

Evaluation de l'accès financier aux soins pour les populations de la province de Karuzi: des résultats mitigés



**Burundi
Juin 2006**



Province de
Karuzi

Ce rapport a été rédigé par Sophie Lambert, avec l'aide de l'équipe MSF au Burundi, Frédérique Ponsar, Catherine Bachy, Dr. Michel Van Herp et Dr. Mit Philips.

En cas de questions ou remarques, veuillez vous mettre en contact avec :
Mit Philips
Médecins Sans Frontières
Rue Dupré 94, 1090 Bruxelles
mit.philips@msf.be

Contexte

La province de Karuzi, au cœur du Burundi, a été fortement affectée par la crise qui a secoué le pays. Elle compte parmi les provinces les plus pauvres et les plus isolées du pays. Médecins Sans Frontières (MSF) y est présent depuis 1993. Début 2003, un projet de santé primaire avec un volet communautaire important a été mis en place pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour la population. Ce projet a donné lieu à la signature d'une convention de collaboration entre la Province de Karuzi, le Bureau Provincial de la Santé de Karuzi et MSF pour une durée de 3 ans. Ainsi, MSF soutient les structures de santé par un apport en médicaments¹ et matériel médical, de primes au personnel des structures de santé et effectue des supervisions régulières dans chaque centre. Un système de référence des patients vers l'hôpital assure le transfert des malades les plus graves. Des Comités de Gestion et des Comités de Santé ont été mis en place afin de garantir la transparence de la gestion des structures de santé et un bon flux d'information entre celles-ci et la population.

Taux de change en vigueur en août 2005 : 1\$US = 1073.06 Fbu.

L'une des principales composantes de cette convention est un système de tarification forfaitaire² à 300 Francs burundais (0.28 US\$) visant à garantir l'accès financier aux soins au plus grand nombre de patients. Ce système est complété par la gratuité pour les indigents identifiés au sein de la communauté. La province de Karuzi n'applique donc pas le recouvrement des coûts, comme dans la majorité des autres provinces du pays.

Depuis la fin du 1^{er} trimestre 2004, les ménages identifiés comme indigents ont commencé à bénéficier effectivement de l'accès gratuit aux soins dans les structures de santé de Karuzi malgré les réticences initiales du personnel de certains centres de santé. 15% du total des ménages de la province ont été identifiés comme indigents, sur base de critères définis par le comité provincial³.

La convention de collaboration arrivant à échéance, une étude a été réalisée afin d'orienter les activités de MSF dans la province. Cette récolte de données devrait nous permettre de répondre aux questions suivantes :

Le système forfaitaire tel qu'il existe aujourd'hui, complété par un système d'identification des indigents a-t-il permis d'augmenter l'accès aux soins pour les habitants de la province de Karuzi ?

Le niveau du forfait actuel est-il accessible pour la population?

Le système des indigents est-il suffisamment protecteur?

¹ L'approvisionnement en ACT (arthemisinine combination therapy) est assuré par le BPS depuis mars 2005.

² Le système forfaitaire signifie un tarif unique incluant tous les frais encourus par le patient : consultation, examens et traitement.

³ Chiffres issus du projet en 2005

Diagnostic national

A l'échelle nationale, le système de recouvrement des coûts est en vigueur et le débat sur l'accessibilité aux soins a été entamé depuis plus de deux ans par différents acteurs impliqués dans la santé.

En 2003, un rapport MSF sur « l'accès aux soins de santé au Burundi » mettait en avant le manque d'accès financier particulièrement dans les provinces où le système de recouvrement des coûts était en place ; 17% de la population n'avait pas accès aux soins dont 82% pour des raisons financières. Le coût à supporter pour la santé conduisait la population à recourir à des moyens extrêmes pour payer leurs soins, creusant davantage leur précarité. Même avec les autres systèmes «forfait» et «partage des coûts» qui allègent le fardeau financier pour le patient, plus de 9 % des patients sont exclus des soins.

Rapport disponible sur le site : www.msf.be

Une première série d'enquêtes sur l'accès aux soins réalisée en 2003 par MSF mettait en évidence de graves problèmes d'exclusion dans ce système de recouvrement des coûts. En 2005, l'OMS dans son rapport d'évaluation de la situation de santé des populations destiné au Ministère de la Santé Publique confirme le diagnostic ⁴.

Les obstacles financiers aux soins sont également reconnus dans la politique nationale du ministère de la santé : « L'achat des prestations est essentiellement le paiement direct des soins qui exclut largement les pauvres et certains ménages sont obligés de s'endetter ou de vendre leurs biens pour se faire soigner... »⁵

Certains mécanismes (à court et à moyen terme) y sont envisagés afin d'améliorer l'accès aux soins des populations :

- « des subventions publiques focalisées sur les priorités de santé publique pour tout le monde, et pour protéger les groupes les plus vulnérables tels que les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les indigents.
- La réforme et l'extension des assurances maladie obligatoires pour les membres du secteur formel structuré
- Les mutuelles de santé pour les populations rurales et informelles actives. »⁶

Le 1er mai 2006, le Président de la République a annoncé la gratuité des soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes.

L'ensemble des données récoltées lors des enquêtes devrait contribuer à alimenter les discussions sur l'accès financier aux soins pour les populations burundaises. Elles donnent différentes indications sur la capacité contributive réelle des populations, la charge représentée par les dépenses de santé sur le budget des familles ainsi que la contribution relative de l'obstacle financier aux problèmes d'accès aux soins, particulièrement en milieu rural.

⁴ « Plan de financement du plan national du développement sanitaire du Burundi 2006-2010 », Chris Atim, consultant OMS, Août 2005, Bujumbura.

⁵ « Projet de politique nationale de santé 2005-2015 ».

⁶ « Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 ».

Enquêtes & méthodes

Une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées dans le cadre de cette étude :

Méthodes quantitatives

Une enquête de ménages a été réalisée du 22 août au 14 septembre 2005, selon la méthode de sondage en grappes à deux degrés.

Au total, 937 ménages ont été interrogés afin de mesurer l'accessibilité financière aux soins de santé dans un rayon de 5 km autour des structures de premier niveau soutenues par MSF (10 CdS). Le choix d'un rayon de 5 km maximum correspond à la volonté de se concentrer sur la problématique d'accès financier aux soins autour des structures pratiquant un même système tarifaire.

Les variables principales étudiées sont **la mortalité** et **l'accès aux soins**. Des indications sur la situation socio-économique des ménages ont également été récoltées. La période rétrospective étudiée pour la mortalité est d'une durée de 3 mois.

Méthodes qualitatives

En août et octobre 2005, des groupes focaux⁷ auprès des personnes identifiées comme indigentes dans la communauté, des patients, des bénéficiaires du centre nutritionnel thérapeutique (CNT) et du personnel de santé ont été menés afin d'approfondir les données de l'enquête.

⁷ Un groupe focal est un groupe de discussion qui rassemble des personnes de même milieu ou ayant des expériences semblables pour discuter d'un thème précis présentant un intérêt pour le chercheur. Ce groupe de participants est dirigé par un modérateur (ou facilitateur) qui introduit les sujets à débattre et aide le groupe à développer une discussion animée et naturelle. Définition issue du Manuel des groupes focaux, Susan Dawson et Lenore Manderson, Tropical Health Program, University of Queensland Medical School Herston Road, Herston.

Résultats & discussion

Dans une population en développement stable, le taux brut de mortalité est estimé à 0,5 décès / 10.000 / jour pour l'ensemble de la population et le taux de mortalité pour les enfants de moins de 5 ans à 1 décès / 10.000 / jour. Les seuils d'urgence reconnus internationalement correspondent à un doublement des taux attendus.

Stabilisation de la mortalité

En septembre 2005, le taux brut de mortalité observé reflète une situation stable :

Taux brut de mortalité = 0,5 décès / 10. 000 / jour
Taux de mortalité < 5 ans = 1,4 décès / 10. 000 / jour.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est toujours au-dessus du taux attendu dans un pays en développement stable (voir ci-contre), sans toutefois atteindre le seuil d'urgence.

Sur ces 5 dernières années, on a observé une baisse de la mortalité dans la province de Karuzi après l'urgence liée à la situation nutritionnelle et à l'épidémie de paludisme en 2000/2001⁸. A cette période, le taux brut de mortalité était de 1,2 décès pour 10.000 personnes par jour, soit un doublement des taux attendus. Le taux de mortalité pour les moins de 5 ans était de 3,2 décès pour 10.000 personnes par jour, soit un triplement des taux attendus.

La cause principale de mortalité est le paludisme ou la fièvre⁹ ; elle représente 31% des causes de mortalité sur déclaration des répondants. La méthode d'autopsie verbale n'a pas été utilisée pour déterminer les causes de mortalité.

L'enquête a été réalisée pendant la saison sèche, période de faible transmission du paludisme. Cette saisonnalité pourrait entraîner une sous-estimation des taux de mortalité observés par rapport aux taux de mortalité annuels moyens.

Une morbidité élevée

Sur la base de la morbidité rapportée par les ménages pour les deux semaines précédant l'enquête, le nombre d'épisodes maladie par personne et par an est estimé à 4,6. Ce chiffre de morbidité est élevé, il correspond à tout épisode maladie rapporté par les ménages, qu'il soit considéré comme grave ou non par le ménage¹⁰.

Selon les répondants, la moitié des causes de morbidité pour les enfants de moins de 5 ans et plus des trois quarts des causes de morbidité pour les plus de 5 ans sont liées à la fièvre/paludisme.

« La 1^{ère} cause de morbidité au Burundi est le paludisme ; il représente 40% des motifs de consultations dans les CdS du Burundi. » *Plan national de développement sanitaire 2006-2010.*

⁸ « Enquête de prévalence de la malnutrition de couverture vaccinale et de mortalité rétrospective », Cavailer Philippe, Karuzi, Burundi. Mars 2001 ; « Epidémie de paludisme du Burundi », Dantoine François et Legros Dominique, Septembre 2000-Mai 2001.

⁹ Les réponses ne sont pas basées sur un diagnostic clinique mais sur la perception des répondants: les répondants associant souvent automatiquement le symptôme de fièvre au paludisme, ces deux réponses ont été groupées pour l'analyse.

¹⁰ Afin de comparer ces données aux taux d'utilisation des structures, il serait utile de connaître le nombre d'épisodes maladie pour lesquels les ménages jugeaient qu'une consultation était nécessaire. Cette donnée n'a pas été récoltée lors de l'enquête.

Une précarité généralisée

Seuil de pauvreté reconnu au niveau international = 1 \$US / hab. / jour

Le Burundi compte parmi les pays les plus densément peuplés d'Afrique avec plus de 250 hab./ km². L'atomisation et la surexploitation des parcelles familiales y sont des problèmes bien connus. Au niveau national, l'exploitation n'excède pas 0,5 hectare par ménage. *Le Burundi, entre espoir et pauvreté, Action Contre la Faim, juin 2005.*

La situation économique des ménages a été fortement affectée par 12 ans de crise. 99% de la population de la province de Karuzi vit aujourd'hui avec moins de 0,5 \$US par personne par jour. L'ensemble de la population vit largement en-dessous du seuil de pauvreté.

Les ménages, constitués en moyenne de 5 personnes, ont déclaré dépenser pour tous leurs membres au total moins de 2 \$US par semaine¹¹ (pour les dépenses courantes comme : frais de nourriture, énergie, savon...). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que ceux-ci déclarent recourir de manière régulière à l'endettement. En septembre 2005, 60% d'entre eux avaient une dette en cours. 9 ménages sur 10 déclarent que la terre qu'ils exploitent permet la survie de leurs membres. Seuls 1% des ménages déclarent pouvoir dégager des bénéfices grâce à une activité agraire.

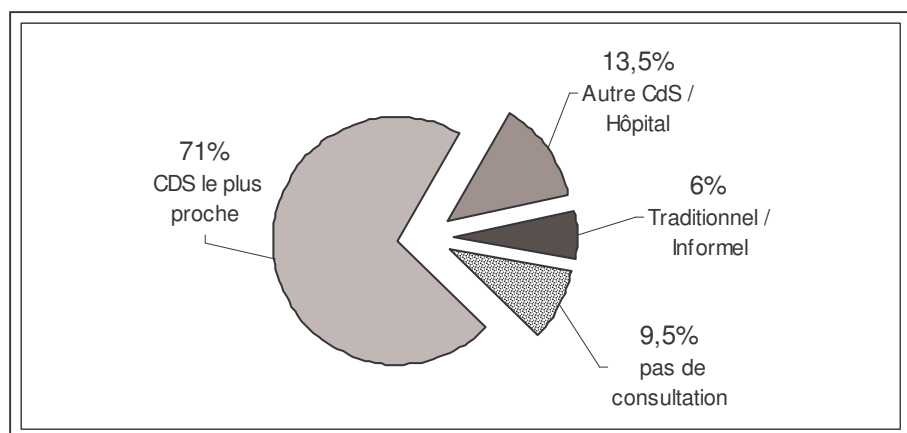
Ces données reflètent le type d'économie rurale où la majorité des ménages vivent ou survivent tout juste avec la production de leur lopin de terre. Dans une économie de subsistance, peu d'argent circule au quotidien.

En outre, 10 % des ménages interrogés lors de l'enquête présentaient au moins un critère d'indigence¹².

L'ensemble de ces éléments confirme une situation de précarité généralisée dans les ménages : les réserves monétaires n'existent pas et les biens sont rares. Les ménages sont dans l'impossibilité de faire face à des dépenses imprévues, surtout pour la santé.

Accès aux soins de santé : une série de données encourageantes

Les démarches des ménages face à la maladie/lieux de consultation



¹¹ Dans un contexte où les revenus des ménages sont très variables selon les périodes, les dépenses des ménages servent de meilleur indicateur de leur situation socio-économique.

¹² Ces critères ont été définis au niveau provincial ; le premier critère d'indigence rapporté par les ménages lors de l'enquête est le fait de ne pas être propriétaire de terre. A part les questions foncières, les critères d'indigence les plus souvent rapportés par les ménages sont 'les femmes seules à la tête du ménage' et 'les personnes âgées, incapables de dégager des ressources'.

Parmi l'ensemble des malades qui considéraient qu'une consultation était nécessaire, 71 % des malades ont choisi de se rendre dans le centre de santé le plus proche de leur habitation lors de leur dernier épisode de maladie. La majorité des malades se rendent dans le système officiel des soins et seuls 6% font une démarche de soins en-dehors de ce système. 9,5 % des malades n'ont fait aucune démarche de soins lors du dernier épisode maladie.

■ Une utilisation élevée du système officiel de soins

« On ne va pas voir le guérisseur parce que c'est inutile. Aussi, les médicaments achetés sont quelques fois mauvais, ils peuvent être périmés. On n'a pas confiance aux médicaments traditionnels et aux médicaments vendus comme ça. On ne sait pas d'où ils viennent. Ceux qui les prennent ne guérissent pas parce qu'il n'y a pas de dosage. » groupe focal avec des Patients de Rutonganiwa

La majorité des malades qui ont décidé de faire une démarche de consultation ont choisi de se rendre dans un centre de santé ou à l'hôpital. Ce choix des ménages reflète la confiance portée par la population envers le système officiel de soins. Ces données corroborent aussi les statistiques de fréquentation obtenues au niveau des structures soutenues par MSF : le nombre de consultations au niveau des centres de santé a doublé depuis 2003 et les taux d'utilisation dépassent aujourd'hui un nouveau contact par habitant par an.

Seulement 6 % des malades qui vont consulter choisissent d'aller chez un vendeur de médicaments ou chez un guérisseur. Ce chiffre est relativement faible par rapport à ceux observés dans d'autres contextes africains¹³.

Les ménages rapportent également que le traitement « moderne » est le traitement de premier recours en cas de maladie. Même quand la maladie est perçue comme bénigne, le recours aux médicaments traditionnels est faible; les malades déclarent préférer ne pas prendre de médicaments du tout plutôt que de recourir à la médecine traditionnelle.

Les considérations financières contribuent souvent au choix des malades de se rendre dans le système non officiel de soins ; notons que les coûts des soins dans ce secteur sont moindres comparés aux coûts dans les structures officielles. Ce sont aussi les seuls lieux de consultations où le patient ne doit pas forcément payer en argent comptant. Le problème de distance et le manque de confiance envers les structures officielles sont également cités par les malades.

■ Respect de la tarification forfaitaire « tout inclus »

Les données récoltées confirment que les patients connaissent la tarification en vigueur et que celle-ci est effectivement respectée au niveau des structures de soins: les patients ayant consulté dans les CdS publics ont payé le forfait de 300 Fbu pour un traitement complet.

Dans les CdS agréés¹⁴ de la province, les tarifs moyens payés par les ménages interrogés sont de 600 Fbu, soit le double des tarifs pratiqués dans les structures publiques.

¹³Le fait que les ménages aient été interrogés par des personnes d'une ONG médicale occidentale a pu influencer ce résultat. En outre, le gouvernement burundais ne reconnaît pas ce type de ventes de médicaments et la médecine traditionnelle est exclue de toute planification sanitaire ; ceci peut avoir un impact sur le comportement des ménages ou sur leurs réponses lors de l'enquête.

¹⁴ Un Cds agréé est un Cds privé reconnu par le Ministère de la Santé : 3 structures sont agréées dans la province de Karuzi.

■ **Gratuité pour les indigents**

9% des ménages interrogés déclarent être en possession d'une carte d'indigence leur permettant de bénéficier, en théorie, de la gratuité des soins. La grande majorité (plus de 90%) des personnes ayant une carte d'indigent ont bénéficié de la gratuité des soins dans les CdS publics lors de leur dernier épisode maladie.

12% des patients ayant consulté lors de leur dernier épisode maladie ont déclaré ne pas avoir payé pour les soins de santé.

■ **7 malades sur 10 ont accès aux soins dans le CdS le plus proche**

L'accès aux soins :

une personne malade a accès aux soins si lors du dernier épisode maladie survenu, elle a obtenu un traitement complet dans le CdS le plus proche de son habitation.

70% des malades ont obtenu un traitement complet dans le CdS le plus proche de leur habitation lors du dernier épisode maladie.

Pour les habitants vivant autour d'un CdS agréé, l'accès aux soins est deux fois moindre : seuls 36 % des malades ont obtenu un traitement complet dans le CdS le plus proche de leur habitation.

Si l'on élargit la notion d'accès à l'obtention d'un traitement complet dans toute structure de soins (CdS publics et agréés et hôpital) : 83% des malades ont eu accès aux soins dans une structure de santé lors du dernier épisode maladie. L'accès aux soins est donc garanti à 8 malades sur 10 dans les structures officielles de la province.

.....

Dans l'ensemble, ces données montrent que le système actuel - une tarification à 300 Fbu et un système d'identification des indigents est correctement appliqué et connu par la population ; l'utilisation des structures de soins a presque doublé - par rapport aux taux d'utilisation de 2003 - pour atteindre plus d'un nouveau contact par habitant par an. Ces chiffres de couverture curative sont plus élevés que dans la majorité des provinces burundaises- à l'exception des autres provinces pratiquant un système de tarification forfaitaire¹⁵. Ce système garantit l'accès à un traitement complet dans les structures publiques de premier niveau à 7 malades sur 10. Les données récoltées soulignent toutefois certaines limites du système.

.....

¹⁵ « Plan national de développement sanitaire 2006-2010 », République du Burundi, Ministère de la Santé publique, Bujumbura, 4 octobre 2005.

Des problèmes persistants :

■ Un malade sur 10 exclu des soins de santé

L'exclusion :

Une personne malade est exclue des soins si, lors du dernier épisode maladie survenu, elle n'a fait aucune démarche à l'extérieur de la famille pour se faire soigner, alors qu'elle considérait pourtant qu'une démarche était nécessaire.

- Au total 9,5% des malades n'ont fait aucune démarche de consultation alors qu'ils considéraient pourtant que cela était nécessaire. Ces chiffres sont identiques à ceux de 2003 : 10% des ménages dans la province de Karuzi avaient déjà déclaré n'avoir fait aucune démarche de consultation à l'extérieur du ménage en cas de maladie.

1 ménage sur 10 est toujours touché par l'exclusion en cas de maladie, ce qui reste un pourcentage non négligeable, malgré tous les efforts réalisés au travers du système d'identification des indigents pour lutter contre cette exclusion.

La raison principale d'exclusion est le manque d'argent. Particulièrement parmi les malades perçus comme graves par le répondant, le motif financier a été avancé comme l'aspect déterminant le choix des ménages à ne faire aucune démarche de consultation.

- 19% des malades sont allés consulter ailleurs que dans le CdS le plus proche de leur habitation (autre CdS, hôpital, secteur informel) alors que celui-ci devrait être un recours de premier choix, puisque situé dans un rayon de maximum 5km.

Au total, 30% des malades n'ont pas eu accès aux soins dans le CdS proche de leur habitation lors du dernier épisode maladie survenu. 15% des malades n'ont pas eu accès aux soins pour des raisons financières.

Les taux d'accès aux soins ne s'est pas amélioré ces 2 dernières années pour la province de Karuzi¹⁶ : en 2003, lors des premières enquêtes, l'accès aux soins au CdS le plus proche était de 71%, soit identique au pourcentage d'accès en 2005.

■ Le Coût des soins : une lourde charge sur le budget des ménages¹⁷

Le nonaccès aux soins : inclut

-les malades qui n'ont fait aucune démarche de consultation
-les malades qui ont consulté ailleurs qu'au Cds le plus proche
-les malades qui ont consulté au CdS le plus proche et n'ont pas obtenu de traitement complet

Compte tenu des revenus et des dépenses monétaires très faibles des ménages, le poids représenté par les dépenses de santé reste lourd sur le budget des ménages. Le coût d'un épisode maladie à 300fbu représente en moyenne l'équivalent des dépenses journalières de tout le ménage. Ces coûts importants par rapport aux budgets disponibles poussent les ménages à utiliser des mécanismes d'appauvrissement afin de faire face aux frais de santé.

En plus du coût direct des soins, 50% des ménages ont des coûts supplémentaires. Ces coûts sont principalement liés à l'achat de nourriture. Un malade qui se rend à la consultation dans un CdS public doit prévoir 500 Fbu (0,46 US \$)

17 % des ménages déclarent recourir à des mécanismes risquant de les appauvrir pour payer les soins

La grande majorité d'entre eux déclarent s'être endettés auprès d'un proche ; au moment de l'enquête, un quart des ménages déclaraient

¹⁶ Malgré l'augmentation des taux de fréquentation au niveau des structures, il reste une partie de la population qui n'est pas protégée par le système.

¹⁷ Les calculs de cette section sont faits sur le nombre de ménages ayant eu accès aux soins.

avoir une dette liée à des dépenses de santé en cours. Quelques ménages ont déclaré avoir vendu une partie de leur récolte future, du bétail ou une parcelle pour faire face au coût des soins au CdS pour un simple épisode maladie.

« On doit aller travailler chez quelqu'un pour avoir 300 Fbu ou vendre la récolte qui est souvent insuffisante. On en vient aussi à vendre une partie de la récolte du riz des marais qu'on reçoit une fois par an. » Un accompagnateur d'un bénéficiaire du CNT.

De plus, la vente d'une partie de la récolte ou le travail comme main d'œuvre pour un propriétaire terrien concerne un nombre important de ménages. La solution de travailler comme main d'œuvre afin de mobiliser l'argent est une stratégie dépendante de l'offre disponible sur le marché du travail. Elle est très variable selon les saisons et risque d'entraîner des délais plus ou moins longs avant que les malades ne puissent consulter. La maladie risque aussi d'affecter la capacité de travailler et donc de rassembler l'argent. En outre, au sein de certains ménages, il n'y a pas de force de travail. La vente d'une partie de la récolte peut aussi s'avérer délicate dans un contexte où l'autosuffisance alimentaire est à peine garantie par les parcelles cultivées par les familles.

Seuls 8% des ménages disposent de liquidités au moment de la maladie pour payer les soins.

Cette indisponibilité des liquidités peut notamment entraîner un délai avant que les malades ne puissent se rendre au niveau de la structure de soins. La moitié des malades ayant consulté ont déclaré avoir attendu 2 à 3 jours avant de se rendre au CdS. C'est le temps nécessaire au ménage pour mobiliser l'argent et payer les soins, surtout si plusieurs personnes dans le ménage tombent malades au même moment.

■ Une protection limitée pour les indigents

- Seuls 9% des ménages sont effectivement couverts par le système d'exemption pour indigents.
- 7% des ménages identifiés comme indigents continuent à payer les soins.
- 10% des ménages entrent dans les critères d'indigence et ne bénéficient pas de la carte.
- Selon les données de l'enquête, la moitié des détenteurs de carte ne présentent aucun critère d'indigence.
- Il y a des incohérences entre les données de l'enquête et celles des registres des CdS concernant le taux de fréquentation par les indigents.

Ces différents éléments soulignent la difficulté de mettre en place un système d'identification des indigents fonctionnel et suffisamment protecteur et ce, malgré les ressources humaines et financières consacrées.

Le système d'identification a déjà été revu par rapport à son fonctionnement initial. Plusieurs stratégies d'amélioration ont déjà été mises en oeuvre en faveur d'une meilleure définition des critères d'indigences, d'une implication accrue des différents acteurs dans le processus, d'un plus grand dynamisme du système et d'une meilleure information des indigents. L'évaluation de ces changements sur le fonctionnement du système devra être réalisée.

Toutefois, tant les résultats de l'enquête que les résultats d'autres études¹⁸ soulèvent certaines limites de ce type de système d'exemption:

- la difficulté d'avoir des critères d'identification objectifs et non sujets à interprétation¹⁹
- les conflits d'intérêts entre les objectifs d'accessibilité et de rentabilité pour les structures : ces conflits d'intérêts sont souvent exprimés par le personnel des structures entre un objectif d'accessibilité (à garantir par un système d'exemption le plus protecteur possible) et un objectif de rentabilité des structures (encaisser un maximum de recettes signifie accepter un minimum de personnes exemptées)
- la question du coût/efficacité²⁰ du système par rapport à d'autres alternatives dans un contexte de précarité généralisée.

Dans ce type de contexte de pauvreté généralisée, l'opportunité d'un tel système de ciblage se pose. Vu les niveaux de revenus extrêmement bas et la faiblesse des liquidités disponibles, la remise en question du niveau de tarification devrait être considérée plutôt que la seule question d'un meilleur ciblage des exceptions à ce système.

.....

Au total, 15% des malades n'ont pas eu accès aux soins pour des raisons financières. Si l'on y ajoute les 17% de malades ayant dû recourir à des mécanismes risquant de les appauvrir afin de se faire soigner, 32% des ménages ont des problèmes financiers potentiels par rapport aux soins de santé. Même avec une tarification forfaitaire à 300 Fbu et la mise en place d'un système de protection pour les plus pauvres, l'obstacle financier touche toujours plus de 30 % des ménages.

.....

¹⁸ "The lessons of user fee experience in Africa", L. Gilson, Health Policy and planning, n° 12, pp 273-285

¹⁹ " L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé, Valéry Ridde, HNP, octobre 2004.

¹⁹ Dans ce sens, l'OMS prône l'exemption de certains groupes plus larges comme les enfants, les femmes enceintes. Ce type de critères d'exemption larges sont moins sujets à interprétation et plus faciles à appliquer en pratique.

²⁰ Les coûts administratifs et de gestion liés à la mise en place et au suivi d'un tel système sont considérables

Conclusion & Implications des résultats

L'utilisation des structures publiques de soins soutenues par MSF a doublé en 3 ans et l'accès aux soins dans les structures publiques est de 70 %. Malgré une morbidité élevée dans la province et une situation de précarité générale, les taux de mortalité- observés hors de la saison de haute transmission de la malaria- sont de l'ordre de la normale pour un pays en développement stable ; néanmoins.....

L'exclusion et les difficultés financières d'accès n'ont pas évolué depuis 2003 :

- 10% des ménages sont toujours exclus de tout type de soins ;
- 30% ménages n'ont pas eu accès aux soins dans le CdS le plus proche de leur habitation ;
- 15 % des ménages ont invoqué des motifs financiers de non-accès.
- Les dépenses de santé continuent à représenter un poids relatif important sur les budgets des ménages et risquent de les appauvrir davantage- alors que la plupart des ménages vivent déjà aujourd'hui dans une situation extrêmement précaire.
- Le système des indigents mis en place protège moins de 10 % de la population alors que l'ensemble de la population vit en situation précaire.

L'opportunité d'un tel système de ciblage des indigents se pose par rapport à d'autres alternatives comme la décision de diminuer les barrières financières à l'accès aux soins et d'alléger la charge de la santé pour tous les ménages. Ces choix pourraient être plus efficaces par rapport à un objectif d'accessibilité à des soins de qualité et avoir un meilleur impact sur la santé de la population et son développement.

.....

Le support que Médecins Sans Frontières fournit au niveau de la province doit bénéficier à l'ensemble des habitants, et surtout aux plus vulnérables. En tant qu'organisation humanitaire, il nous semble important de nous attaquer aux obstacles financiers existants pour les malades et de réduire la charge des dépenses pour la santé sur le budget des familles. **La diminution du forfait actuel, des mesures de gratuité ciblée** visant de larges groupes de population ou **la gratuité totale des soins** sont des mesures à considérer pour améliorer la situation et avoir un impact sur la santé de la population. Les services de santé doivent être organisés afin que la charge financière ne repose pas sur les patients, quelle que soit la forme de participation financière proposée (paiement direct par les usagers au niveau des structures ou systèmes de pré-paiement de type mutualiste).

.....

Nous espérons que les données récoltées et l'expérience de Médecins Sans Frontières dans la province de Karuzi pourront servir à alimenter les discussions des différents acteurs impliqués dans l'amélioration de l'accès aux soins pour la population burundaise ainsi qu'aux acteurs impliqués dans les stratégies de lutte contre la pauvreté.

■ Contribution au débat national

Ces réflexions s'inscrivent dans le cadre du débat sur l'accès aux soins déjà entamé au niveau national : l'annonce du Président de rendre les soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans complètement gratuits confirme la volonté politique de s'attaquer concrètement à ces problèmes d'accès.

MSF supporte pleinement cette mesure et s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires à son application au niveau de la province de Karuzi.

Au niveau national, l'application effective de cette politique sera un défi de taille : sa mise en place suppose un soutien important au système tant en termes de ressources financières qu'en termes de ressources humaines. Les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la santé devraient saisir cette opportunité pour discuter des moyens à mobiliser ensemble afin d'assurer l'application effective des mesures proposées pour l'amélioration concrète de l'accès aux soins pour les populations.