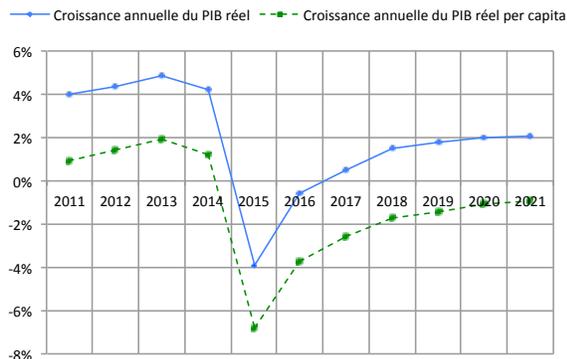
#### 3.1.1.1 Note préliminaire

En guise d'introduction, l'appréciation de la croissance économique récente au Burundi a donné lieu à des divergences entre les statistiques officielles et les estimations des institutions internationales, notamment la Banque mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI). Pour parer cette situation, l'Institut des Statistiques et Études Économiques du Burundi (ISTEEBU) et la Banque mondiale travaillent ensemble à identifier les causes de ces divergences, actuellement attribuées aux différences de méthodologies ou de sources de données, en vue de les résoudre<sup>3</sup>. Une mission de la BM s'est déroulée au mois de mai 2019 pour analyser la méthodologie et les données utilisées par l'ISTEEBU dans l'élaboration des comptes nationaux, celle-ci a permis de situer une série d'insuffisances. Les deux parties doivent poursuivre la collaboration pour assainir ces insuffisances, ce qui permettra d'obtenir des données convergentes comme c'était le cas jusqu'en 2014. En attendant l'aboutissement de ce travail conjoint, la présente analyse s'est appuyée sur les données de la Banque mondiale.

#### 3.1.1.2 Évolution de la croissance économique du pays

Entre 2001 et 2014, l'économie burundaise a joui d'une croissance annuelle soutenue, avec des taux autour de 4% voire 5% sur la période (Figure 9). En 2015, l'économie a subi de plein fouet le choc de la crise électorale et est entrée en récession. Les tensions sociopolitiques observées depuis avril 2015 ont créé des difficultés majeures pour l'activité économique, interrompant la dynamique de croissance que connaissait le pays.

Figure 9 : Évolution de la croissance et projections du PIB (%) au Burundi, 2011-2021



Source : Estimations de la BM, MfMod

<sup>3</sup>Dans le récent rapport de suivi de l'activité économique au Burundi, la Banque mondiale a estimé le taux de croissance à -3,9 en 2015, -0,6 en 2016, 0,5 en 2017, 1,6 en 2018 et 1,8 en 2019, tandis que les statistiques du gouvernement indiquent une croissance de -0,4 en 2015, de 3,2 en 2016, 3,6 en 2017, 3,8 en 2018 et 4,1 en 2019.

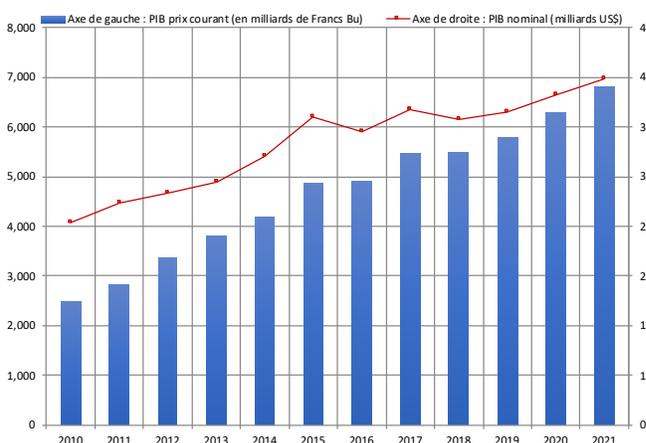
La croissance économique annuelle a donc sévèrement chuté et été négative jusqu'en 2016 (-4% en 2015 et -0.5% en 2016). Une reprise économique a été observée, mais à des taux annuels qui restaient largement inférieurs à ceux qu'a connu le pays avant la crise. Après deux années de contraction économique, l'économie a donc commencé à afficher une croissance positive en 2017, estimée à 0.5%. Ainsi, bien qu'attendue positive pour les années à venir, la croissance annuelle de la richesse nationale (PIB réel) ne devrait atteindre que 1.8% en 2019 et varier entre 2.0%-2.1% en 2020-2021.

La croissance annuelle par habitant devrait être négative encore pour quelques années à venir. En effet, alors qu'à prix courants il est prévu une petite hausse pour la période 2019-2021<sup>4</sup>, en termes réels, la croissance restera négative.

Selon les experts de la BM, le regain économique après 2016 a été attribué aux rebonds de la production de café (principal produit d'exportation du pays) et de l'industrie (dont la production d'énergie est devenue plus fiable—e.g. réduction des pénuries chroniques d'électricité). Cependant la relance est lente. Ce redémarrage est imputable à diverses limitations comme les pénuries de devises, qui freinent l'activité du secteur des services, et les questions sécuritaires pesant sur le développement de l'économie du tourisme.

Selon les estimations retenues en 2019, la valeur du PIB nominal équivaut à US\$3.2 milliards (soit 5 802.4 milliards BIF, au prix courant) (Figure 10). En 2020 et 2021, les prévisions du PIB nominal sont respectivement de US\$3.3 milliards (soit 6290.5 milliards BIF, au prix courant) et US\$3.5 milliards (soit 62 811.6 milliards BIF, au prix courant).

Figure 10 : Évolution du volume et projection de la richesse nationale (PIB) au Burundi, 2010-2021



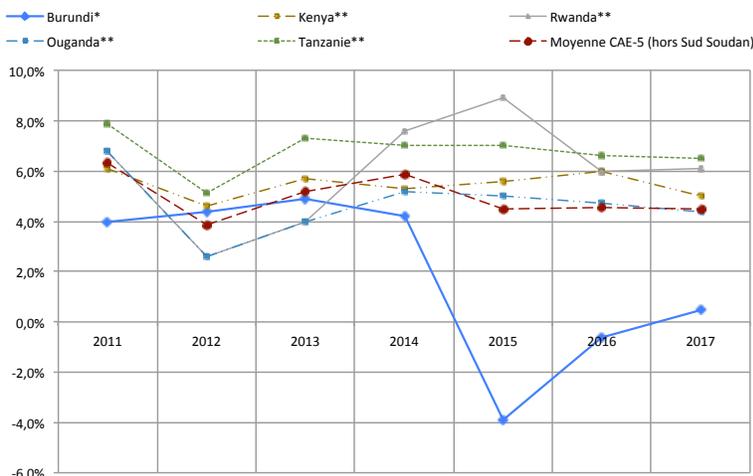
Source : Estimations de l'ISTEEBU (jusque 2015) et de la BM (MfMod 2016-2021)

<sup>4</sup> Exprimées par habitant, les estimations du PIB au prix courant, pour les années 2019 à 2021, sont respectivement de 272.7 US\$, 278.0 US\$ et 283.4 US\$ (Estimations de la BM (MfMod 2016-2021)). La croissance du revenu courant se distingue en effet de la croissance du revenu réel.

### 3.1.1.3 Performance comparée de la croissance économique

Bien que la croissance économique du pays fût favorable avant 2015, les performances du pays restaient inférieures à celles de plusieurs autres pays de la région (Figure 11). Dans la crise de 2015 et dans un contexte de reprise modérée, la croissance économique du Burundi s'est davantage éloignée de la moyenne des pays de la communauté d'Afrique de l'Est (CAE).

Figure 11 : Croissance économique nationale (PIB réel) au Burundi et dans les pays de comparaison : Évolution des taux annuels (%) avant et après la crise de 2015



Source : \*Estimations de la BM pour le Burundi et \*\*perspectives régionales du FMI pour les pays de comparaison issues de la Communauté des pays d'Afrique de l'Est – CAE

La faiblesse de la croissance observée au Burundi est expliquée par les défis conjoncturels consécutifs à la crise de 2015. Ces derniers sont venus s'ajouter aux faiblesses structurelles de l'économie nationale.

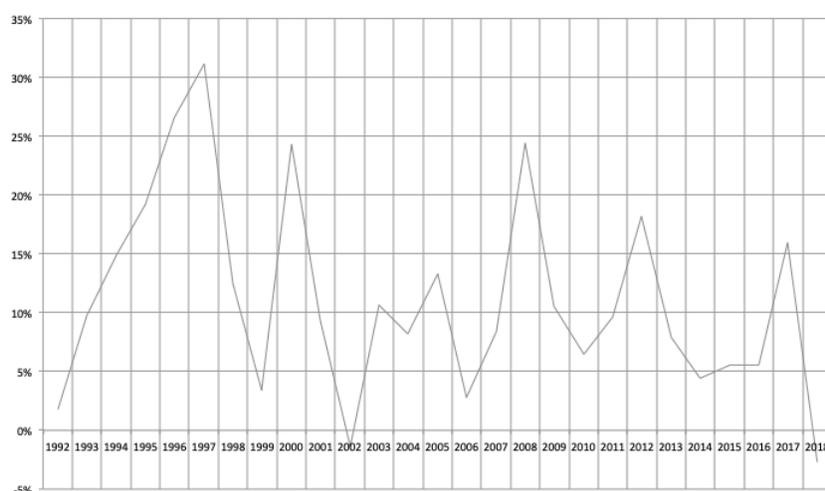
- Les limitations conjoncturelles incluent les contreperformances dans la mobilisation de ressources extérieures limitant le financement des investissements publics, l'atonie de l'activité du secteur privé, l'insuffisance de devises pour financer les importations de biens essentiels à la production, l'éviction du secteur privé dans l'octroi du crédit bancaire avec une préférence accrue pour le financement du secteur public.
- Les limitations structurelles de l'économie incluent quant à elles, l'absence de diversification de l'économie, la faible productivité du secteur agricole, un espace fiscal limité et des faiblesses d'investissements directs étrangers.

### 3.1.1.4 Évolution de l'inflation

L'amplitude de l'inflation constitue un paramètre important puisqu'en termes réels, elle peut sérieusement mitiger l'ampleur des effets des allocations budgétaires dégagées au niveau sectoriel. Au Burundi, la forte dépendance vis-à-vis de la banque centrale (BRB) pour financer le déficit mais aussi le climat défavorable ayant impacté négativement la production agricole, les pénuries de change ou la hausse des prix du pétrole ont fait

grimper le taux d'inflation. Selon les données nationales, produites par l'ISTEEBU, l'inflation globale a plus que triplé en 2017 par rapport à l'année d'avant pour atteindre 16%, à la suite d'une substantielle hausse des prix des produits alimentaires (Figure 12). La forte hausse de l'inflation alimentaire a été causée par de mauvaises conditions pluviométriques, qui ont fortement réduit l'offre alimentaire<sup>5</sup>. Toutefois, après avoir fortement grimpé en 2017, l'inflation a ensuite diminué depuis grâce à la normalisation qui a suivi la mauvaise récolte agricole de 2017. Au cours de l'année 2018, la déflation a atteint la moyenne annuelle de 2.6%, accompagnée de la chute de l'inflation alimentaire – les prix des denrées alimentaires ayant considérablement diminué depuis le début de l'année. Cette tendance déflationniste opposée à 2017 s'explique par le regain de performance du secteur agricole, qui s'est traduit dans la hausse de l'offre alimentaire subséquente aux bonnes conditions pluviométriques.

Figure 12 : Évolution de l'inflation annuelle (%) au Burundi, 1992-2018



Source : ISTEEBU

### 3.1.2 Finances publiques et endettement public

#### 3.1.2.1 Note préliminaire

En 2018, le cycle budgétaire a été modifié pour s'aligner sur le calendrier budgétaire de la CAE. Le pays a approuvé le passage vers l'exercice budgétaire 2018/19 couvrant ainsi la période allant de juillet 2018 à juin 2019, en prévoyant une révision à mi-parcours au mois

---

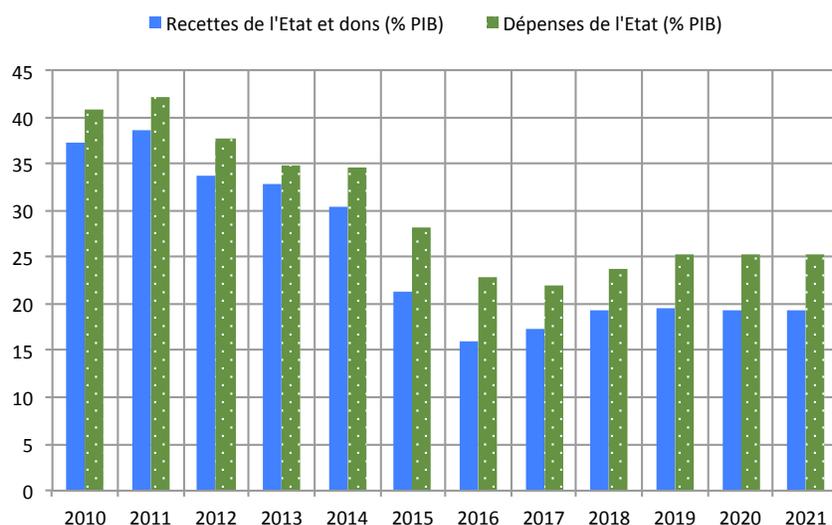
<sup>5</sup> La forte augmentation des prix des denrées alimentaires qui a accéléré l'inflation est une conséquence de la sécheresse de 2016 (durant laquelle les prix avaient plus que triplé alors que les disponibilités alimentaires diminuaient). L'inflation alimentaire était de 24.4% en 2017. La tendance inflationniste était également liée à d'importantes restrictions sur la disponibilité de carburant importé.

de décembre de l'exercice en cours. Cet alignement constitue l'une des conditions requises pour que le Burundi fasse partie de la future union monétaire au sein de la CAE, qui devrait être mise en place en 2024. Dans cet optique, le pays va devoir rencontrer plusieurs critères de convergence en matière d'indicateurs budgétaires à satisfaire. Principalement, les quatre requis sont de ne pas dépasser les plafonds suivants : (i) inflation globale de 8% ; (ii) déficit budgétaire, subventions comprises, à 3% du PIB ; (iii) dette publique brute de 50% du PIB en valeur actuelle nette ; et enfin la garantie d'établir une (iv) une réserve de couverture de 4.5 mois d'importations.

### 3.1.2.2 Recettes, dépenses et solde budgétaire de l'État

La génération de recettes publiques est intimement liée à la croissance économique du pays. Or le Burundi continue de faire face à une situation budgétaire complexe depuis la crise électorale de 2015. Confronté aux conséquences du retrait de l'aide extérieure, le gouvernement a renforcé la mobilisation des recettes nationales, en la combinant avec une consolidation des dépenses, en particulier des dépenses en capital (Figure 13). En ce sens, l'espace pour augmenter les recettes publiques et de façon inhérente les dépenses qui pourraient en découler s'avère extrêmement maigre.

Figure 13: Évolution et prévisions des recettes et dépenses des administrations publiques du Burundi (en % du PIB), 2010-2021



Source : BM (MFMod)

- Du côté des recettes de l'administration publique, l'exercice budgétaire de l'année fiscale 2018/2019 est basé sur une augmentation des recettes nationales et des subventions (7). Les recettes publiques totales comprennent les recettes intérieures et les dons. En supposant une légère augmentation des recettes fiscales et non fiscales et une forte augmentation des recettes des subventions, celles-ci devraient atteindre les 20% du PIB, contre 17.4% en 2017. Après 2014, elles avaient connu une tendance continue à la baisse jusqu'en 2017. En termes nominaux, les recettes publiques totales

devraient augmenter de 29% par rapport à 2017. L'objectif prévisionnel de collecte des recettes (à l'exclusion des dons) est fixé à 13.4% du PIB, ce qui représente une augmentation de 0.7% du PIB par rapport à 2017. La récente performance du Burundi en matière de mobilisation des recettes soulève néanmoins des questions quant au réalisme de ces objectifs budgétaires projetés. Une telle augmentation attendue des recettes intérieures repose en effet sur la réalisation d'une croissance économique future plus forte que les projections estimées par la Banque mondiale, ce qui suggère que cette augmentation attendue se situe dans un scénario optimiste de croissance économique à court terme. Dans un scénario modéré, les recettes publiques intérieures devraient être de moindre ampleur qu'annoncées. En sus des rentrées intérieures, les recettes des subventions sont quant à elles fixées à 6.6% du PIB, contre 3.7% du PIB en 2017, ce qui représente une augmentation de 85% en valeur nominale. En ce qui concerne les recettes des subventions, l'augmentation attendue semble disproportionnée car le gouvernement n'a pas repris le dialogue sur les politiques à suivre avec les donateurs. Or la reprise du dialogue politique entre les partenaires constitue une étape indispensable pour bénéficier d'un soutien extérieur futur adéquat.

- Du côté des dépenses, le budget de l'exercice fiscal 2018/2019<sup>6</sup> visera à stabiliser les dépenses courantes et à encourager les dépenses en capital (7). Les dépenses totales du gouvernement devraient atteindre 23.8% du PIB, soit au-dessus du niveau de 2017 (21.9%). Après 2014, les dépenses avaient pu être maîtrisées grâce aux mesures prises par le gouvernement. Parmi les mesures déployées pour réduire le besoin de financement, il y a eu le gel des embauches et des augmentations de salaires dans plusieurs secteurs (sauf dans les 3 prioritaires que sont l'éducation, la santé et la sécurité) pour réduire la masse salariale. Une autre mesure mise en place a porté sur la réduction des achats de biens et services, qui constitue un poste substantiel (près de la moitié dont la coupe a permis de réduire le besoin de financement. Le Burundi a également ajusté ses dépenses en services sociaux. En valeur nominale, les dépenses publiques totales devraient augmenter de 16% par rapport à 2017. Les dépenses courantes, qui représentent une part prépondérante des dépenses totales, devraient se situer au même niveau qu'en 2017 (15.6% du PIB), alors qu'une augmentation notable est prévue pour les dépenses d'investissement (i.e. 2.9% du PIB par rapport à 2017). Une légère baisse des dépenses récurrentes est attendue pour les biens et services (baisse de 0.8% du PIB par rapport au résultat de 2017). En valeur nominale, les dépenses en capital devraient augmenter de 50% par rapport à 2017. Les dépenses de développement seraient tirées par les investissements dans l'agriculture, l'énergie et la santé.

---

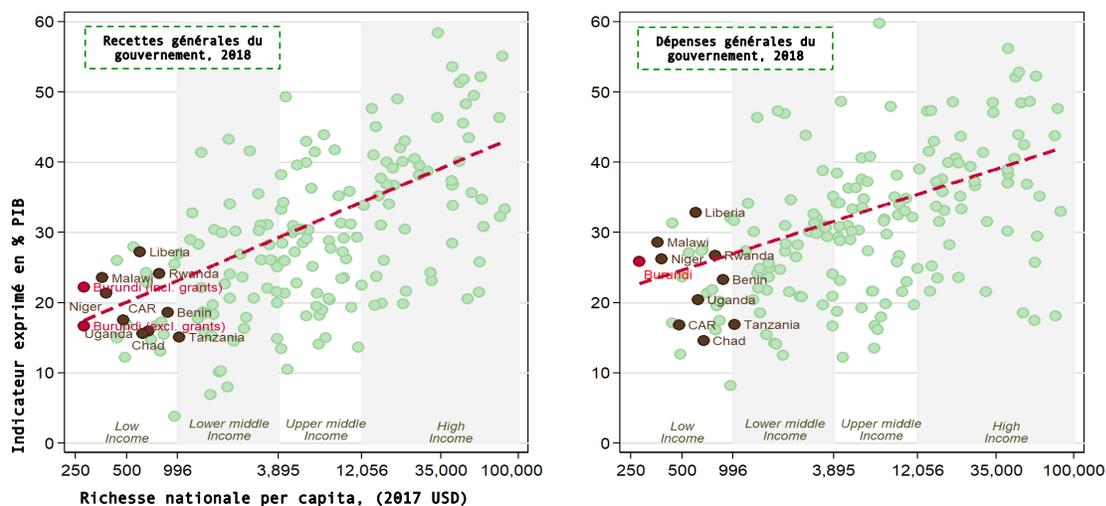
<sup>6</sup> Depuis juin 2018, le Burundi a adopté le calendrier fiscal de la CAE, commençant le 1er juillet de l'année en cours pour se terminer le 30 juin de l'année suivante.

Au cours de la première moitié de la dernière décennie, les parts des recettes et des dépenses de l'État dans le PIB ont diminué de façon régulière sur la période 2010/16. Sur cette période, les recettes ont chuté plus rapidement que les dépenses, creusant le déficit budgétaire de l'État. Dans la seconde moitié de la dernière décennie, les parts respectives des recettes et des dépenses ont progressivement augmenté mais sans rejoindre les niveaux de la première moitié de la décennie. Plus précisément, pour l'exercice fiscal 2018/19, alors que les recettes devraient idéalement augmenter plus rapidement que les dépenses, ces deux postes ont augmenté dans des proportions fort similaires avec pour conséquence, le maintien du déficit budgétaire (dons inclus) au même niveau qu'en 2017. Les projections des recettes des administrations publiques resteront en grande partie inchangées pour les années à venir et les dépenses plafonneront à 25% du PIB. Les prévisions indiquent donc qu'il y aura vraisemblablement peu d'augmentation dans les recettes, imposant une forme de contrainte budgétaire sur les dépenses qui ne pourront augmenter substantiellement. Ce constat est possiblement le signe que le Gouvernement peinera à financer toute potentielle hausse attendue de ses dépenses.

### 3.1.2.3 Position comparée des finances publiques

Au Burundi, les parts respectives des recettes et dépenses des administrations publiques dans le PIB apparaissent parmi les plus faibles par rapports aux pays comparateurs (i.e. pays à bas revenu) comme le Libéria, le Rwanda ou le Malawi (Figure 14).

Figure 14: Recettes et dépenses des administrations publiques en pourcentage du PIB, 2018



Source : Estimation FY2018-19 de la BM pour le Burundi et statistiques globales du FMI et de la BM pour les autres pays

Légende : L'abscisse est exprimée en termes logarithmiques

La comparaison de ces deux graphiques (Figure 14) montre également que, sans l'appui extérieur, le pays se place davantage au niveau de la République Centre-Africaine ou du

Tchad, avec une part du PIB qui chute sous la tendance. Sur base de ces estimations internationales mettant en perspective la situation comparative, ce résultat, en revanche, suggèrerait la possibilité de dégager une certaine marge pour étendre l'espace budgétaire en faveur de la santé.

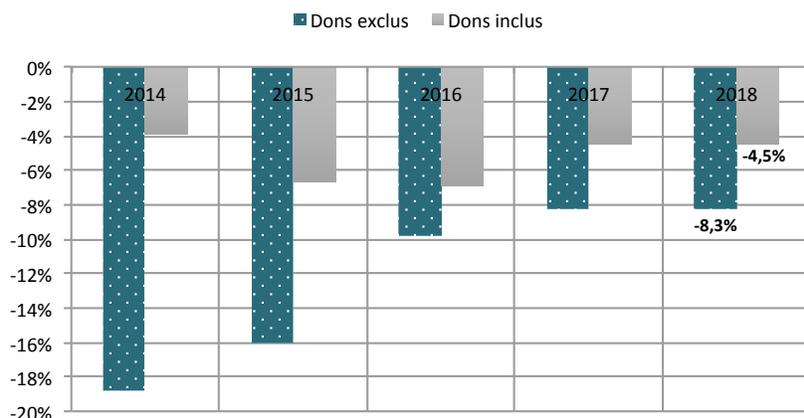
En 2014, avec un niveau de recettes totales atteignant 30.5% du PIB, le solde budgétaire global de l'État était déficitaire de 3.9% du PIB. Le déficit budgétaire primaire s'est détérioré en 2015 et 2016, atteignant respectivement 5.9% et 5.7% du PIB à la suite de la contraction des recettes. En effet, celles-ci sont descendues respectivement à 21.4% et 16% du PIB, du fait de la contraction des ressources extérieures. En 2017, un léger relèvement des recettes (17.4% du PIB) combinées avec la poursuite des resserrements des dépenses a ramené le déficit budgétaire à 4.5% du PIB. Venant de 6.9% en 2016, cette atténuation du déficit constitue un acquis pour le pays mais le risque d'instabilité financière générée par la situation déficitaire reste présent. Néanmoins l'amélioration de la situation déficitaire s'est accompagnée d'un accès minimal aux sources de revenus externes et en conséquence le gouvernement a dû recourir massivement à la monétisation, ce qui alimente la dette intérieure.

Le resserrement budgétaire visait à compenser la baisse des appuis extérieurs mais cela n'a pas été suffisant pour ramener un équilibre viable dans les finances publiques. Principalement, l'assainissement budgétaire s'est fait au détriment des dépenses d'investissement. Par exemple, la dépense en capital qui avait été budgétée à 9.9% du PIB en 2016-2017 ne s'est réalisée qu'à hauteur de 6.1%. Ainsi, dans ce contexte de contraction de l'aide, le gouvernement a dû couvrir le défaut de couverture de dépense en capital historiquement entièrement financé par l'appui extérieur, qui après le retrait ne l'a été plus qu'à la hauteur de la moitié des besoins. Les estimations préliminaires sur l'année 2018 montrent que le déficit fiscal s'est maintenu au même niveau que celui de l'année 2017, soit 4.5% du PIB<sup>7</sup>. Malgré une amélioration des recettes pour l'exercice 2017 (passant de 757 076.5 MBIF en 2016 à 892 655.5 MBIF en 2017), l'augmentation des dépenses publiques combinée aux paiements des arriérés sur cette même période maintient ainsi le déficit budgétaire atteint un niveau important et supérieur au critère de convergence de la CAE placé sous le seuil de 3.0% du PIB (critère de Maastricht adopté comme seuil de référence).

---

<sup>7</sup> Les données n'étaient pas encore disponibles sur toute l'année à la suite du chevauchement fiscal entraîné par l'adoption du calendrier fiscal de la CAE en cours d'année.

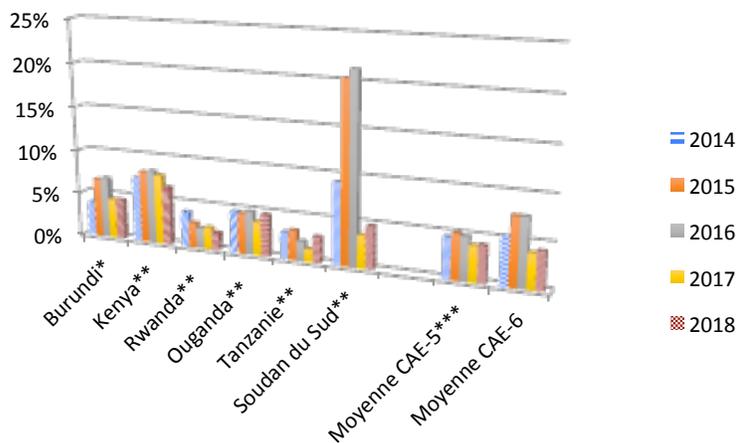
Figure 15 : Résultats budgétaires du gouvernement pour 2014-2018 (en % du PIB)<sup>8</sup>, 2014-2018



Source : BM

Comparativement aux pays de sa région, le Burundi affiche depuis 2015 un déficit budgétaire au-dessus de la moyenne des pays CAE (hors Soudan du Sud) (Figure 16). Le déficit public du pays se situe donc parmi les plus élevés comparativement aux autres pays du même groupe de revenu et pourrait avoir atteint un niveau insoutenable au regard du critère de convergence.

Figure 16 : Évolution du déficit budgétaire au Burundi et dans les pays de comparaison, 2014-2018



Source : \*Estimations de la BM (World Bank Staff estimates), \*\* Estimations régionales du FMI (avril 2018), \*\*\*Excepté le Soudan du Sud

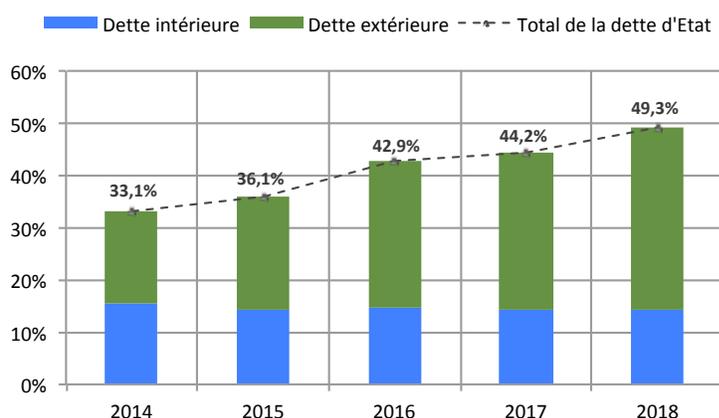
<sup>8</sup> Le critère de convergence de la CAE pour le déficit budgétaire : inférieur ou égal à 3% du PIB

### 3.1.2.4 Endettement de l'État

Conséquence directe de l'insuffisance de recettes et au niveau du solde budgétaire déficitaire, la dette d'État est préoccupante au Burundi. Le niveau de la dette publique a cru de façon continue<sup>9</sup>, passant de 33,1% du PIB en 2014 à 49,3% du PIB fin 2018 (Figure 17). La dette publique a atteint un niveau record en 2018, avec 70,6% de la dette totale représentant la dette intérieure (soit 34,8% du PIB).

Ce niveau important d'endettement place largement le Burundi au-dessus du seuil de référence des 40% du PIB établi comme norme prudente à ne pas dépasser pour les pays à bas ou moyen revenus. Bien qu'encore en-deçà, le niveau se rapproche sévèrement du seuil de 50% établi par la CAE. Si la tendance se poursuit, son ratio pourrait s'apparenter davantage au seuil de 60% du PIB, latitude autorisée dans les économies plus riches des pays à haut revenu.

Figure 17 : Évolution de la dette de l'État (en % du PIB)<sup>10</sup> au Burundi, 2014-2018



Source : Données de la BRB et estimations de la BM

En conséquence, le Burundi a une charge d'endettement grandissante qui renforce les inquiétudes quant au risque de surendettement du pays. La dernière évaluation de la dette d'État au Burundi réalisée par la BM et le FMI début 2015 avait déjà montré que le pays était exposé à un risque élevé de surendettement (7). Cette augmentation continue des dernières années du poids de la dette dans l'économie nationale et la vulnérabilité de l'ensemble du portefeuille de la dette (par rapport aux échéances notamment) délimitent

9 Le manque de financement extérieur depuis 2015 avait obligé le Burundi à recourir aux prêts de la BRB et à la monétisation du déficit. La dette publique intérieure est en conséquence montée en flèche.

10 La dette intérieure est liée à l'accroissement des engagements de l'État – envers la Banque Centrale, les banques commerciales et le secteur non bancaire. La dette extérieure est attribuée aux tirages sur emprunts extérieurs et aux plus-values de réévaluation qui ont dépassé le remboursement du principal.

l'ampleur de l'action gouvernementale et réduit sa capacité de recourt à l'extérieur. Ainsi, l'accroissement de l'espace budgétaire en faveur de la santé devrait se faire principalement par le biais d'une mobilisation accrue des recettes domestiques accompagnée d'une maîtrise des dépenses.

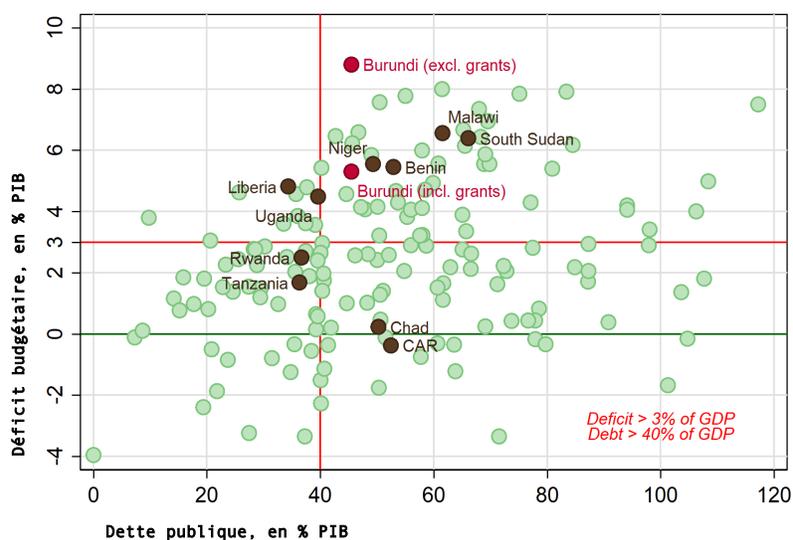
En termes de répartition sectorielle de la dette, les secteurs sociaux ont représenté moins de 10% de l'encours la dette publique (soit 7.3%). Celle-ci a financé majoritairement les équipements publics (46.3%), puis divers projets (28.0%), et les secteurs productifs (18.4%). Cette relative faible part alimentant les secteurs sociaux, dont santé fait partie, appelle à un effort national et à mobiliser cet espace de marge de manœuvre pour soutenir les objectifs stratégiques du pays en matière de santé de la population. Dans le contexte d'un financement extérieur limité, le déficit budgétaire est principalement financé par des emprunts intérieurs.

A la suite des récentes contreperformances dans la mobilisation des ressources extérieures, la dette publique en croissance continue est principalement tirée par la dette publique intérieure. En ce qui concerne la dette extérieure, elle est principalement tirée par la dette multilatérale. La dette extérieure étant relativement stable, c'est bien sous l'effet de la hausse de la dette intérieure que la dette d'État augmente. L'augmentation de cette dette intérieure provient des avances ordinaires de la banque centrale et des achats de bons du Trésor et de bons du Trésor par les banques commerciales. La composition de la dette intérieure a notablement changé avec l'augmentation de la part de la dette contractée auprès des banques commerciales. L'exposition grandissante aux dettes souveraines couplée au cumul des arriérés intérieurs pourrait fragiliser les finances publiques du pays (8).

Comme évoqué, le Burundi présente une situation d'endettement ne satisfaisant pas aux normes de précaution recommandées. Le niveau moyen d'endettement du pays (2016-2018) le place dans le peloton des pays les plus endettés de la CAE, aux côtés du Kenya (dette publique de 58.1% du PIB en 2018, estimation régionale du FMI) et du Soudan du Sud (dette publique de 51.0% du PIB en 2018, estimation régionale du FMI) (Figure 18).

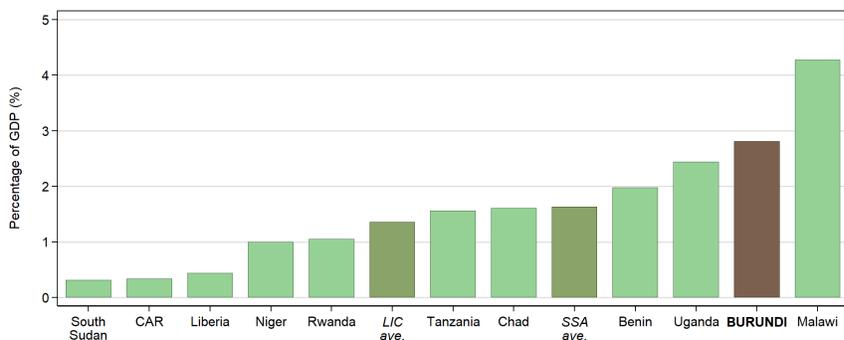
Pour compléter, le service annuel de la dette publique représente une charge substantielle pour le pays. Durant la période post-crise (2016 à 2018), le Burundi a en moyenne consacré 2.8% de son PIB au service de la dette publique. Ce niveau est supérieur à la moyenne des pays à faible revenu et des pays en développement de la région de l'Afrique subsaharienne (Figure 19). Parmi les pays de comparaison, seul le Malawi paie plus pour le service de la dette. Cette situation place le Burundi dans la nécessité de contenir la hausse de la dette et donc du service de la dette pour dégager plus de ressources à consacrer au financement du développement.

Figure 18: Ratio du déficit budgétaire et de la dette au Burundi, moyenne 2016-2018



Source : Estimations de la BM pour le Burundi et statistiques internationales du FMI pour les autres pays

Figure 19 : Poids comparatif du service annuel de la dette publique du Burundi (rapporté au PIB), moyenne pour 2016-2018



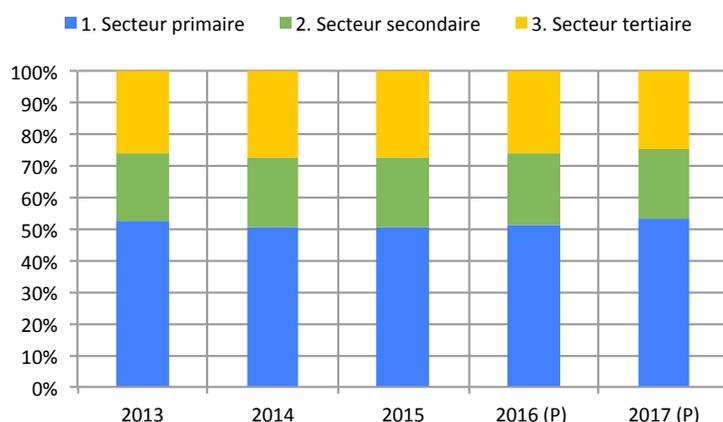
Source : Estimations du FMI

### 3.1.3 Structure de l'activité économique

La structuration de l'activité est intéressante pour compléter l'analyse. Elle peut être utile pour orienter la réflexion sur la génération future de ressources domestiques additionnelles sur lesquelles le Burundi pourrait vouloir compter pour renforcer sa situation fragilisée.

Selon les données nationales de l'ISTEEBU<sup>11</sup>, le secteur primaire prédomine dans l'économie burundaise, représentant en moyenne 51.7% du PIB au coût des facteurs pour la période allant de 2013 à 2017 (Figure 20). L'activité de ce secteur repose sur la production vivrière (bananes, tubercules, céréales et légumineuses/Oléagineux), les produits de la pêche artisanale et coutumière, l'élevage (bovin, caprin, ovin et porcin), la sylviculture (production forestière et agro-forestière) et l'agriculture d'exportation (café, coton, et thé). Le secteur tertiaire des services représente en proportion le second secteur générateur de production de l'économie burundaise, avec une moyenne estimée à 26.1% sur la même période. Le secteur secondaire vient en troisième position avec 22.1% pour la période étudiée. La répartition sectorielle de l'activité économique nationale s'est stabilisée au cours du temps.

Figure 20: Évolution de la composition du PIB selon les secteurs d'activités économiques (à prix courant), 2013 à 2017

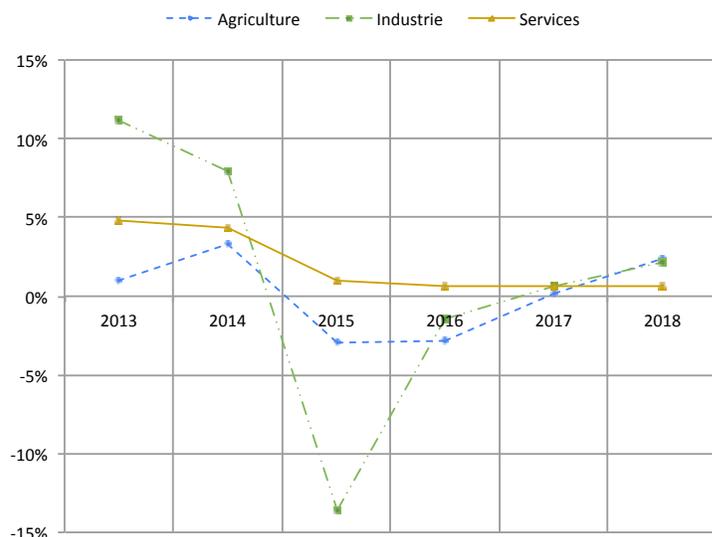


Source: ISTEEBU

Le secteur des services connaît, malgré le contexte de ralentissement économique depuis 2015, une croissance qui reste positive mais en recul prononcé, passant de 4.4% de croissance annuelle en 2014 à 0.7% en 2018 (Figure 21). En revanche, les secteurs agricole et industriel ont tous deux fortement chuté en 2015 mais affichent une relative performance en 2017. Les récentes estimations de la BM prévoient que l'économie continuera à s'améliorer mais la croissance restera limitée par l'acuité des problèmes conjoncturels venus s'ajouter aux défis structurels, comme cela a été expliqué précédemment.

<sup>11</sup> Les estimations de croissance sectorielle fournies par l'ISTEEBU sont alignées aux taux de croissance globale qui, comme vu précédemment, divergent fortement des estimations de la Banque Mondiale et autres institutions internationales.

Figure 21: Évolution des pourcents de variation du PIB réel (à prix constants de 2005) selon les secteurs d'activités (agriculture, industrie et services), 2013 à 2018



Source : Estimations de la BM

### 3.1.4 Secteur bancaire et monétaire

#### 3.1.4.1 Politique monétaire

La politique monétaire du pays poursuit l'objectif de stabilité des prix et du système financier. D'après les publications de la dernière revue économique et monétaire de la BRB datant de 2018, l'estimation et la stabilité de la fonction de demande de monnaie a très peu été étudiée au Burundi (8). Pourtant, cette connaissance est une pièce maitresse pour guider le choix d'une politique monétaire appropriée. La BRB cible la maîtrise de l'inflation et l'envisage à travers un ajustement adéquat de l'offre de monnaie. La récente revue susmentionnée pointe parmi les facteurs explicatifs de la demande de monnaie à long terme, les rôles de l'inflation, du taux de change et du PIB réel. En période d'inflation ou de dépréciation du taux de change, la demande de monnaie aura tendance à diminuer puisque les agents économiques vont préférer les actifs physiques et biens durables à la devise nationale. A l'inverse, une hausse du PIB réel (ainsi que du taux d'intérêt sur les bons du trésor) aura un impact positif sur la demande de monnaie. Selon les modèles empiriques testés par la BRB, le cadre de politique monétaire prôné se montre efficace puisqu'il maintient une certaine stabilité de la fonction de demande d'encaisses réelles, ce qui suggère une maîtrise suffisante de l'offre de monnaie dans le pays. Il est à relever que ces résultats rencontrent une certaine limite dans l'interprétation de prévisions puisqu'ils reposent sur des estimations anciennes.

La politique monétaire est plus souvent ajustée pour financer le déficit, même si la stabilité des prix reste le principal objectif déclaré. C'est la Banque Centrale qui gère les réserves de l'État dont le niveau est contrôlé à travers les avoirs intérieurs et extérieurs nets.

Cependant, afin d'alléger les liquidités des banques commerciales et de les encourager à financer le déficit, la politique monétaire développée est qualifiée de non conventionnelle depuis 2015 selon les experts de la Banque mondiale. Une politique monétaire expansionniste a été menée, avec selon les estimations de la Banque mondiale des injections de liquidités multipliées par 8 en deux ans, entre 2015 et 2017 – même si les dépôts se sont améliorés. La masse monétaire au sens large a augmenté de 26% en 2017. L'expansion monétaire s'est poursuivie en 2018 malgré un ralentissement. En ce qui concerne la tendance à la baisse des taux d'intérêts a, d'une certaine manière, permis de faciliter le financement à court terme du déficit budgétaire important que connaît le pays. Parallèlement, les meilleurs rendements des obligations d'État (e.g. obligations à échéance de 3 à 4 ans introduites en 2015) ont attiré les investisseurs à long terme. Cependant, il apparaît que l'assouplissement de la politique monétaire n'a pas amélioré les conditions de crédit du secteur privé burundais. Cet effet dilue l'effet attendu par la politique expansionniste menée par la Banque Centrale.

#### ***3.1.4.2 Vulnérabilité du secteur bancaire et fragilité budgétaire de l'État***

La qualité du portefeuille s'est dégradée et les emprunts publics ont augmenté, ce qui place le secteur bancaire dans une situation de vulnérabilité selon les experts de la Banque mondiale. La poursuite de la tendance plus timide du soutien des partenaires au développement pourrait faire progressivement grimper la dette intérieure (e.g. en accumulant davantage de titres publics dans les portefeuilles des banques). Une telle situation augmenterait le risque d'insolvabilité publique puisque que le pays est déjà très exposé à un risque de surendettement – tangible depuis la crise de 2015. Par ailleurs, le secteur de la microfinance a poursuivi sa croissance, notamment au travers d'une augmentation des ressources, utilisateurs et structures poursuivant une meilleure inclusion financière. Une forme de synergie entre la microfinance et le secteur bancaire apparaît encourageante. Pourtant, celle-ci peut toutefois représenter un risque de contagion d'une crise du secteur bancaire.

Des écarts par rapport à l'assainissement budgétaire prévu pourraient bien compromettre la stabilité financière et macroéconomique. Or de futures dépenses sont vraisemblablement à envisager, par exemple dans le cadre de la prochaine campagne électorale en 2020. Au Burundi, une crise de la dette est à craindre d'après les experts de la BM. Dans le même temps, le recours à l'emprunt intérieur est appelé à augmenter et peut nuire à l'efficacité de la politique monétaire menée par la Banque Centrale. Si la politique monétaire se renforce pour financer le déficit budgétaire, il n'est pas impossible que l'inflation prenne et que des rendements des taux d'intérêt réels négatifs viennent compromettre davantage la rentabilité du secteur bancaire et la stabilité financière globale.

Même si le Burundi a atteint une certaine forme de stabilité économique depuis 2015, certains observateurs présagent un possible effondrement économique. Jusqu'ici la politique menée par le gouvernement a réussi à éviter un effondrement notamment grâce aux efforts déployés pour générer davantage de recettes et consolider les dépenses. L'évolution de la situation sera inévitablement influencée par la poursuite ou non des efforts déjà consentis pour maîtriser l'évolution du déficit budgétaire et la situation

d'endettement du pays. Ainsi, la politique de discipline budgétaire doit être renforcée et dans le contexte actuel il s'avère essentiel d'augmenter les recettes.

### **3.1.5 Secteur extérieur**

Au niveau extérieur, d'autres facteurs comme les changements dans les termes d'échanges ou les modalités d'aide ont également joué un rôle.

Le faible coussin de réserves de change qui existe au Burundi laisse l'économie très exposée aux chocs externes. Dans le pays, les vulnérabilités du secteur externe persistent. Récemment, le rebond observé à la fois dans les exportations et les importations a maintenu un déficit commercial à un niveau élevé, en 2017. Par exemple, les exportations ont été tirées par la croissance de l'or et autres exportations minières. Selon nos informations, l'augmentation des transferts de la communauté internationale aux ONGs s'est accompagnée d'une forte croissance des exportations. Les données jusqu'en septembre 2018 confirmaient la tendance à la hausse des exportations et la part croissante des minéraux (dont l'or). L'augmentation des financements extérieurs a permis aux importations d'augmenter fortement au cours de l'année 2018, en lien avec la reprise de l'activité économique. Les importations récentes concernaient principalement des biens d'équipement. Pour 2017, le déficit du compte courant était élevé mais stable à 11.3% du PIB (BM). Ce déficit courant a été financé par une augmentation du compte de capital pour les projets de développement et par des investissements dans le compte financier alimentés par des crédits commerciaux (BM). Cependant, les investissements directs étrangers sont restés proches de zéro en 2016 et 2017.

Il est à noter qu'une section spécifique portant sur l'aide extérieure est proposée plus loin. En substance, il a été mis en évidence que la chute du financement extérieur a conduit à l'assainissement budgétaire et à la monétisation du déficit. La perte de l'appui budgétaire extérieur provoquée, par la crise de 2015, souligne la nécessité pour le gouvernement de mobiliser davantage de ressources intérieures et de consolider les dépenses publiques. En parallèle, engager un dialogue politique approfondi avec le FMI et la communauté des donateurs pourrait contribuer à un programme économique efficace, fondé sur des politiques monétaire et budgétaire solides. Un meilleur dialogue politique pourrait mener à une réappréciation de la confiance des investisseurs et renforcer l'assistance des partenaires au développement.

### **3.1.6 Potentiel d'accroissement attendu via les conditions macroéconomiques**

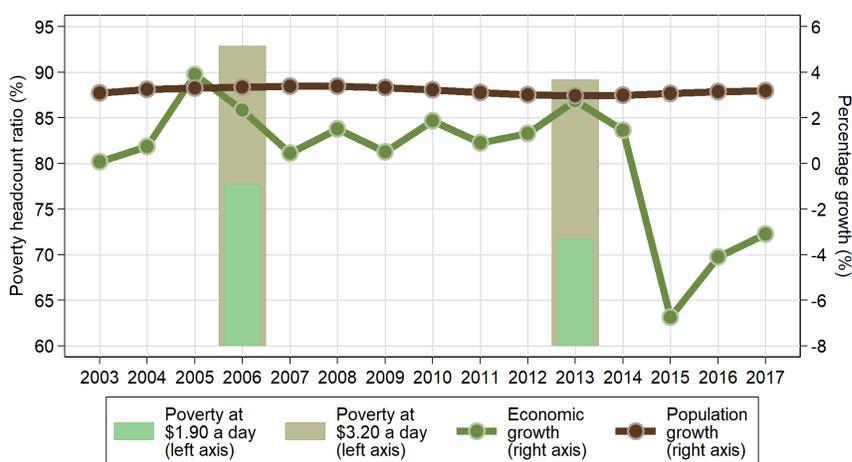
De nombreux obstacles au redressement complet de l'économie nationale subsistent après la crise électorale de 2015. Parmi les conséquences directes du ralentissement économique au Burundi figurent une réduction de l'espace budgétaire et une hausse importante de l'endettement public. Ces questions comptent parmi les défis majeurs du pays et exacerbent les vulnérabilités de l'économie.

L'économie nationale montre des signes de reprise, enregistrant une croissance du PIB légèrement positive en 2017 mais la reprise reste très fragile et les prévisions peu

favorables. Les vulnérabilités dans le secteur financier et le manque d'espace budgétaire pour les investissements publics et la protection des secteurs sociaux dont la santé caractérisent l'économie nationale. Dans cet environnement économique fragile, les difficultés économiques rencontrées et la faible croissance annoncée entravent les perspectives de réduction de la pauvreté.

Pourtant, la pauvreté s'est aggravée dans le pays depuis la crise de 2015 avec un impact négatif sur le bien-être et la santé de la population. Selon la dernière enquête nationale auprès des ménages (2017), la pauvreté au niveau national est en augmentation, passant de 64.9% en 2014 à 66.0% en 2017. Le choc observé sur la croissance économique et ses conséquences tendent à annoncer la perspective d'un ralentissement voire un aggravement de l'état de pauvreté de la population, mettant à mal les avancées observées entre 2006 et 2013 en termes de réduction de la pauvreté. L'inégalité s'est également aggravée et se révèle la plus élevée dans la capitale. La croissance économique, la croissance démographique et les taux de pauvreté –fonction des seuils différenciés de pauvreté modérée (inférieur à 3.2 US\$ par jour) et extrême (inférieur à 1.9 US\$ par jour)– sont présentés ci-dessous (Figure 22). La croissance de la population a été légèrement au-dessus de 3%.

Figure 22 : Croissance économique (PIB per capita), croissance démographique et estimations de la pauvreté au Burundi, 2003 à 2017



Source : Statistiques globales de la BM et l'OMS

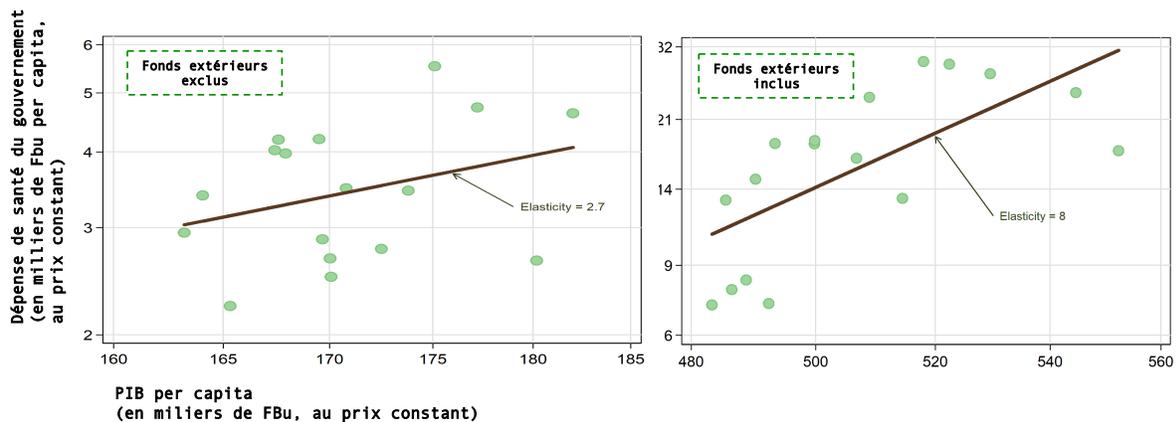
En somme, l'environnement et les perspectives macroéconomiques ne sont pas propices à la création d'un espace budgétaire en faveur de la santé. La croissance de la richesse nationale se présente comme extrêmement modeste et ce jusqu'en 2021, avec une croissance économique par habitant qui devrait être négative. À court et moyen terme, la croissance économique ne créera donc pas d'espace budgétaire pour la santé si la part du PIB dans les dépenses publiques de santé reste inchangée.

**Est-ce qu'une hausse des dépenses sociales est malgré tout envisageable ?** Le revenu national est reconnu comme étant un facteur déterminant des dépenses publiques de santé. Au vu du contexte macroéconomique et des perspectives modestes de croissance annoncée, la situation s'avère insuffisante pour permettre l'accroissement réel de l'espace budgétaire

et rend fort peu plausible tout impact significatif sur la mobilisation de ressources additionnelles à attribuer à la santé à court terme. Les prévisions annoncent une stagnation du niveau des dépenses courantes et donc neutralise l'espoir d'accroissement des fonds pour la santé.

**Est-ce qu'un espoir d'accroissement budgétaire pourrait néanmoins provenir d'une élasticité au prix favorable ?** Nous l'avons vu une augmentation conséquente du niveau de dépenses est peu probable. En revanche, la réactivité, c'est-à-dire l'élasticité des dépenses publiques de santé par habitant par rapport au PIB, est souvent utilisée pour indiquer comment des conditions macroéconomiques favorables peuvent se traduire par une augmentation des dépenses publiques de santé. Entre 2000 et 2016, l'élasticité des dépenses publiques totales à la santé (fonds extérieurs inclus) par rapport au PIB et per capita était sensiblement élevée, avec un coefficient estimé à 8.0 (Figure 23). Ce coefficient de régression indiquerait que pour chaque variation de 1% du PIB per capita, les dépenses publiques totales per capita de santé pourraient augmenter de 8% en moyenne. Cette élasticité des dépenses publiques de santé en fonction de la richesse du pays suggère qu'une reprise de la croissance économique, même faible, pourrait devenir une source non négligeable d'expansion de l'espace budgétaire. Cet espoir est à tempérer car sans prise en compte des contributions extérieures, l'élasticité redescend à 2.7 et augure une perspective moins favorable de l'extension de l'espace fiscal. Ce potentiel de réactivité des dépenses publiques de santé aux variations du PIB par habitant risque toutefois de ne pas se concrétiser à moyen terme puisque le PIB par habitant devrait diminuer dans les cinq prochaines années.

Figure 23: Élasticité des dépenses de santé par rapport au PIB au Burundi, 2000 à 2016



Source : Estimations locales de la BM pour le Burundi et statistiques internationales WDI pour les autres pays

Cependant, dans un scénario optimiste, en supposant que les prévisions des dépenses se concrétisent et que la part du budget consacrée à la santé se maintient au même niveau, on pourrait s'attendre à un espace budgétaire supplémentaire pour la santé en tant que part du PIB jusqu'en 2024. Pour sécuriser les dépenses futures par le dégagement d'un

espace budgétaire et ainsi financer la santé et tout autre composante du capital humain, la situation appelle à la recherche de nouvelles recettes incluant le recours à l'appui extérieur.

**Est-ce qu'une solution peut provenir de la fongibilité des ressources en cas d'accroissement ?** Les fonds domestiques sont réputés au Burundi comme fongibles et donc potentiellement attribuables aux dépenses prioritaires du gouvernement. Chaque année, le pays pourrait donc faire le choix de couvrir les nouveaux besoins en priorisant de santé.

**Est-ce qu'une solution pourrait provenir en sollicitant la situation budgétaire de l'État ?** Pour compenser, le faible revenu de la croissance économique, le pays pourrait opter de couvrir le besoin de dépenses par un accroissement du déficit, dans ce cas des fonds additionnels pourraient être dégagés et dédiés à la santé. Mais encore une fois, la marge de manœuvre est extrêmement réduite puisque la situation d'endettement du pays ne rencontre déjà pas les seuils de prudence recommandés pour éviter une dette insoutenable. Toutefois, dans ce domaine, le gouvernement pourrait vouloir considérer une révision de la charge de sa dette extérieure, en renégociant le service de la dette auprès des créiteurs (estimé par le FMI à 2.8% du PIB pour 2018-2018). Enfin, un nouvel arbitrage opérant un transfert de ressources des lignes budgétaires non-prioritaires vers les lignes budgétaires prioritaires devrait pouvoir momentanément compenser les faibles performances économiques.

La synthèse des leviers possibles compte tenu du contexte macroéconomique permet d'émettre quelques pistes de dégagement budgétaire (Tableau 3).

*Tableau 3 : Tableau synthétique des estimations projetées de la marge de manœuvre mobilisable à travers l'environnement macroéconomique*

<i>Leviers possibles</i>	<i>Volume attendu (estimations de projection pour 2019-2021)</i>	<i>Degré d'opportunité</i>
<i>Croissance économique (PIB)</i>	2.0% de croissance annuelle du PIB réel (-1.1% pour le PIB réel per capita)	Pas probable
<i>Accroissement des recettes</i>	19.4% du PIB	Pas probable
<i>Accroissement des dépenses du gouvernement</i>	25.3% du PIB	Peu probable dans un contexte d'austérité budgétaire mais latitude possible grâce à l'élasticité positive (Coefficient hors fonds extérieur = 2.7 sur base des dépenses 2000-2016)
<i>Réallocation des dépenses</i>	Pas de projection disponible	Recommandé, notamment en regard de la faible priorisation donnée aux secteurs sociaux (1% du PIB réel = >30 millions USD/an)
<i>Révision de la charge de sa dette</i>	Pas de projection disponible	Peu probable mais souhaitable

*Source : Les auteurs*

## **3.2 Pilier 2 – Une priorisation budgétaire du Gouvernement pour la santé présente mais insuffisante face aux objectifs stratégiques**

### **3.2.1 Perte de vitesse de l'engagement historique fort pour le secteur de la santé**

L'engagement croissant et déterminant de l'État s'est traduit par une hausse remarquable du budget santé alloué au MSPLS entre 2008 et 2011, qui s'est poursuivie jusqu'en 2015. Cet engagement pour le financement du système national de santé se révèle en revanche en perte de vitesse depuis la crise multiforme de 2015 que connaît le pays. Avant d'analyser plus avant la tendance du budget du MSPLS, nous rappelons que d'autres financements sont également injectés dans le système de santé, par exemple, à travers cinq autres ministères que sont l'armée, la police, l'éducation, la solidarité nationale et la justice. Également, d'autres sources de financement reposant sur les contributions extérieures (historiquement importantes dans le secteur de la santé au Burundi) ou sur le paiement direct des ménages viennent compléter le tableau. Les fonds gérés en dehors du MSPLS peuvent être substantiels puisque certaines années le financement total du secteur de la santé est porté à plus de trois fois le montant du budget du MSPLS. Ainsi, par exemple, la dépense totale de santé avait été estimée en 2010 à 304.2 milliards BIF au prix courant pour une enveloppe du MSPLS estimée à 94.6 milliards. De même en 2012 et 2013, les montants totaux du secteur étaient respectivement de 327.8 et 430.5 milliards pour la dépense totale de santé dont respectivement 152.8 et 151.6 milliards BIF dans le budget alloué au MSPLS.

Faute d'actualisation des comptes de la santé après 2013, cette section s'appuie exclusivement sur les estimations de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) produites par le Ministère en charge des finances<sup>12</sup>. En terme courant, entre 2008 et 2011 le budget de la santé a donc suivi une tendance croissante continue, passant de 37 milliards à plus de 131 milliards BIF (Figure 24). Sur cette période, l'engagement de l'État s'est traduit par une part du budget global de l'État qui double et atteint 12.3% en 2011 (contre 5.8% en 2008). Notons que les comptes de la santé de 2012-2013 montraient la même tendance de doublement de cet indicateur de priorisation de la santé dans le budget de l'État (10.9% en 2013 contre 5.3% en 2007<sup>13</sup>).

Jusqu'en 2015, l'engagement budgétaire s'est maintenu et a atteint le pic de 13.7% du budget de l'État en 2015 (avec une enveloppe estimée à 216 milliards BIF). L'année

---

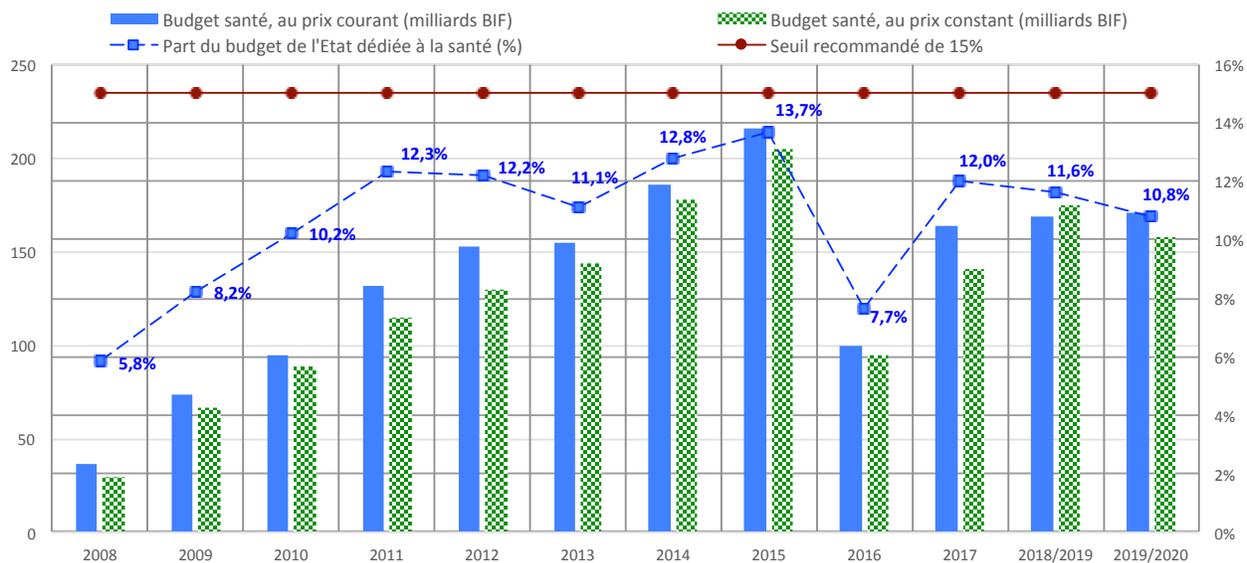
<sup>12</sup> Communiquées fin juillet 2019 dans le cadre de cette étude par le Ministère en charge des finances, ces mêmes données ont été utilisées comme référence. Notamment, elles ont servi à produire des notes budgétaires (e.g. « Budget Briefs » publiées avec l'Université, l'Unicef et les finances). Rappelons que les estimations les plus récentes des comptes de la santé dataient de 2013, De 2014 à nos jours, le MSPLS n'a pas produit d'actualisation des comptes de la santé, ce qui a limité le travail analytique.

<sup>13</sup> Les chiffres sont respectivement de 5.3% en 2007, 10.4% en 2010, 10.0% en 2012 et 10.9% en 2013 (dernière donnée disponible puisque les comptes de la santé n'ont pas été actualisés).

suivante, le secteur a connu un revers important suite à la crise multiforme. Ainsi, en un an, l'enveloppe s'est réduite de plus de la moitié et chute en 2016 à 99 milliards BIF, comptant pour 7.7% du budget global de l'État. Un regain d'engagement a été observé en 2017, avec un effort marqué à 12.0% du budget de l'État. Néanmoins la tendance observée semble en recul ces dernières années. Le niveau de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé ne rejoint pas les niveaux pré-2015. Par ailleurs, comme évoqué précédemment, le niveau d'inflation constitue un paramètre important puisqu'en termes réels, cette donnée peut altérer considérablement l'effet de l'allocation budgétaire dégagée pour la santé. En période de forte inflation, la hausse de budget n'est alors que peu ressentie certaines années <sup>14</sup> (Figure 24).

Entre 2008 et 2015, l'indicateur d'engagement budgétaire pour la santé a augmenté de façon significative bien que n'ayant pas encore atteint le niveau seuil de 15% recommandé comme allocation santé minimale dans la déclaration d'Abuja (Figure 24). Le pays qui avait fourni les efforts nécessaires pour converger progressivement vers cette cible seuil d'Abuja s'en éloigne après 2015. Les dernières estimations disponibles pour l'exercice budgétaire 2019-2020 montrent que le secteur représente environ 10.8% du budget de l'État et bénéficie d'une allocation à hauteur de 170 milliards BIF au prix courant.

Figure 24 : Évolution de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) au Burundi et de la part du budget de l'État accordée à la santé, 2008 – 2019/2020



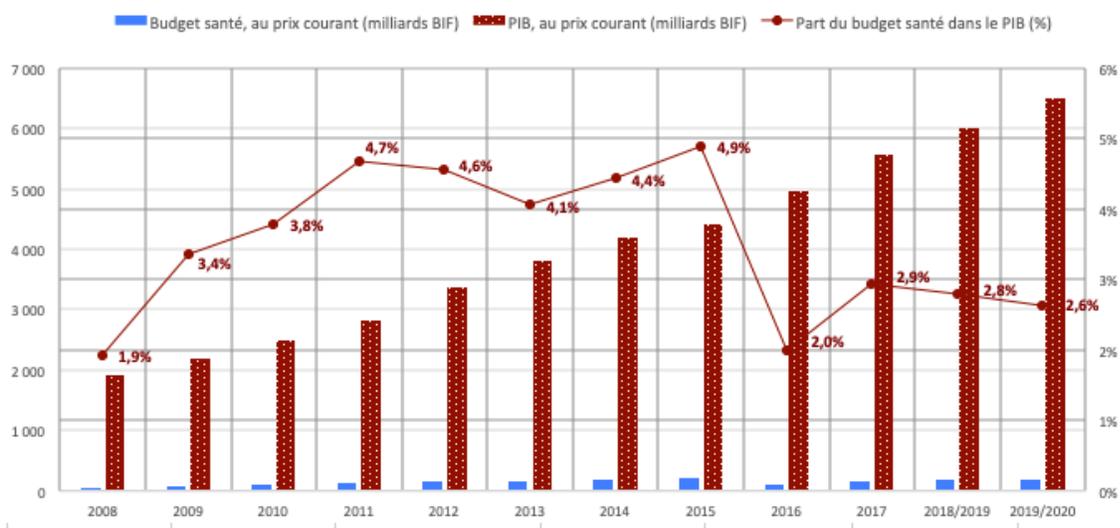
Source : MF

14 L'évolution de l'inflation au Burundi est commentée dans la section qui aborde les aspects macro-économiques.

*Légende : Un changement d'année fiscale a été opéré au Burundi en 2018, avec pour impact que l'année budgétaire ne correspond plus à l'année calendrier et chevauche ainsi deux années calendriers.*

Au-delà de la déclaration d'Abuja, un autre point de repère permet de statuer sur le niveau adéquat ou insuffisant de l'allocation budgétaire à la santé. Une recommandation de 2014 situe le seuil minimal d'engagement pour un pays au secteur de la santé à 5% du PIB. De façon similaire, la tendance pré- et post-2015 met en exergue un certain désengagement de l'État depuis 2016, avec pour les 4 dernières années l'effort moyen consacré à la santé consenti à 2.6% du PIB selon les estimations des finances. Le niveau actuel est ainsi largement insuffisant au regard du seuil empirique recommandé. Bien qu'ayant été proche par le passé, le Burundi ne rencontre aujourd'hui plus la cible de cette seconde recommandation.

*Figure 25 : Évolution de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) au Burundi et du niveau de richesse du pays (PIB), 2008 – 2019/2020*



Source : MF

*Légende : Un changement d'année fiscale a été opéré au Burundi en 2018, avec pour impact que l'année budgétaire ne correspond plus à l'année calendrier et chevauche ainsi deux années calendriers.*

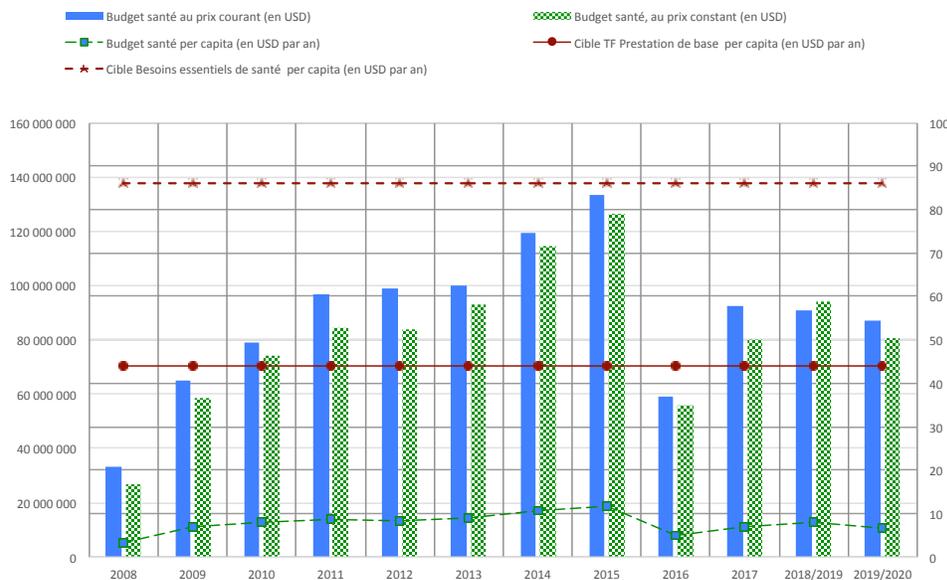
Un troisième point de repère utile pour situer l'adéquation du financement de la santé en regard des objectifs de couverture sanitaire a été estimé à un minimum de 86 dollars par habitant et par an pour couvrir les besoins essentiels en matière de services de santé. Une cible intermédiaire estimée au seuil de 44 dollars par habitant et par an a été recommandée par le Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base (9). Selon les estimations provenant du Ministère en charge des finances, la dépense de santé par habitant tournerait autour de US\$10 par an depuis 2010. A cet égard, malgré les efforts observés, la santé au Burundi s'avère très largement sous-financée.

De plus, une forte augmentation de l'allocation budgétaire à la santé, comme observé entre 2009 et 2015, ne se traduit pas systématiquement par une hausse de même ampleur si l'on

considère l'allocation exprimée en termes réels per capita (du fait de la croissance de la population et de l'inflation). La courbe du budget par habitant tend en effet à stagner et celui-ci reste estimé actuellement sous le seuil de US\$10 par habitant et par an. Le secteur est ainsi sérieusement mis à mal de relever les défis majeurs liés à l'amélioration de l'accessibilité pour tous aux services de santé de base.

Pour mitiger quelque peu ce résultat accablant, les derniers comptes de la santé évoquaient une dépense totale de santé par habitant équivalente à US\$17.4 en 2007. Cette dépense avait augmenté et respectivement atteint US\$29.1 en 2010, US\$25.3 en 2012 et US\$29.9 en 2013. La dépense totale de santé représente l'allocation globale allouée aux matières santé et comprend les budgets des différents ministères concernés par la santé. Les possibles divergences dans les estimations budgétaires sont importantes. Notons que les comptes de la santé n'ont pas été produit et il est difficile de statuer sur la persistance de cette divergence aujourd'hui. Néanmoins, même avec de meilleures estimations, le pays se situe encore loin du compte en termes de budget per capita à consacrer à la santé de ses concitoyens pour couvrir les prestations de base.

Figure 26 : Évolution de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) au Burundi et du niveau de dépense per capita, 2008 – 2019/2020\*



Source : MF

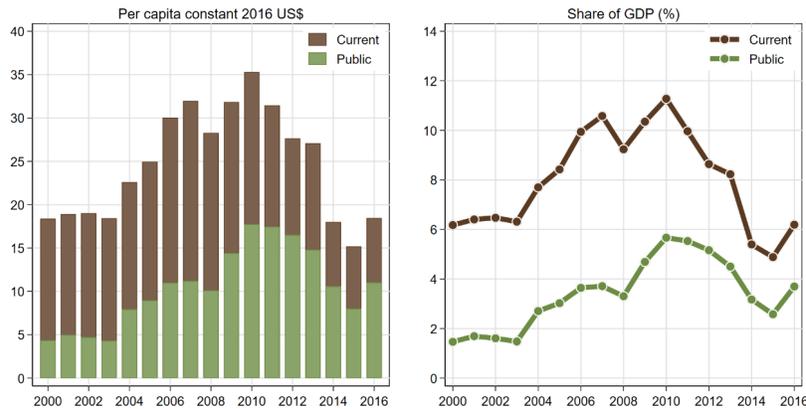
Légende : Un changement d'année fiscale a été opéré au Burundi en 2018, avec pour impact que l'année budgétaire ne correspond plus à l'année calendrier et chevauche ainsi deux années calendriers.

### 3.2.2 Situation du Burundi dans la scène internationale

A titre d'information complémentaire, nous présentons l'évolution des dépenses de santé exprimées en dollars, par habitant et par an, et en part du PIB et sur base des estimations globales produites par l'OMS (Figure 27). Comparées aux données budgétaires du Ministère en charge des finances et du budget, l'estimation des dépenses courantes et

publiques de l’OMS apparaissent suivre une tendance qui diffère quelque peu de celle mise en évidence plus haut. Néanmoins, le constat de sous-financement reste valide. Avec un niveau estimé à environ US\$10 par habitant en 2016, le Burundi ne rencontre pas les recommandations cibles établies dans le domaine.

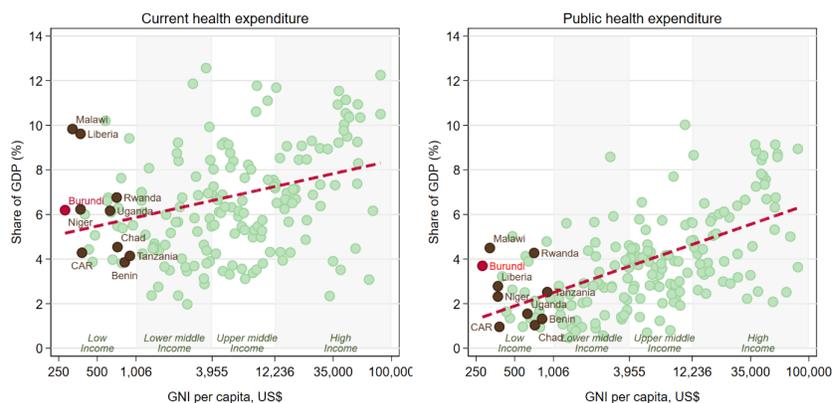
Figure 27 : Évolution des dépenses totales de santé et dépenses courantes (per capita et en % du PIB) au Burundi, 2000 à 2016



Source : Statistiques globales de l’OMS

Par ailleurs, il est important d’observer où se situe le pays par rapport aux autres pays de sa catégorie de revenu. Dans cette optique, malgré ces tendances à la baisse dans les parts des dépenses de santé, les dépenses de santé exprimées en parts du PIB ont dépassé les attentes liées au niveau de richesse du pays selon les estimations de l’OMS (Figure 28). En effet, les ratios de dépenses de santé étaient en 2016 sensiblement comparables à ceux observés dans d’autres pays.

Figure 28 : Comparatif des niveaux de dépenses totales de santé et dépenses courantes de santé par rapport au revenu (exprimées en pourcentage du PIB) pour l’année 2016, au Burundi



Source : Statistiques globales du FMI et de la BM

Légende : L’abscisse est exprimée en termes logarithmiques

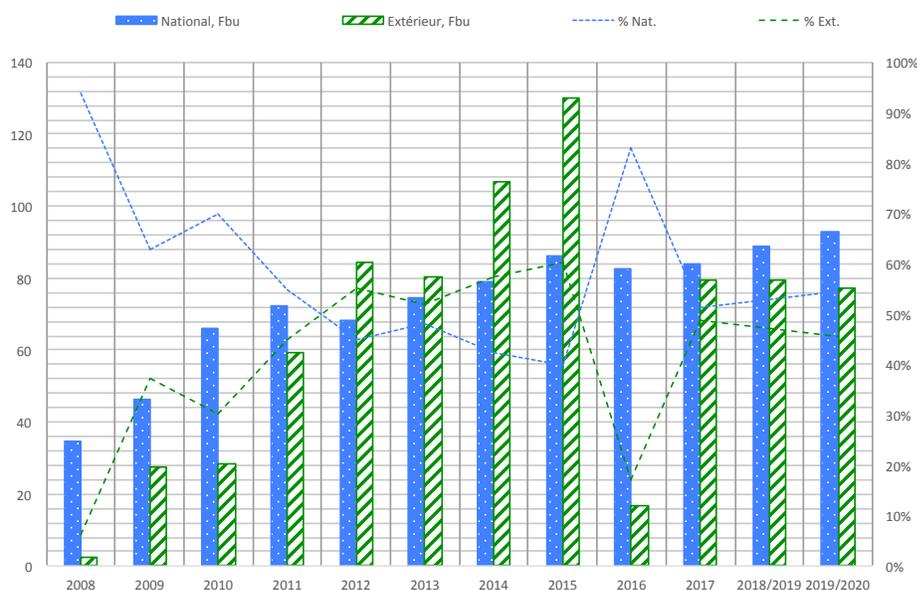
Soulignons que le Burundi consacre proportionnellement plus à la santé que des pays comme le Tchad, la République Centrafricaine, la Tanzanie ou le Bénin qui se situent dans la même catégorie de revenu national.

En somme, en termes de ratio du PIB consacré aux dépenses publiques de santé estimé par l’OMS, le Burundi figurerait parmi les pays de sa catégorie ayant une volonté politique importante cet égard. Cela étant, des pays comme le Malawi par exemple, se situant dans la même catégorie de revenu, affichent proportionnellement une part plus importante de leur PIB consacré à la santé que le Burundi. Les interprétations sont établies à des fins de comparaisons internationales sur base des statistiques globales standardisées de l’OMS et peuvent différer des estimations nationales.

### 3.2.3 Évolution comparative des ressources nationales et extérieures dédiées à la santé

Si l’on observe la provenance des ressources allouées à la santé, l’appui extérieur par le biais du secteur public a été historiquement élevé, avec des volumes d’engagements supérieurs aux volumes nationaux entre 2012 et 2015. La tendance depuis 2008 est illustrée dans la figure qui suit (Figure 29) et montre clairement la présence d’un degré élevé de volatilité du financement de la santé provenant de ressources extérieures.

Figure 29 : Évolution des ressources nationales et extérieures allouées à la santé au Burundi, 2008 à 2018



Source : MF

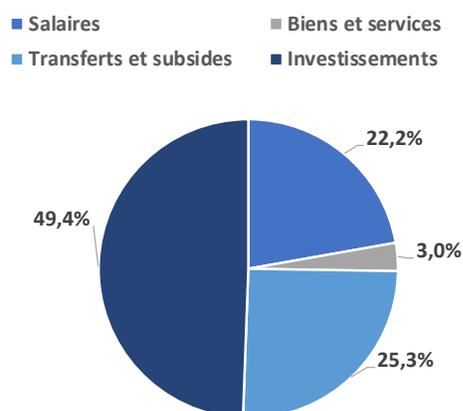
Avec la crise politique que le pays a connu en 2014-15, la situation s’est dramatiquement modifiée avec les conséquences multiples que le pays connaît aujourd’hui. En 2016, le niveau de l’aide publique au Gouvernement a brutalement chuté sous le seuil de 10% du

total de la dépense de santé. Or une trop importante dépendance vis-à-vis des partenaires techniques et financiers et de leurs engagements est en théorie déconseillée en raison de la nature extrêmement volatile de l'aide des donateurs. Pour répondre à cette préoccupation et réduire l'influence des possibles fluctuations extérieures, les autorités du pays voudront rechercher une option alternative pour l'accroissement de l'espace budgétaire en faveur du secteur de la santé par le renforcement de la mobilisation de ressources intérieures.

### 3.2.4 Ventilation des ressources selon la nature économique de la dépense de santé

Pour le dernier exercice disponible (2019/2020), l'allocation budgétaire santé du MSPLS se répartit comme suit : environ la moitié est destinée à couvrir les investissements (soit 49.4% du total, qui représente 1.3% du PIB), un quart est consacré aux transferts et subsides (soit 25.4% du total et 0.7% du PIB), légèrement moins d'un quart est dédié aux salaires (soit 22.2% du total et 0.6% du PIB) et le solde couvre les biens et services (soit 3.0% du total et 0.1% du PIB) (Figure 30).

Figure 30 : Ventilation de l'allocation budgétaire du MSPLS selon la nature économique de la dépense, 2019/2020



Source : MF

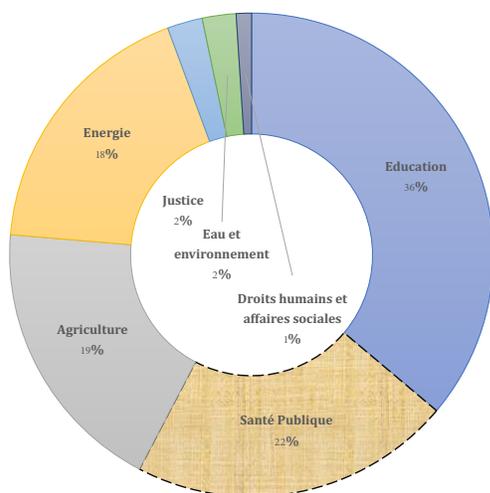
### 3.2.5 Degré de priorisation face aux autres secteurs pertinents pour la santé

Qu'il s'agisse de faire face à des besoins émergents ou d'atteindre de nouveaux objectifs politiques, il est du ressort du Gouvernement d'adapter sa politique et de réorienter les flux financiers vers les administrations publiques sous-financées. Pour mieux appréhender ces éventuelles opportunités d'ajustements intersectoriels, il s'avère utile d'observer de plus près les dépenses publiques réalisées dans les différents secteurs de l'économie nationale. En particulier, nous nous intéressons maintenant à la mesure dans laquelle les secteurs sociaux (e.g. protection sociale, éducation) ou encore les secteurs ayant des externalités en matière de santé (e.g. eau et assainissement) ont été priorisés par l'État.

Au Burundi, avec 163.6 milliards BIF en 2017<sup>15</sup>, la santé publique (MSPLS) apparaît relativement bien priorisée puisqu'elle s'affiche comme second secteur prioritaire de la dépense sociale de l'État (21.5%), après l'éducation (36.1%) (Figure 31). L'ensemble des 7 ministères représentés graphiquement compte pour environ 760 milliards BIF en 2017. Compte tenu de cette position et dans le contexte actuel du pays, il sera à court terme vraisemblablement peu plausible de voir la part octroyée à la santé augmenter substantiellement.

S'orienter vers une repriorisation concertée impliquant directement la protection sociale pourrait en revanche devenir une option à étudier. En effet, les droits humains et affaires sociales bénéficient d'une part extrêmement réduite de l'enveloppe, estimée en 2017 à 1.0% de l'enveloppe évoquée plus haut (Figure 31).

Figure 31 : Part relative (%) des budgets ministériels dans le total des ressources (intérieures et extérieures) allouées aux ministères sociaux au Burundi, 2017



Source : MF / Loi de Finances et Unicef

Ce dernier domaine se trouve donc sévèrement sous-représenté, pouvant rendre très ardue la mission de protection sociale au Burundi. Pourtant, l'assurance santé, bien que faisant partie des priorités de l'État, relève de ce Ministère faiblement financé et reçoit en conséquence en enveloppe très réduite. Des travaux menés par l'Unicef ont rappelé que la protection sociale était effectivement victime d'un manque interpellant d'engagement politique (10). Leurs estimations ont montré qu'un effort à hauteur de moins d'un point de pourcentage du PIB pouvait par exemple couvrir socialement jusqu'à 50 000 ménages.

<sup>15</sup> Dont près de la moitié provenant de ressources extérieures, soit 79.6 milliards BIF pour 84 milliards BIF de ressources nationales.

Cet effort additionnel pourrait ainsi toucher un sixième des 300 000 ménages pauvres recensés dans le pays en 2013-14 par l'enquête ECVMB.

Afin d'identifier le potentiel de hiérarchisation d'un secteur –ou d'un programme comme l'assurance maladie– qui devient prioritaire pour l'État, il est important d'examiner le paysage global (à savoir l'ensemble des secteurs) et déterminer les domaines qui pourraient faire l'objet de transferts financiers en faveur de la couverture santé. Au Burundi, pour l'année 2017, la loi de finances montre que le budget alloué aux domaines de la défense et de la sécurité est plus important que celui de la santé (à savoir 175 MBIF). Si comme la défense et la sécurité la santé représente une priorité pour l'État, l'opportunité d'un rééquilibrage sectoriel pour couvrir ses nouveaux besoins doit être étudiée. Le maintien, et à terme une meilleure hiérarchisation de la santé dans l'ensemble des ministères est certainement à considérer compte tenu des engagements ambitieux de l'État pour étendre la couverture sanitaire. Cette recommandation est d'autant plus à retenir que l'inflation importante mitige les efforts budgétaires accordés à la santé et que le budget de 2017 reste en deçà des efforts consentis dans le passé (pré-crise).

### **3.2.6 Potentiel d'accroissement attendu par la repriorisation**

Malgré des résultats positifs liés à l'engagement historiquement fort du pays pour la santé de la population, un regain de l'engagement pour ce secteur à la hauteur des recommandations internationales est vital pour rencontrer les besoins de la transition vers une meilleure couverture sanitaire. Au vu des défis de couverture et de protection à relever, il pourrait être nécessaire d'identifier d'autres options pour garantir un financement adéquat et diversifier les sources de financement dans la volonté de pérenniser secteur de la santé. En effet, la question de la pérennité des sources actuelles de revenus soulève un certain nombre de préoccupations tangibles, notamment du fait que la santé ne bénéficie pas d'une sécurité d'engagement et que le financement externe représente une source substantielle qui domine le financement<sup>16</sup>.

Au niveau du pays, une mobilisation stratégique se démontre dans la volonté de mieux financer la santé qui se retranscrit dans la troisième génération du plan national de développement sanitaire (PNDS III). Ce document stratégique dévoile un exercice de budgétisation (*costing*) des objectifs et interventions à mener dans le secteur de la santé.

Le cadre de performance établi dans le cadre du suivi et de l'évaluation du PNDS III établit une valeur de référence (dite *baseline*) pour la part du budget de l'État alloué à la santé (4). Cette valeur de référence est établie sur base des comptes de la santé (CNS 2013) et a été fixée à 10.9%. Le cadre de performance prévoit une progression graduelle et continue pour atteindre en 2024 le niveau de 12% du budget de l'État à dédier à la santé (Tableau 4). De

---

<sup>16</sup> Ces aspects sont développés dans les sections suivantes, respectivement liées à la fiscalité et à l'aide extérieure.

même, s’agissant de la dépense annuelle de santé par habitant, la valeur *baseline* est établie à US\$30.5. Le cadre de performance prévoit une augmentation continue de minimum US\$0.5 par an et cible le niveau de US\$33.5 par habitant pour l’année 2023.

Tableau 4 : Performance attendue à l’horizon 2023

<i>Indicateurs clés d'intrant et de processus</i>								
N°	Indicateur	Baseline	Source	2019	2020	2021	2022	2023
1	%budget de l’État alloué à la santé	10.9%	CNS 2013	10.9%	10.9 %	11,0%	11.5 %	12,0%
2	Dépenses totales de santé en US\$ per capita	30.5	CNS 2013	31.5	32.0	32.5	33.0	33.5

Source : MSPLS (Cadre S&E du PNDS III)

### 3.3 Pilier 3 – Mobilisation en hausse des ressources intérieures

Comparativement aux recettes non fiscales, l’atout des recettes publiques collectées à travers l’impôt réside dans leur réputation d’être plus stables. En effet, les ressources domestiques issues de la taxation sont en principe moins liées aux fluctuations des cours des matières premières et indépendante de l’imprévisibilité de l’aide extérieure (fortement présente dans le secteur santé au Burundi). Ce troisième pilier d’analyse de l’espace budgétaire s’intéresse donc aux différentes opportunités d’augmenter le niveau des ressources domestiques et/ou spécifiques mobilisables pour le secteur de la santé.

La fiscalité réservée est une option privilégiée souvent envisagée dans le but de sécuriser des ressources nécessaires aux dépenses prioritaires. Dans ce domaine, les politiques nationales relatives à la taxation de produits nocifs pour la santé permettent de créer une latitude pour lever des fonds fléchés. D’autres pistes sont à envisager comme une levée de fonds grâce à l’extension de la couverture des systèmes existants de mutualisation des risques, par exemple en vue de l’élargissement dans le secteur non formel (mécanisme de l’assurance maladie obligatoire).

Pour mieux appréhender les différentes options qui s’offrent au Gouvernement burundais, il est indispensable d’apprécier la règle générale, la latitude autorisée par la loi, le montant des prévisions des recettes nationales, la tendance de la pression fiscale. Il est également essentiel d’étudier les opportunités de réallocations, partielles ou totales, des recettes domestiques déjà existantes – avant d’envisager toute forme de révision de la fiscalité.

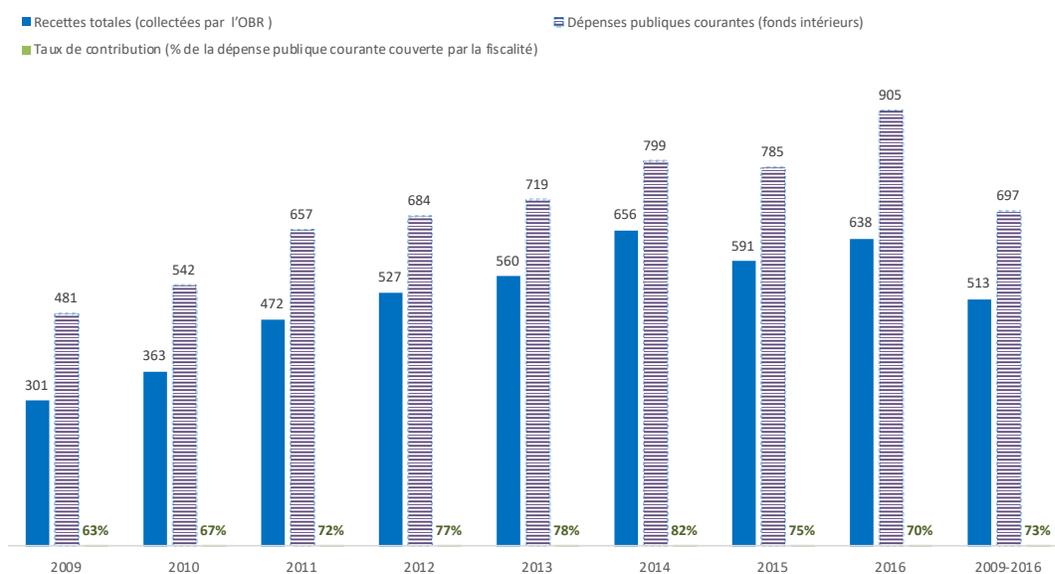
### 3.3.1 Prévisions nationales des ressources internes et potentiel de contribution de la fiscalité à la dépense publique de santé

#### 3.3.1.1 Direction de la stratégie du Gouvernement

Après 2015, le Gouvernement burundais avait dû composer avec à la sévère perte de soutien budgétaire extérieur. Dans ce contexte, l'État a davantage mobilisé les recettes intérieures, tout en consolidant les dépenses (en ce compris les investissements). Réagissant ainsi à la brusque diminution de l'aide, l'OBR a appliqué plusieurs mesures introduites en 2016 pour mobiliser davantage de ressources nationales.

Ainsi, les recettes fiscales sont passées de 11.3% du PIB en 2015 à 12.7% en 2017 et constituent la principale source de recettes publiques (Figure 32). La contribution a été croissante jusqu'en 2014, atteignant un niveau estimé à 82.0% de la dépense publique courante couverte par la fiscalité. Ensuite, la contribution fiscale a engrangé une baisse, tombant à 70.5% de couverture de la dépense publique courante en 2016.

Figure 32 : Évolution des volumes de recettes fiscales collectées et contribution de la fiscalité au financement de la dépense publique courante, 2009-2016



Source : OBR

#### 3.3.1.2 Tendance évolutive des recettes intérieures issues des produits fiscaux

La récente croissance annuelle de recettes intérieures générées la fiscalité, observée entre les deux derniers exercices budgétaires, a été estimée à 11.2%. En effet, la loi portant sur la fixation du budget général de l'État faisait état de près de 760 milliards BIF (soit précisément 758 830 610 145 BIF) pour la gestion 2018/2019 relatives aux produits fiscaux. En juin 2019, la publication de la loi dévoilait un volume budgétaire de produits fiscaux équivalent à 855 milliards BIF pour l'exercice budgétaire 2019/2020 (précisément, 854 949 655 518 BIF).

L'OBR confirmait cette tendance à l'accroissement des ressources intérieures issues de la fiscalité. En février 2020, lors d'un entretien réalisé dans le cadre d'une mission de la Banque mondiale, l'OBR illustre les efforts démultipliés dans le cadre de la politique fiscale des dernières années. La mise en œuvre de la stratégie nationale de l'OBR a permis de renforcer la performance des services de collecte et de prélèvement de l'impôt, annonçant pour certaines périodes un rythme de croissance estimé jusqu'à 22% par rapport à la même période de l'année précédente.

### ***3.3.1.3 Sources génératrices de la croissance des recettes fiscales et perspectives***

Un axe majeur de la génération de ces recettes intérieures repose sur l'élargissement de l'assiette fiscale<sup>17</sup>. Dans cette perspective, en 2016, l'OBR a procédé à 15 579 nouvelles immatriculations, dont 13 056 personnes physiques et 2 523 personnes morales (11). Le pays s'est en effet doté d'un système de taxation cherchant à élargir l'assiette fiscale à travers l'impôt sur toutes les catégories de travailleurs, couvrant les petits, micro, moyens et grands contribuables. Pour soutenir cette démarche, la logique de « segmentation des contribuables » de l'OBR a capté par exemple la TVA auprès de la catégorie de contribuables ayant un chiffre d'affaire en deçà du seuil de 100 millions BIF—alors que cette catégorie n'est normalement pas assujettie à la TVA. Les moyens contribuables, dont la très grande majorité sont déjà assujettis (d'office ou par option) à la TVA réalisent annuellement un chiffre d'affaire allant entre 100 millions BIF et 1 milliards BIF.

Cette stratégie de l'OBR a permis de lever des fonds additionnels via la réduction du secteur informel et à travers le développement d'une fiscalité de proximité. La mise en place d'incitants poussant l'informel vers le formel a élargi l'assiette fiscale, prélevant ainsi l'impôt jusqu'au niveau des plus petits commerces. Ce faisant, le pays pourrait avoir l'ambition d'élargir la prestation des services publics offerts ces nouveaux contribuables.

En guise d'illustration, un responsable de l'ADISCO (une ONG locale) évoquait la nécessité, selon lui, de mettre en place un mécanisme d'assurance obligatoire à travers un système de prélèvements directs sur la production dans les grands secteurs économiques du pays. Par exemple, si tous les théiculteurs pouvaient participer au système contributif d'une assurance maladie, la couverture pourrait s'étendre à 60% de leur groupe. De même dans le secteur du café, du riz ou encore d'huile de palme. Ainsi, le levier d'une assurance médicale avec contribution obligatoire donnerait lieu à une couverture élargie de l'offre de services publics de santé capable de répondre aux besoins prioritaires de ces travailleurs.

---

<sup>17</sup> Pour atteindre les résultats (de 2016), la Direction de l'OBR a mis en place plusieurs initiatives destinées à accroître la collecte des recettes. Les initiatives mises en place portaient notamment sur l'élargissement de l'assiette fiscale, la lutte contre la fraude et la corruption au sein de notre organisation, l'amélioration des services offerts aux contribuables, l'étroite collaboration avec le secteur privé et les autorités locales ainsi que la modernisation de nos services (OBR Rapport annuel 2016).

D'autre part, selon l'OBR, la réforme fiscale n'a pas instauré de nouvelle taxe depuis 4 ans. Or il existe peut-être des niches fiscales génératrices de revenus et potentiellement capables de volumes plus substantiels encore. Ces pistes semblent actuellement sous-explorées. Il appartient à l'État et aux autorités parlementaires d'initier une profonde réflexion sur d'une part les choix opérés dans le prélèvement des recettes fiscales et d'autre part dans leur affectation efficiente pour améliorer le bien-être économique, social et peut-être sanitaire de la société burundaise.

De même, le potentiel de révision des exemptions fiscales peut également s'avérer générateur de recettes additionnelles.

Avant d'explorer davantage les différentes pistes, il est important de documenter l'état de la pression fiscale.

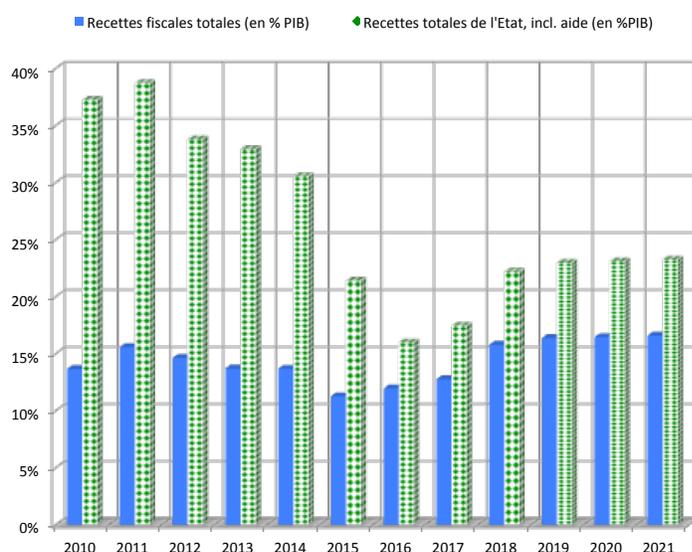
### 3.3.2 État de la pression fiscale

#### 3.3.2.1 Tendances évolutives de la pression fiscale et projections

Selon les estimations du Ministère en charge des finances, la part des recettes fiscales dans le PIB a eu tendance à diminuer au fil du temps, passant de 13.7% en 2010 à 11.3% du PIB en 2015. La tendance n'est cependant pas strictement régulière. Pendant la période antérieure à 2015, la pression fiscale a oscillé dans une fourchette allant de 13.7% (taux minimal) à 15.6% (taux maximal en 2011). Durant la période de récession, la pression fiscale est tombée sous la barre des 12% en 2015-16 pour remonter progressivement après 2015. C'est à partir de 2018 que le taux remonte pour dépasser la barre des 15% du PIB.

Les projections pour les années à venir annoncent un niveau de pression fiscale en forte hausse (16.5%) et sensiblement supérieur aux niveaux observés ces vingt dernières années.

Figure 33 : Évolution de la pression fiscale au Burundi et projections à l'horizon 2021



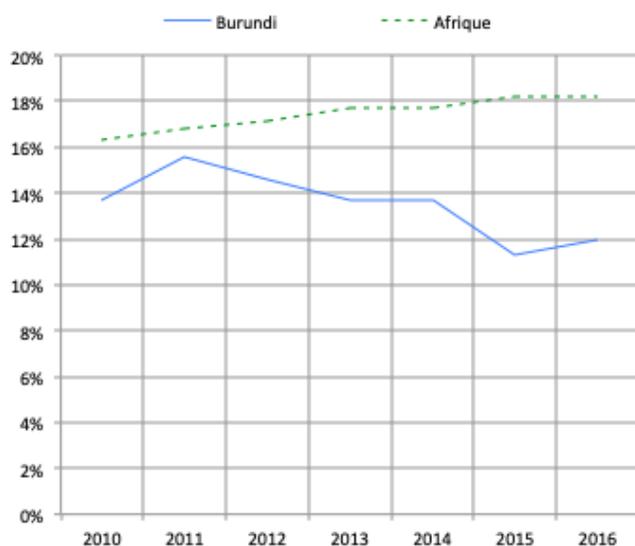
Source : MF (valeurs historiques) et estimations de la BM pour les projections 2018-2021

### 3.3.2.2 Situation dans le contexte international

Grâce aux efforts consentis, les recettes fiscales ont dépassé les prévisions budgétaires<sup>18</sup>. Cependant, bien que les recettes intérieures totales aient globalement augmenté au Burundi, elles restent parmi les plus faibles de la région (Figure 33). Si l'on compare la situation du pays à la moyenne des pays d'Afrique, on peut observer que la pression fiscale est inférieure sur la période entre 2010 et 2016, en moyenne de 3.9 points de pourcentage. Pour la dernière année disponible, soit 2016, la pression fiscale est respectivement de 18.2% pour l'Afrique contre seulement 11.9% au Burundi. Cet écart de 6.3 points de pourcentage est à nuancer quelque peu puisqu'en 2016 le pays vient de subir le choc de la crise. Selon les projections estimées par la Banque mondiale, la pression fiscale devrait peser 16.5% du PIB en 2021, chiffre qui reste malgré tout en-deçà de la tendance moyenne pour l'Afrique.

Cette situation signifie que le Burundi a poursuivi une politique recourant dans une moindre mesure comparativement à la moyenne africaine à la fiscalité pour générer des revenus publics. Selon les recommandations publiées par l'OCDE (12), les pays à faible revenu devraient viser l'objectif d'une pression fiscale à hauteur de 15% de leur PIB pour assurer un volume adéquat de recettes nationales au service de l'administration publique. Au vu des projections annoncées, le Burundi atteindrait ce seuil de 15%.

Figure 34 : Comparaison de la pression fiscale au Burundi et en Afrique, 2010-2016



Source : MF (Burundi) et OCDE (Moyenne des pays d'Afrique)

<sup>18</sup> Le dépassement résulte des différentes mesures prise pour accroître les recettes fiscales, notamment des augmentations tarifaires de la taxe sur les carburants (9%), de la taxe sur les téléphones mobiles (24%) et de la taxe sur le sucre (50%).

### ***3.3.2.3 Marge de progression du taux de pression fiscale***

Au regard de la situation du Burundi dans le paysage international, une marge de manœuvre serait plausible dans ce domaine. En effet, récemment en 2017, le taux de pression fiscale s'élevait à 12.7% du PIB. La marge de manœuvre de dégagement de l'espace budgétaire au travers d'une fiscalité accrue au-delà des estimations projetées semblerait à première vue néanmoins peu probable pour le pays puisque la courbe de croissance est déjà très forte et que l'économie nationale est en berne. Pourtant, dans ce domaine, le plan stratégique de l'OBR pour les années à venir a établi la cible de 16% de taux de pression fiscale à l'horizon 2022. Cette décision politique semble avoir été prise puisque l'OBR met en application ses stratégies pour accroître de façon significative le niveau des recettes fiscales au Burundi. Rappelons que les Nations Unies avaient établi un seuil minimal de 17% du PIB dans le cadre des Objectifs de développement du millénaire, ce qui représente un seuil supérieur encore à franchir.

La pression fiscale actuelle et prévisionnelle au Burundi montre qu'un effort supplémentaire peut vraisemblablement être fait pour dépasser le seuil minimum recommandé pour atteindre les objectifs de développement. A titre comparatif, dans les pays à haut revenu, la part de la production nationale prélevée par l'État sous forme d'impôt s'élève au niveau de 40% d'après le FMI. La moyenne pour les pays de l'OCDE est de 25% et celle pour les pays à revenu intermédiaire est estimée à 25%.

Ces perspectives représenteraient pour le Burundi une opportunité à saisir pour financer la transition vers une couverture sociale et financière élargie de la population. A titre illustratif, 1% de pression fiscale additionnel représenterait près de 10 milliards BIF à l'échelle du pays (9.6 milliards BIF sur base des chiffres publiés dans la LF 2019/2020 pour les produits fiscaux), dont une part pourrait être renégociée en faveur des dépenses stratégiques et prioritaires dans le secteur santé.

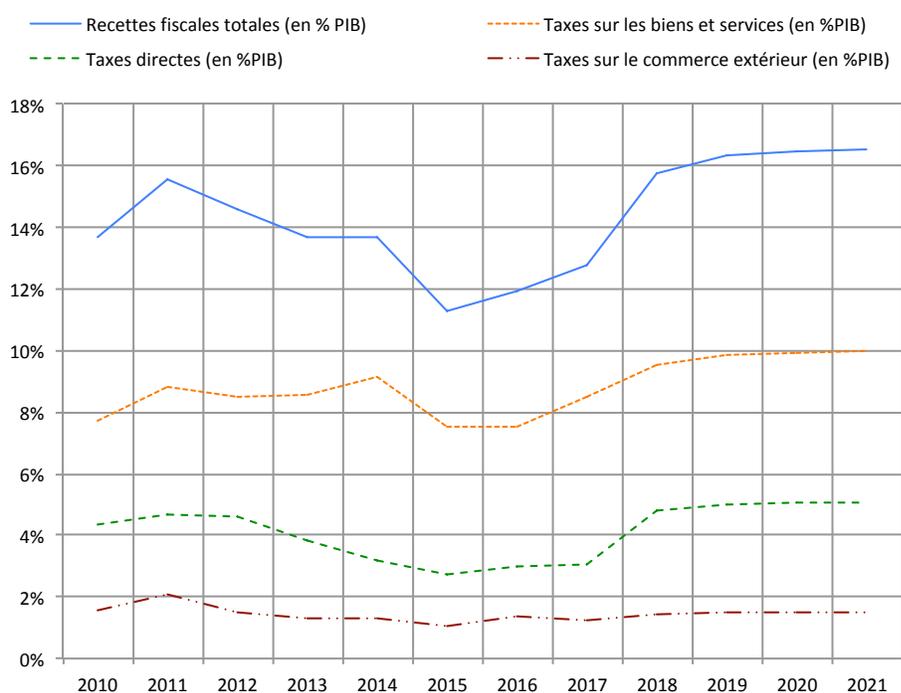
### **3.3.3 Baseline pour l'estimation de la marge de progression compte tenu de l'existant**

#### ***3.3.3.1 Pression fiscale selon le type de taxation***

Au Burundi, les recettes fiscales reposent essentiellement sur deux principales sources, issues de la taxation sur les biens et services et de la taxation directe. En effet, les recettes provenant de la taxation sur les biens et services représentent en pourcentage du PIB le plus gros volume de mobilisation de recettes intérieures, estimé à 9.9% du PIB en 2019. Ensuite, les recettes issues de la taxation directe représentent le second poste en volume, 5.0% du PIB en 2019. Pour la même année, le poids relatif de cette seconde source de rentrées fiscales est deux fois moindre. Enfin, les recettes fiscales prélevées sur le commerce extérieur représentent le troisième poste de rentrées, avec un niveau relativement plus marginal estimé à hauteur de 1.5% du PIB en 2019. D'autres postes comme, l'impôt sur le patrimoine ou d'autres formes de taxation, sont inexistantes d'après les statistiques nationales (i.e. chiffres produits dans le TOFE).

L'effort du Gouvernement pour mobiliser davantage de ressources intérieures se note clairement à partir de 2016 pour les deux principaux postes de génération de recettes fiscales (Figure 35). A très court terme, les projections du taux de pression fiscale marquent la tendance globale à la hausse. En contraste, la taxation sur le commerce extérieur tend à stagner sur la période.

Figure 35: Évolution de la pression fiscale au Burundi par type de taxation et projections à l'horizon 2021

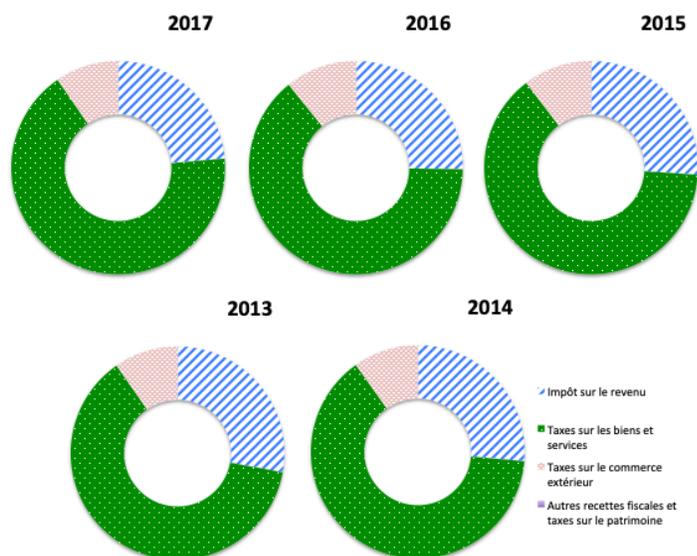


Source : MF (valeurs historiques) et estimations de la BM (projections 2018-2021)

### 3.3.3.2 Structure des recettes fiscales

Dans le total de recettes fiscales, en 2017, l'impôt sur les taxes sur les biens et services compte pour environ 66.8%, sur le revenu pour 23.6% et sur le commerce extérieur pour 6.2%. La composition des recettes semble relativement stable sur la période allant de 2013 à 2017 (Figure 36).

Figure 36: Évolution de la structure de l'impôt au Burundi, 2013-2017



Source : Gouvernement (TOFE)

### 3.3.3.3 Focus sur la composition de la taxation

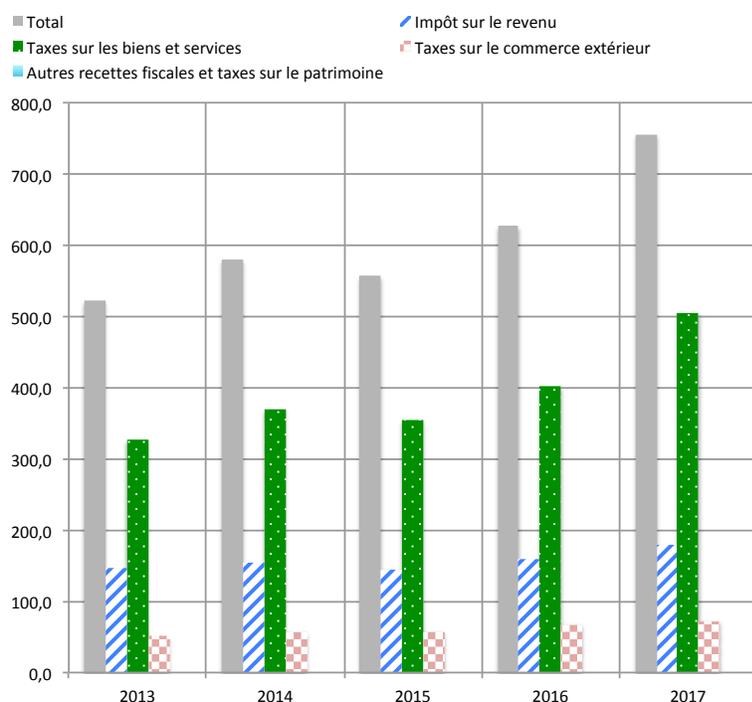
Ainsi, les recettes intérieures proviennent en large majorité de la taxation sur les biens et services (> 60% du total), ensuite de la taxation sur le revenu (environ un quart) et après celle sur le commerce (près de 10%). Globalement, les recettes fiscales totales collectées ont connu des variations annuelles importantes jusqu'à près de 20%. En chiffre absolu, elles ont augmenté d'un peu plus de 500 milliards BIF en 2013 à plus de 700 milliards en 2017 (Figure 37).

- Ce premier poste de recettes a ainsi contribué à hauteur de 62.5% des recettes fiscales en 2013 et a grimpé à 66.8% des recettes fiscales pour l'exercice 2017. Concernant son évolution dans le temps, le poste a connu une croissance annuelle de 11.8% en 2014, puis une baisse de 4.9%, suivie à nouveau d'une hausse annuelle équivalente à celle observée entre 2013 et 2014, soit de 11.8% et enfin, une hausse en flèche de 20.5% entre 2016 et 2017. La prédominance de cette source de taxation est en ligne avec ce qui a pu être observé dans la littérature. En effet, les analyses comparatives réalisées par l'OCDE montrent que la plus grande part des revenus de la fiscalité provient des taxes sur la consommation des biens et services (avec en moyenne 54.6% du PIB en 2016) dont une large part (en moyenne 29.3%) est issue de la TVA. Le pays se situe légèrement au-dessus de la moyenne et taxe la consommation plus lourdement que la moyenne des pays africains (12). La marge de manœuvre pour accroître la fiscalité dans ce poste est limitée. Mobiliser des fonds additionnels pour la santé résulterait dans ce cas davantage d'une réallocation de ces recettes plutôt qu'une augmentation au sein de ce poste.
- Les taxes sur le revenu, le second poste de recettes, représentent en moyenne un quart des recettes fiscales. Proportionnellement aux autres postes de recettes, la part de

recettes provenant des taxes sur le revenu est en diminution depuis 2013 (27.9% des recettes fiscales en 2013 pour 23.6% en 2017). Pourtant, en volume de recettes mobilisées, leur évolution depuis 2013 affiche une croissance annuelle de 9.9% en 2014, puis une baisse de 4.2% en 2015, ensuite une hausse de 11.2% en 2016 suivie d'une hausse de 17.0% en 2017.

- La troisième source de recettes fiscales au Burundi repose sur la taxation du commerce extérieur, qui compte pour environ 10% du total des rentrées fiscales. Ce poste a vu une croissance annuelle de 11.4% en 2014, puis une croissance qui baisse à 1.3% mais reste positive pendant la crise, ensuite en 2016, la croissance annuelle a été de 14.8% pour ralentir à 6.2% en 2017.

Figure 37: Évolution des montants des recettes fiscales totales et par type (en milliards BIF), au Burundi, 2013-2017



Source : Gouvernement (TOFE)

### 3.3.4 Opportunités d'affectation des recettes fiscales existantes et de génération de nouvelles recettes

Pour générer des ressources additionnelles au secteur de la santé, deux grandes orientations sont à distinguer : la réaffectation des recettes issues de la fiscalité existante d'une part et la génération de nouvelles recettes relevant de révision(s) de la fiscalité d'autre part. Les pays peuvent également choisir un dispositif mixte alliant la redistribution et la révision de la fiscalité. La prise de décision en la matière doit indubitablement répondre à une série de critères qui dépassent le champ de l'analyse de l'espace budgétaire.

L'objectif de l'analyse des opportunités est de mesurer le potentiel de différentes options et d'amorcer une réflexion quant aux nouvelles pistes possibles. Des études d'impact (montrant à la fois les bénéfices et les effets non désirés) devront être envisagées pour compléter la démarche et nourrir utilement les choix touchant à la fiscalité du pays. De même, il est du ressort des détenteurs d'enjeux d'identifier les niches fiscales les plus pertinentes, génératrices de ressources additionnelles tout en garantissant les objectifs politiques et notamment d'équité. Sans avoir été exhaustif, nous proposons ci-après une série initiale de dispositions à potentiellement considérer et ajuster en fonction des besoins et capacités.

#### 3.3.4.1.1 Marge de manœuvre relatives aux dispositions légales en la matière

En théorie, au Burundi les recettes fiscales se partagent en fonction des besoins sectoriels. Deux secteurs importants bénéficient prioritairement du fruit de la fiscalité, que sont la santé (estimée à environ 10%) et l'éducation. La DG Santé annonce une distribution future potentiellement plus favorable encore à la santé mais nous ne disposons pas d'une prévision arrêtée. Si elle se vérifie cette option augurerait une part accrue à la santé. Le dispositif en vigueur peut faciliter l'accroissement en faveur de la santé puisque que par définition les recettes fiscales sont fongibles. A l'inverse, si le dialogue intersectoriel évolue en défaveur de la santé, le secteur perdra en volume de recette.

La distribution des fruits de la taxation s'opère ainsi sur base de clés de répartition, négociables selon les besoins des secteurs. A quelque exception, la situation au Burundi diffère en ce sens de ce qui est communément pratiqué dans d'autres pays. Notamment par rapport aux taxes ayant la popularité d'être ciblées pour le secteur de la santé. Il est important de souligner que puisque favorisant la fongibilité des recettes, la politique nationale actuelle ne privilégie pas le mode de taxation ciblée. Suivant cette modalité, il n'est pas de forme de sécurisation de certains types de dépenses stratégiques ou prioritaires. Autrement dit, la santé ne bénéficie a priori pas de taxations fléchées.

En cet égard, il est intéressant de relever que la loi organique portant sur les principes budgétaires de l'État définit l'existence de budgets d'affectation spéciale. En accord avec la loi des finances, ces budgets peuvent recevoir des subventions de l'État et sont alimentés par des recettes dites particulières de par leur nature ou leur destination. La propriété liée à l'affectation spéciale se caractérise par un budget dont la relation entre la subvention et l'objet qu'elle finance doit être directe. Une limitation établie par la loi organique est cependant que l'affectation ne peut pas porter sur des dépenses de rémunération d'agents de la fonction publique. Par disposition de la loi de finances, les recettes et dépenses de l'État sont approuvées annuellement. L'assiette, les taux et conditions de recouvrement des impositions de toute nature y sont définis.

Une autre disposition de la loi organique spécifie un seuil maximum de 2% des crédits du budget général de l'État l'option d'un crédit destiné à couvrir les dépenses imprévisibles (dites à caractère accidentel). Par ordonnance du Ministère en charge des finances, ce crédit peut être réparti entre les chapitres budgétaires (comprenant notamment les prestations sociales) au cours de l'exercice entamé. Répliquant ce dispositif pour couvrir les dépenses imprévisibles, l'État pourrait vouloir prévoir un seuil de 2% de couverture

du gap de financement pour les dépenses prioritaires, dont celles dans le secteur de la santé.

La loi organique prévoit que le ministre des finances, qui est l'ordonnateur de toutes les dépenses de l'État et donc également des comptes spéciaux et autres dispositifs, peut déléguer ce pouvoir à un ou des agents sous son autorité hiérarchique directe. Par cette disposition, il est légalement envisageable de consacrer un agent et par exemple au sein du MSPLS qui serait en charge de l'ordonnancement (engagement et liquidation des dépenses publiques). De plus, la loi prévoit qu'il soit nommé au sein de chaque ministère un contrôleur des engagements de dépense dont la mission est de veiller à la conformité budgétaire et de la régularité des projets d'engagement (i.e. vérification de la bonne imputation de la dépense au chapitre budgétaire correspondant et la disponibilité du crédit sur ce chapitre ; exactitude du calcul de la dépense engagée). En cas de faille, le contrôleur a le pouvoir de refuser son accord sur l'engagement de la dépense incriminée.

#### 3.3.4.1.2 Marge de manœuvre relatives aux aspects stratégiques et dédiée aux stratégies officielles de mobilisation de ressources additionnelles

Dans l'optique d'accroître le financement domestique et de réduire la dépendance aux fonds extérieurs, le plan stratégique de développement de l'OBR à l'horizon 2018-2022 <sup>19</sup> offre de nouvelles perspectives (13). La réforme fiscale visant à renforcer le potentiel de collecte de recettes publiques s'inscrit pleinement dans la stratégie de lutte contre la pauvreté et d'amélioration du bien-être de la population. La mobilisation de recettes additionnelles provenant de la fiscalité figure parmi les 4 axes stratégiques retenus dans le plan de développement. En ce sens, l'administration envisage prioritairement d'étendre l'assiette fiscale et taxer un plus large éventail de biens, services et revenus.

---

<sup>19</sup> Le plan de développement s'appuie sur analyse FFOM complétée par des entrevues des acteurs clés et une revue documentaire : FFOM – une analyse qui combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, avec celle des opportunités et des menaces de son environnement externe. Cette étude a été réalisée dans une approche participative en appui à la définition d'une stratégie de développement, incluant le personnel de l'OBR et les partenaires stratégiques privés et gouvernementaux (CFCIB, les agences en douanes, les différents Ministères clés, les représentants des contribuables dans tout le pays, etc.). Également, l'analyse de la littérature pertinente (e.g. études précédentes comme le rapport sur le secteur informel et la perception par les contribuables des services offerts par l'OBR ; plans stratégiques d'autres administrations fiscales de la CAE ou celui de l'Afrique du Sud consultés pour repérer les meilleures pratiques sur le continent africain) et l'utilisation des statistiques disponibles (e.g. projections du MF et de la Privatisation, de l'ISTEEBU, du FMI, de la Banque Mondiale ou les statistiques du rapport régional comparatif au niveau de la CAE) ont permis de compléter le travail.

Pour la réalisation des différents objectifs stratégiques du plan de développement de la fiscalité, l'OBR s'engage notamment à :

- a) Suivre et évaluer le taux de la pression fiscale – L'atteinte des objectifs de recettes (i.e. un niveau 16% de pression fiscale en 2022) constituera un indicateur phare pour l'évaluation de la performance du plan stratégique de développement.
- b) Sensibiliser le secteur informel – Le secteur informel encore dominant fera l'objet d'attentions particulières grâce aux campagnes d'immatriculation pour capter de nouveaux contribuables. La loi prévoit d'ailleurs l'inclusion du sous-secteur des activités génératrices de revenus (AGR) et l'enregistrement des revenus qui en découlent. Une gestion informatisée de la taxation favorisera la mise en œuvre des interventions mobilisatrices de revenus additionnels.
- c) Réduire les inefficiences observées dans la perception des recettes fiscales – Les recettes perçues et surtout les écarts par rapport aux objectifs fixés dans le plan seront analysés. L'amélioration du rendement de la fiscalité est envisagée par la lutte contre les faibles taux de recouvrement inhérents au manque de staff, de structures et de formation des vérificateurs.
- d) Favoriser la compliance fiscale – Le principe d'égalité devant l'obligation fiscale appelle à la lutte contre la fraude, notamment à la TVA (pour laquelle est prévue une facturation standardisée et sécurisée obligatoire depuis 2018) et à l'importation (pour laquelle un système de suivi électronique est prévu pour maîtriser la chaîne d'approvisionnement des stocks). D'autres mesures dans le secteur des banques et assurances, de l'exploitation minière et des télécommunications seront mises en œuvre pour faire face aux nouveaux défis liés à la taxation des transactions des multinationales opérant dans la région (e.g. création d'une unité chargée de la taxation internationale).

Au Burundi, le conseil au Ministère des finances, en charge de la politique fiscale, est de la responsabilité de l'OBR. En accord avec les politiques du gouvernement et le cadre législatif, la perception des impôts et l'élargissement de l'assiette fiscale font partie des rôles administratifs endossés par l'OBR. Plusieurs réformes ont vu le jour : trois nouvelles lois fiscales (ou amendements) sur la TVA, l'impôt sur le revenu, et les procédures fiscales. Outre la productivité des secteurs contributeurs, le volume de recettes fiscales dépend de plusieurs facteurs dont les taux d'imposition, les taux de recouvrement des impôts et l'étendue de l'assiette fiscale.

D'après une interview donnée par le Ministre en charge des finances (juin 2019), les différentes mesures destinées à accroître les ressources intérieures via l'accroissement des recettes fiscales porteront prioritairement sur la révision de la législation fiscale, le renforcement de la collecte des taxes dans le secteur minier, la réduction du secteur informel à travers le développement d'une fiscalité de proximité, le recouvrement des arriérés par l'OBR. La Cour des Comptes émet des préoccupations par rapport à certaines mesures qui n'apporteraient pas un impact significatif en termes d'augmentation des recettes (PLF 2019-2020). Par ailleurs, une autre source évoque (dans le cadre de la conférence nationale de santé de septembre 2019 au Burundi) l'opportunité de mettre en place –par décret– un système novateur de financement, consistant à prélever une taxe

spéciale étiquetée couverture universelle. Parmi les taxes éligibles sont citées téléphonie mobile, transactions internationales. Certains pays comme le Gabon ont fait le choix de fléché certaines recettes fiscales pour financer la couverture de groupes cibles (e.g. les indigents). Comme certaines de ces mesures visent la révision des textes de loi, leur impact ne pourra être apprécié qu'après le vote des lois annoncées et donc avoir un effet à un horizon plus lointain.

#### 3.3.4.1.3 Marge de manœuvre relative aux exemptions fiscales

En matière d'exemption fiscale, en revanche, la loi a changé en 2016. Les grands postes d'exonération émanent des accords de financements extérieurs (48.3% en 2016) et des décisions du Gouvernement (25.2%). Ensuite, les postes portent sur celles accordées aux investisseurs (10.3%), les exonérations sur les produits pharmaceutiques et les médicaments (8.5%). Par définition, une exonération fiscale représente un manque à gagner pour le trésor public et potentiellement des recettes perdues pour certains secteurs. Les exonérations accordées en 2016 valaient 89.9 milliards BIF et ont été estimées par l'OBR à 14.1% des recettes fiscales totales (versus 20.9% en 2015) et marquaient le début d'une tendance à la diminution, après une période de croissance continue entre 2010 et 2015 (11).

La tendance observée provient de mesures prises au titre de la gestion budgétaire 2016. Le rapport annuel montre que la mise en œuvre de ces mesures a permis de diminuer le volume d'exonérations fiscales d'environ 40% par rapport à 2015 (notamment, suivant l'application de l'Article 20 de la loi citée précédemment, qui stipule que tous les marchés financés sur fonds publics ne sont pas exonérés). Exprimées en ratio du PIB, ces exonérations représentaient respectivement 1.9% en 2016 et 2.7% en 2015.

S'agissant des exonérations accordées aux investisseurs en 2016, leur volume a également, et encore plus fortement, baissé (baisse de 71.7%) par rapport à 2015 (suivant l'article 54 de la loi citée ci-dessus, qui stipule que l'exonération de la TVA à l'importation liée au code des investissements et la zone franche est supprimée).

Enfin, les exonérations accordées en 2016 dans le cadre accord-cadre entre Saint Siège et le gouvernement ainsi que de la loi sur le sport et sur l'enseignement supérieur ont également diminué (respectivement de 53.0% et 71.5%) par rapport à 2015 (suivant l'article 62 de la loi citée précédemment, qui stipule d'une part que les exonérations de la fiscalité indirecte, en dehors des conventions internationales et d'autres lois spécifiques sont éliminées et d'autre part que toutes les importations exemptes de droits et taxes de douanes initialement prévues par les différents instruments juridiques à caractère législatif et réglementaire non reprises dans la loi sont taxées à 5% de la valeur en douane).

Ainsi, entre 2015 et 2016, les rentrées fiscales générés par la réduction des exonérations représentait 0.8% du PIB, soit un volume approchant 41 milliards BIF. A titre illustratif, 1% du PIB en 2019/2020 représente 64.9 milliards BIF.

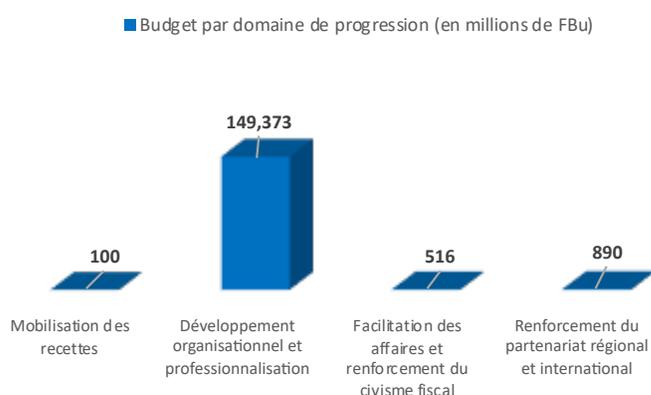
Un surplus d'exonérations rend inévitablement compte d'un certain abandon politique face à la mobilisation de recettes publiques possibles. La ventilation des exonérations par poste et leur pondération en ratio du PIB peut donc informer à la fois sur les sources de recettes

perdues et gagnées et indirectement sur les volumes budgétaires disponibles et dont le secteur de la santé pourrait davantage bénéficier.

### 3.3.4.2 Estimation des recettes attendues par la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2022 de développement de la fiscalité

Tout d’abord, la mise en œuvre du plan quinquennal 2018-2022 de développement en matière de fiscalité a été estimée à un volume budgétaire global de 151 milliards BIF, alloués essentiellement au développement organisationnel et de la professionnalisation dans le domaine (Figure 38). Le plan s’inscrit dans une volonté forte de mieux financer le budget de l’État.

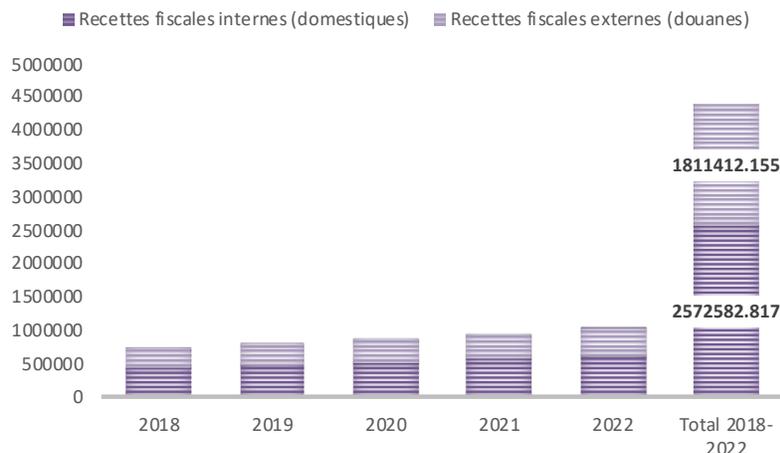
Figure 38 : Budget du plan stratégique de développement de la fiscalité au Burundi par domaine de progression, 2018-2022



Source : OBR

Moyennant une série d’interventions, le plan prévoit de collecter des recettes additionnelles par la fiscalité. Tablant sur la réalisation des dispositifs et innovations fiscales, technologiques et structurelles prévus, la projection des recettes inscrites au plan quinquennal 2018-2022 est estimée à un volume global de 4 384 milliards BIF pour la durée du plan, soit une moyenne annuelle de 877 milliards BIF. Les recettes totales sont estimées à 728 milliards en 2018 et passeront à 1035 milliards BIF en 2022, soit une augmentation globale de 42.3% entre 2018 et 2022 (et équivalente à un accroissement annuel moyen de 9.2%). Ces recettes fiscales projetées proviennent de rentrées internes (58.7%) et de rentrées externes (41.3%) dont l’évolution est présentée ci-après (Figure 39).

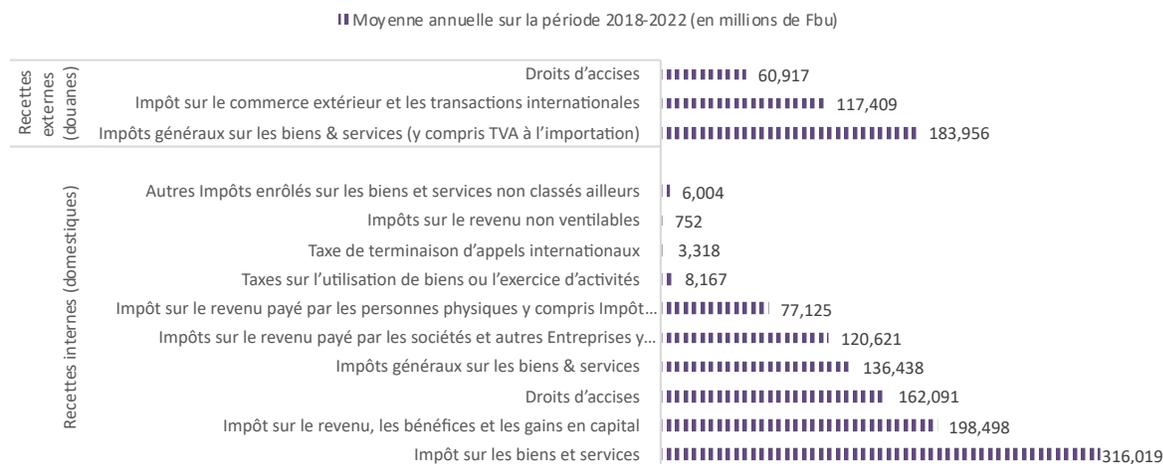
Figure 39 : Évolution des projections des recettes fiscales internes et externes pour le plan quinquennal 2018-2022 au Burundi (en millions BIF)



Source : OBR

Les principales rentrées fiscales sont attendues du prélèvement des impôts sur les biens et services, qui rapporteraient en moyenne annuellement 3 16 019 millions BIF +136 438 millions BIF en recettes internes et 1 83 956 millions BIF en recettes externes (dont TVA sur l'importation) (Figure 40). Ensuite et dans l'ordre de grandeur décroissant, les principaux postes générateurs de recettes relèvent de l'impôt intérieur sur le revenu, les bénéfices et les gains en capital, des droits d'accises sur les produits intérieurs, de l'imposition des sociétés, et de l'impôt sur le commerce extérieur et sur les transactions internationales.

Figure 40 : Projection annuelle par nature des recettes moyennes des produits fiscaux (en millions BIF) au Burundi, 2018-2022



Source : OBR

Si la santé devait se faire affecter un pourcentage forfaitaire des recettes fiscales potentiellement réalisables grâce au plan de développement, avec un taux accru d'1% supplémentaire, la santé récolterait en moyenne chaque année un montant additionnel équivalent à 8 768.0 millions BIF (Figure 41). Si la part des recettes fiscales à la santé pouvait être augmentée d'encore 1% de plus, ce sont 17 536.0 millions BIF qui pourraient être mobilisés en moyenne chaque année. A un taux supplémentaire de 5% par exemple, le montant moyen annuel atteindrait la somme fictive de 43 839.9 millions BIF.

Figure 41 : Scénarios hypothétiques d'une affectation forfaitaire au secteur de la santé sur base des projections du plan de développement 2018-2022

Recettes fiscales (en millions de Fbu)	Moyenne annuelle	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
<b>PRODUITS FISCAUX (projections du plan)</b>	<b>876.799</b>	<b>727.831</b>	<b>799.489</b>	<b>871.443</b>	<b>949.872</b>	<b>1.035.361</b>	<b>4.383.995</b>
1%	8.768,0	7.278,3	7.994,9	8.714,4	9.498,7	10.353,6	43.839,9
2%	17.536,0	14.556,6	15.989,8	17.428,9	18.997,4	20.707,2	87.679,9
5%	43.839,9	36.391,5	39.974,4	43.572,1	47.493,6	51.768,0	219.199,7

Source : OBR et simulation des auteurs

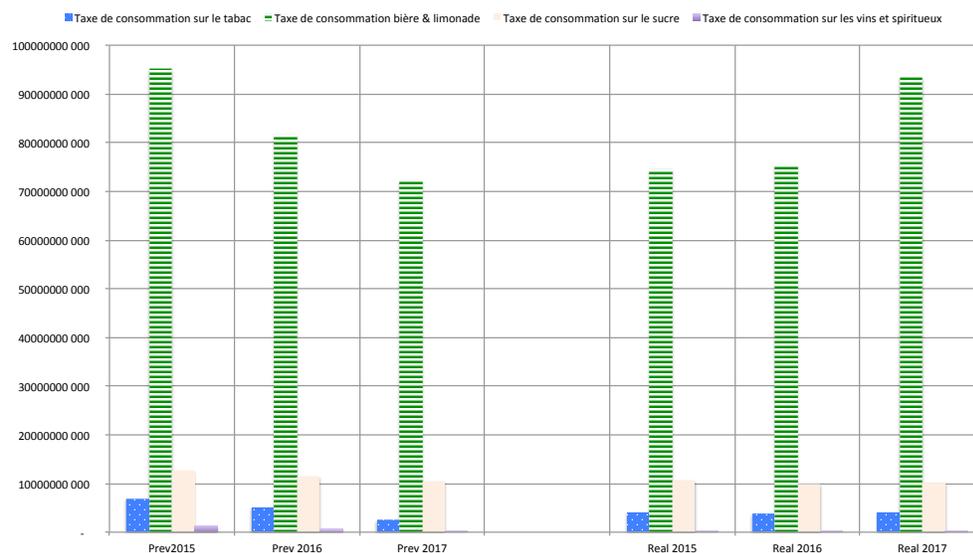
### 3.3.5 Autres pistes plausibles pour appuyer une mobilisation accrue en faveur de la santé

#### 3.3.5.1 Taxes ciblées sur les produits à externalités négatives

En fait, la création d'une taxe spéciale CSU, alimentée par une composante novatrice de taxation spécifique (visant la consommation de boissons alcoolisées et de tabac mais aussi les billets d'avion ou la téléphonie mobile) fait partie des recommandations émises à l'issue de la conférence nationale de santé tenue au Burundi en septembre dernier.

Globalement, les recettes fiscales relatives aux accises (toute taxe confondue) représentaient en 2017, moins d'un cinquième (18.7%) des recettes fiscales de l'État et plus de deux cinquièmes (43.1%) de l'ensemble des impôts sur la consommation des biens et services. Les taxes d'accises s'appliquent sur plusieurs types de produits regroupant 15 taxes au total. Les accises s'appliquent notamment au tabac, à la bière, au vin et aux spiritueux et au sucre mais ne sont pas affectées à des programmes spécifiques comme la santé. Le graphique ci-après présente l'évolution pour ces quatre rubriques (Figure 42).

Figure 42 : Évolution des recettes de la taxation sur la consommation au Burundi : Le cas des taxes ciblées sur tabac, bière & limonade, vins & spiritueux et sucre, 2015-2017



Source : MF (LF)

- Les accises sur la consommation de bière et de limonade (20.1% du total des recettes fiscales sur les biens et services 2017) et celles sur le carburant (12.2% des recettes fiscales sur les biens et services en 2017) représentent les deux plus gros postes de recettes dans cette catégorie. Les 3<sup>ième</sup> et 4<sup>ième</sup> postes de recettes des accises sont issus de la taxation sur la consommation des télécoms (avec 5.7% des recettes fiscales sur les biens et services en 2017) et du sucre (avec 2.2% des recettes fiscales sur les biens et services 2017 en 2017). Les autres formes d'accises représentent moins 1% des recettes fiscales sur les biens et services 2017 chacune et conjointement 2.9% des recettes fiscales sur les biens et services 2017.
- Les recettes fiscales provenant de la vente de tabac pour l'exercice 2017 étaient de 2.5 milliards BIF (soit 11.7% par rapport aux prévisions 2017 de la loi des finances et 6.6% de hausse par rapport aux réalisations de l'exercice 2016). Ces recettes représentaient en 2017 respectivement 0.6% du total des recettes fiscales totales et 0.9% des recettes fiscales sur la consommation de biens et services. Les recettes fiscales provenant de la vente de vins et spiritueux<sup>20</sup> est pour ainsi dire négligeable bien qu'en forte augmentation. En effet, elles étaient à hauteur de 28.6 millions BIF en 2017, un volume annuel en forte augmentation puisque la variation annuelle était de 59.1% par rapport aux réalisations de 2016 qui étaient elles-mêmes déjà en hausse de 22.9% par rapport aux réalisations de 2015). L'augmentation des taxes ciblées sur la consommation de

20 La taxe ad valorem s'appliquant à ces produits c'est-à-dire vins et spiritueux est fixée par la loi au taux de 80% (loi de 2018).

tabac et d'alcool constitue une opportunité intéressante puisqu'elle vise les produits ayant un effet négatif sur la santé. En ce qui concerne le tabac en particulier, l'OMS a constaté que les cigarettes étaient devenues plus abordables dans le pays entre 2014 et 2016 (14).

- Les deux autres postes illustrés dans le graphique ci-après concernent les taxes sur la bière et les limonades et sur le sucre. Les accises sur la vente de bières<sup>21</sup> et de limonades représentaient en 2017 près de 100 milliards BIF et, nous l'avons relevé plus haut, constituent la part la plus importante des recettes des taxes d'accises (soit 20.1% des impôts sur la consommation et 46.6% des accises en 2017). Ce poste a connu une hausse de 23.8% par rapport aux réalisations annuelles de 2016, qui étaient déjà en légère hausse (1.3%) par rapport à 2015. Enfin, les recettes sur la consommation de sucre<sup>22</sup> représentent quant à elles moins de 3% des recettes des accises (5.1% des impôts sur la consommation et 2.2% des accises en 2017, à hauteur de 10 milliards BIF en 2017). En volume, la tendance est en hausse continue depuis 2015 (avec une variation croissante de 13% chaque année entre 2015 et 2017).

L'augmentation des taux d'imposition pour ces types de produits et son affectation même partielle au secteur de la santé pourraient théoriquement représenter un espace budgétaire intéressant à mobiliser. Au Burundi, le Gouvernement avait par le passé (en décembre 2013) approuvé une hausse de la taxation sur les boissons pour en allouer les recettes à la CAM (estimées à hauteur de 10 milliards BIF en 2014) (15). Une telle démarche serait bénéfique pour le secteur et soutiendrait valablement le développement d'une meilleure protection de la population contre les risques liés à la santé. La CAM constitue l'un des plus importants instruments de protection financière contre les risques liés à la santé. Dans cette optique et à titre illustratif, le budget de la CAM est présenté ci-dessous.

Tableau 5 : Budget de la caisse d'assurance maladie (CAM), 2016 à 2019

Année budgétaire	Crédit initial alloué	Crédit après transfert ou révision	Budget consommé	Reliquat	Excécution (%)
2016	8 774 195 634	10 274 195 634	10 195 081 264	79 114 370	<b>99,23</b>
2017	9 376 183 525	9 376 183 525	9 376 183 525	0	<b>100</b>
2018-2019	9 376 183 525	9 376 183 525	9 376 183 525	0	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>27 526 562 684</b>	<b>29 026 562 684</b>	<b>28 947 448 314</b>	<b>79 114 370</b>	<b>99,73</b>

Source : Données collectées auprès du MSPLS

Au-delà du secteur de la santé, des actions similaires ont été prises par le Gouvernement. En effet, lors d'entretien mené en février 2020, le MF a évoqué l'existence d'un fond

21 La taxe spécifique s'appliquant à la bière est fixée au taux de 39300 BIF/hl à l'exception des bières produites avec 100% de matières premières locales. Pour cette catégorie, la taxe est fixée à 12030 BIF/hl. En sus, un prélèvement forfaitaire libératoire d'impôts est appliqué sur les achats locaux de bière (voir loi art 42).

22 Achat local de sucre = taxe de 1% sur le prix de vente

routier alimenté par les recettes de la taxation du carburant. Pour ce secteur donc, il a à un moment donné été fait le choix d'un fond d'affectation spécial dédié à combler les besoins du moment.

Bien que l'affectation spécifique de recettes fiscales ne soit pas la norme au Burundi, la législation en vigueur depuis 2008 (loi organique) autorise certaines dispositions dans le cadre de la création de « budgets d'affectation spécial ». A notre connaissance, rarement populaire au niveau des finances de l'État, le recours à ce dispositif n'a pas été fait en matière de santé.

### 3.3.5.1.1 Taxation de la vente du tabac

Au Burundi, la taxation sur le tabac a augmenté à deux reprises depuis 2008. En 2016, la pression fiscale appliquée à la vente de cigarettes s'élève à 42.8% dont 27.5% d'accise spécifique depuis 2014 et 15.3% de TVA depuis 2010 (Figure 43). D'après le rapport mondial de l'OMS, la fiscalité du tabac au Burundi a diminué venant en 2008 d'un taux d'imposition total de 59.0% et passant en 2016 à un taux estimé à 42.8%.

Figure 43 : Taxation du tabac au Burundi, 2008-2016

Année	Prix du paquet (20 tiges) le plus vendu				Taxation, exprimée en % du prix du paquet (20 tiges) le plus vendu					
	Prix en BIF	Devise	Prix en \$ Int. (PPP)	Prix en \$ (au taux de change officiel)	Accise spécifique	Accise ad valorem	TVA	Droit d'importation	Autre taxe	Taxe totale
2016	1 600,00	BIF	2,57	0,96	27,5%	0,0%	15,3%	0,0%	0,0%	42,8%
2014	1 600,00	BIF	2,84	1,03	27,5%	0,0%	15,3%	0,0%	0,0%	42,8%
2012	800,00	BIF	1,67	0,55	0,0%	38,4%	15,3%	0,0%	0,0%	53,7%
2010	800,00	BIF	1,99	0,65	0,0%	36,3%	15,3%	0,0%	4,8%	56,3%
2008	600,00	BIF	1,76	0,49	0,0%	46,1%	7,8%	0,0%	5,1%	59,0%

Source : OMS

A titre de comparaison, le niveau de taxation pratiqué dans les pays à bas revenu dont fait partie le Burundi est en moyenne de 38%, dont 22% pour les accises (Figure 45). Ainsi, bien que le taux de fiscalité suive une tendance à la baisse, le Burundi taxe davantage le tabac et se situe à un niveau supérieur à la moyenne observée dans les autres pays comparateurs.

Figure 44 : Niveau de la taxation sur le tabac des pays à bas et moyen revenus, 2017

Composition du prix							
Catégorie de pays	Prix moyen du paquet de cigarettes, \$ Int.	Prix hors taxe, \$ Int.	%	Taxe d'accise, \$ Int.	%	Autre taxe, \$ Int.	%
Pays à revenu bas (28 pays)	3,1	1,9	62%	0,7	22%	0,5	16%
Pays à revenu intermédiaire (97 pays)	5,0	2,1	42%	2,1	41%	0,9	17%
<i>Moyenne</i>	<i>4,0</i>	<i>2,0</i>	<i>49%</i>	<i>1,4</i>	<i>34%</i>	<i>0,7</i>	<i>17%</i>

Source : OMS

Cependant, si l'on compare l'engagement du Burundi à la situation mondiale en matière de lutte contre le tabagisme, il apparaît que la marge de manœuvre pour atteindre le niveau de taxation recommandé par l'OMS est substantielle puisque le pays fait partie de la minorité (46% des pays) ayant une forme de taxation minimale (groupe 3), faible ou nulle

(groupe 4) (Figure 45). Le niveau de taxation cible hautement recommandé par l’OMS est établi à 75%. Avec une marge de progression de l’impôt allant jusqu’à un accroissement de plus de 30% pour satisfaire la recommandation cible de l’OMS, le Burundi dispose d’une latitude concrète d’élargissement de l’espace fiscal en matière de lutte contre le tabagisme.

Figure 45 : Situation comparative relative à la taxation du tabac selon le niveau d’engagement de la politique nationale de lutte contre le tabagisme, 2018

Groupe	Nbre de pays concernés	%	% cumulé	Niveau de la taxation du paquet de cigarettes	Marge de progression pour accroître la taxation
1	38	21%	21%	>75%	Nulle ou faible
2	62	34%	54%	50%-75%	Modérée
3*	61	33%	87%	25%-50%	Substantielle
4	24	13%	100%	0%-25%	Maximale
5	8			-	-

Source : OMS

Parmi les avancées en matière de lutte contre le tabagisme, le pays a en 2018 mis en place une légalisation en faveur d’espaces publics non-fumeurs. Un renforcement de la politique nationale via la hausse progressive de la pression fiscale viendrait soutenir cet effort et pourrait générer des revenus potentiellement spécifiques en faveur du secteur de la santé ou affectables à la santé. En 2017, les recettes fiscales générées par la vente de tabac étaient estimées à 2.5 milliards BIF. Dans un scénario fictif de hausse de la taxation (Figure 46), si le taux augmente progressivement pour dépasser légèrement à court terme le seuil minimal de 50% (+ 10% de droits d’accises), dans un premier temps, et à terme le seuil de 75% (+27.2% de droits d’accises), le pays convergera vers la cible hautement recommandée par l’OMS. Sans tenir compte de la potentielle baisse de volume de vente (e.g. diminution de la consommation, augmentation de la contrebande), les recettes prévisionnelles mobilisables suite à une hausse progressive de la pression fiscale pourraient avoisiner 5 200 milliards BIF. Des recettes pourraient être générées alternativement via l’introduction d’un droit de douane. En termes de taxation extérieure sur le tabac, le pays n’avait pas mis en place de dispositif (OMS 2016).

Figure 46 : Simulation d’une hausse fictive de la fiscalité sur la vente de tabac au Burundi, 2017

	Baseline		Hausse +5%		Hausse +10%		Hausse +15%		Hausse +25%		Hausse Cible (+27,2%)	
	Taux	Recette*	Taux révisé	recette prev**	Taux révisé	Recette prev	Taux révisé	Recette prev	Taux révisé	Recette prev	Taux révisé	Recette prev
Droits d’accises : Taxe de consommation sur le tabac	27,5%	4 063	32,5%	4 266	37,5%	4 469	42,5%	4 673	52,5%	5 333	59,7%	5 168
Taxation totale sur le tabac (Accise spécifique + TVA)	42,8%		47,8%		52,8%		57,8%		67,8%		75%	

Source : Simulation des auteurs

Légende : \*Baseline = LF Réalisation annuelle de l’exercice 2017, \*\* Prévvision de recette compte tenu de la révision fiscale, Tous les montants sont exprimés en milliards BIF

A titre illustratif et sur base des estimations disponibles, en 2018, la taxation d’un volume produit estimé à 35 503 paquets de 20 tiges correspondrait à 24 312.5 millions BIF (Figure 47).

Figure 47 : Évolution de la production de cigarettes, du prix et de la taxation au Burundi, 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Volume annuel de production de cigarettes (Milliers de paquets de 20 tiges)*	0	55	0	0	0	0	0	39.998	35.503
Prix moyen du paquet (chgt depuis 2014) (en Fbu)	800	800	800	800	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600
Prix moyen du paquet (chgt depuis 2014) (en \$ Int (PPP))	1,76	1,99	1,67	2,57	2,57	2,57	2,57	2,57	2,57
Taxation totale (% du paquet le plus vendu)	56,4%	51,6%	53,7%	53,7%	42,8%	42,8%	42,8%	42,8%	42,8%
dont accises spécifique	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27,5%	27,5%	27,5%	27,5%	27,5%
dont accise ad valorem	36,3%	36,3%	38,4%	38,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
dont TVA	15,3%	15,3%	15,3%	15,3%	15,3%	15,3%	15,3%	15,3%	15,3%
dont autres taxes	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prix total (en millions de Fbu)**	0,0	44,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	63.996,4	56.804,8
Recettes de la taxation ((en millions de Fbu)**	0,0	22,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27.390,5	24.312,5

Sources : OMS sauf si spécifié ; \*Données annuelles de la BRB sur base des renseignements fournis par les entreprises industrielles ; \*\* Estimation des auteurs

Enfin, dans ce domaine, une autre perspective d'accroissement des recettes fiscales se situe dans l'amélioration de la performance de la taxation actuelle. Selon la loi de finances 2018, les accises sur la consommation du tabac affichent un taux de réalisation<sup>23</sup> estimé à 60.6%, ce qui signifie qu'à fiscalité inchangée une marge de manœuvre reste plausible.

### 3.3.5.2 Taxation sur le commerce extérieur

Le marché de l'or est régi par un système fiscal pour lequel la performance de la taxation apparaît sous-optimale. En 2018, les recettes fiscales générées par les droits d'exportation en vigueur pour le commerce extérieur de l'or représentaient un peu moins de 10 milliards BIF (précisément, 986 600 968 BIF) alors que les prévisions avaient été estimées à hauteur de 23.6% de ce montant selon la loi de finances. Ici encore, la situation montre, qu'à fiscalité inchangée, un élargissement significatif de l'espace fiscal a pu se concrétiser dans le domaine du commerce extérieur, dont la manne pourrait percoler sur les secteurs sociaux prioritaires comme la santé.

Globalement pour l'ensemble de la taxation sur le commerce extérieur et les transactions internationales, l'OBR a l'ambition, à travers la mise en œuvre de son plan stratégique, de collecter environ 139 milliards BIF en 2022, soit une croissance estimée à 41.2% par rapport à 2018.

### 3.3.5.3 Taxation intérieure sur les produits polluants

En terme de taxation pour lutter contre la pollution (e.g. sachets en plastiques ou véhicules polluants), une marge de manœuvre semble plausible puisque par exemple les recettes annuelles de 2018 représentaient environ 3 milliards BIF (précisément, 3 102 221 757 BIF) alors que les prévisions annuelles étaient de 53.6% cette année-là. La réalisation de la taxation existante au-delà des prévisions pourrait constituer une manne providentielle pour la santé.

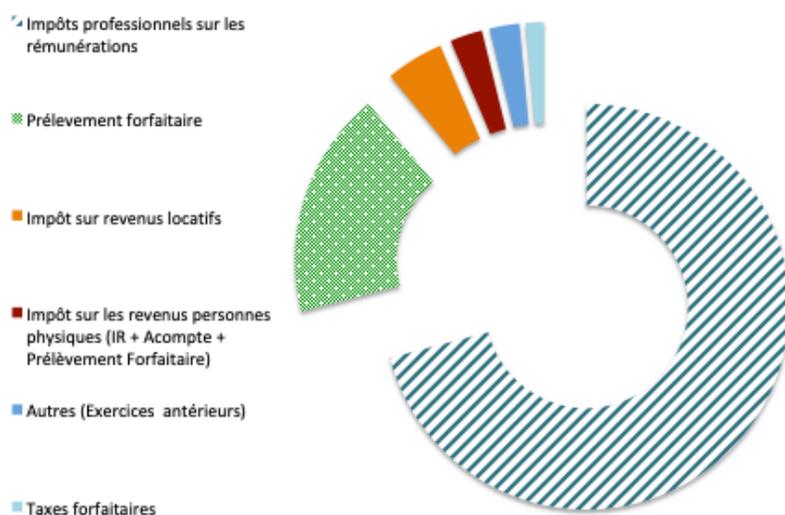
<sup>23</sup> Selon LF2018, les taux de réalisation pour d'autres rubriques sont plus importants, i.e. les accises sur la consommation de bière et limonades (91.4%), sur le sucre (96.1%) ou les télécoms (95.8%).

### 3.3.5.4 Taxation sur les revenus du travail

L'impôt sur le revenu des personnes physiques (toute forme confondue) représente une faible part des recettes de la fiscalité (11.5% des recettes fiscales totales en 2017). Ce poste de recettes pour l'État est en hausse depuis 2015 (i.e. 23.7% de croissance annuelle entre 2016 et 2017 et 4.2% entre 2015 et 2016). Plus particulièrement, l'impôt sur les rémunérations des travailleurs (du secteur formel) représentait en 2017 environ 2 milliards BIF en 2017 (soit 0.3% des recettes fiscales totales et 2.6% des recettes issues de l'impôt sur le revenu des personnes physiques). Ces recettes ont connu d'énormes fluctuations puisqu'en baisse de 24.2% entre 2015 et 2016 puis en hausse de 27.8% entre 2016 et 2017.

C'est l'impôt professionnel sur les rémunérations qui affiche la part la plus importante, avec 70.9% des recettes de cette rubrique en 2017. Pour ce poste, les fluctuations sont de moindre ampleur, en légère baisse (1.9%) entre 2015 et 2016 puis en reprise (8.1%) entre 2016 et 2017. Le solde des recettes de cette catégorie d'impôt repose sur des taxes et prélèvements forfaitaires, les revenus locatifs et les régularisations (c-à-d recettes des exercices antérieurs).

Figure 48 : Ventilation des recettes fiscales relatives aux impôts sur les revenus des personnes physiques au Burundi, 2017



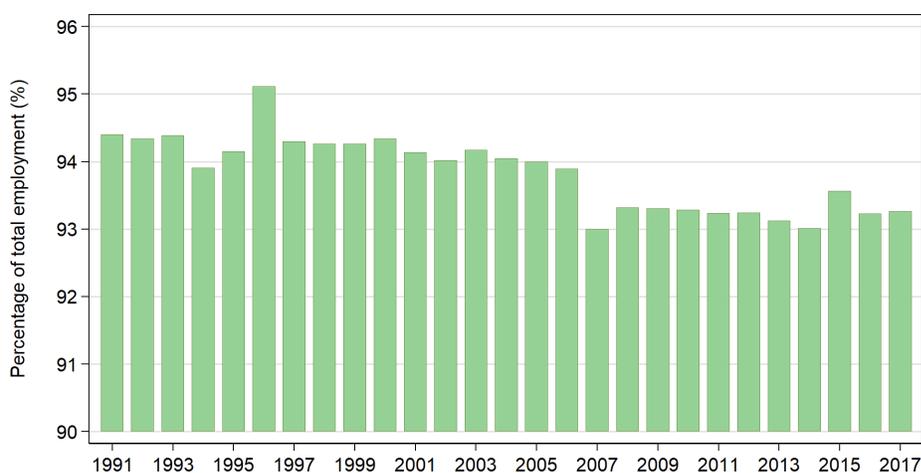
Source: MF (LF)

Les prélèvements fiscaux issus de la taxation sur l'emploi dans l'économie formelle seront par définition très limités puisque l'économie informelle est prédominante dans le pays. Malgré une légère tendance à la baisse, la part des travailleurs non-salariés reste très élevée, à plus de 90% à l'échelle du pays et ce sur toute la période depuis 1991 (Figure 49). De plus, d'après les informations partagées, il n'existe pas de données publiées relatives aux prélèvements à la source sur l'emploi formel pour la sécurité sociale. L'assurance maladie

peut pourtant constituer une source supplémentaire d'espace budgétaire au profit d'une meilleure accessibilité aux soins et services de santé pour tous.

Le contexte actuel ne permet pas une marge de manœuvre suffisante dans un avenir proche puisque les salariés représentaient en 2017 encore moins d'un travailleur sur 10. Ce domaine sera l'un des plus grands chantiers à mener pour le développement de systèmes de mutualisation des risques. La politique initiée par l'OBR semble en phase avec la mise en place d'une telle option ou tout au moins ne semble pas contraire à cette orientation – prélevant indistinctement sur toutes les catégories de revenus. En particulier, certains groupes de travailleurs plus privilégiés, aujourd'hui peu voire pas taxés, pourraient être cibler prioritairement.

Figure 49: Part des travailleurs "non-salariés" au Burundi, 1991-2017

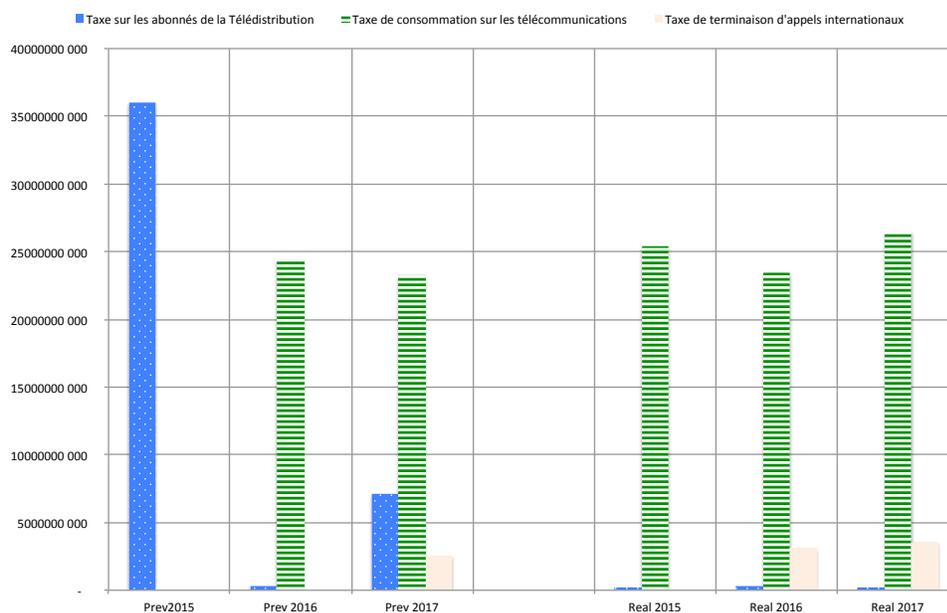


Source : BM

### 3.3.5.5 Taxation intérieure sur les télécoms

D'après la classification nationale, trois taxes d'accises sont relatives à la consommation télécoms, à savoir la taxe sur les abonnés de la télédistribution, la taxe sur la consommation en télécommunications et la taxe de terminaison / d'appels nationaux. Ensemble, ces trois postes représentaient en 2017 4.3% des recettes fiscales totales pour un volume annuel de 30 milliards BIF, soit 6.5% de l'impôt sur les biens et services, 4.3% des recettes des accises. Globalement, ces recettes ont connu une variation positive de 8.2% entre 2016 et 2017 qui suit la tendance positive de 6.7% entre 2015 et 2016 (pour cette variation, hors taxe appels internationaux car aucune recette n'a été engendrée en 2015).

Figure 50 : Évolution des recettes fiscales (accises) provenant des télécoms au Burundi, 2015-2017



Source : MF (LF)

En 2018, selon la loi des finances, les recettes fiscales sur les télécoms, les communications internationales ou la télédistribution étaient respectivement d'environ 26 milliards BIF (taux de réalisation par rapport aux prévisions annoncées de 104.4%), 2 milliards BIF (75.6%) et 313 millions BIF (4.0%).

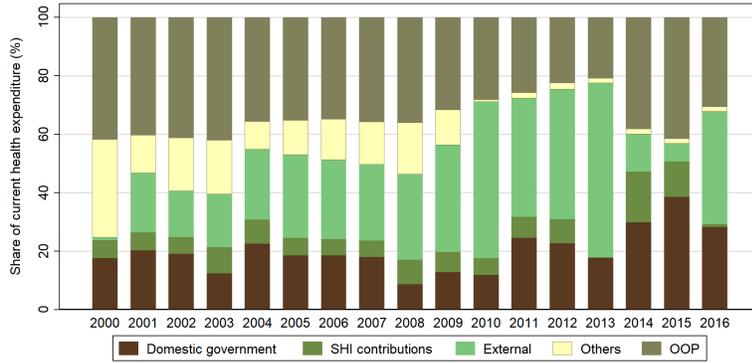
### 3.4 Pilier 4 – Mobilisation limitée des ressources extérieures

#### 3.4.1 Tendence générale et appréciation du degré de mobilisation des ressources extérieures

Fort d'une bonne crédibilité auprès de la scène internationale, le pays a bénéficié de la confiance des bailleurs et reçu des sommes importantes, sous forme de dons notamment. Au cours de la dernière décennie, l'aide au développement a joué un rôle extrêmement important au Burundi. Faisant partie des pays (5) les plus pauvres du monde, le secteur de la santé au Burundi dépend ainsi fortement de l'aide extérieure (16).

À l'exception des années de la crise politique, les dépenses de santé au Burundi ont été financées principalement par des sources externes depuis 2009 (Figure 51). Le soutien croissant entre 2000 et 2013 des partenaires techniques et financiers au financement de la santé a progressé pour atteindre environ la moitié des contributions à la santé en fin de période. Avant 2015, la part des bailleurs de fonds dans le budget équivalait à 58%. Depuis 2014, en contraste, le financement santé accuse une diminution significative et progressive de la part des bailleurs de fonds dans le budget. Bien que la tendance post-2015 présente des signes de réengagement, le secteur reste avec une perspective malgré tout relativement plus limitée à court terme.

Figure 51: Financement de la santé au Burundi, par source, 2000 à 2016

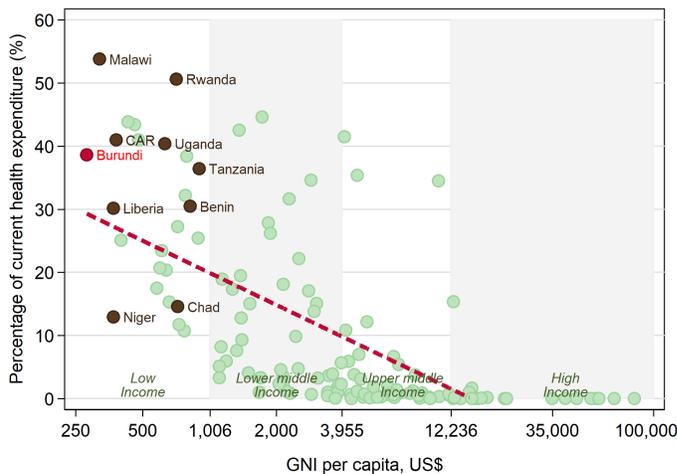


Source : OMS

En conséquence, la part du financement public s’est donc parallèlement accrue ces dernières années, compensant la perte de ressources extérieures observées en 2014-2015. Depuis 2015, les bailleurs traditionnels dont l’Union Européenne, la Belgique, les États-Unis semblent en effet en retrait par rapport à leurs apports historiques. La contribution de la Belgique est estimée à 18.3 milliards BIF, les Pays-Bas contribueraient à hauteur de 6.5 milliards BIF et les fonds de la Banque mondiale et du Fonds d’Investissement pour le Développement Agricole (FIDA) s’élèveraient respectivement à 77.8 milliards BIF et 41.5 milliards BIF.

Se basant sur les études comparatives de l’OMS, en 2016 au Burundi, la part du financement extérieur dédié à la santé était parmi les plus élevées par rapport aux autres pays ayant un revenu par habitant similaire (Figure 52). Ce résultat tend à prédire un appui futur plus limité de l’aide dans le secteur de la santé.

Figure 52: Financement extérieur de la santé au Burundi en proportion des dépenses de santé courantes, 2016



Source : OMS

Comme déjà étayé, la forte dépendance du Burundi à l'égard de l'aide extérieure et le choc du aux fluctuations extérieures souligne la nécessité de diversifier les sources d'espace budgétaire pour la santé. Le recours alternatif de mobilisation de ressources internes se fait en effet davantage ressentir lorsque les engagements des donateurs diminuent. Cette situation s'est présentée au moment de la crise (en 2014 et 2015) pour certains donateurs, avec des décaissements qui ont cessés. Pour maintenir la bonne continuité du financement, le Burundi doit vouloir développer sa capacité à mobiliser davantage de ressources domestiques, et ce, dans la perspective réduire sa dépendance aux fluctuations des ressources extérieures.

### 3.4.2 Contribution extérieure au financement du CDMT 2019-2021

Dans le secteur de la santé, le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT sectoriel santé) établi pour les années 2019 à 2021 fait état des financements prévisionnels extérieurs, par bailleurs et par année. Pour révéler ces montants par bailleurs, un travail de tri rigoureux a été réalisé pour éliminer par exemple les éventuels doubles emplois entre les promesses données par lesdits partenaires et les ONG<sup>24</sup>.

Selon ces estimations, les fonds extérieurs engagés proviendront majoritairement de trois sources principales : l'Union européenne (à concurrence de 31.6% du total global triennal), le Fonds mondial (22.2%) et la Banque mondiale (12.4%) (Tableau 6).

Tableau 6 : Relevé des ressources extérieures probables (financements prévisionnels annoncés par les partenaires au développement) pour le financement du PNDSIII à travers le cadrage triennal du CDMT 2019-2021

Apport extérieur par PTF (en million BIF)	2019	2020	2021	Moyenne annuelle	Total triennal 2019-2021	%	% cumulé
UE	59.770,56	51.124,00	51.004,80	53.966,45	161.899,36	31,6%	31,6%
Fonds Mondial	69.455,72	44.170,40	-	56.813,06	113.626,12	22,2%	53,7%
Banque Mondiale	25.901,82	16.959,42	20.639,42	21.166,89	63.500,66	12,4%	66,1%
USAID	20.925,56	4.844,19	4.844,19	10.204,65	30.613,94	6,0%	72,1%
Pays Bas	14.050,14	12.512,00	-	13.281,07	26.562,14	5,2%	77,3%
UNICEF	7.258,80	7.516,40	5.658,00	6.811,07	20.433,20	4,0%	81,2%
Allemagne	7.950,00	6.810,00	5.304,00	6.688,00	20.064,00	3,9%	85,2%
WORLD VISION	14.888,97	4.225,03	-	9.557,00	19.114,00	3,7%	88,9%
FNUAP	7.031,74	5.525,34	4.053,34	5.536,81	16.610,42	3,2%	92,1%
PAM	9.944,19	4.876,00	-	7.410,10	14.820,19	2,9%	95,0%
OMS	3.365,19	3.365,19	3.365,19	3.365,19	10.095,57	2,0%	97,0%
Suisse	3.223,00	4.620,00	1.800,00	3.214,33	9.643,00	1,9%	98,9%
Coopération Belge	2.576,73	1.984,72	-	2.280,73	4.561,45	0,9%	99,7%
Ambassade de France	452,64	402,96	165,60	340,40	1.021,20	0,2%	99,9%
ONUSIDA	92,00	92,00	92,00	92,00	276,00	0,1%	100,0%
<b>Total</b>	<b>246.887,06</b>	<b>169.027,65</b>	<b>96.926,54</b>	<b>170.947,08</b>	<b>512.841,25</b>	<b>100,00%</b>	
<b>%</b>	<b>48,1%</b>	<b>33,0%</b>	<b>18,9%</b>	<b>33,3%</b>	<b>100,0%</b>		

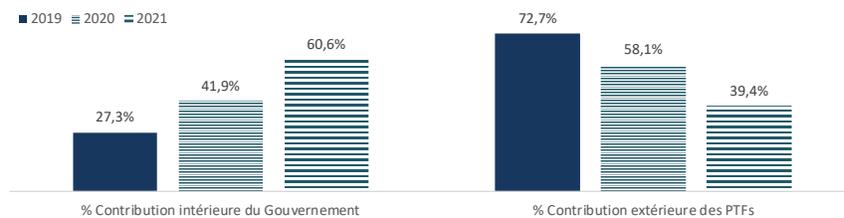
Source : CDMT

24 Ce travail de tri été effectué par une groupe dérivé du comité technique participant à l'élaboration du CDMT.

Les financements annuels ne sont pas réguliers, ce qui montre une tendance globale forte au désengagement, passant d'un apport global estimé à 247 milliards BIF en 2019, à 169 milliards BIF en 2020 et 97 milliards en 2021. En pourcent de l'engagement de 2019, les financements prévisionnels des deux années suivantes représentent 68.5% en 2020 et 39.3% en 2021. Autrement dit, le ratio de désengagement global est ainsi estimé à 1.5 en 2020 et 2.5 en 2021 par rapport à l'année de référence 2019.

Comme exposé ci-dessus, selon le CDMT, la proportion annuelle des contributions extérieures pour la mise en œuvre du PNDSIII par rapport au budget probable de la période du CDMT vont donc progressivement et fortement décroître. Dans le total (intérieur + extérieur) accordé à la santé, l'enveloppe prévisionnelle extérieure de la première année est la plus importante (72.7%) pour ensuite régresser progressivement sur la période 2020-2021 atteignant respectivement 58.1% en 2020 et 39.4% en 2021. Inversement, les contributions annuelles du Gouvernement vont proportionnellement progressivement augmenter sur la période.

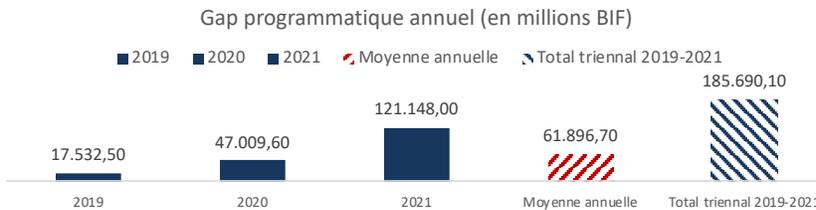
Figure 53 : Évolution des proportions annuelles des contributions au CDMT selon la provenance des fonds, 2019-2021



Source : CDMT

L'état des lieux des dépenses du CDMT souligne la présence d'un gap programmatique de financement du CDMT sectoriel santé croissant sur la période de 3 ans (Figure 54). Pour 2019, le gap programmatique est estimé à 17 532.5 millions BIF. L'année 2020, le gap programmatique est estimé à 47 009.6 millions BIF. La troisième année, en 2021, le gap programmatique est estimé à 121 148.0 millions BIF.

Figure 54 : Estimation du gap programmatique du CDMT, 2019-2021



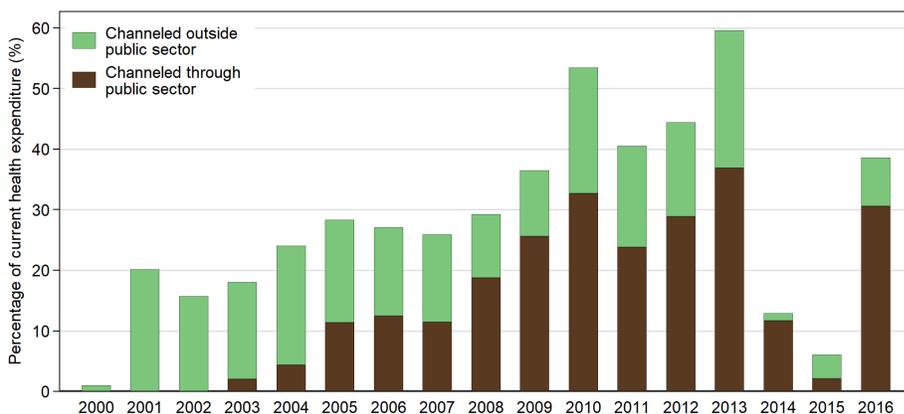
Source : CDMT

### 3.4.3 Volatilité de l'appui extérieur et implications dans le financement sectoriel santé

Comme précédemment décrit, l'aide extérieure a été très imprévisible et caractérisée de volatile ces dernières années—en particulier pendant les années d'instabilité politique et de conflit où le gouvernement a vu l'appui extérieur au Gouvernement chuter brusquement. L'effondrement de l'aide est imputable au retrait ou gel des contributions de plusieurs bailleurs. Dans ce cadre, la suspension de l'appui budgétaire direct au Gouvernement, sous le couvert de l'application de l'Accord de Cotonou (art 96)<sup>25</sup>, a abouti à une rupture du dialogue entre les parties exposées.

Les statistiques de l'OMS permettent d'illustrer l'évolution du financement extérieur de la dépense courante de santé (Figure 55). En 2016, les ressources extérieures contribuaient globalement à presque 40% du financement total de la dépense courante en santé alors que celles-ci avoisinaient les 60% juste avant la crise. L'évolution sur près de deux décades dévoile les mouvements financiers respectivement acheminés au budget de l'État et confiés en gestion à l'administration publique versus ceux hors budget de l'État. Pour le pays, l'imprévisibilité des engagements extérieurs et les changements de modalité de l'aide restent un risque tangible pour la durabilité des programmes de santé actuels – d'autant plus quand les flux financiers sont soudainement modifiés, réduits ou suspendus comme évoqué plus haut. Le dialogue politique fragilisé a laissé le pays et le secteur de la santé dans une position particulièrement vulnérable, puisque le degré de dépendance à l'extérieur est historiquement fort.

Figure 55: Tendances du financement extérieur dédié à la santé dans la dépense courante de santé au Burundi, 2000- 2016

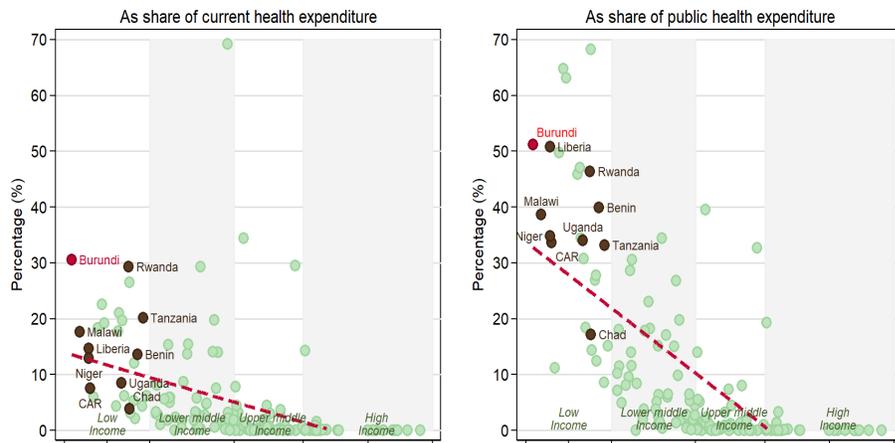


Source : OMS

25 Cet Accord adopté en 2000 régit les relations de coopération Nord-Sud entre l'UE et les pays d'Afrique, Caraïbes et du Pacifique (UE-ACP).

Nous avons également illustré le positionnement de l'aide dans une perspective internationale (Figure 56). Pour l'année étudiée (2016), au Burundi, la part de l'aide acheminée par le secteur public était clairement parmi l'une des plus élevées si l'on compare la situation nationale avec celle d'autres pays de la catégorie de revenu. Le pays se situe largement au-dessus de la courbe de tendance.

Figure 56: Comparaison internationale de la part (%) de l'aide au développement allouée au secteur de la santé et acheminée par le secteur public (en proportion des dépenses courantes et des dépenses publiques de santé), 2016

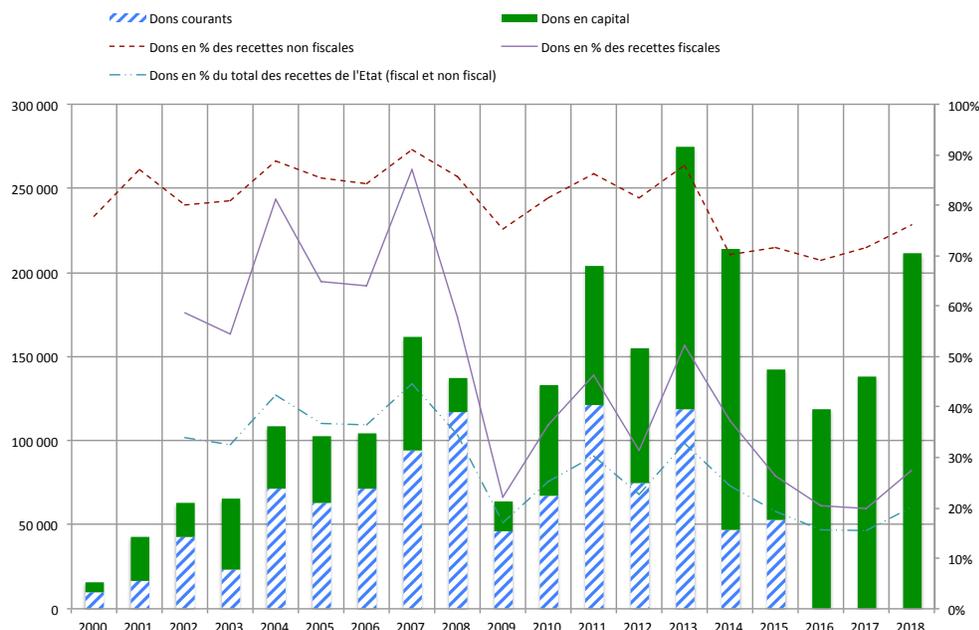


Source : OMS et BM

Légende : L'abscisse est exprimée en termes logarithmiques

Afin de compléter l'aperçu, l'appui extérieur tout secteur confondu a représenté entre 15.5% (minimum en 2017) et 44.5% (maximum 10 ans plus tôt, en 2007) des recettes totales de l'État. Avec une moyenne de 28.5% sur la période 2000-2018, cet appui en dons courants et capital a tout de même connu des variations importantes au cours du temps. Il représente en moyenne quatre cinquième (80.4%) des recettes non fiscales. A titre illustratif, il compte pour près de la moitié des recettes fiscales (46.4%) et constitue pour le pays une source de financement particulièrement substantielle. A l'échelle de la nation, l'aide semble est également volatile.

Figure 57: Évolution des contributions extérieures et poids dans les recettes de l'État burundais, 2000-2018



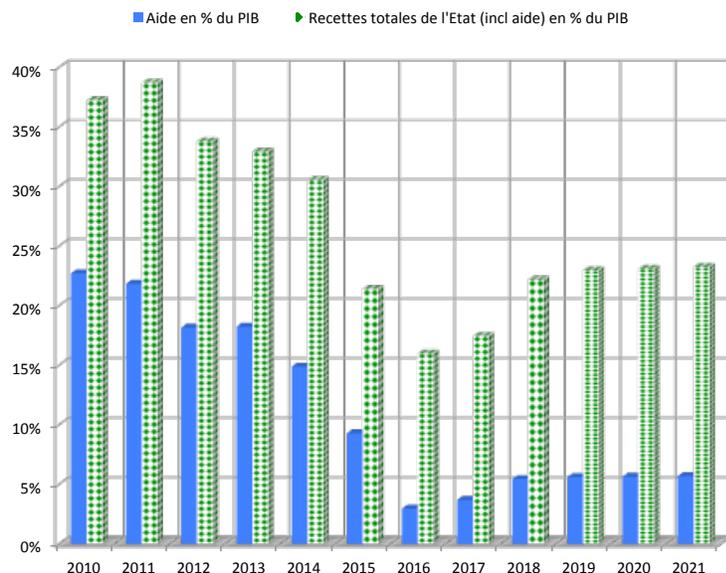
Source : BRB et Ministère des Finances, du Budget et de la Privatisation

### 3.4.4 Poids de l'aide dans le PIB et impact sur le volume de ressources disponibles

Après des années en progression, l'aide extérieure totale a connu une période en recul qui s'est également exprimée en pourcentage de la richesse nationale, c-à-d du PIB (Figure 58). Malgré la tendance à la diminution depuis 2011, la part de l'aide extérieure représentait encore près de 10% du PIB en 2015. Sous l'impulsion de l'art 96 de l'Accord de Cotonou, plusieurs bailleurs bilatéraux (comme la Belgique, la France ou l'Allemagne) ont drastiquement réduit, stoppé ou réorienté leur soutien, ce qui s'est traduit en 2016 par une chute du volume d'aide à 2.9% du PIB.

A court terme, les poids respectifs de l'aide extérieure et des recettes totales de l'État (fiscales et non fiscales dont l'aide) dans le PIB sont estimés en hausse et à hauteur respectivement de 5.6% et 23.1% pour les prochaines années (2019-2021). Malgré la progression, ces estimations globales n'atteignent pas les niveaux de la dernière décennie. D'après les projections estimées, l'aide au développement semble quitter la période d'extrême instabilité mais ne va pas représenter une part plus importante du PIB pour les prochaines années.

Figure 58: Évolution et projections des parts de l'aide extérieure et des recettes de l'État burundais dans la richesse nationale (en % du PIB), 2010 – 2021



Source : Ministère des Finances, du Budget (valeurs historiques), Estimations de la BM (projections 2018-2021)

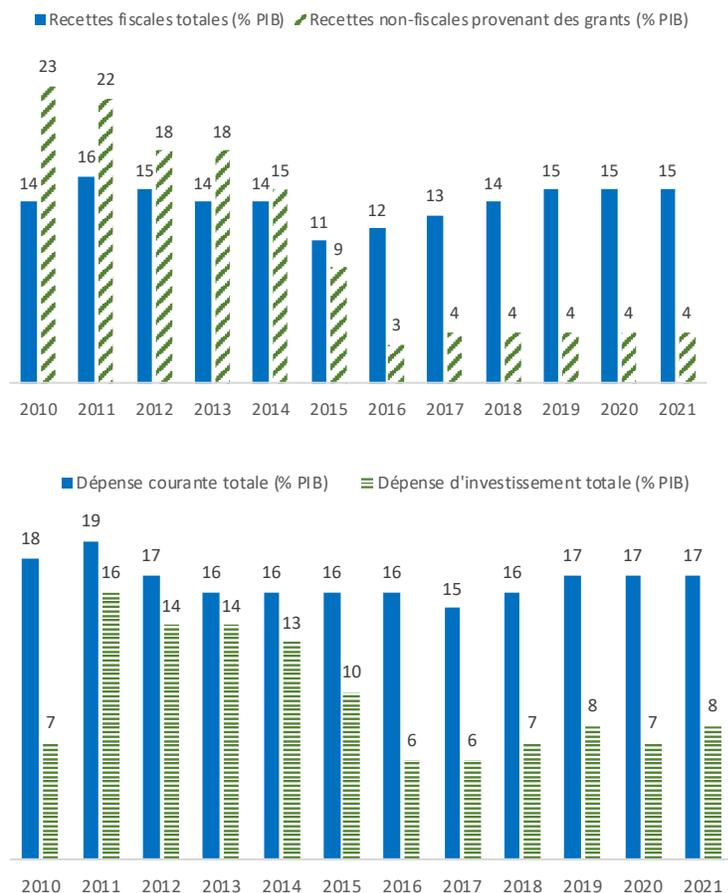
D'après une analyse économique et budgétaire récente menée par les experts de la BM, l'accès limité aux financements extérieurs pour le Burundi a eu pour conséquence que le déficit budgétaire a principalement été financé par un financement discrétionnaire de la BRB – en permettant l'accumulation d'arriérés et en pesant ainsi sur la soutenabilité de l'équilibre des finances publiques du pays. En 2017, le financement intérieur net représentait 99.2% du financement total, soit plus du double du niveau de 2014. De plus, depuis 2015, la majeure partie du déficit budgétaire a été financée par la BRB et les banques commerciales (bons du Trésor,). En cinq ans, entre 2012 et 2017, leur part dans les banques commerciales a été financée par la BRB.

Pour le Burundi, les enjeux de soutenabilité économique sont exacerbés dans ce contexte de volatilité de l'aide.

### 3.4.5 Utilisation de l'aide extérieure et impact sur la dépense de santé

Au niveau du pays, le soutien extérieur des partenaires qui finançaient la dépense d'investissement entre 2010 et 2015 n'a plus été possible à la suite de la suspension de l'appui budgétaire (qui était estimé à 3.4% du PIB). Ce retrait des donateurs a entraîné une contraction sévère de la dépense d'investissement, représentant une baisse de 94% des dépenses d'investissement en 2018 par rapport à 2015. Cette contrainte budgétaire importante peut s'avérer un handicap à plus long terme pour le secteur.

Figure 59 : Évolution et projections des postes de recettes fiscales et non fiscales et de dépenses totales courante et d'investissement au Burundi (en % PIB), 2010-2021



Source : Estimations de la BM

Au vu du contexte économique et budgétaire de l'État dépeint plus haut et de la perspective éventuelle d'un effondrement de l'économie conduit par la situation de surendettement, le gouvernement doit saisir l'opportunité d'engager un dialogue politique constructif avec les partenaires techniques et financiers afin de réengager un soutien externe fort.

En appui à cette démarche, les décideurs pourraient vouloir bénéficier d'une cartographie complète des intervenants et des interventions menées dans l'ensemble du secteur de la santé, ainsi que des engagements à court terme. Des exercices partiels ont été menés ces dernières années pour documenter la situation du financement de la vaccination (2019), la nutrition (2018) ou encore pour les programmes du Fonds Mondial (en cours).

### 3.4.6 Évocation de facteurs favorables au réengagement fort de l'aide dans la santé

L'analyse des ressources extérieures mobilisables pour la santé proposée illustre toutes les difficultés de viabilité financière. D'autre part, la perspective d'accroissement substantiel de l'espace budgétaire en faveur de la santé est très limitée. Malgré les baisses consécutives

des parts enregistrées pendant la période récente, la tendance actuelle n'est plus à la hauteur des appuis passés. Dans ce contexte, des efforts sont fournis par le Gouvernement pour maintenir et accroître sa contrepartie. Outre l'évitement de l'effondrement système sanitaire, cette preuve d'engagement fort du pays pourrait aider à rétablir un dialogue politique favorable à la mobilisation de ressources extérieures additionnelles pour la santé.

Moyennant la réunion de certaines conditions, il semble raisonnable de penser qu'une partie de l'aide à la santé va se poursuivre. La perspective de mobiliser des ressources extérieures pour la santé et d'ainsi élargir l'espace budgétaire par ce canal reste néanmoins très modérée.

Une convergence vers une meilleure transparence (tant au niveau des procédures que des flux financiers), la mise en place d'un *mapping* annuel des ressources offrant une meilleure connaissance à la fois des contributions extérieures des différents bailleurs<sup>26</sup> mais aussi de la contrepartie du Gouvernement ou encore l'instauration de nouvelles modalités d'appui (e.g. mobilisation des fonds au travers d'un *trust fund*) pourraient constituer des facteurs facilitant le soutien futur des bailleurs extérieurs.

En outre, des opportunités complémentaires de financement extérieur, bien que possiblement plus anecdotiques, pourraient être trouvées grâce au développement d'une coalition forte au niveau extra-sectoriel. Un exemple d'intérêt parmi d'autres pourrait porter sur la promotion de la santé en milieu scolaire. Plusieurs organisations internationales soutiennent ce type d'initiative dans la grande transition vers une meilleure couverture sanitaire universelle. Potentiellement, des ressources additionnelles pourraient être captées grâce à la montée des programmes à visée transsectorielle portant notamment sur le développement du capital humain (soutenue par la Banque mondiale) ou la santé dans toutes les politiques « *health in all policies-bia* » (soutenue par l'OMS). Dans cette optique, les autorités pourraient vraisemblablement s'orienter vers un dialogue intersectoriel renforcé au bénéfice d'une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Ce dialogue semble en effet initié. Parmi les engagements communs formulés pour le secteur au plus haut niveau de l'État figure la prise en compte de la santé dans tous les secteurs et l'appel à rassembler les forces autour de réseaux mondiaux comme le « Partenariat CSU2030 » (17).

Enfin, au-delà des efforts liés à la santé, le climat général des instances décisionnelles du pays doit être conforté pour faciliter le retour effectif d'attractivité – un facteur évoqué par ailleurs dans nos analyses.

---

<sup>26</sup> Un tel exercice a été initié au niveau du Fonds mondial pour documenter les contributions extérieures allouées aux fléaux du paludisme, de la tuberculose et du VIH-SIDA, selon une entrevue menée en février 2020 auprès du coordonnateur de cette initiative.

### **3.5 Pilier 5 – Potentiel important de mobilisation de ressources par l'amélioration de l'efficacité du financement de la santé**

Dans un contexte de rareté des ressources, de besoins accrus insuffisamment couverts et de système en résilience, les potentielles zones d'inefficacités induites par, ou observables dans, le financement du système de santé burundais doivent impérativement être détectées. La recherche de l'efficacité devrait pouvoir s'opérer dans un cadre d'analyse en accord avec les objectifs d'équité et d'accès élargi aux services. Une fois identifiées et documentées, les inefficacités non souhaitables (gaspillages ou pertes) peuvent être corrigées. Les gains générés représentent ainsi une façon d'accroître l'efficacité de l'espace budgétaire déjà acquis.

L'exercice peut s'avérer novateur puisque, au Burundi, très peu d'études ont ciblé le renforcement de l'efficacité de la dépense de santé, voire aucune à l'échelle du système national. Étant donné la marge d'amélioration à anticiper de ce levier financier opportun, cette section devra faire l'objet d'un examen plus approfondi dès la disponibilité de données complémentaires fiables et actualisées.

Dans une approche initiale, les éléments qui suivent tentent d'appréhender les marges de manœuvre possibles en fonction des zones de progression internes et externes au secteur. Rappelons que la poursuite de l'efficacité (faire mieux avec les ressources à disposition) veut ici s'envisager au bénéfice des bénéficiaires et du secteur de la santé.

#### **3.5.1 Zones de progression internes au secteur santé**

Historiquement, le système national de santé se caractérise par un niveau élevé de fragmentation du financement. La multiplicité de régimes assurantiels existants dans le paysage santé au Burundi et leur manque de coordination représentent des freins à l'efficacité. En termes de protection, l'on décompte la CAM, un programme spécifique pour les indigents, des actions ciblées de gratuité, la MFP (pour les agents d'État, les FDN, la PNB, le parapublic et les étudiants), les mutuelles communautaires, les assurances privées et micro-assurances pour les entreprises essentiellement.

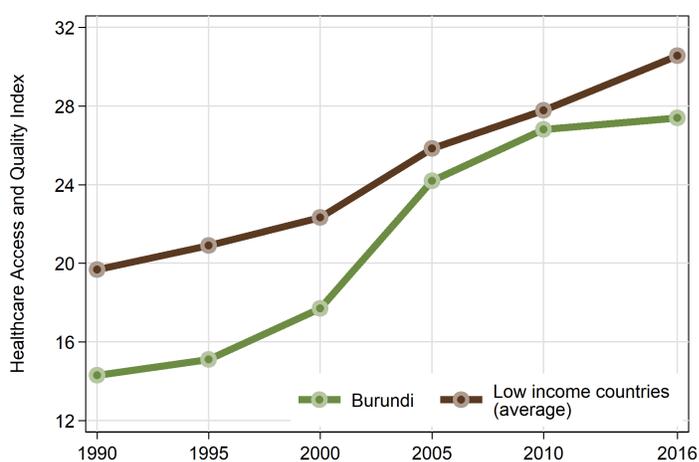
Globalement, parmi les risques majeurs se trouvent la superposition et les fossés de couverture. La lutte contre les dysfonctions observées permettra de lever les coûts de transactions évitables et grevant les ressources du secteur. Les efforts du pays pour avancer vers la CSU ont été minés par les effets de la crise de 2015. Le maintien du programme jumelé FBP/Gratuité est vital pour le secteur. La réforme pourrait envisager son intégration dans l'instrument de protection financière pour lutter contre les inefficacités.

Par ailleurs, la tentative d'adoption initiée en 2014 d'une stratégie nationale de mobilisation des ressources financières en faveur de la santé a échoué. La nouvelle stratégie pourrait être l'opportunité d'arbitrer la fragmentation et de maximiser l'utilisation des ressources mobilisées pour le secteur.

### 3.5.1.1 Sous-performance globale du système

Au Burundi, le niveau d'accès et de qualité des services de santé, estimé sur base d'une mesure synthétique de décès évitables imputable à la qualité du système de santé, s'est sensiblement amélioré au cours du temps (Figure 60). Malgré des améliorations notables sur deux décades, la performance de l'investissement santé au Burundi reste en-deçà des niveaux moyens atteints par les pays comparateurs. Depuis une dizaine d'années, la vitesse de progression s'est ralentie et s'écarte de la tendance moyenne des pays comparateurs. Dans le cadre de cette analyse, le besoin d'améliorer l'accès aux soins et services de la première ligne avait été souligné (18). Ces résultats suggèrent une capacité modérée du système national de santé à tirer meilleur profit de ses investissements dans ce secteur.

Figure 60: Évolution comparative de l'indice d'accès aux soins de santé et à la qualité des services au Burundi et dans les pays à faible revenu, 1990 - 2016



Source : Statistiques globales de l'institut de mesure et d'évaluation en santé

Légende : HAQ–Healthcare Access and Quality Index: indice d'accès et de qualité des prestations de santé qui intègre dans sa mesure 32 causes qui, en présence de soins de santé de haute qualité, ne devraient pas entraîner la mort. Ces 32 causes ont été sélectionnées dans le cadre d'une recherche que le professeur Martin McKee et le Dr Ellen Nolte dans le cadre des études GBD. Les causes sont notamment la tuberculose, les maladies liées à la diarrhée, les infections des voies respiratoires inférieures et supérieures, les diphtérie, coqueluche et tétanos, la rougeole, les cancers, etc. L'évolution de cet indice synthétique est passé de 14.3 en 1990 à 27.4 en 2016. ; Low income countries (average) : moyenne des pays de la catégorie de revenu faible

### 3.5.1.2 Sous-performances spécifiques à certains programmes

Des entrevues de professionnels menées dans le cadre des missions de la Banque mondiale avaient permis de questionner le degré d'effectivité de la gratuité du programme combiné FBP/gratuité. A ce sujet, une récente évaluation de la politique alertait sur le trop faible

niveau d'application de cette dernière, estimé à 60% de son potentiel<sup>27</sup> (19). L'évaluation statuait sur le fait que la gratuité ciblée des soins chez les enfants de moins de cinq ans, chez les femmes enceintes et celles qui accouchent au niveau des services de santé était moyennement effective dans le pays.

Par exemple, la perte de revenus inhérente à l'application de la politique de gratuité ciblée semble créer une forme d'insécurité pour les prestataires de soins. Également, le paquet gratuité semble varier fortement d'une formation sanitaire à l'autre, tant en termes de qualité des services que de couverture du paquet des services offerts. Les divergences observées sont majoritairement attribuées à une méconnaissance des mesures de couverture (e.g. >70% des prestataires ignorent la couverture de la mesure sur des services tels que la prise en charge des fistules obstétricales, des infections génitales, des IST ou de l'échographie). De même, du côté des bénéficiaires de ces services de gratuité ciblée, l'asymétrie d'information est également présente (e.g. >85% ignorent que les femmes qui accouchent et celles en postpartum sont éligibles à la politique de la gratuité des soins).

Différents éléments démontrent la présence de possibles inefficiences dans la gestion du programme FBP/Gratuité. Parmi les pistes identifiées pour améliorer le succès de la politique de gratuité, l'étude de l'effectivité de la gratuité évoque le renforcement de l'identification des bénéficiaires éligibles à la gratuité, le respect des normes en matière de ressources humaines qualifiées, la mise à disposition des documents normatifs du programme ou encore de guide de procédures pour la gestion des stocks de médicaments<sup>28</sup> par exemple. L'étude conclut en proposant des recommandations concrètes<sup>29</sup> dont certaines

---

27 Les conclusions du rapport sont explicites : « La politique de gratuité ciblée des soins de santé reste treize ans après sa mise en œuvre imparfaitement définie, imparfaitement communiquée, dans son esprit comme dans ses contours ; ce qui fait qu'elle soit enfin imparfaitement mise en œuvre et porteuse ainsi de frustrations et de tensions au sein des acteurs/prestataires et des bénéficiaires. »

28 En effet, certains goulots d'étranglement ont été observés au niveau des formations sanitaires pour rencontrer les objectifs de performance malgré les difficultés opérationnelles, notamment liées aux aspects de gestion et de disponibilités des intrants. Une visite de terrain avait pu soulever l'existence d'un risque lié au fait que certaines formations ne reçoivent pas un stock suffisant de médicaments et en conséquence auraient tendance à ne pas vendre les stocks pour satisfaire le critère de qualité sur le stock minimum à pouvoir offrir aux patients.

29 Une série de recommandations ont été formulées par les auteurs de l'étude sur l'effectivité de la gratuité au Burundi. Deux horizons de prise de décision sont mis en avant i.e. le court terme d'abord et le moyen et long terme ensuite. Les recommandations s'adressent tant au niveau stratégique qu'aux niveaux opérationnels et communautaire. Parmi les recommandations à court terme pour le niveau stratégique se trouve celle d'accélérer le processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la CSU. Le présent rapport appuie pleinement cette première recommandation. D'autres recommandations plus spécifiques au programme de gratuité évoquent le besoin de communiquer efficacement sur les modalités de paiements utilisées au niveau de FOSA (impliquant les assurances et mutualités), de réviser certains aspects du programme (comme la tarification des soins, le remboursement des bénéficiaires, le paiement effectif et régulier des subventions, ou encore la grille d'évaluation « qualité »), d'instaurer des systèmes de suivi et d'évaluation de la gratuité (grâce à un cadre de coordination et de gestion des plaintes), d'accélérer l'informatisation du système de paiement dans les FOSA, de créer un groupe technique ad-hoc (impliquant les PTFs) dédié au fonctionnement des différentes formes de subvention, d'améliorer la chaîne d'approvisionnement (grâce notamment au renforcement des RHS), etc.

touchent directement au financement du programme ou aux questions de finances publiques. La résolution de ces points critiques pourrait générer des ressources additionnelles créées par une meilleure utilisation des fonds disponibles.

Dans ce paysage, des pistes de progression pourraient être trouvées dans le modèle même du programme FBP/Gratuité, puisqu'il rencontre une série d'exigences relatives à la transparence. Par exemple, le modèle promeut l'approche participative en favorisant l'engagement des acteurs dans la planification financière qui détermine l'utilisation des fonds (implication du comité de santé-CoSA), la gestion des fonds versés aux FOSA (participation active du président du CoSA en tant que cosignataire) jusqu'à l'évaluation du programme (implication du CoSA) (20). De même, un dispositif transparent a été mis en place pour informer quant au calcul des primes distribuées aux prestataires de services (21). Le rapportage des données SNIS répond également à ces exigences, en favorisant la complétude des rapports d'activités générés au niveau des FOSA avec l'appui des vérificateurs du CPVV. Le programme publie ses résultats sur une base mensuelle et annuelle et dispose d'une évaluation externe. Ces données pourraient être investiguées pour identifier la marge d'amélioration de l'efficacité.

Plusieurs autres pistes peuvent être explorées pour déterminer les zones d'inefficacités persistantes : au niveau de l'adaptation de procédures de marché public, d'une autonomisation financière accrue des FOSA, du plaidoyer auprès de la mutuelle de la MFP ou encore du besoin de faire un état des lieux des contributions des différentes institutions cofinçant la gratuité. Sur ce dernier point abordant le cofinancement, deux aspects peuvent être relevés. D'une part, le financement du FBP a été modifié durant la crise de 2015 et est à la merci de la fluctuation des volumes de fonds injectés par les bailleurs extérieurs qui compte pour une part encore substantielle du financement total du programme. Ainsi, la prévisibilité de l'aide relance le débat sur la durabilité du financement, notamment des interventions pro-pauvres. D'autre part, la création d'un fonds commun FBP/Gratuité semble être évoquée par le secteur et pourrait contribuer effectivement à réduire la fragmentation du financement si pensée de façon intégrée avec la politique de transition vers la CSU.

Au niveau de la planification de certains programmes de santé, le pays a connu des difficultés induites par une insuffisante préparation dans la mise en œuvre de certaines de ses interventions. Par le passé, l'augmentation de la fréquentation des services de santé observée grâce au programme de FBP/gratuité avait eu pour effet pervers de saturer certaines structures sanitaires, ainsi mises en difficulté. Dans ce processus, la qualité des

---

Parmi les recommandations à court terme à l'attention des FOSA, l'étude relève par exemple le besoin de renforcer le système de référence et contre-référence pour réduire aux problèmes de file d'attente, d'assurer l'application de l'ordonnance concernant le recouvrement des coûts, d'instaurer un dispositif de vérification de l'éligibilité des bénéficiaires pour éviter les situations telles que le manque à gagner ou le double paiement. Se référer au rapport pour la liste complète des recommandations formulées par les auteurs.

services offerts avait été affectée par le manque d'anticipation des effets de la réforme (22)<sup>30</sup>. Nous ne disposons pas de données actualisées sur cet aspect précis, ce qui ne permet pas de statuer sur de possibles gains d'efficacité liés à une réorganisation de l'offre de services.

### ***3.5.1.3 Sous-performance budgétaire et faiblesses programmatiques***

Réalisé grâce à l'outil *One Health*, un travail de *costing* du PNDS IIIème génération s'est basé sur les interventions et cibles du cadre logique. Ce dernier est théoriquement destiné à alimenter le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT)<sup>31</sup>. La programmation pluriannuelle passe par la mise en œuvre du CDMT, instaurée pour contribuer au renforcement de l'efficacité de la dépense publique. Pour la santé, le CDMT sectoriel 2019-2021 fait fonction. Or, ce processus n'apparaît pas pleinement optimal. Un manque de cohérence dans ce domaine est rapporté par certains acteurs, qualifiant à certains égards l'exercice d'irréaliste.

Quelques pistes sont soulevées pour répondre au besoin d'optimiser la programmation dans le secteur de la santé. Dans le souci de veiller à la soutenabilité du financement sectoriel, tenant compte des contraintes du cadre macroéconomique, il est nécessaire de placer la programmation budgétaire des actions correspondantes dans une perspective pluriannuelle glissante – qui permet de faciliter leur déclinaison dans la loi de finances et l'affectation des ressources indispensables à leur exécution. Le développement d'une approche budgétaire pluriannuelle doit être étroitement coordonné avec les autres actions visant à la mise en place de la gestion basée sur les objectifs (c-à-d budget axé sur les résultats), afin d'assurer la cohérence entre ces diverses actions et éviter tout éparpillement des efforts. La préparation du projet annuel de performance (PAP) devrait pouvoir s'inscrire dans le cadre du suivi de la performance.

Afin de garantir la cohérence de ces différents documents, les efforts devraient se concentrer sur la préparation d'un document unifiant PAP et CDMT, comme cela se fait dans de nombreux pays. Le CDMT doit idéalement satisfaire une série d'exigences en

---

30 En effet, la politique d'exemption des frais d'utilisation a été mise en œuvre de façon trop soudaine, guidée par des aspirations politiques valables mais avec un manque relatif de réflexion profonde sur les effets au niveau opérationnel. L'étude citée, s'est intéressée à la perspective du gestionnaire de la première ligne de soins et montre les défis importants qui reposent sur les districts et les équipes des hôpitaux de district. Parmi les difficultés relevées, la réduction des entrées financières pour les structures sanitaires a entraîné de fréquentes ruptures de stock de médicaments, l'absence d'opportunités d'investissements, une surcharge de travail incombant au personnel en place (dont la charge administrative), des dilemmes éthiques liées au ciblage parfois jugé imprécis de la réforme et au final d'une perte de motivation (confiance) du personnel et de la qualité des services offerts. Ces conséquences indésirables n'enlèvent pas le caractère nécessaire et pressant de l'intervention mais pointent davantage le besoin de préparer le terrain aux changements imposés par les réformes.

31 Le CDMT est l'outil d'exécution du plan de développement sanitaire. La démarche de la planification financière dans le cadre de l'approche programmatique consiste à présenter le budget sous la forme d'objectifs (approche de gestion budgétaire par objectif en opposition à la logique de budgets de moyens antérieurement en vigueur).

termes de discipline budgétaire (viabilité des politiques budgétaires passant par la vérification de sa compatibilité en regard des ressources financières nationales disponibles et son adéquation avec le cadre macroéconomique), d'efficacité allocative (inter- et intra-sectorielle) et opérationnelle (prévisibilité budgétaire et suivi de la performance). Le non-respect des contraintes financières –imposées entre autres par les prévisions de recettes et dépenses de l'État (TOFE)– peut rendre caduque l'approche par laquelle le CDMT lie efficacement les objectifs stratégiques du plan sectoriel (PNDS III) au budget annuel global et celui du secteur. Si les prévisions ne sont pas réalistes ou s'écartent de la réalité, la répartition efficace des dépenses par nature économique (i.e. personnel, biens et services...) ou par destination (i.e. ministère, direction ou programme) devient périlleuse.

Ainsi, le CDMT sectoriel santé a pour but de renseigner le plus justement possible le disponible provenant des ressources internes (prévisions des dépenses du Gouvernement) et externes (promesses d'engagement des PTFs). Toute la chaîne depuis la détermination de l'enveloppe globale des ressources (TOFE, CDMT global) en adéquation avec le cadre macroéconomique prévisionnel et la conjoncture économique, l'allocation sectorielle (CDMT sectoriel santé) et la distribution dans les programmes et sous-programmes de santé jusqu'à l'exécution des budgets annuels doit être cohérente. Or, au Burundi, dans ce processus de planification et de programmation, certaines limitations ont été observées.

Annuellement, le coût estimatif moyen du financement du PNDS III représenterait un montant de 348 milliards BIF, correspondant à 25 811 BIF per capita. Cette projection moyenne du secteur santé se confirme optimiste puisque son poids dans les dépenses autorisées de l'État s'élève environ à 23.0%, et donc près d'un quart du volume. Les prévisions du PNDS ont ainsi été qualifiées d'irréalistes ou, tout le moins, très optimistes par le secteur (en regard du niveau de ressources globales de l'État).

Selon la loi de finances 2019-2020, le total des prévisions de dépenses s'élève à 1 152 milliards BIF (précisément, 1 152 069 370 218 BIF) avec un montant total de la recette nationale estimé à 1 327 milliards BIF (précisément, 1 327 086 847 546 BIF), soient des dépenses grimant à 86.8% des recettes.

Une autre difficulté s'est posée au niveau de la planification et de gestion des ressources. Le financement du programme de financement basé sur la performance a par exemple fait récemment les frais d'une révision non anticipée de sa tarification avec pour conséquence un surcoût non négligeable de la prestation de certains services<sup>32</sup>. Ainsi, les budgets alloués auront tendance à être épuisés avant le terme de l'activité, mettant à risque la réalisation de certaines activités déjà planifiées<sup>33</sup>. Ce programme qui nécessite une mobilisation accrue

---

32 La révision à la hausse des tarifs a porté sur certaines prestations dont le résultat engendre un surcoût moyen de +15% dans la zone Buja-Marie et +33% dans la zone Bubanza (MSPLS-CTN).

33 En raison de la révision récente de la tarification des actes et d'autres facteurs (e.g. multiplication des contrats avec les FOSA du secteur privé, faible opérationnalisation de la stratégie de 2014 de maîtrise des coûts), le programme connaît une situation financière fragile qui met à mal le recouvrement des coûts des FOSA. Une note technique de la Banque mondiale

de ressources pour couvrir les nouveaux besoins est fortement dépendant de l'apport en ressources extérieures. Pourtant, bien que portant sur les actes des paquets de soins aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (i.e. paquets minimum PMA et complémentaire PCA d'activités), le manque de préparation dans cette révision du financement a également conduit à une réelle mécompréhension de la part de certains partenaires et, sur le terrain, à un gap de financement<sup>34</sup> et à des disruptions dans le déroulement de la prestation de services et la viabilité financière des formations sanitaires (FOSA). Pour ce programme, la continuité voire la soutenabilité n'est pas pleinement assurée à long terme.

La caisse d'assurance maladie (CAM) et les autres activités de budgétisation des activités de santé présentent également des faiblesses. La mission santé menée en mai 2019 avait pu relever les difficultés de la CAM et en premier sa situation de sous-financement structurel, avec en conséquence des retards de remboursement (arriérés) voire un risque tangible de non-remboursement des hôpitaux couplé au manque de couverture de la population. En outre, il est possible qu'une part des gaspillages soit imputable à la superposition des mécanismes assurantiels (constat relayé par le représentant légal de l'ADISCO, aussi connu pour son engagement pour le développement des mutuelles de santé au Burundi). La discussion porte sur la population couverte par la CAM et les autres mécanismes d'assurance maladie. Pour solutionner ce problème, l'évocation d'une loi intégrée sur l'assurance maladie est évoqué. De manière plus générale, il apparaît comme nécessité pour le pays de catégoriser les revenus de la population en vue d'en établir sa capacité contributive et définir le modèle de solidarité (entre les groupes à petits ou grands risques de problème de santé, entre les plus et les moins riches et entre la population active et non-active)

Le programme d'urgence qui, selon une appréciation de l'OMS, s'était vu affecter un budget sous-évalué au regard des problèmes de santé survenus, comme Ebola. Les prévisions à l'horizon de 2 ans étaient à hauteur de 10 millions BIF. Or le budget a été dépensé en 6 mois pour faire face aux besoins émergents. Cette situation dénote une certaine difficulté à prendre en compte les besoins futurs au moment de la budgétisation.

---

(datant de janvier 2020) fait état d'un disponible financier qui peinerait à couvrir les mécanismes de gestion et de régulation ou le processus de vérification et contre-vérification du programme de FBP-Gratuité pour l'exercice 2020. La prochaine revue à mi-parcours (prévue fin du premier trimestre) permettra de statuer sur la réallocation nécessaire des ressources financières. En effet, comme mesure préventive, la totalité des fonds initialement budgétés pour couvrir les missions d'évaluation de l'équité des dépenses de santé (enquête PMS auprès des ménages) et des indicateurs traceurs de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (enquête SARA) sont évoqués pour couvrir le gap de financement observé au niveau du mécanisme de vérification, de gestion et de régulation du programme FBP-Gratuité. Au-delà de cette mesure d'adaptation, d'autres mesures prospectives comme la politique de maîtrise des coûts sont envisagées.

<sup>34</sup> La hausse des tarifs non anticipée par l'UE a par exemple créé un gap de financement, estimé à 27 millions d'euros et en conséquence peut se conclure avec des fonds consommés sur une plus courte durée.

Un transfert provenant d'un autre programme a pu et dû être réalisé pour pallier le manque de financement.

Ces différents éléments témoignent de l'existence d'une série d'inefficiences possibles dans la planification, la mise en œuvre et/ou le financement des activités, interventions et programmes de santé.

#### ***3.5.1.4 Sous-performance de la dépense publique***

Selon une récente revue des dépenses publiques conduite par la Banque mondiale, avec l'appui financier de l'UNICEF, les ressources allouées au secteur de la santé n'ont pas été pleinement utilisées – compromettant vraisemblablement la prestation de services de santé et l'entretien des infrastructures du secteur de la santé. L'examen des dépenses publiques pour l'exercice 2017 avait permis de pointer quelques faits saillants que nous résumons ci-après.

- 1) Les multiples niveaux de systèmes de santé et la fragmentation élevée du financement ont abouti à une dépense sous-optimale dans la santé ;
- 2) La répartition équitable des services a été entravée par un système de prestation de soins non aligné et la structure administrative plus large du pays ;
- 3) De nombreuses politiques et pratiques en matière de gestion des finances publiques adoptées au cours des dix dernières années n'ont pas perduré ;
- 4) La plupart des établissements de santé ont recruté du personnel insuffisamment qualifié, ce qui a entraîné une insuffisance de ressources ;
- 5) Le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments est fondamentalement défaillant ; et
- 6) L'absence de dialogue interministériel (MSPLS, MF) et inter-acteurs avec les partenaires de développement solide.

#### ***3.5.1.5 Sous-performance inhérente au système de financement en tant que tel***

S'agissant de la fragmentation du système de financement au Burundi, l'important degré de cette fragmentation est induit par la complexité du système en place (e.g. sources multiples de financement, présence de mécanismes assurantiels multiples, niveaux de l'offre sanitaire, etc.). Le budget de la santé est largement centralisé. Néanmoins, les formations sanitaires et les bureaux infranationaux bénéficient de subventions publiques provenant du MSPLS. Alors que les centres de santé –de la première ligne de soins à la population– perçoivent des fonds FBP, les structures sanitaires spécialisées –comme les hôpitaux nationaux et de district– bénéficient de transferts de fonds publics pour le recouvrement des coûts récurrents et rémunération du personnel de santé.

Une limitation du système national de financement réside dans l'allocation d'une partie des fonds sur base historique et donc par définition éloignée des besoins réels de couverture des ressources humaines ou des coûts opérationnels des structures sanitaires. La révision de la tarification évoquée précédemment répondait partiellement à ce problème mais en a créé de nouveaux. Une étude récente d'AEDES (23) avait montré que les

consultations curatives étaient globalement mal remboursées c-à-d que les tarifs actuels ne couvrent pas les coûts de la prestation de service. Notamment, c'est le cas pour la petite chirurgie, les observations hors accouchement ou les hospitalisations en pédiatrie et néonatalogie. Les 19 FOSA ayant fait l'objet de l'enquête AEDES mentionnée ci-dessus, représentatives de différents niveaux allant des CS jusque hôpitaux nationaux et centres nationaux spécialisés, semblent faire face à un gap de financement. Pour ces FOSA, le recouvrement des coûts peut s'opérer par 3 mécanismes principalement : 1) certaines prestations sont très bien remboursées et compensent le gap des prestations mal remboursées ; 2) le programme FBP couvre également une partie des pertes à travers les incitants ; 3) les FOSA disposent d'autres ressources qui viennent également compenser le gap (par ex : les prestations en chambres privées, les AGR, les stratégies d'adaptation par lesquelles les FOSA se voient contraintes de substituer certains services ou biens au détriment de la qualité et d'autres ressources encore que l'étude n'a pas répertorié de façon exhaustive). Il est intéressant de relever que l'étude évoque le manque de disponibilité des données, le risque de non-fiabilité de certaines données de coûts (difficiles à estimer), l'absence de base de données à des fins analytiques pour ce type de recherche. De même, l'étude rapporte le besoin de standardiser la collecte des données de coûts. Globalement, le secteur déplore la faiblesse des outils de gestion au niveau des FOSA.

En outre, dans le cadre du programme FBP, le MSPSL a une responsabilité de régulation du programme combiné (niveau national, BPS, BDS) en plus de la prestation de services (via les FOSA). Le ministère public assume également le rôle de nomination de l'organe chargé de l'achat des prestations (et donc des membres du Comité Provincial de Vérification et de Validation – CPVV). Le fait que le ministère public rassemble ces différentes missions et responsabilités limite le principe de séparation des fonctions clés du financement de la santé (prestation, utilisation, achat et régulation) (15,24). Or ce principe constitue un facteur informant sur le degré de bonne gouvernance (obligation de rendre des comptes).

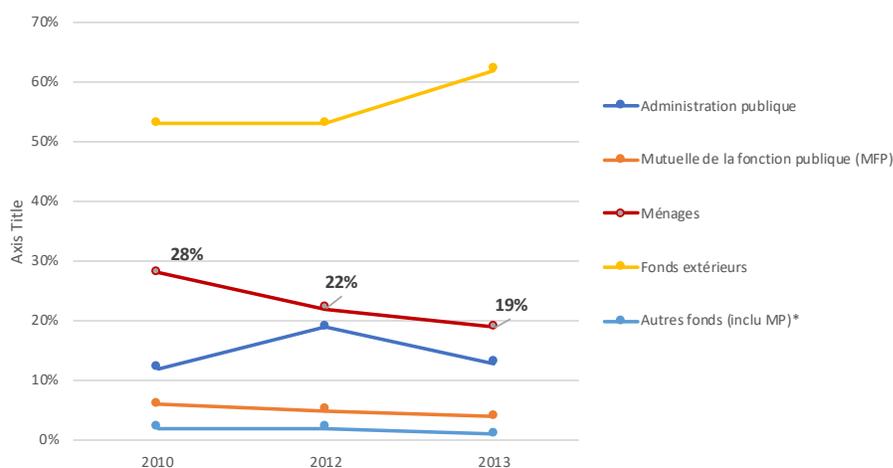
A côté des éléments déjà soulevés, l'administration du système national de santé est organisée sur plusieurs niveaux. Par exemple, les bureaux déconcentrés (bureaux des districts et bureaux provinciaux) reçoivent un financement au niveau central pour leur fonctionnement (c'est-à-dire, la coordination et la supervision de la fourniture des services aux différents niveaux décentralisés). Cependant, les missions respectives des différentes entités connaissent des chevauchements dans leurs missions et responsabilités, ce qui laisse supposer d'une opportunité d'améliorer l'efficacité dans ce domaine.

Il existe également une inefficacité associée aux informations nécessaires à l'exécution des politiques, interventions et programmes. Bien que très certainement utile au système, la génération de rapports financiers multiples peut créer un fardeau administratif. Les établissements envoient divers rapports à différentes entités, telles que le PBF, les programmes verticaux, le MSPLS, les bureaux de santé de district, etc. A la suite d'une visite sur le terrain de l'équipe, il a été constaté par exemple qu'un centre de santé qui comptait trois infirmières avait la charge de dix rapports mensuels - mettant à mal la quantité et/ou qualité des services offerts. Un renforcement des mécanismes de suivi et de responsabilisation est essentiel pour améliorer l'efficacité.

### 3.5.1.6 Sous-performance allocative du financement

Un système de financement de la santé dont le premier bailleur de la dépense courante est extérieur et le second contributeur est la population (à travers la dépense directe des ménages) peut être considéré comme inefficace et inéquitable. Il est à relever que malgré l'apparence, la diminution de la part de la dépense courante supportée par les ménages ne reflète pas une réelle diminution de la charge qu'ils supportent – elle est la conséquence d'une part accrue financée par les fonds extérieurs (Figure 61). Il est difficile d'estimer la part supportée aujourd'hui par les ménages, faute de données. Or dans une société où les inégalités structurelles persistent, comme nous l'avons vu, les citoyens les plus vulnérables et les plus pauvres paient le double prix : soit supporter le fardeau de dépenses potentiellement catastrophiques et/ou appauvrissantes, soit ne pas avoir accès aux services de santé (soins différés ou renoncement) faute de ressources suffisantes, de capacité de payer.

Figure 61 : Parts (%) du financement de la dépense de santé courante au Burundi, 2010, 2012 et 2013



Source : Statistiques nationales Comptes de la santé

Légende : \*Cotisations des assurances privées et mutuelles communautaires payées par les employeurs du secteur privé (Mutuelles privées - MP), dépenses en santé des associations et ONGs (fonds propres, etc.

La situation est connue de longue date puisqu'il a par le passé déjà été montré que largement plus d'un tiers (36.9%, PMSII) de la population se trouvait dans l'impossible arbitrage de devoir renoncer aux soins alors que le besoin était présent. La situation était d'ailleurs plus grave encore avant, puisque le problème d'accès touchait alors plus d'une personne sur deux (52.9%, PMSI). Ces progrès ont été obtenus grâce, notamment, aux régimes de la gratuité des soins et autres mécanismes assurantiels (Mutuelle de la Fonction Publique, caisse d'assurance maladie, mutuelles communautaires) et de protection des plus vulnérables (régime des indigents). Dans le contexte actuel d'économie ralentie, le maintien de cette tendance positive est challengé par la pauvreté persistante.

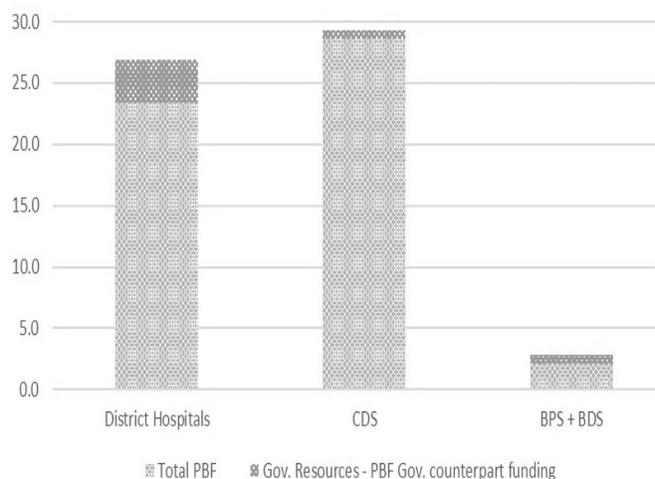
Pour devenir plus efficace dans ce domaine, l'amélioration de la protection financière représenterait une option légitime et consensuelle sur le plan conceptuel –que le gouvernement peut utiliser pour promouvoir les achats stratégiques en matière de santé. En théorie, l'intervention de l'État se justifie compte tenu des spécificités des biens et services de santé. L'État a donc le pouvoir, le devoir, en fonction des moyens qu'il choisit de consacrer, de contrôler le flux des dépenses, de guider l'utilisation, de promouvoir un recours rapide et de limiter ainsi l'aggravation de la santé qui coûte plus cher à la société. Une certitude s'impose, c'est le rôle crucial du modèle de financement dans la réussite de la transition vers une couverture améliorée des risques liés à la santé. Dans un contexte mondial d'engagement fort pour cette transition globale, les progrès majeurs sont à attendre dans ce domaine. L'effet majoritaire incombe aux pays à moyen et à bas revenu comme le Burundi –ces pays où les ressources limitées peuvent mettre à mal le bon fonctionnement du système.

Un autre aspect lié à l'efficacité allocative d'un système repose sur la répartition de l'affectation des ressources selon les différents niveaux de l'offre sanitaire. Au Burundi, la tendance à l'hypertrophie de l'administration centrale suggère un certain déséquilibre structurel du financement. En 2016, le niveau central captait en frais de gestion et d'administration environ les deux tiers des ressources financières de l'État (soit 69%), se partageant aux niveaux opérationnels de la prestation de services (c-à-d formations sanitaires de la première ligne et bureaux déconcentrés) le solde de ressources. Ainsi, il y a un sous-financement apparent au niveau de la fourniture des services de santé et en particulier au niveau de la chaîne des soins spécialisés. Contrairement au paysage habituel, au Burundi, les hôpitaux sont comparativement largement sous-financés (15). Une réaffectation des ressources nouvellement mobilisées pour un financement plus adéquat (des hôpitaux) pourrait être génératrice de gains d'efficacité.

Par ailleurs, dans ce processus de planification, les ressources intérieures mobilisées couvrent entièrement la dépense courante de santé laissant aux ressources extérieures la charge de la quasi-totalité des investissements du secteur. Cette situation peut révéler un risque de non-performance à long terme en cas de volatilité de l'aide.

Le modèle FBP représente une part plus que substantielle des ressources (Figure 62). Le potentiel déséquilibre observé en 2016 dans l'attribution des fonds selon les niveaux central et opérationnel de la pyramide sanitaire peut s'attribuer à une baisse plus forte des ressources perçues via le mécanisme de financement FBP.

*Figure 62 : Allocation des ressources au Burundi selon les niveaux infranationaux pour 2015-2016 (en milliards BIF)*



Source : MSPLS (figure empruntée)

Légende : BDS= Bureau de district de santé ; BPS= Bureau provincial de santé ; CDS=Centre de Santé ; PBF= FBP Programme basée sur la performance ; Gov counterpart funding = contrepartie du Gouvernement

Au niveau de l'équité et de la distribution du financement dans le territoire national, certaines faiblesses ont été observées. En effet, toutes les provinces du pays ne semblent pas naviguer à la même enseigne. Par exemple, si la couverture du PEV était satisfaisante en terme quantitatif à l'échelle nationale, elle l'était moins en terme qualitatif à l'observation des performances dans les différents districts (certains se situent en-deçà de 80% de couverture) (25).

### 3.5.1.7 Autres goulots d'étranglement possibles

L'évaluation de l'impact du financement par le programme FBP a révélé quelques limitations et lacunes persistantes. Ce programme est cofinancé par l'appui extérieur de plusieurs partenaires au développement –dont environ 35.0% provenant de BM/IDA, 21% de UE/ENABEL, 3.3% de Cordaid et 0.6% de Healtnet/Gavi en 2019 – et par la contrepartie du Gouvernement (estimée à 29.7% en 2019 plus 10.4% de reste à payer). Or le manque de transparence dans les flux financiers a induit une méconnaissance par les acteurs impliqués des apports respectifs de chacun. Sur ce point, sont relevés une possible confusion dans le volume d'apport domestique et un manque de coordination entre les parties avec en prime des budgets extérieurs non décaissés.

En outre, en 2019, le programme FBP finance l'ensemble du territoire avec des budgets per capita qui peuvent passer du simple au double selon les provinces. Selon une analyse du MSPLS pour 2019, le montant est à hauteur de minimum 850 BIF par habitant (étendue : montant minimum : 857 – montant maximum : 1355) pour toutes les provinces sauf dans la province de Muramvya qui reçoit un montant inférieur estimé à 704 BIF par habitant. Cet aperçu est possible révélateur de contextes dissemblables mais pourrait partiellement être aussi le reflet d'inéquités dans la prise en charge ou de besoins sanitaires divergents.

## 3.5.2 Zones de progression au-delà du secteur de la santé

### 3.5.2.1 A travers une fiscalité avantageuse

Tout d'abord, les réformes fiscales vont au-delà de la simple quête de collectes additionnelles de recettes pour un gouvernement central. Nous avons précédemment exploré ces opportunités de gains budgétaires pour la santé. Au-delà de l'identification de fonds additionnels collectés ou réorientés pour renflouer les caisses de secteurs sociaux comme la santé, les deniers publics sont potentiellement aussi à rechercher du côté de l'optimisation des dispositifs existants et de la lutte contre le gaspillage. Dépassant quelques résistances au changement et dans un contexte macroéconomique limitant, le gouvernement a initié un certain nombre de mesures pour améliorer la gestion financière dans ces matières (26). Parmi les réformes majeures, il y a eu la création d'une nouvelle autorité fiscale semi-autonome incarnée par l'Office Burundais des Recettes (OBR)<sup>35</sup>. Un gain en efficacité considérable<sup>36</sup> avait été salué les premières années de fonctionnement mais la structure fait face à des difficultés pour poursuivre son expansion. Plus précisément, l'existence au Burundi d'un système d'exonérations (qui restent très élevées) et l'ampleur du secteur informel limitant sa capacité de mobilisation de fonds constituent deux domaines dans lesquels de nouveaux gains d'efficacité pourraient être recherchés. Le degré d'efficacité de l'administration fiscale dépend aussi d'autres éléments. Et notamment du contexte politique, commercial et législatif qui détermine le succès de la politique fiscale. Un mouvement d'ailleurs global est en marche pour viser une meilleure gouvernance et lutter plus efficacement contre l'évasion fiscale et la fraude fiscale, notamment dans le chef de multinationales. Le Burundi n'est pas le seul pas à devoir

---

35 Créé en 2009 et opérationnel en 2010, l'Office Burundais des Recettes (OBR) dispose des fonctions et responsabilités suivantes (Loi 1/11 du 14 juillet 2009, art 6) : 1) établir, recouvrer, administrer, et comptabiliser les impôts et les droits de douane ; 2) conseiller le gouvernement en matière de politique fiscale ; 3) veiller au respect des obligations fiscales et au civisme fiscal ; 4) conseiller, sur demande, les autorités locales en matière d'établissement et de collecte de leurs recettes ; 5) assister le gouvernement dans la mise en place de mesures visant à la promotion de l'investissement au Burundi ; 6) combattre la fraude et l'évasion fiscale, et coopérer, à cette fin, avec d'autres autorités compétentes en la matière au Burundi et à l'étranger ; 7) préparer et publier des rapports et des statistiques concernant le recouvrement des recettes et les échanges commerciaux. A l'instar d'autres pays comme le Rwanda voisin, l'autorité semi-autonome de perception du Burundi a permis de participer aux efforts de la région d'Afrique de l'Est (i.e. pays membres de la Communauté de l'Afrique de l'Est – CAE) dans le cadre de la réforme de l'administration fiscale pour une meilleure harmonisation régionale des systèmes fiscaux nationaux. Outre l'engagement pour la région, les hautes autorités du Burundi ont explicitement recherché à maximiser les ressources intérieures et moderniser son système avec l'idée sous-jacente que la technologie permet de gagner en efficacité et en transparence.

36 En 2012, les recettes fiscales avaient augmenté sensiblement (de 75% par rapport à 2009, soit une augmentation de 25% en termes réels). La contribution de l'impôt au PIB est passée de 13.8% en 2009 à 16.7%. A titre comparatif, le Rwanda, grâce une réforme similaire, avait réussi sur une période plus longue (de 7 ans environ, 2003-2010) à accroître de 700% les recettes issues de la taxation intérieure. Ce succès suggère une marge de progression intéressante.

aborder la question de l'efficacité de son système fiscal. Ce domaine est reconnu comme l'un des piliers du changement pour converger vers des recettes publiques durables. Ce domaine a fait l'objet de préoccupations à l'échelle de l'Afrique et au niveau mondial.

### ***3.5.2.2 A travers le maintien et le renforcement des efforts en matière de gestion des finances publiques***

Plus généralement, les politiques et pratiques modernes de gestion des finances publiques risquent de ne pas durer. Au Burundi, le système de gestion a été modernisé fin des années 2000. Si la période de crise au Burundi n'a pas affecté de manière significative les progrès réalisés dans ce domaine (i.e. développement institutionnel, renforcement des capacités nationales), elle a néanmoins entraîné la suspension de certains processus mis en place, qui ont par conséquent ralenti les progrès de la modernisation du système.

Trois ministères sectoriels dont la santé (mais aussi l'agriculture et l'éducation) disposent d'unités de planification capables de préparer des stratégies sectorielles et des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) sectoriels. Cependant, leur influence sur les processus décisionnels reste relativement limitée. Ces derniers possèdent l'expertise technique nécessaire pour préparer des CDMT sectoriels bien conçus<sup>37</sup>. Après 2015, des changements stratégiques ont été opérés pour faire face aux besoins prioritaires émergents. Dans la pratique, il semble que les services recevant un appui technique ponctuel mettent insuffisamment en place un processus de capitalisation des connaissances, données générées ou outils de gestion, avec pour conséquence un risque tangible d'inefficience dans la programmation ou le *costing* des activités du secteur.

#### **3.5.2.2.1 Transparence budgétaire et efficacité du contrôle budgétaire (législatif et participatif)**

Au Burundi, les opportunités de participer au processus budgétaire semblent très faibles au regard des dispositifs offerts dans d'autres pays de la région. Il est démontré que la situation de transparence budgétaire, traduite ici par la publication de documents budgétaires, ne suffit pas pour améliorer la gouvernance des finances publiques.

Dans ce domaine, une étude comparative internationale de 2018 a identifié le Burundi comme pays disposant d'un score largement insuffisant dans cette matière (situé dans la classe <20/100), et par ailleurs nettement inférieur à la moyenne des pays étudiés (estimée à 42/100) (27). En 2017, avec un score estimé à 7/100, le Burundi figurait parmi les 27

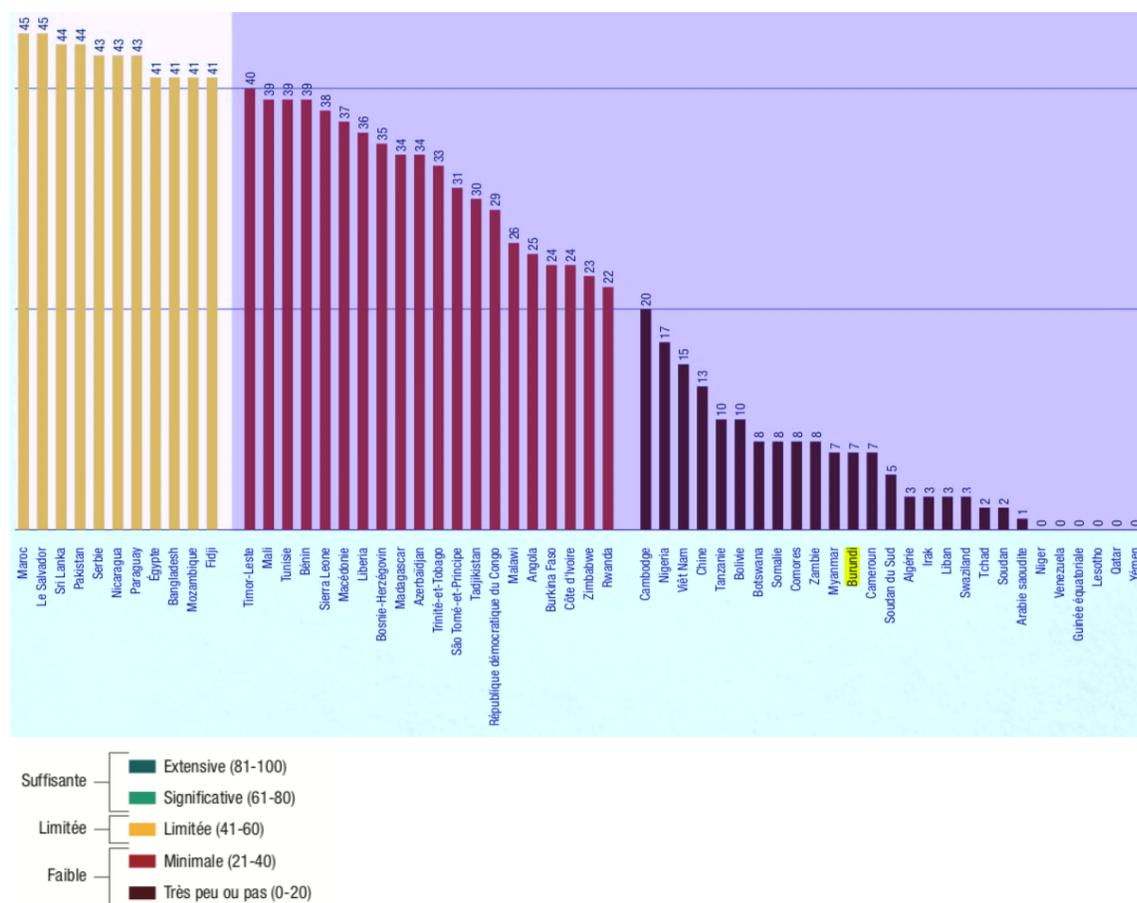
---

<sup>37</sup> « Depuis 2010, le gouvernement a adopté et utilisé efficacement un cadre de dépenses central à moyen terme (CDMT) pour la planification budgétaire stratégique. Le CDMT central était conforme au cadre macroéconomique utilisé lors de la préparation du budget. Alors que le processus central du CDMT semblait fonctionner, une plus grande attention a été accordée aux CDMT du secteur. Les CDMT sectoriels ont été considérés comme un outil permettant d'aider les ministères sectoriels de l'agriculture, de l'éducation et de la santé à traduire les priorités stratégiques de leurs secteurs en allocations budgétaires. À la suite de ces initiatives, la composition des dépenses publiques s'est considérablement améliorée dans les secteurs prioritaires. En effet, la part des secteurs économiques et sociaux prioritaires dans les allocations budgétaires est passée de 38,7% en 2008 à 43,7% en 2010, puis à 47,2% en 2014. »

pays qui publient une quantité amplement insatisfaisante d'informations budgétaires (Figure 63).

Plus précisément, il est fait état d'une certaine sous-performance du système de responsabilité des finances publiques au niveau des 3 domaines analysés : la surveillance législative (en 2017, score = 17), la surveillance par une institution supérieure de contrôle (score = 33) ou encore la participation de la société civile (score = 0) ; de plus, absence d'information financière jugée indépendante. Par exemple, il est pointé que pour 2017 (seul exercice étudié), les rapports de milieu d'année et de fin d'année n'ont pas été publiés, le rapport préalable au budget et le projet de budget de l'exécutif ont été publiés à des fins interne, mais avec retard et/ou pas rendu disponible en ligne. Le budget approuvé et le rapport d'audit sont en revanche deux documents publiés. Des lacunes au niveau de l'exhaustivité des données publiées sont également évoquées. Ces résultats soulignent l'importance d'améliorer l'accès à l'information aux différentes étapes du processus budgétaire et de renforcer les mandats des instances et organisations œuvrant pour la bonne gouvernance.

Figure 63 : Comparaison internationale du degré de transparence budgétaire, 2017



Source : International Budget Partnership (IBP) pour les statistiques comparatives ; Centre Universitaire de Recherche et de Développement Economique et Social (CURDES) pour les données du Burundi

*Légende : L'Indice sur le budget ouvert (IBO). L'IBO attribue à chaque pays un score de 0 à 100, en fonction de la moyenne des réponses aux 109 questions du questionnaire qui évaluent l'accès du public à l'information budgétaire. Le score de l'IBO obtenu par un pays reflète la rapidité et l'exhaustivité des informations budgétaires disponibles publiquement dans les huit documents budgétaires clés. D'autres questions évaluent la surveillance et la participation, et sont décrites plus loin dans ce rapport, mais celles-ci ne sont pas utilisées pour calculer le score de l'IBO.*

S'agissant du financement de la santé, il se confirme que l'appareil parlementaire est sous-utilisé pour sensibiliser les hautes autorités de l'État aux besoins de financement ou priorités budgétaires dans ce secteur. Dans le cadre de cet appui technique, une revue des sujets abordés lors des 'Questions Orales de l'Assemblée Nationale' a été menée. Basées sur les publications en ligne, cette étude a mis en évidence un total de 50 interpellations parlementaires entre 2012 et aujourd'hui. Parmi ces 50 Questions, le MSPSL n'aurait produit que 2 Questions.

La faible présence au niveau de l'assemblée nationale se pose tant au niveau de la quantité que des contenus d'interpellation. Une Question récente a porté sur le fléau du choléra, en 2019. Précédemment, en 2014, une autre Question a porté sur la santé mentale et l'épidémie Ébola. Au vu de ces documents officiels, il semblerait que les Questions relatives au financement du système national de santé ou à la protection financière de la population contre les risques liés à la santé n'aient pas fait l'objet d'attentions politiques de premier ordre au niveau de l'Assemblée Nationale.

Cependant, relevons que lors d'une Question relative aux orientations budgétaires 2014-2016 émise en 2013, le Ministère en charge des finances a exprimé certaines inquiétudes en rapport avec l'amélioration des taux d'accès et de la qualité des services de base et renforcement du socle de la protection sociale. L'inquiétude concernait un probable désengagement prochain des partenaires dans le secteur de la vaccination. Ce désengagement est d'autant plus problématique que les fonds extérieurs supportent l'essentiel de la facture.

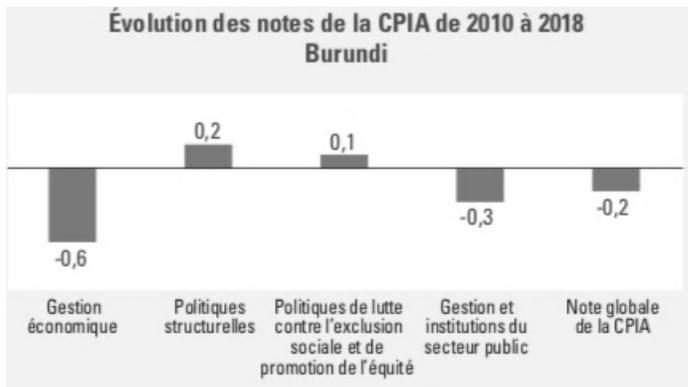
Une interview sur le sujet rapportait quelques pistes pour améliorer le contrôle budgétaire (27). La tenue de débats sur la politique budgétaire préalables à la présentation du projet de budget exécutif ou l'examen annuel des rapports budgétaires par une commission législative représenteraient des atouts de bonne gouvernance. Parallèlement, il est utile de se donner les moyens nécessaires pour appuyer la bonne gouvernance et indirectement améliorer l'attractivité des bailleurs

Cette démarche peut potentiellement informer quant aux zones d'inefficiences génératrices de dysfonctionnements ou gaspillages importants.

#### 3.5.2.2.2 Appréciation relative aux institutions publiques

Pour le Burundi, le score CPIA documentant la situation des institutions publiques a été établi à 2.9 pour l'année 2018. Cette position situe le pays largement derrière le Rwanda (best-performer avec un score estimé à 4.0), le Burkina Faso (3.6) ou le Niger (3.4) et sous la moyenne des pays d'Afrique sub-saharienne qui bénéficient de l'aide de l'Association internationale de développement (IDA) (3.1). Dans ce domaine, le Burundi n'affiche pas d'amélioration par rapport à 2010 (Figure 64).

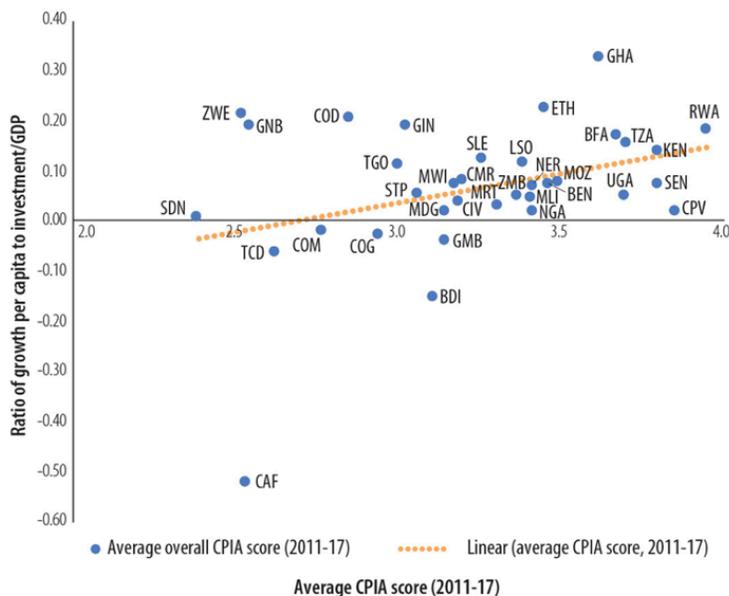
Figure 64 : Évolution de l'évaluation des politiques et des institutions nationales



Source : Banque mondiale (figure empruntée)

Plus particulièrement, il est mis en évidence pour plusieurs faiblesses observées dans le secteur public dont l'efficacité de la mobilisation des recettes financières (score spécifique = 3.0 < moyenne estimée à 3.4), qualité de la gestion des finances publiques (2.5 < 3.0), transparence et redevabilité dans le secteur public (1.5 < 2.7), la gestion économique et de la dette (2.5 < 3.1).

Figure 65 : Comparaison internationale de l'investissement et de la qualité des politiques et institutions, 2011-2017



Source : FMI (figure empruntée)

Légende : L'efficacité de l'investissement est calculée comme le rapport de la croissance du PIB par capita à la formation brute de capital, exprimée en % du PIB. Sources : Base de données du FMI - Perspectives de l'économie mondiale ; base de données de la CPIA, juin 2018.

Le graphique ci-dessus (Plus particulièrement, il est mis en évidence pour plusieurs faiblesses observées dans le secteur public dont l'efficacité de la mobilisation des recettes financières (score spécifique = 3.0 < moyenne estimée à 3.4), qualité de la gestion des finances publiques (2.5 < 3.0), transparence et redevabilité dans le secteur public (1.5 < 2.7), la gestion économique et de la dette (2.5 < 3.1).

Figure 65) illustre la corrélation, sans que ce soit systématiquement une causalité, entre l'efficacité de l'investissement et la gestion des finances publiques nationales. La qualité moyenne des politiques et des institutions dans les pays d'Afrique subsaharienne a dans l'ensemble peu évolué entre 2011 et 2017. Au Burundi la comparative faible qualité des institutions s'avère source d'effets négatifs comme la fuite des investissements privés des entreprises, contribuant à terme au ralentissement de l'économie nationale.

Enfin, la loi organique prévoit que le ministre des finances, qui est l'ordonnateur de toutes les dépenses de l'État –donc également des comptes spéciaux et autres dispositifs– peut déléguer ce pouvoir à un ou des agents sous son autorité hiérarchique directe. Par cette disposition, il est légalement envisageable de consacrer un agent - logé par exemple au sein du ministère de la santé - qui serait en charge de l'ordonnancement (engagement et liquidation des dépenses publiques). De plus, la loi prévoit qu'il soit nommé au sein de chaque ministère un contrôleur des engagements de dépense dont la mission est de veiller à la conformité budgétaire et de la régularité des projets d'engagement (i.e. vérification de la bonne imputation de la dépense au chapitre budgétaire correspondant et la disponibilité du crédit sur ce chapitre ; exactitude du calcul de la dépense engagée). En cas de faille, le contrôleur a le pouvoir de refuser son accord sur l'engagement de la dépense incriminée.

Dans le contexte économique et politique relativement complexe, certaines décisions budgétaires ont été centralisées, moyennant aménagement du cycle budgétaire classique. Une étude récente illustre les conséquences d'une recentralisation de la prise de décision et pourrait informer l'étude en cours par rapport aux pistes d'action pour appuyer le changement (28). En particulier, l'étude des marges de manœuvre et facteurs d'influence pour mieux agir à l'amélioration du financement de la dépense sociales sont d'intérêt pour l'espace fiscal.

### ***3.5.2.3 A travers la publication et l'utilisation systématique des données en appui au politique***

### ***3.5.2.4 Leçons des audits techniques et fiduciaires du programme FBP***

Des problèmes ont été évoqués lors des entrevues. Les audits constituent des instruments utiles pour améliorer la performance de la dépense de santé via ce programme. Une série de dispositions ont pu être prises pour rectifier les problèmes observés et viser la production de soins et l'effectivité de la gratuité. Parmi elles :

- le recrutement de RHS additionnels ;
- les investissements, i.e. petits investissements de type petit matériel médical, draps, couvertures etc. mais aussi de plus grands investissements comme incinérateurs ou motos ;
- et

- la création d'incitants financiers par la motivation (financière) du personnel sur base de clés de répartition spécifiques quand il y a équilibre dans le budget.

Ces travaux et leur impact soutiennent la démarche de recherche d'efficacité.

Une récente mission de la Banque mondiale (Janvier 2020) menée dans le cadre de l'appui technique au projet KIRA (système de santé) et développement du capital humain a dressé plusieurs constats. Dans un effort de pérennisation programme FBP/Gratuité, l'un de ces constats portait sur la nécessité de maîtrise des coûts de mise en œuvre du programme. D'autres éléments sont relevés comme le renforcement de la séparation des fonctions de financement (notamment, au niveau des comités provinciaux de vérification et de validation), le besoin de développer un plaidoyer efficace au près des PTFs pour le financement adéquat des programmes, ou encore l'adoption du nouveau manuel des procédures (CTN FBP élargie).

### **3.5.3 Tentative de synthèse des options émises via l'amélioration de l'efficacité**

En somme, il est important de rechercher une forme de planification informée dans une approche plus participative et centrée sur les acteurs (inclus le périphérique) pour optimiser l'impact des réformes (29). Améliorer l'efficacité de la dépense publique s'avère un outil inestimable pour libérer des ressources déjà rares et pour limiter les pertes liées aux (dys-)fonctionnements du système et à la gestion de la demande de services dans un système complexe qu'est celui du secteur de la santé (Laokri et al. 2013).

Parmi les innovations de la nouvelle loi budgétaire, la création d'une ligne budgétaire 'cellule statistique' dans tous les ministères soulignerait la volonté nationale de combler le gap de données et faciliter la collecte et le traitement des données dans les différents secteurs dont la santé.

Alors que les réformes précédentes du financement de la santé au Burundi –y compris l'introduction d'un financement basé sur la performance et la suppression des redevances d'utilisation pour des services de santé cibles– ont contribué à améliorer le système et à accroître l'accessibilité financière des services de santé à la population, plusieurs insuffisances subsistent en effet.

Un système de soins de santé encore fort fragmenté et non systématiquement aligné, le manque de ressources humaines, un système de financement basé sur la performance maximisable, entre autres facteurs, indiquent la nécessité d'optimiser la dépense existante en amont de la recherche de ressources supplémentaires. Par ailleurs, les sections précédentes de ce rapport ont déjà souligné les options limitées pour accroître l'espace budgétaire à la santé dans quatre des cinq dispositifs aux mains des autorités du pays. En conséquence, pour répondre aux besoins croissants de la population dans un contexte renouvelé de rareté de ressources, la recherche d'une meilleure efficacité de la dépense de santé ne peut être occultée.

Il est donc réaliste et nécessaire de recourir à ce dernier dispositif d'accroissement de l'espace budgétaire. Les pistes d'amélioration de l'efficacité sont à creuser en mobilisant et analysant davantage les données disponibles. Aussi, le modèle burundais FBP/gratuité

répond déjà à plusieurs exigences de transparence. Par exemple, le modèle promeut l'approche participative en promouvant l'engagement des parties prenantes dans la planification financière qui détermine l'utilisation des fonds (implication du comité de santé - CoSA), la gestion des fonds versés à FOSA (participation du président de CoSA en tant que cosignataire), jusqu'à l'évaluation du programme (participation du CSR)(20). De même, un système transparent a été mis en place pour informer le calcul des primes distribuées aux fournisseurs de services. La communication des données SNIS répond également à ces exigences, en promouvant l'exhaustivité des rapports d'activité générés au niveau FOSA avec le soutien des auditeurs CPVV. Le programme publie ses résultats sur une base mensuelle et annuelle et fait l'objet d'une évaluation externe. Ces données pourraient être réexaminées à la lumière des nouveaux besoins pour identifier les opportunités à prendre.

## 4 GAP DE FINANCEMENT SANTE

A la question, est-ce que la poursuite de la couverture universelle pour la santé et des autres objectifs stratégiques du secteur de la santé requiert l'accroissement des dépenses gouvernementales, nous avons vu que oui. Subséquemment, l'estimation du besoin de financement est un élément important pour déterminer l'effort nécessaire en termes d'élargissement de l'espace budgétaire.

### 4.1 Besoins de financement du secteur pour progresser dans la couverture sanitaire de la population

Les orientations nationales et recommandations internationales en matière de couverture sanitaire constituent un cadre stratégique pour renforcer le système national de santé et fait référence pour toutes les actions de développement sanitaire au Burundi. Les troubles politiques qui ont commencé en 2015 ont eu un impact important sur la santé publique Burundaise. Le dialogue politique mis en place par le partenariat pour la couverture universelle en santé (*UHC Partnership*–Partenariat CSU<sup>38</sup>), auquel le pays a adhéré en janvier 2016, a aidé le MSPLS à étendre le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 jusqu'en 2018. Plus récemment, le pays s'est doté d'un nouveau plan national de développement du secteur de la santé établi à l'horizon 2023 (PNDS III 2019-2023). Il s'agit d'un plan quinquennal élaboré par le MSPLS et visant prioritairement à contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables au Burundi. Il est aligné sur le plan national sanitaire (PNS 2016-2025) et le plan national de développement du pays (PND 2018-2027). Il a également été établi en phase avec plusieurs déclarations et actes internationaux tels que la déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires durables, les objectifs durables pour le développement des Nations Unies, la stratégie sanitaire NEPAD du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement et le sommet d'Abuja sur le paludisme.

La logique sous-jacente au nouveau plan stratégique, dit de la troisième génération (PNDS III), repose sur le droit à la santé pour tous. Au Burundi, ce droit universel a été reconnu et inscrit dans la Constitution en juin 2018. Ce principe fondamental implique l'obligation pour l'État de définir des plans nationaux (PNS et PNDS) qui permettent de promouvoir, protéger, restaurer la santé de la population burundaise. Pour assurer l'amélioration de l'état de santé de la population et converger vers une couverture sanitaire universelle, plusieurs conditions sont requises. Parmi les facteurs favorables à l'atteinte des objectifs stratégiques, le pays table sur un système national de santé performant, résilient et fort

---

38 Le Partenariat pour la Couverture Sanitaire Universelle est financé et appuyé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union Européenne, le Grand-Duché de Luxembourg, Irish Aid, le Gouvernement du Japon, la République française, Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, et la Département britannique pour le développement international (DFID).

ainsi que sur le développement d'une assurance maladie (envisagée à travers un partenariat solide et interagissant aux différents niveaux de la prise de décision). La mise en œuvre effective du PNDS III nécessite un financement adéquat.

Dans le cadre de l'exercice de planification sanitaire, une étude de « *costing* » a été menée en vue de déterminer le niveau de financement requis (c-à-d les besoins réels exprimés par le secteur) pour mettre en œuvre des activités et interventions définies et rencontrer les objectifs stratégiques du PNDS III. Le budget requis ainsi présenté est décliné selon les objectifs et axes stratégiques du PND. Par exemple, la distribution des coûts estimatifs détermine une répartition comme suit : 78.8% destiné à couvrir les dépenses relatives à l'amélioration des performances du système national de santé, y compris le système communautaire ; 18.2% pour contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables et enfin 3.0% pour renforcer de la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé.

Le plan quinquennal présente également les coûts estimatifs par domaine d'activités et niveau de la prestation (i.e. programmes et interventions de santé), par nature de la dépense (i.e. dépense récurrente et dépense d'investissement) et également par les six piliers constitutifs du financement du secteur de la santé. Les trois axes stratégiques les plus budgétivores sont respectivement : le renforcement de la lutte contre les maladies (36.1% du total global), l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires (26.6%), l'amélioration de l'offre ciblée de soins et services (12.5%) – représentant ensemble 75.2% des budgets requis estimés.

Globalement pour l'ensemble du plan quinquennal, le PNDS III renseigne un montant estimé à 1 741 milliards BIF, équivalent à 139 055 BIF par habitant (Tableau 8). Il est à noter que seul le résultat de budgétisation est publié, ce qui ne permet pas de connaître les hypothèses ou détails de calcul qui ont alimenté ce processus de budgétisation et donc qui détermine l'ampleur des ambitions pour ce secteur.

Annuellement, le coût estimatif moyen du financement du PNDS III représenterait un montant de 348 milliards BIF, correspondant à 25 811 BIF per capita. Selon les prévisions de la loi de finances 2019-2020, l'allocation budgétaire du MSPLS représente environ 170 milliards BIF (précisément, 170 285 522 937 BIF), avec une capacité de couvrir les activités et interventions planifiées à hauteur de 52.7% seulement, laissant un gap de financement calculé à près de 153 milliards BIF (précisément, 152 970 175 182 BIF) par rapport à l'an 1 du PNDS III<sup>39</sup>. La comparaison entre l'allocation budgétaire dont dispose le secteur et l'allocation requise déterminée par la planification PNDS III révèle donc un besoin de

---

<sup>39</sup> Selon certaines estimations, le gap serait de 193 milliards BIF (précisément, 192 744 690 790 BIF) comparé au montant de 363 milliards BIF (précisément, 363 030 213 727 BIF) pour le PNDS III 2019 – chiffres communiqués par le MSPLS/DGP lors de la mission de février 2020.

financement très substantiel, pesant pour près de la moitié du coût annuel de mise en œuvre du PNDS III. Cet écart signifie que le budget dédié à la santé devrait être quasiment doublé pour mener à bien les activités et interventions planifiées. Ce « gap » dévoile une planification particulièrement ambitieuse du MSPLS pour les années à venir.

Tableau 7 : Répartition du budget estimé par les PNDS III selon les objectifs généraux et axes stratégiques du plan quinquennal, 2019-2023

Objectifs généraux du PNDS III 3eme génération		Moyenne annuelle	Plan quinquennal	%
1	Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables	63.392.978.858	316.964.894.291	18,2%
2	Améliorer les performances du système national de santé y compris le système communautaire	274.500.304.191	1.372.501.520.958	78,8%
3	Renforcer de la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé	10.329.850.911	51.649.254.555	3,0%
<b>Total</b>		<b>348.223.133.961</b>	<b>1.741.115.669.805</b>	<b>100,0%</b>
Axes stratégiques du PNDS III 3eme génération		Moyenne annuelle	Plan quinquennal	%
1	Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune, de la personne âgée ainsi que de santé nutritionnelle de qualité.	43.498.478.329	217.492.391.641	12,5%
2	Renforcement des interventions au niveau communautaire	18.418.500.530	92.092.502.648	5,3%
3	Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.	125.827.817.596	629.139.087.981	36,1%
4	Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé	31.133.828.947	155.669.144.736	8,9%
5	Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé : médicaments, les vaccins et autres produits de santé	422.594.709	2.112.973.543	0,1%
6	Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires	92.677.071.780	463.385.358.898	26,6%
7	Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé	2.961.015.113	14.805.075.563	0,9%
8	Renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé	22.786.590.447	113.932.952.234	6,5%
9	Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	167.385.601	836.928.006	0,0%
10	Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé	234.073.070	1.170.365.350	0,1%
11	Renforcement la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles	8.937.471.407	44.687.357.038	2,6%
12	Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique	1.158.306.434	5.791.532.167	0,3%
<b>Total</b>		<b>348.223.133.962</b>	<b>1.741.115.669.805</b>	<b>100,0%</b>

Source : PNDS III

Tableau 8 : Résultats de la budgétisation du plan national de développement sanitaire, PNDS 2019-2023 et estimation (des auteurs) du besoin de financement pour l'exercice en cours

PNDSIII - planification quinquennale	Coût estimatif (en BIF)	Coût estimatif (en milliards BIF)	Coût estimatif (en BIF per capita)
An1: 2019	323.255.698.119,00	323,26	27.537,00
An2: 2020	332.350.299.505,00	332,35	27.405,00
An3: 2021	368.714.663.534,00	368,71	29.448,00
An4: 2022	366.246.332.682,00	366,25	28.350,00
An5: 2023	350.548.675.965,00	350,55	26.315,00
<b>Total quinquennal</b>	<b>1.741.115.669.805,00</b>	<b>1.741,12</b>	<b>139.055,00</b>
<b>Moyenne annuelle</b>	<b>348.223.133.961,00</b>	<b>348,22</b>	<b>27.811,00</b>

Source : PNDS III

L'écart entre le coût estimatif de la planification et le disponible au niveau du cadrage des dépenses donne en principe une indication sur le volume du besoin de financement (gap de financement) du secteur.

Ce besoin de financement a été présenté au Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD)<sup>40</sup> en vue d'identifier les opportunités de combler le gap. Conscient de l'ampleur du Plan et soucieux de couvrir les besoins requis du secteur, le MSPLS a obtenu dans le cadre de l'élaboration du CDMT sectoriel santé (30) une promesse de financement extérieur estimée à 58% du total des dépenses budgétisées, soient 512 841.25 millions BIF. L'accroissement de l'allocation budgétaire intérieure attendu s'élèverait à 149 164.16 millions BIF en 2021 (92 903.45 millions BIF en 2019). L'effort de financement du Gouvernement pour couvrir les dépenses du CDMT sectoriel santé à l'horizon 2019-2021 est ainsi de 42% du total, et a été estimé à 363 806.34 millions BIF.

Deux difficultés sont à retenir. Premièrement, faisant état des ressources prévisibles provenant à la fois de l'État et des PTFs, le CDMT sectoriel santé démontre que les prévisions sont en deçà des aspirations du PNDS III. Deuxièmement, les montants disproportionnellement alloués la première année (environ 340 milliards BIF en 2019 pour respectivement 291 milliards en 2020 et 246 milliards en 2021) annoncent un effort d'équilibre substantiel à considérer pour proportionner les budgets et financer équitablement les besoins du PNDS III. Le CDMT santé reste grandement financé par les PTFs, avec cependant une contribution attendue progressivement croissante du Gouvernant sur la période 2019 à 2021.

## 4.2 Gap financier du PNDS III de l'exercice 2019

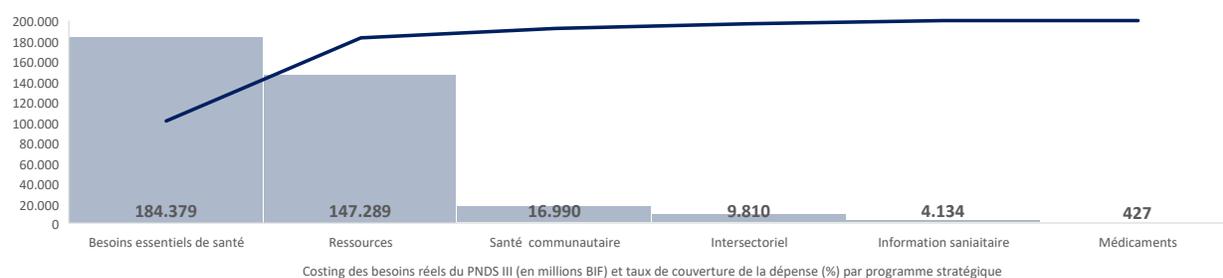
D'après les estimations récentes du service de programmation du MSPLS, le gap de financement des activités programmées pour l'exercice 2019 représenterait 192 745 millions BIF. Ce gap implique que seuls 46.9% des besoins réels exprimés par le secteur seraient couverts par la dépense de 2019. Autrement dit, 53.1% des besoins programmés ne sont pas couverts par la dépense du secteur.

Le gap de financement touche plus particulièrement certains programmes d'activités du PNDS II (Figure 66). Ainsi, la couverture des besoins essentiels de santé se trouve sévèrement sous-financée en 2019, avec une dépense estimée à hauteur de 25.2% des besoins programmatiques selon la ventilation de la DGP (gap de 74.8%, soit 137 830 millions BIF). Le second programme d'activités affichant un gap substantiel est le programme de production et de gestion des ressources, qui est financé à hauteur de 54.4% de ses besoins programmatiques (gap de 45.6%, soit 67 200 millions BIF). Ensemble, ces deux programmes comptent pour 91.4% du coût estimatif du PNDSIII pour 2019.

---

<sup>40</sup> Défini dans le PNS, au niveau central, le CPSD a pour mission le dialogue politique, l'orientation, le suivi, l'évaluation, la coordination et l'harmonisation des politiques en matière de santé ; et est présentement guidé par l'Ambassade de France. Il est doté de groupes thématiques (notamment sur les défis liés aux RHS) et de démembrements au niveau provincial (présidé par le Médecin Directeur de la Province sanitaire )

Figure 66 : Illustration du gap de financement 2019 des activités du programme (PNDSIII et dépense de santé en millions BIF)



Programme stratégique	Montant PNDS III (millions BIF)	Dépense totale (millions BIF)	Ecart (millions BIF)	Taux de couverture du PNDSIII (%)	% gap de financement du PNDSIII
PROGRAMME1 : COUVERTURE DES BESOINS DE LA POPULATION EN MATIERE DES SERVICES DE SANTE ESSENTIELS PARTICULIEREMENT AUX GROUPES VULNERABLES (GDSLS)	184.379	46.550	137.830	25,2%	74,8%
PROGRAMME2 : PRODUCTION ET GESTION DES RESSOURCES (DGR)	147.289	80.089	67.200	54,4%	45,6%
PROGRAMME 3 : MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE (DPML)	427	392	35	91,9%	8,1%
PROGRAMME 4 : INFORMATION SANITAIRE, RECHERCHE ET ETUDES (DSNIS)	4.134	200	3.934	4,8%	95,2%
PROGRAMME 5 : SANTE COMMUNAUTAIRE	16.990	203	16.787	1,2%	98,8%
PROGRAMME 6 : COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UNE MEILLEURE SANTE	9.810	42.851	-33.040	436,8%	-336,8%
<b>Total</b>	<b>363.030</b>	<b>170.286</b>	<b>192.745</b>	<b>46,9%</b>	<b>53,1%</b>

Source : MSPLS/DGP

### 4.3 Gap financier propre au programme FBP de l'exercice 2019

Selon le rapport annuel 2018 publié en 2019 (31), les ressources financières pour la mise en œuvre du programme FBP/Gratuité sont insuffisantes. Un gap de financement d'environ US\$55 millions a été estimé pour la période allant de 2019 à 2021, soit environ US\$18 millions annuellement.

### 4.4 Nécessité d'améliorer la protection sociale et sanitaire

Au Burundi, de multiples modalités de couverture sanitaire coexistent couvrant une part encore trop limitée de la population et accentuant la fragmentation du système de couverture du risque santé.

Selon les estimations produites par les derniers comptes de la santé, les fonds mutualisés, comprenant essentiellement les fonds de la MFP et de façon plus anecdotique les fonds mutualisés privés<sup>41</sup>, finançaient en moyenne 6.7% de la dépense courante de santé entre

41 Cotisations des assurances privées et mutuelles communautaires payées par les employeurs du secteur privé (Mutuelles privées - MP), dépenses en santé des associations et ONGs

2010 et 2013, avec une tendance à la détérioration de la couverture qui est passée de 8% à 5% en 3 ans. La part du financement de la dépense courante de santé financée par les ménages était en moyenne de 23% sur la période 2010-2013, avec sur tendance à l'amélioration.

Au niveau de la protection sociale, le PND 2018-2027 renseigne sur : « l'intégration de la culture de la prévention des risques sociaux a été marquée par le renforcement des structures existantes de sécurité sociale à travers leur mutualisation notamment l'INSS, la création de l'ONPR, le fonds d'appui à la protection sociale (FAPS), la Commission National de Protection Sociale (CNPS) et la création et l'opérationnalisation des agences de sécurité sociale privée (ex : SONAVI, SOLIS). Les défis importants dans ce secteur sont : (i) le cadre légal et réglementaire dans le domaine de la gouvernance, (ii) le financement innovant de l'assurance, (iii) la rationalisation de la mutualisation des sociétés de sécurité sociale et (iv) la rationalisation et l'harmonisation des pensions. »

#### **4.5 Autres dispositifs (intersectoriels) relevant de la protection sociale et des mécanismes assurantiels de la santé**

Le pays dispose d'une Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS), qui a été adoptée en 2011 et est opérationnelle depuis 2013. Un comité technique logé à la Commission intersectorielle Nationale de Protection Sociale (CNPS) est chargé de la mise en œuvre de cette politique<sup>42</sup> (32). A côté de la politique de gratuité ciblée des soins (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes), cette politique constitue une avancée notable en termes d'approche sociale complète et de développement humain.

En pratique, le système de protection sociale en santé se caractérise ainsi par une fragmentation importante de mécanismes assurantiels qui coexistent pour couvrir les risques liés à la santé des différents groupes de la population. La Protection Sociale est assurée par plusieurs institutions dont la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) et l'Office National des Pensions et des Risques (ONPR). L'INSS et l'ONPR s'occupent essentiellement de la prévoyance sociale. Instituée début des années 80, l'assurance maladie, qui relève du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi, est composée de 3 régimes destinés à couvrir les soins et actes médicaux à hauteur de 80% (laissant une quote-part patient de 20%) et les produits pharmaceutiques à hauteur de 80% ou 70% selon le type de produit offert (avec un ticket modérateur de 20% ou 30% respectivement) (33).

---

42 La CNPS est dotée d'un organe technique central, appelé le Secrétariat Exécutif Permanent (SEP), et d'organes décentralisés de régulation, localisés aux différents niveaux administratifs (national, provinces, communes). Divers groupes thématiques rassemblés au sein d'un comité technique sont chargés de la coordination stratégique de la PNPS (GT Assurance et mutuelle, assistance sociale, accès aux revenus et financement de la protection sociale).

Trois régimes d'assurance-maladie sont offerts à la population burundaise :

- Un régime dédié à la prise en charge de tous les travailleurs actifs dans le secteur public et parapublic, à savoir : les fonctionnaires de la Fonction Publique (sous-statut, sous-contrat, enseignants), les agents des sociétés paraétatiques, les agents des Administrations Personnalisées, les Forces Armées, les agents des communes, les étudiants de l'enseignement supérieur, les pensionnés de l'État, de l'I.N.S.S. et de l'ONPR ainsi que certaines organisations philanthropiques. Ce régime est géré par la Mutuelle de la Fonction Publique (décret-loi 100/107).
- Un régime dédié aux travailleurs actifs dans le secteur privé (formel). Il est géré par les employeurs eux-mêmes en vertu de la législation du travail en vigueur (décret-loi 1/17).
- Un régime dédié à la couverture des paysans et des professions libérales qui donne droit aux soins médicaux et pharmaceutiques dans certains hôpitaux de l'État. Ce régime est géré par le Ministère de la Santé Publique au profit du secteur non-structuré.

Deux principaux programmes sont au cœur de la politique sociale pour les matières de santé.

Un premier **programme d'assistance des ménages vulnérables** couvre environ 2500 ménages ciblés au niveau communautaire d'après les estimations réalisées lors des entretiens auprès des parties prenantes en mai 2019. La couverture sanitaire par les mutuelles communautaires de santé ne couvre ainsi qu'une très faible part de la population cible, et ne couvre pas l'ensemble du territoire.

La cartographie ci-après présente la répartition des adhérents aux différentes mutuelles de santé au Burundi (Figure 67). Plus précisément, d'après le rapport annuel 2017 de la Plateforme des MUTuelles de SANTé du Burundi (PAMUSAB<sup>43</sup>), le taux de pénétration de la couverture sanitaire par les mutuelles de santé du pays par rapport au groupe cible est de 3% des 617 133 ménages ou 3 millions d'individus estimés dans le groupe cible (34). En 2017, un réseau de 126 mutuelles de santé<sup>44</sup> couvrent un effectif total de 18 514 ménages (chiffres largement en deçà de l'estimation donnée ci-dessus) et 91 782 bénéficiaires individuels. Le néanmoins faible taux de pénétration rapporté ou observé a été attribué à la juxtaposition sur la même cible de différents programmes de protection santé (e.g. CAM et mutuelles de santé).

---

43 C'est le Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de Protection Sociale, SEP/CNPS qui est l'organe étatique qui régule les mutuelles de santé. Créée en 2009, la Plateforme PAMUSAB est membre de la Commission Nationale de Protection Sociale.

44 En vue de renforcer le mouvement mutuelliste et dans l'optique de mieux servir l'assurance maladie universelle au Burundi, des unions de mutuelles de santé des districts sanitaires ont été mises en place, processus entamé en 2015.

Figure 67 : Cartographie des mutuelles communautaires de santé au Burundi, 2014-2015



Source : PAMUSAB

Tableau 9 : État des lieux des effectifs couverts par une mutuelle de santé au Burundi, 2017

Acteurs de la PAMUSAB	Intitulé complet	Nbre de mutuelles de santé	Effectifs couverts en 2017	
			Nbre de ménages	Nbre de bénéficiaires individuels
FEMUSCABU	Fédération des Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi	27	5 305	28 587
MEMISA	Action Médicale Missionnaire	8	1 502	6 146
MUNASA	Mutuelle Nationale de Santé	56	6 530	32 441
UCODE / AMR	Union pour la Coopération et le Développement / Appui au Monde Rural	7	1 302	6 574
FVS / AMADE	Famille pour Vaincre le SIDA / Amis des Enfants	28	3 875	18 034
<b>Total</b>		<b>126</b>	<b>18 514</b>	<b>91 782</b>

Source : PAMUSAB

Un second programme couvre environ 3 500<sup>45</sup> personnes âgées (60 ans et plus) via la **carte d'assistance médicale**, également d'après les estimations réalisées lors des entretiens auprès des parties prenantes en mai 2019. Ici encore le nombre de bénéficiaires est marginal étant donné que la population cible a été estimée à 400 000 personnes âgées. L'ambition de ce programme est d'accroître la couverture à 10 000 personnes âgées, soit 2,5% de la population cible.

Tableau 10 : Couverture du programme Carte d'assistance médicale aux personnes âgées( 60 ans et plus), 2019

	Couverture actuelle		Accroissement souhaité de la couverture		Population cible
	Effectif	%	Effectif	%	
Programme Carte d'assistance médicale aux PA (personnes âgées) de la PNPS	3 500	0,9%	10 000	2,5%	400 000

Source : Entrevues des informateurs clés (sur base des données d'une étude non publiée)

Ces deux programmes ciblant les personnes vulnérables et âgées sont alimentés par le Fonds d'Appui à la Protection Sociale (FAPS) sous la forme d'un budget voté au niveau du Ministère des Finances et alloué au Ministère des Affaires sociales.

Créée en 1980<sup>46</sup>, la **mutuelle de la fonction publique (MFP)** constitue un régime d'assurance maladie obligatoire au bénéfice des agents publics et assimilés (32). Ce dispositif représente le mécanisme contributif le plus étendu du pays. La cotisation des membres est de 10% du salaire brut dont l'État contribue à hauteur de 6% et le salarié à concurrence de 4%. La couverture donne accès à un paquet de services de santé moyennant l'application d'un ticket modérateur (e.g. quote-part de l'utilisateur de 20% pour consultations et hospitalisations et de 10% à 30% pour les médicaments). Certains bénéficiaires

45 Ce total de 3500 bénéficiaires du programme via la carte d'assistance médicale aux personnes âgées du PNPS est composé d'environ 25 personnes âgées par commune + 500 cas identifiés dans les maisons d'accueil pour personnes âgées. La carte donne accès aux soins moyennant un ticket modérateur de 20% du coût des services couverts par le programme (soit 80% des coûts couverts)

46 Décret n°100/107 du 27 juin 1980 portant sur la création et l'organisation d'une Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) ; et le décret-loi n°1/28 du 27 juin 1980 portant l'institution d'un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés. Plusieurs décrets de mise en application ont également été prévu dans le cadre juridique en vue d'améliorer la qualité des prestations des affiliés ont vu le jour à savoir : le décret n° 100/107 du 27 juin 1980 portant création et organisation d'une Mutuelle de la Fonction Publique qui consacre la création de la Mutuelle de la Fonction ; le décret n°100/193 du 18 octobre 1989 portant modification des statuts de la Mutuelle de la Fonction Publique qui consacre la création des pharmacies de la Mutuelle ; la Loi n°1/010 du 16/06/1999 portant sur le code de la sécurité sociale ; et la Loi n°1/05 du 10/09/2002 portant sur la réforme du régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés – Malheureusement, depuis cette loi de 2002, la MFP n'a jamais eu de statuts adaptés à cette nouvelle loi, ce qui fait qu'elle n'existe pas juridiquement.

disposent d'une couverture à 100% grâce à une prise en charge complète de l'employeur – notamment, les Forces de la Défense nationale (FDN) et la Police nationale du Burundi (PNB). En 2012, d'après l'enquête PMS, ce dispositif couvrait 3.4% de la population, ce qui reste malgré tout une couverture très limitée par la MFP. Une enquête parlementaire datant de 2012 précise que les effectifs étaient de 555 en 2012 (35). Plusieurs défis ont d'ailleurs fait l'objet de questions parlementaires aux noms desquelles, nous citons :

- Pas d'évaluation et de projection actuarielle
- Manque de données statistiques fiables sur les affiliés
- Problème de recouvrement de tous les arriérés de cotisation
- Risque de déséquilibre financier du régime d'assurance maladie-maternité géré par la MFP
- Absence d'une assurance complémentaire pour les soins à l'étranger
- Un cadre juridique et institutionnel anachronique (il n'y a aucun texte d'application de la loi de 2002, en 2012).
- Manque de vision à long terme et de plan stratégique
- Les services ne sont pas encore informatisés
- Difficile conciliation du statut commercial des pharmacies et du statut social de la MFP
- Non-respect de l'assiette de cotisation par certains assujettis
- Présence de beaucoup de fraudes dans les prestations
- Manque de structures de soins propres à la MFP comme un laboratoire et un hôpital de référence
- Très peu de cadres universitaires, on trouve 20 cadres sur un effectif de 550 personnes
- Pas de stratégie d'information et de communication
- Les réserves légales de sécurité ne sont jamais atteintes

Par ailleurs, certains éléments d'analyses ont également pointé des difficultés liées à sa solvabilité ou encore à la satisfaction de sa mission sociale alors que la MFP fait face à des contraintes commerciales, au risque de paiements de supplément sur les spécialités médicamenteuses excessifs (puisque par définition la mutuelle ne couvre que le prix du générique), aux limitations du paquet de services couverts (que ce soit en termes qualitatif –certains actes médicaux et chirurgicaux, maladies ou cas sont exclus du paquet, géographique ou temporel –accessibilité plus limitée les week-ends et nuits).

A la lumière des différents défis relevés dans le cadre de l'enquête parlementaire de 2012, il était attendu que le Ministère en charge de la sécurité sociale investisse dans

l'amélioration des services offerts dans le cadre de la MFP d'une part, et se dote d'une vision stratégique (appuyée par un plan stratégique), d'instruments juridiques propres répondant aux besoins, notamment l'ouverture des services au secteur informel et d'un cadre de collaboration avec le MSPLS publique d'autre part. Ce dernier collabore avec la MFP notamment au travers de conventions établies avec les formations sanitaires.

Un dispositif de couverture des salariés du secteur privé formel existe au Burundi, et se présente sous la forme d'initiatives variées des employeurs. Par obligation légale (code du travail), les employeurs du secteur privé formel doivent couvrir leurs salariés mais les modalités et paquets de services couverts sont laissés à leur discrétion et l'État n'est pas en mesure d'opérer un contrôle de l'application effective de ce droit. D'après les estimations de l'Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU), le secteur privé formel représenterait environ 6% de la population active (32).

## 5 POTENTIEL DE RECOUVREMENT DU GAP DE FINANCEMENT SANTE PAR L'ÉLARGISSEMENT DE L'ESPACE BUDGETAIRE SECTORIEL

Au Burundi, « la santé est un droit, elle n'est pas un privilège ou une faveur ». En appui à la décision politique dans ce domaine, cette section de l'étude vise à discuter les options et orientations stratégiques les plus viables pour accroître efficacement et durablement l'espace budgétaire au bénéfice de la santé au Burundi. Outre l'exposé des « meilleures » opportunités par pilier d'analyse et de leur potentiel de mobilisation de ressources à court terme, nous avons mis en perspective les propositions faites pour le pays à la lumière des tendances nationales (historiques et prospectives) et des leçons et recommandations internationales.

### 5.1 Synthèse des options stratégiques et marges de manœuvre pour couvrir le gap annuel de financement sectoriel santé

L'analyse de l'espace budgétaire menée s'est évertuée à documenter une large palette d'alternatives possibles, tout en répondant au mieux aux besoins de la nouvelle stratégie de financement du secteur de la santé. Pour chaque pilier d'analyse, les différentes options stratégiques ont été explorées. Pour chacune de ces options envisagées, nous avons tenté d'en valoriser le potentiel d'élargissement de l'espace budgétaire. Tenant compte des contraintes et opportunités associés à chaque pilier de l'étude, nous avons simulé certains scénarios, les plus plausibles ou les plus novateurs. Dans le souci d'une synthèse simplificatrice, nous avons ci-après listé des options privilégiées et apprécié au travers d'un score qualitatif leur potentiel d'élargissement pour les années à venir (Figure 68). La démarche est à poursuivre.

Figure 68 : Tableau synoptique des opportunités d'élargissement budgétaire en faveur du secteur de la santé au Burundi

Levier d'action par pilier budgétaire	Limites et opportunités des options envisageables d'élargissement budgétaire	Potentiel d'élargissement
1. Cadre macro-économique et richesse nationale (PIB)	➤ Réallocation forfaitaire (e.g. +1%PIB) possible mais très limitée puisque dans un cadre macro-économique défavorable, malgré des signes de reprise couplé situation d'endettement au-delà des normes prudentielles	-
2. Repriorisation et maintien budgétaire de la santé	➤ Réengagement budgétaire fort de la part du gouvernant dans la santé (pour retrouver les niveaux pré-2015 et atteindre les cibles recommandées pour un financement adéquat du secteur)	+
3. Génération de nouvelles ressources intérieures	➤ Surfer sur les gains de la stratégie fiscale favorable et bénéficier d'un réarbitrage favorable des ressources grâce à la fongibilité des recettes publiques de l'Etat ➤ Mieux exploiter les leviers fiscaux, identifier les niches fiscales non explorées et/ou réduire les manques à gagner (exonérations, sous-réalisation de certaines rubriques) ➤ Etudier l'opportunité de lever des fonds fléchés et sécuriser les dépenses prioritaires ➤ Développer la parafiscalité (ex: assurance maladie obligatoire)	+++
4. Sécurisation des engagements extérieures et reprise du dialogue	➤ Renforcer la coordination et la programmation du financement ➤ Mettre en place les dispositifs favorables à la relance d'un dialogue politique offrant des perspectives plus prometteuses	++
5. Amélioration de l'efficience de la dépense de santé	➤ Identifier et réduire les inefficiences techniques ➤ Identifier et réduire les inefficiences allocatives et réallouer efficacement les marges budgétaires gagnées (« more value for money »)	++

Source : Les auteurs

Enfin, pour ces scénarios privilégiés, nous avons cherché à projeter la réalité de la fonction de génération de nouvelles ressources sur plusieurs années et en fonction de critères variant progressivement en intensité. Ensuite, nous avons tâché d'en estimer le potentiel de couverture du gap de financement, respectivement pour les options variant en intensité. Les résultats obtenus seront amenés à être réactualisés en fonction des décisions politiques émises dans le futur cadre de travail du développement de la stratégie de financement. Ainsi, c'est à titre illustratif que nous proposons la lecture de la figure ci-après (Figure 69).

De ce fait, nous avons construit les modèles sur base d'une année *baseline* (estimations de 2019). Dans un premier temps, une courbe évolutive montre les montants alternatifs, fictifs, équivalents à l'allocation budgétaire santé et déclinés en fonction de l'effort d'investissement pour le secteur. Dans un second temps, pour chacune des variations progressives, les illustrations (deuxième colonne de graphiques) témoignent d'une estimation de potentiel de recouvrement du gap de financement annuel du PNDSIII.

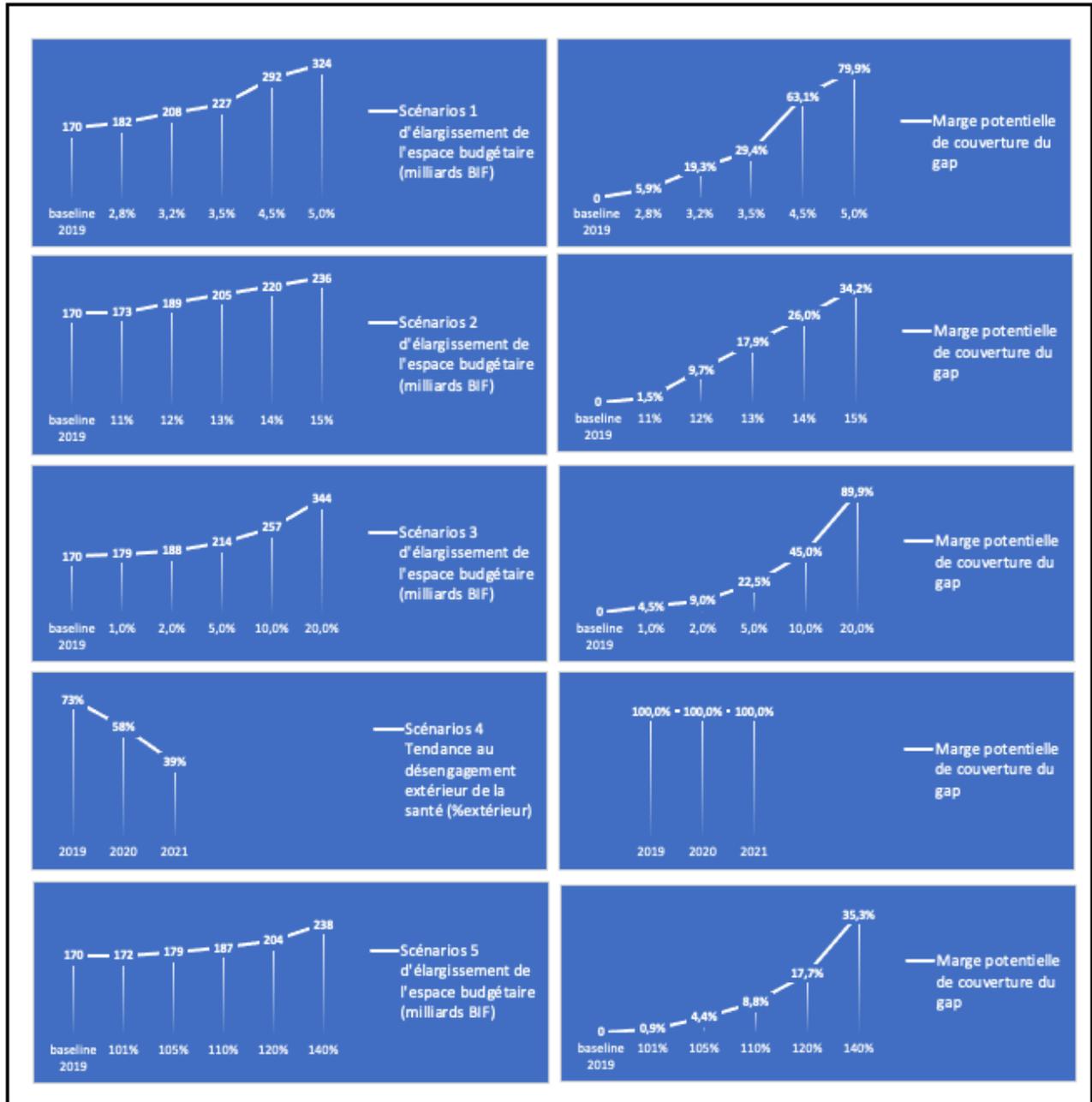
Pour cet exercice, les projections de mobilisation de ressources additionnelles représentent les gains potentiels assortis au seul scénario privilégié dans chaque pilier d'analyse. Les paragraphes qui suivent explicitent davantage ce tableau synthétique de simulations. Il est important de souligner que ces chiffres avancés restent à considérer avec prudence, cela pour deux raisons principales. Deux hypothèses majeures ont en effet été émises à des fins de simplification.

- i. Premièrement, les courbes d'élargissement de l'espace budgétaire (graphiques de gauche) se fondent d'une part sur les chiffres budgétaires de 2019 et d'autre part sur des propositions d'options stratégiques découlant des normes existantes ou des niveaux de croissances annoncées.
- ii. Deuxièmement, les courbes de marge de manœuvre (graphiques de droite) se fondent sur l'estimation d'un gap annuel reflétant l'écart entre les besoins réels du secteur (PNDSIII) et l'allocation effectivement, avec pour *baseline* l'année 2019.

Comme dit plus haut, les valorisations sont fictives et devront idéalement être réactualisées au moment de la prise de décision.

Bien qu'hypothétique, cette double analyse peut s'avérer très indicative des espaces négociables possibles, en faveur du secteur, via les différents leviers d'action. La plupart des pays optent pour une combinaison d'options stratégiques réfléchies et fonction de l'environnement économique, social et politique.

Figure 69: Simulation des marges de manœuvre par pilier analytique (baseline 2019)



Source : Les auteurs

La suite décrit les résultats de la simulation par pilier d'analyse :

Ainsi, l'exercice introduit ci-dessus dévoile d'abord l'amplitude du levier privilégié relatif au premier pilier d'analyse fondé sur la richesse nationale. La croissance économique était en berne, la simulation s'est portée sur l'option d'une réaffectation forfaitaire de la richesse nationale. Par exemple, dans un scénario particulièrement optimiste, doublant la part actuelle du PIB allouée au secteur, le gap de financement annuel pourrait être couvert à hauteur de 80% des besoins. Plus modestement, dans un scénario plus plausible bien que dépendant d'un choix politique fort, un accroissement d'un demi-point de pourcentage environ (soit 3.2% du PIB au lieu des 2.6% observés en 2019) couvrirait 20% du dit gap.

S'agissant du second pilier relatif au niveau d'engagement du Gouvernement pour la santé, la courbe de progression du pourcentage du budget de l'État alloué à la santé montre que l'atteinte de l'objectif du PNDS de 12% donnerait une couverture du gap estimée à près de 10%. Dans un scénario plus optimiste qui consacrerait 15% du budget global de l'État, et donc atteindrait le niveau seuil recommandé lors des accords d'Abuja, le gap pourrait être couvert à hauteur de 34.2%.

Par rapport au troisième pilier, l'effort de mobilisation se tire de l'accroissement des ressources internes. Ici, les simulations montrent qu'un pourcent additionnel des recettes fiscales allouées à la santé permettraient de couvrir un peu moins de 5% du gap de financement. Si 5% du fruit de la fiscalité pouvaient être réinjectés dans secteur de la santé, et vus comme un investissement porteur de croissance plutôt qu'une dépense sociale, plus de 20% du gap pourrait être couvert.

Au niveau du quatrième pilier, compte tenu de la tendance actuelle au potentiel retrait progressif des partenaires au développement, soutenant d'ailleurs le basculement vers un système de financement alimenté de façon croissante par les ressources internes, la simulation met en évidence le rythme de recouvrement nécessaire. En l'espace de 3 ans, la perspective d'appui extérieur chute de 73% à 39% dans le budget total santé.

Enfin, le dernier pilier, mais non moins important, repose sur les gains potentiellement mobilisables au sein d'une enveloppe fermée, induite par une amélioration du niveau d'efficience technique et allocative de la dépense de santé. Ainsi, à niveau de ressources constant, un scénario optimiste d'amélioration de l'utilisation de la dépense de santé de 20% donnerait par exemple lieu à la couverture de 20% du gap de financement. Rappelons qu'au niveau global, l'OMS avait il y a quelques années estimé les gaspillages à des niveaux comptant pour 20% à 40% du budget santé. Aucune donnée ne permet d'émettre la présence d'un tel scénario au Burundi mais cela n'exclut pas la possibilité de gain d'efficience comme documenté précédemment dans ce rapport.

## 5.2 Discussion des opportunités d'élargissement de l'espace budgétaire

Dans cette section, nous présentons les fruits d'une analyse comparative d'envergure ayant porté sur 151 pays et couvrant une période de 15 ans (2000-2015) (5). L'étude menée s'est intéressée aux options qu'ont choisies différents pays pour accroître l'espace budgétaire dédié à la santé – ce, dans la transition globale de réduction des parts de fonds extérieurs et privés au profit d'un financement domestique fort.

Tout d'abord, l'augmentation globale du financement public a, en moyenne par an, été de 5% du PIB sur la période étudiée. Chaque pays a bien entendu ses spécificités mais il gagne à observer les tendances globales ou les expériences, succès et insuccès de pays proches de leur situation pour élargir le spectre de ses opportunités.

En Afrique, dans la plupart des pays, l'augmentation du financement public à la santé a été plus rapide que l'augmentation du financement privé (dépense directe de ménages). Plus de la moitié de cette augmentation de 5% du PIB par an est le résultat d'un environnement économique favorable et donc reposait sur la croissance économique des pays.

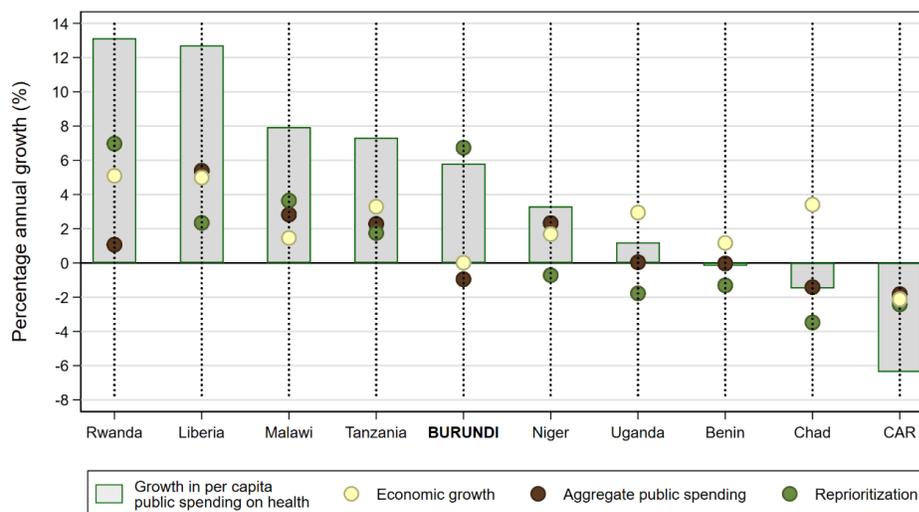
L'étude comparative a cependant aussi mis en évidence la diversité des performances économiques nationales et la volatilité de la croissance économique au cours de la période. En conséquence, tabler sur la croissance pour assurer les ressources additionnelles nécessaires à la santé est un calcul risqué et constitue une option précaire. Au Burundi, si le pays a eu cette opportunité par le passé, la situation actuelle et les projections moroses la réduisent fortement. La perspective d'un accroissement de l'espace budgétaire reposant sur cette option seule n'est pas à prôner puisque le potentiel de génération des fonds pour la santé est incertain. Pour accélérer et maintenir les augmentations de la marge de manœuvre budgétaire, il faudra que les recettes publiques augmentent. Cela sera toutefois difficile étant donné les mauvaises perspectives macroéconomiques prévues pour le pays. Comme l'élasticité est favorable, cette option bien que faible n'est pas totalement à négliger.

Ensuite, dans les pays à bas revenus, la hausse provenait le plus souvent d'une augmentation des fonds extérieurs acheminés au budget national (« on-budget »). Pour le Burundi, pays de cette classe, cela voudrait dire que sur base historique, l'aide qui jouait un grand rôle a connu des aléas et cette ressource ne devrait être retenue comme stratégie unique pour des questions de pérennité et d'incertitude évidentes. Le soutien extérieur semble néanmoins aujourd'hui encore mobilisable même s'il reste lié à l'évolution et à la stabilité politique. Des modalités de financement alternatives pourraient être envisagées pour maintenir les flux les plus stables possibles.

Enfin, pour le solde de l'augmentation observée du financement, une meilleure hiérarchisation de la santé au sein des priorités gouvernementales n'a pas été une ressource substantielle sur laquelle les pays à bas revenus ont pu compter. Dans ces pays, les dépenses publiques agrégées ont été plus importantes que les ressources mobilisées par la repriorisation de la santé. Cette tendance moyenne pour les pays à bas revenu contraste quelque peu avec l'engagement fort du Burundi.

En utilisant la méthodologie de Tandon et al. (5), la figure ci-dessous (Figure 70) présente de façon synthétique les conclusions avancées résultant de l'analyse des piliers de l'espace budgétaire qui ont été documentée dans les sections qui précèdent. Au Burundi donc, la croissance des dépenses publiques de santé par habitant a été principalement tirée par la redéfinition des priorités pour la santé. Pour être plus précis, la redéfinition des priorités s'avère être l'unique facteur source d'accroissement de l'espace budgétaire. Les dépenses publiques globales ont en réalité limité la croissance des dépenses publiques de santé par habitant, tandis que la contribution de la croissance économique a été négligeable. Sur une note positive, ce résultat tend à confirmer le rôle clé que revêt l'augmentation des dépenses publiques globales à travers l'amélioration de la mobilisation des ressources nationales et de l'efficacité de la dépense publique dans la recherche de l'élargissement de l'espace budgétaire à la santé au Burundi.

Figure 70: Aperçu synthétique des résultats des marges d'accroissement de l'espace budgétaire dédié à la santé au Burundi et dans les pays de comparaison, 2000 à 2016



Source : Les auteurs

## 6 PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE LA NOUVELLE STRATEGIE DE FINANCEMENT

L'analyse de l'espace budgétaire proposée dans cette étude technique a tour à tour examiné cinq piliers analytiques de mobilisation accrue de ressources à allouer au secteur de la santé au Burundi. Dans une approche systémique, l'exercice visait à prioritairement identifier les contraintes, sources potentielles et pistes novatrices d'élargissement de l'espace budgétaire nouvellement affectable aux matières de santé – en tenant compte du plan de développement sectoriel et des contextes sanitaire, politique et socio-économique. Adopter une telle démarche d'analyse critique du financement de la santé apparaît pleinement en phase avec les engagements récents de développement de la santé pris par les autorités du pays – respectivement aux niveaux international (conférence internationale d'Astana, 2018), régional (second forum sur la santé en Afrique, 2019) et national (première conférence nationale sur la santé au Burundi, 2019).

Les options stratégiques mises à l'étude illustrent la présence de plusieurs marges de manœuvre dont le Gouvernement peut disposer pour générer les ressources adéquates au secteur. Globalement, le renforcement du recours accru aux ressources internes apparaît inéluctable, notamment au travers d'une fiscalité davantage favorable à la santé et à la protection sociale. Également, le renforcement de la priorisation budgétaire de la santé par le Gouvernement se révèle essentiel pour soutenir le secteur et accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle. Bénéficiant d'efforts concentrés sur l'amélioration de l'efficacité de la dépense publique, la santé pourrait vraisemblablement libérer de nouvelles ressources sans devoir consentir à un investissement financier accru. Non des moindres, cette troisième orientation constitue une piste non négligeable étant donné la rareté des ressources. Compte tenu des projections macroéconomique et politique actuelles, la combinaison de ces trois piliers de mobilisation de ressources représente assurément une piste privilégiée pour le pays. L'étude technique initie ici une démarche et ouvre de nombreuses portes. Elle n'est pour autant pas exhaustive tant les paramètres sont nombreux. Un examen plus approfondi des besoins financiers et des projections de couverture du gap de financement sera utile afin de répondre aux préoccupations prioritaires.

D'autres pistes encore ont été explorées, inspirées des pratiques étrangères ou de recommandations régionales ou globales, parfois plus expérimentales. Au moment de la prise de décision, celles-ci nécessiteront d'être réétudiées (faisabilité technique) et reposeront sur un nouvel arbitrage de choix politiques (faisabilité politique). A un horizon plus lointain et sous réserve d'un cadre macroéconomique et politique fort, d'autres alternatives semblent envisageables. Par exemple, le Gouvernement pourrait étudier l'opportunité de redistribuer une part plus importante de la richesse nationale à la santé et ainsi converger vers un investissement durable dans le secteur. Également, le Gouvernement peut réaffirmer son engagement tout en renforçant ses efforts de remobilisation de l'un appui extérieur pour le secteur.

Pour avancer efficacement, le secteur bénéficierait avantageusement d'une prise de décision informée. Dans cette optique, le pays peut considérer se doter d'une cellule

technique, ancrée au Ministère en charge de la santé, dont la mission serait d'élaborer la nouvelle stratégie de financement du secteur sur base des orientations et leçons tirées de l'analyse de l'espace budgétaire. Cette cellule technique pourrait chercher à statuer sur les opportunités les plus techniquement pertinentes et réalisables politiquement. Elle pourrait ainsi revisiter et affiner les simulations avancées et déterminer l'arbitrage d'options le plus viable. Par ailleurs, en matière de refinancement, toutes les solutions ne relèvent pas directement et uniquement du contrôle des autorités sanitaires. La santé peut être envisagée dans toutes les politiques de l'État. En conséquence, un dialogue politique extra-sectoriel semble essentiel pour bénéficier des leviers possibles issus des synergies.

**Le refinancement du secteur semble à portée de main puisque le Burundi connaît aujourd'hui un *momentum* politique qui augure le développement vraisemblable prochain d'une nouvelle stratégie de financement.** La section suivante tente d'appréhender l'applicabilité des scénarios budgétaires prospectifs mis en exergue, à la lumière des résultats de cette étude.

Les acteurs clés de la santé et autorités du plaidoyer pour un financement soutenable de la santé se sont réunis en septembre 2019<sup>47</sup> pour identifier et discuter l'espace des possibles. Cette première conférence nationale sur la santé au Burundi a mené à la formulation d'une série d'engagements communs en matières de droit à la santé et au bien-être pour tous (17).

A cette occasion, les progrès et acquis du secteur ont été salué : e.g. gratuité ciblée et subvention de certains produits de santé, accessibilité géographique élargie à 80% de la population, développement de normes de qualité et financement basé sur la performance et la qualité de la prestation de services. Quatre propositions fortes ont été émises à l'attention du Gouvernement pour analyse et adoption. Premièrement, l'appel à faire un choix courageux pour la santé dans tous les secteurs démontre l'importance d'une vision extra-sectorielle imposant la santé dans toutes les politiques et stratégies du pays. La santé deviendrait de fait une affaire universelle. Deuxièmement, le développement de l'accès universel aux services et soins de santé essentiels fait référence à l'importance d'instaurer des mécanismes financements innovants levant davantage de fonds domestiques, de renforcer les mécanismes existants de paiement à la performance et de caisse d'assurance maladie et d'améliorer l'efficacité dans la chaîne de gestion des approvisionnements (pour les intrants nécessaires au bon fonctionnement des structures de santé de première ligne). Cette orientation placerait le financement adéquat de la santé primaire au-devant des priorités nationales. Troisièmement, l'autonomisation individuelle et communautaire s'invite également au-devant des propositions pour reconnaître l'apport des acteurs pour une converger vers une meilleure planification, mise en œuvre et suivi-évaluation des

---

47 i.e. Parlementaires, Ministres, Hauts Cadres de l'État, Chefs des Agences du Système des Nations Unies, Membre de la Société civile et Représentant du secteur privé, sous le Haut Patronage de Son Excellence Monsieur le Deuxième Vice-Président de la République

interventions de santé. Cette voie offrirait un système participatif instruit par les individus et les communautés. Quatrièmement, et finalement, l'alignement des parties prenantes sur les politiques, stratégies et plans nationaux s'impose à tous les niveaux. Ce dernier axe assurerait un meilleur degré d'appropriation des matières et décisions qui touche à la santé.

Il apparaît ainsi que les résultats de cette étude de l'espace budgétaire à la santé sont relativement alignés sur ces nouveaux engagements politiques communs pour la santé : appel au renforcement du financement domestique, à plus d'efficacité, à améliorer la cohérence des politiques et l'engagement dans le secteur. Ce constat conforte donc l'existence réelle du *momentum* politique relatif refinancement sectoriel nécessaire au soutien de la politique nationale de la santé. Le système de santé fait effet face à de grands défis appelant à la révision de son financement. La recherche de toutes les opportunités de mobilisation additionnelle de ressources, internes et externes, est vitale pour permettre au pays d'atteindre ses objectifs d'amélioration de la couverture sanitaire et de réduction des inégalités. Les progrès attendus de protection élargie de la population contre les risques liés aux problèmes de santé, et indirectement d'amélioration de la performance et soutenabilité du système national de santé du Burundi, vont inévitablement dépendre des choix stratégiques et politiques qui se feront dans les prochains mois et semestres.

## 7 RÉFÉRENCES

1. Heller PS. The prospects of creating “fiscal space” for the health sector. Health Policy Plan. 2006 Mar;21(2):75–9.
2. Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective [Internet]. The World Bank; 2010 Feb [cited 2019 Apr 6] p. 1–84. Report No.: 56053
3. UNICEF. The 2017 State budget - Burundi. 2017.
4. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) du Burundi. Plan national de développement sanitaire 2019-2023 (PNDS III 3eme génération) aligné au plan national de développement du Burundi 2018-2017. 2018 Dec.
5. Tandon A, Cain J, Kurowski C, Postolovska I. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries [Internet]. Washington, DC: World Bank.: The World Bank; 2018 Dec p. 45. (Health, Nutrition and Population - Global Practice). Report No.: CC BY 3.0 IGO
6. Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective [Internet]. The World Bank; 2010 Feb [cited 2019 Feb 7] p. 1–84. Report No.: 56053
7. Niyongabo E, al. Note on Burundi’s FY2018/19 Budget (GMTA3) - Unpublished work. 2019.
8. BRB-Banque de la République du Burundi. Rapport Annuel 2017 sur la stabilité financière au Burundi - Troisième Edition [Internet]. [cited 2019 May 29]
9. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. Constraints to Scaling up and Costs – Working Group 1 Report. 2010.
10. UNICEF. The 2017 Social Protection - Burundi. 2017.
11. OBR-Office Burundais des Recettes. Rapport annuel 2016 [Internet]. 2017 Mai
12. OECD, African Tax Administration Forum, African Union Commission. Revenue Statistics in Africa 1990-2016 [Internet]. OECD; 2018 [cited 2019 Apr 18]. (Revenue statistics in Africa).
13. OBR-Office Burundais des Recettes. Plan Stratégique 2018-2022 de l’OBR : Optimisation des recettes et amélioration du climat des affaires par un service de qualité [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Sep 19]
14. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies [Internet]. WHO; 2017 Jul [cited 2019 Apr 16]
15. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida, Burundi. Etude sur le financement de la santé au Burundi : Rapport d synthèse. 2014 Mai.
16. Fonds mondial. Burundi Funding Landscape - Unpublished work. 2020.
17. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) du Burundi. Rapport général de la Première Conférence Nationale sur la santé tenue sous le Haut Patronage de Son Excellence Monsieur le Deuxième Vice-Président de la République (Bujumbura, 16-18 septembre 2019). 2019.
18. IHME. Healthcare Access and Quality (HAQ) Profiles
19. BATUNGWANAYO G, BANYIYEZAKO J, NTIRORANYA D. Etude sur l’effectivité de la gratuité ciblée de soins chez les enfants de moins de cinq

- ans, chez les femmes enceintes et celles qui accouchent au niveau des services de santé du Burundi. Rapport final du Programme d'Appui au Système de Santé à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance – UE-PASS-FBP. 2019 Oct.
20. Peerenboom PB, Basenya O, Bossuyt M, Ndayishimiye J, Ntakarutimana L, Weerd J van de. La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi. *Sante Publique (Bucur)*. 2014 May 27;Vol. 26(2):229–40.
21. Soeters R, Peerenboom PB. Theories underlying PBF and good governance. In: *PBF in Action : Theory and Instruments, PBF Course Guide*. Sina Health and cordaid. La Haye (Pays-Bas); 2013.
22. Nimpagaritse M, Bertone MP. The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy Plan*. 2011 Nov;26 Suppl 2:ii63-71.
23. De Caluwé P, Baglione Q, Vandenberg D, Niyonkuru D. Actualisation des coûts des prestations des formations sanitaires - Rapport final produit dans le cadre du projet Kira. 2019 Feb.
24. Bertone MP, Meessen B. Splitting functions in a local health system : early lessons from Bubanza and Ngozi projects in Burundi. La Haye (Pays-Bas). La Haye (Pays-Bas): Cordaid; 2010.
25. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, Burundi, Ndibu N. Rapport final de l'analyse de l'Equité dans la dispensation des services de vaccination au Burundi - MSPLS Direction Générale des services de la santé et de la lutte contre le Sida, Direction des projets et programmes de santé, Programme Elargi de la Vaccination (PEV). 2018 Oct.
26. Holmes K, Ndiokubwayo D, Ruvakubusa C. For State and Citizen: Reforming Revenue Administration in Burundi [Internet]. Africa Research Institute; 2013 Oct [cited 2019 Jun 14]
27. International Budget Partnership. Open-budget survey 2017 (Enquête sur le Budget Ouvert EBO-2017) [Internet]. International Budget Partnership (IBP); 2018 Jan. Available from: Enquête sur le Budget Ouvert 2017 qui a été menée par le Centre Universitaire de Recherche et de Développement Economique et Social (CURDES)
28. UNICEF. Political economy analysis in Burundi. 2017 May.
29. Laokri S. Collaborative Approaches and Policy Opportunities for Accelerated Progress toward Effective Disease Prevention, Care, and Control: Using the Case of Poverty Diseases to Explore Universal Access to Affordable Health Care. *Front Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 25];4
30. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, Burundi. Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) sectoriel santé 2019-2021 en appui à la mise en œuvre du PNDS III 2019-2013. 2019.
31. Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi (MSPLS): Cellule technique nationale FBP. Rapport de mise en oeuvre du financement basé sur la performances et la gratuité des soins pour l'année 2018. 2019 Apr.
32. Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale du Burundi. Document de Politique Nationale de la Protection Sociale (PNPS) [Internet]. 2015
33. Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU). Annuaire statistique du Burundi, 2017. 2018 Dec.

34. PAMUSAB-Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi. Rapport annuel 2017 du secrétariat Exécutif de la Plateforme PAMUSAB [Internet]. 2018

35. Commission des Affaires Sociales, du Genre, du Rapatriement, de l'Égalité des chances et de la lutte contre le SIDA du Burundi. Enquête parlementaire sur les prestations de la Mutuelle de la Fonction Publique - Rapport de Synthèse [Internet]. 2012 Nov

## 8 ABBREVIATION

ASC : Agent de Santé Communautaire

BIF : Francs burundais

BPS : Bureau de Province de Santé

BRB : Banque centrale de la République du Burundi

CAE : Communauté des pays de l'Afrique de l'Est

CAM : Caisse d'assurance maladie

CAMEBU : Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et des Consommables Médicaux du Burundi

CCIA : Comité de Coordination Inter-Agence

CDMT : Cadre de Dépenses à Moyen-Terme

CDS : Centre de santé

CNS (ou CS) : Comptes de la Santé

CPSD : Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement

CSU : Couverture sanitaire universelle (UHC – *Universal health coverage*)

CTN/FBP : Cellule Technique National du Financement Basé sur la Performance

DALYs: Disability-adjusted life years

DS : District de Santé

EDSB : Étude Démographie et Santé au Burundi

FBP : Financement Basé sur la Performance

FIDA : Fonds d'Investissement pour le Développement Agricole

FOSA : Formation sanitaire

GASC : Groupement d'Agent de Santé Communautaire

ISTEEBU : Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi

KfW : Kreditanstalt für Wiederaufbau

MF : Ministère en charge des Finances

MFP : Mutuelle de la Fonction Publique

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSCs : Organisation de Société Civile

PEV : Programme Élargi de Vaccination

PIB : Produit intérieur brut

PLF : Projet de Loi de Finances

PND : Plan National de Développement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PPAC : Plan Pluriannuel Complet

PTFs : Partenaire Technique et Financier

RSS : Renforcement des Systèmes de Santé

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

## 9 TABLE DES ILLUSTRATIONS

### 9.1 Liste complète des figures

Figure 1 : Étapes clés de l'élaboration de la future stratégie nationale du financement sectoriel santé .....	14
Figure 2 : Taux de fertilité moyen au Burundi et dans le monde, entre 2010 et 2015 (nbre de naissances vivantes par femme).....	17
Figure 3: Évolution du taux de fécondité et de la croissance démographique au Burundi depuis 1955 et projections à l'horizon 2025.....	18
Figure 4 : Évolution de la pauvreté de la population (taux de pauvreté) au Burundi, entre 1992 et 2013 .....	19
Figure 5: Évolution de la richesse nationale (PIB par habitant) au Burundi, depuis 1992 et projection à l'horizon 2024.....	20
Figure 6 : Espérance de vie et mortalité infantile au Burundi, exprimées en proportion du revenu national.....	21
Figure 7: Charge de la morbidité au Burundi selon la cause : maladies non transmissibles, transmissibles et blessures, 1990 à 2017.....	22
Figure 8: Dépenses directes de santé au Burundi, exprimées en pourcentage des dépenses de santé courantes, 2016.....	25
Figure 9 : Évolution de la croissance et projections du PIB (%) au Burundi, 2011-2021	28
Figure 10 : Évolution du volume et projection de la richesse nationale (PIB) au Burundi, 2010-2021.....	29
Figure 11 : Croissance économique nationale (PIB réel) au Burundi et dans les pays de comparaison : Évolution des taux annuels (%) avant et après la crise de 2015.....	30
Figure 12 : Évolution de l'inflation annuelle (%) au Burundi, 1992-2018.....	31
Figure 13: Évolution et prévisions des recettes et dépenses des administrations publiques du Burundi (en % du PIB), 2010-2021 .....	32
Figure 14: Recettes et dépenses des administrations publiques en pourcentage du PIB, 2018 .....	34
Figure 15 : Résultats budgétaires du gouvernement pour 2014-2018 (en % du PIB), 2014-2018 .....	36
Figure 16 : Évolution du déficit budgétaire au Burundi et dans les pays de comparaison, 2014-2018.....	36
Figure 17 : Évolution de la dette de l'État (en % du PIB) au Burundi, 2014-2018.....	37
Figure 18: Ratio du déficit budgétaire et de la dette au Burundi, moyenne 2016-2018....	39

Figure 19 : Poids comparatif du service annuel de la dette publique du Burundi (rapporté au PIB), moyenne pour 2016-2018 .....	39
Figure 20: Évolution de la composition du PIB selon les secteurs d'activités économiques (à prix courant), 2013 à 2017 .....	40
Figure 21: Évolution des pourcents de variation du PIB réel (à prix constants de 2005) selon les secteurs d'activités (agriculture, industrie et services), 2013 à 2018 .....	41
Figure 22 : Croissance économique (PIB per capita), croissance démographique et estimations de la pauvreté au Burundi, 2003 à 2017 .....	44
Figure 23: Élasticité des dépenses de santé par rapport au PIB au Burundi, 2000 à 2016 .....	45
Figure 24 : Évolution de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) au Burundi et de la part du budget de l'État accordée à la santé, 2008 – 2019/2020 .....	48
Figure 25 : Évolution de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) au Burundi et du niveau de richesse du pays (PIB), 2008 – 2019/2020 .....	49
Figure 26 : Évolution de l'allocation budgétaire santé (du MSPLS) au Burundi et du niveau de dépense per capita, 2008 – 2019/2020* .....	50
Figure 27 : Évolution des dépenses totales de santé et dépenses courantes (per capita et en % du PIB) au Burundi, 2000 à 2016 .....	51
Figure 28 : Comparatif des niveaux de dépenses totales de santé et dépenses courantes de santé par rapport au revenu (exprimées en pourcentage du PIB) pour l'année 2016, au Burundi .....	51
Figure 29 : Évolution des ressources nationales et extérieures allouées à la santé au Burundi, 2008 à 2018 .....	52
Figure 30 : Ventilation de l'allocation budgétaire du MSPLS selon la nature économique de la dépense, 2019/2020 .....	53
Figure 31 : Part relative (%) des budgets ministériels dans le total des ressources (intérieures et extérieures) allouées aux ministères sociaux au Burundi, 2017 .....	54
Figure 32 : Évolution des volumes de recettes fiscales collectées et contribution de la fiscalité au financement de la dépense publique courante, 2009-2016 .....	57
Figure 33 : Évolution de la pression fiscale au Burundi et projections à l'horizon 2021 .....	59
Figure 34 : Comparaison de la pression fiscale au Burundi et en Afrique, 2010-2016 .....	60
Figure 35: Évolution de la pression fiscale au Burundi par type de taxation et projections à l'horizon 2021 .....	62
Figure 36: Évolution de la structure de l'impôt au Burundi, 2013-2017 .....	63
Figure 37: Évolution des montants des recettes fiscales totales et par type (en milliards BIF), au Burundi, 2013-2017 .....	64

Figure 38 : Budget du plan stratégique de développement de la fiscalité au Burundi par domaine de progression, 2018-2022 .....	69
Figure 39 : Évolution des projections des recettes fiscales internes et externes pour le plan quinquennal 2018-2022 au Burundi (en millions BIF).....	70
Figure 40 : Projection annuelle par nature des recettes moyennes des produits fiscaux (en millions BIF) au Burundi, 2018-2022 .....	70
Figure 41 : Scénarios hypothétiques d’une affectation forfaitaire au secteur de la santé sur base des projection du plan de développement 2018-2022.....	71
Figure 42 : Évolution des recettes de la taxation sur la consommation au Burundi : Le cas des taxes ciblées sur tabac, bière & limonade, vins & spiritueux et sucre, 2015-2017 .....	72
Figure 43 : Taxation du tabac au Burundi, 2008-2016 .....	74
Figure 44 : Niveau de la taxation sur le tabac des pays à bas et moyen revenus, 2017 ....	74
Figure 45 : Situation comparative relative à la taxation du tabac selon le niveau d’engagement de la politique nationale de lutte contre le tabagisme, 2018.....	75
Figure 46 : Simulation d’une hausse fictive de la fiscalité sur la vente de tabac au Burundi, 2017 .....	75
Figure 47 : Évolution de la production de cigarettes, du prix et de la taxation au Burundi, 2010-2018.....	75
Figure 48 : Ventilation des recettes fiscales relatives aux impôts sur les revenus des personnes physiques au Burundi, 2017.....	77
Figure 49: Part des travailleurs “non-salariés” au Burundi, 1991-2017 .....	78
Figure 50 : Évolution des recettes fiscales (accises) provenant des télécoms au Burundi, 2015-2017.....	78
Figure 51: Financement de la santé au Burundi, par source, 2000 à 2016 .....	80
Figure 52: Financement extérieur de la santé au Burundi en proportion des dépenses de santé courantes, 2016 .....	80
Figure 53 : Évolution des proportions annuelles des contributions au CDMT selon la provenance des fonds, 2019-2021 .....	82
Figure 54 : Estimation du gap programmatique du CDMT, 2019-2021 .....	82
Figure 55: Tendances du financement extérieur dédié à la santé dans la dépense courante de santé au Burundi, 2000- 2016 .....	83
Figure 56: Comparaison internationale de la part (%) de l’aide au développement allouée au secteur de la santé et acheminée par le secteur public (en proportion des dépenses courantes et des dépenses publiques de santé), 2016.....	84

Figure 57: Évolution des contributions extérieures et poids dans les recettes de l'État burundais, 2000-2018.....	85
Figure 58: Évolution et projections des parts de l'aide extérieure et des recettes de l'État burundais dans la richesse nationale (en % du PIB), 2010 – 2021.....	86
Figure 59 : Évolution et projections des postes de recettes fiscales et non fiscales et de dépenses totales courante et d'investissement au Burundi (en % PIB), 2010-2021 ...	87
Figure 60: Évolution comparative de l'indice d'accès aux soins de santé et à la qualité des services au Burundi et dans les pays à faible revenu, 1990 - 2016.....	90
Figure 61 : Parts (%) du financement de la dépense de santé courante au Burundi, 2010, 2012 et 2013.....	98
Figure 62 : Allocation des ressources au Burundi selon les niveaux infranationaux pour 2015-2016 (en milliards BIF) .....	99
Figure 63 : Comparaison internationale du degré de transparence budgétaire, 2017 .....	103
Figure 64 : Évolution de l'évaluation des politiques et des institutions nationales .....	105
Figure 65 : Comparaison internationale de l'investissement et de la qualité des politiques et institutions, 2011-2017 .....	105
Figure 66 : Illustration du gap de financement 2019 des activités du programme (PNDSIII et dépense de santé en millions BIF) .....	113
Figure 67 : Cartographie des mutuelles communautaires de santé au Burundi, 2014-2015 .....	116
Figure 68 : Tableau synoptique des opportunités d'élargissement budgétaire en faveur du secteur de la santé au Burundi .....	120
Figure 69: Simulation des marges de manœuvre par pilier analytique (baseline 2019)...	122
Figure 70: Aperçu synthétique des résultats des marges d'accroissement de l'espace budgétaire dédié à la santé au Burundi et dans les pays de comparaison, 2000 à 2016 .....	125

## 9.2 Liste complète des tableaux

Tableau 1 : Évolution des dix principales conditions contribuant à la charge de morbidité au Burundi, 1990-2017 23

Tableau 2 : Évolution des dix principaux facteurs de risque contribuant à la charge de morbidité au Burundi, 1990-2017 24

Tableau 3 : Tableau synthétique des estimations projetées de la marge de manœuvre mobilisable à travers l'environnement macroéconomique 46

Tableau 4 : Performance attendue à l'horizon 2023 56

- Tableau 5 : Budget de la caisse d'assurance maladie (CAM), 2016 à 2019 73
- Tableau 6 : Relevé complet des ressources extérieures probables sur base de financements prévisionnels annoncés par les partenaires au développement pour le financement du PNDS III à travers le cadrage triennal du CDMT 2019-2021 81
- Tableau 7 : Répartition du budget estimé par les PNDS III selon les objectifs généraux et axes stratégiques du plan quinquennal, 2019-2023 111
- Tableau 8 : Résultats de la budgétisation du plan national de développement sanitaire, PNDS 2019-2023 et estimation (des auteurs) du besoin de financement pour l'exercice en cours 111
- Tableau 9 : État des lieux des effectifs couverts par une mutuelle de santé au Burundi, 2017 116
- Tableau 10 : Couverture du programme Carte d'assistance médicale aux personnes âgées( 60 ans et plus), 2019 117