



Observatoire de l'Action Gouvernementale, asbl

Siège social: Bujumbura - Burundi B.P: 3113 Bujumbura Tél: 22 21 8820

E-mail : oag@telema.bi Site Web: www.oag.bi

**EVALUATION DES EFFETS DE LA MESURE DE
SUBVENTION DES SOINS POUR LES ENFANTS
DE MOINS DE 5 ANS ET POUR LES
ACCOUCHEMENTS SUR LES STRUCTURES ET LA
QUALITE DES SOINS**

Bujumbura, Avril 2009

TABLE DES MATIERES

Matière	Page
Remerciements.....	5
Liste des acronymes.....	7
Résumé exécutif.....	9
0. Introduction.....	13
0.1. Contexte et justification.....	13
0.2. Objectifs de l'étude.....	14
0.3. Méthodologie utilisée.....	14
Chapitre 1 : Le système de santé du Burundi.....	18
1.1. Organisation du système de santé.....	18
1.2. Le réseau national des soins de santé.....	18
1.3. Les principaux supports de l'activité de dispensation des soins.....	19
Chapitre 2 : Analyse de l'effet de la mesure de subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements sur les structures de soins et sur la qualité des soins	31
2.1. La mesure de subvention des soins comme stratégie d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes cibles....	31
2.1.1. Le contenu de la mesure.....	31
2.1.2. Des modalités de tarification et d'audits.....	36
2.2. Un accroissement de l'accès aux soins pour les enfants de moins de 5 ans et du taux d'accouchements assistés.....	38
2.3. Effets de la mesure sur la qualité des soins.....	44
2.4. Effets de la mesure sur le budget alloué au secteur de la santé publique.....	47
2.5. Effets de la mesure de subvention sur la viabilité financière des structures de soins.....	50
2.5.1. De la disponibilité des fonds sur le compte IPSTE.....	50

2.5.2.	Effets de la mesure sur le fonctionnement et l'exploitation des structures de soins.....	55
2.5.3.	Effets de la mesure sur la gestion du médicament...	56

Chapitre 3 : Appréciation de la mesure de gratuité des soins selon les différentes catégories d'enquêtes..... 58

Conclusion et recommandations.....	67
Références bibliographiques	73

REMERCIEMENTS

Au terme de la présente étude, l'Observatoire de l'Action Gouvernementale tient à remercier les Consultants, Dr Jacques NDIKUBAGENZI et Monsieur Pascal BUTOYI, pour leur apport précieux dans l'évaluation des effets de la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les accouchements sur les structures et la qualité des soins.

Ses remerciements vont également à l'endroit des membres du comité de pilotage et de lecture en l'occurrence :

Monsieur Onesphore NDUWAYO, Président de l'Observatoire de l'Action Gouvernementale, Membre du Comité de Pilotage ;

Monsieur Sosthène HICUBURUNDI, Cadre du Ministère de la Santé Publique, membre du comité de pilotage ;

Dr Olivier BASENYA, Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique (INSP), membre du comité de pilotage ;

Monsieur Déogratias NZUNOGERA, Chargé de Programmes à l'Observatoire de l'Action Gouvernementale, Membre du Comité de Pilotage.

Ses remerciements vont enfin à l'endroit de l'ONG Canadienne « Développement et Paix » pour son appui financier.

LISTE DES ACRONYMES

BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
COGE	: Comité de Gestion
COSA	: Comité de Santé
DFID	: Department For International Development
Dnd	: Données non disponibles
ECHO	: European Commission for Humanitarian Office
EPISTAT	: Epidémiologie et Statistiques
FBU	: Francs Burundais
FORSC	: Forum de Renforcement de la Société Civile
HPRC	: Hôpital Prince Régent Charles
IPPTE	: Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique
OAG	: Observatoire de l'Action Gouvernementale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF

L'accessibilité aux soins de santé pour la majeure partie de la population burundaise a toujours été problématique bien que des initiatives aient déjà été prises telles que la carte d'assistance médicale (CAM) pour le secteur informel ou la Mutuelle de la Fonction Publique pour les agents publics et assimilés.

La décision prise par le Président de la République du Burundi de subventionner les soins de santé dispensés aux enfants de moins de 5 ans et les accouchements par le décret n°100/136 du 16 juin 2006 a été très bien accueillie par la population entière assaillie par une profonde pauvreté suite à une situation socio-économique désastreuse d'après guerre. Les malades n'osaient plus fréquenter les structures de soins par manque de moyens pour payer les prestations de soins.

Deux ans après la mise en application de la mesure, l'étude commandée par l'Observatoire de l'Action Gouvernementale (OAG) a pour objectif de montrer les effets de cette mesure sur les structures de soins et sur la qualité des soins.

Parmi les forces de cette mesure qui ont été identifiées, il faut souligner que les bénéficiaires apprécient énormément les bienfaits de celle-ci car elle a fortement amélioré l'accessibilité aux soins en faveur des groupes cibles.

Il en est de même pour les prestataires de soins qui se sentent tranquilisés sur le plan déontologique et moral de ne plus refouler les patients incapables de payer leurs soins ou de retenir les patients insolubles. Cette mesure a permis aux malades des groupes cibles de consulter précocement et d'avoir un meilleur accès aux médicaments.

Mais ces prestataires apprécient moins les ruptures de stock en médicaments essentiels, les conditions de promiscuité dans les chambres ou salles d'hospitalisation des patients en pédiatrie et en maternité, l'augmentation trop importante du

volume de travail et la dégradation de la qualité des soins qui en est la conséquence.

Les gestionnaires des structures de soins à tous les niveaux déplorent la lenteur observée dans le paiement des factures des soins de santé pour le groupe bénéficiaire de cette mesure.

Il en résulte des difficultés de trésorerie ayant comme conséquence directe l'impossibilité de s'approvisionner en médicaments et autres matériels médicaux dans des délais raisonnables.

Des partenaires du Gouvernement (DFID et ECHO/UNICEF) ont appuyé cette mesure par des dons de médicaments pour les montants respectifs de 1.142.631 livres sterling et 1.500.000 \$; ces dons en médicaments ont déjà été distribués dans les différentes formations sanitaires.

Cette mesure de subvention des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements a connu des contraintes dont les principales se situent au niveau de la disponibilité de liquidités au niveau du Trésor Public pour payer les factures de la subvention dans des délais raisonnables. En outre, les infrastructures, les équipements et les effectifs en ressources humaines ne se sont pas vite adaptés à l'importance de l'affluence des patients vers les formations sanitaires.

Il est à remarquer que les mécanismes de suivi -évaluation de la mise en œuvre de la mesure par des audits trimestriels n'ont pas été respectés comme prévu par l'ordonnance n°630/848 du 06/09/2006 portant application du décret n°100/136 du 16 juin 2006 qui institue la subvention des soins de santé aux groupes cibles faisant l'objet de la présente étude.

Face aux insuffisances constatées lors de la mise en application de cette mesure, des recommandations ont été formulées à l'endroit du Ministère de la Santé Publique notamment la mise en route des procédures de contrôle

interne en général et des mécanismes pertinents de contrôle des prestations de soins en faveur du groupe cible, l'organisation régulière des audits pour une gestion rationnelle des ressources financières mobilisées en général et des médicaments en particulier.

Le Ministère de la Santé Publique doit également améliorer le système d'information sanitaire car il est totalement impossible de procéder à la planification et à l'évaluation des activités de ce secteur sans données statistiques fiables.

Le Ministère de la Santé Publique doit veiller à ce que la mesure de subvention des accouchements et des soins des enfants de moins de 5 ans ne soit pas perçue comme un encouragement à une forte natalité.

Le Ministère de la Santé Publique doit réserver une attention particulière à l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants étant donné que ces dernières ont un effet déterminant sur la qualité des soins.

Le Ministère ayant le travail et la sécurité sociale dans ses attributions devrait procéder à la mise en application des recommandations issues des études qui ont déjà proposé la mise en place d'un système d'assurance maladie pour le secteur informel. Ce secteur, essentiellement constitué d'artisans, d'agriculteurs et d'éleveurs, n'est actuellement couvert par aucun système de tiers payant en vue de permettre aux enfants âgés de plus de 5 ans d'accéder facilement aux soins sans oublier les personnes du troisième âge.

Le Ministère des Finances doit, quant à lui, mettre les factures relatives aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes qui accouchent en ordre utile pour un paiement rapide et rendre cette subvention de soins pérenne.

Le Ministère des Finances doit surtout procéder à des contrôles rigoureux des factures en déclaration de paiement pour une gestion rationnelle du budget de l'Etat.

A l'administration territoriale, il est recommandé de sensibiliser la population quant à la nécessité et à l'obligation de déclarer les nouveaux-nés aux services de l'état-civil pour pouvoir disposer des documents administratifs requis pour bénéficier de la subvention des soins de santé de leurs enfants de moins de 5 ans.

Enfin, il est recommandé aux prestataires de soins de continuer à bien et à mieux accueillir les patients.

Les principales limites de cette étude ont été l'insuffisance de données statistiques sanitaires et épidémiologiques pour les exercices 2005 et 2006 ainsi que l'indisponibilité de ces mêmes données pour 2007 et 2008. Il est de même pour les données relatives à la gestion du médicament.

0. INTRODUCTION

0.1. Contexte et justification

En date du 1^{er} mai 2006, le Président de la République a pris une mesure portant subvention des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées. Cette décision a été concrétisée par le décret n° 100/136 du 16/6/2006 portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements ainsi que par l'ordonnance ministérielle n° 630/848 du 06/09/2006 portant sur les modalités d'application du décret ci haut cité.

Cette mesure a été salubre pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent car le Burundi connaît un taux de mortalité maternelle et un taux de mortalité infantile qui sont parmi les plus élevés de l'Afrique sub-saharienne.

En effet, le Burundi est aujourd'hui classé au 172^{ème} rang mondial sur 175 pays analysés dans le Rapport Mondial sur le Développement Humain.

Le revenu par habitant est inférieur à 100 dollars et il est nettement inférieur à la moyenne des autres pays de l'Afrique subsaharienne qui est estimée à plus de 500 dollars¹.

Depuis que la mesure a été prise, aucune évaluation au niveau national n'a été menée par le Ministère de la Santé Publique pour constater les effets. Toutefois, il y a lieu de noter que le Forum de Renforcement de la Société Civile (FORSC) a mené une étude similaire mais limitée à la ville de Bujumbura tandis que l'Inspection Générale de l'Etat a également fait une analyse des contours de la question de la subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements.

¹ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Département des Ressources Humaines, Etude sur l'analyse de la situation des ressources humaines.

De son côté, DFID a fait une évaluation à mi-parcours des effets de cette mesure sur la disponibilité du médicament.

C'est dans ce contexte que l'Observatoire de l'Action Gouvernementale (OAG) a commandé la présente étude qui a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins des enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent.

0.2. Les objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé au Burundi.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Faire une analyse des effets de la mesure portant subvention des accouchements et des soins de santé pour enfants de moins de 5 ans par rapport aux structures de soins (hôpitaux et centres de santé), à l'accessibilité des médicaments, aux équipements, aux conditions de travail des prestataires et à la qualité des soins offerts ;
- Formuler des propositions concrètes nécessaires à l'amélioration de la qualité de la prestation des services de santé ainsi que l'accès de la population aux soins.

0.3. Méthodologie utilisée

Pour évaluer l'effet de cette mesure sur les structures et la qualité des soins, trois techniques de collecte de données ont été utilisées : la revue documentaire, les entretiens avec les personnes clés au niveau des différents intervenants ainsi que l'observation au niveau des structures de soins.

a) La revue documentaire

La documentation disponible en rapport avec le sujet sous étude a été collectée à partir du niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et du Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement. Les documents recueillis sont notamment :

- les textes réglementaires relatifs à la mesure de subvention des soins ;
- les rapports d'activités des structures de soins disponibles portant sur la période 2005- 2008 ;
- les fiches de gestion du Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde du Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement relatives à la mise en place de cette mesure sur la période 2006-2008 ;
- les données statistiques du service national d'épidémiologie et statistiques (EPISTAT) 2005-2008 ;
- les données statistiques des Bureaux Provinciaux de la Santé et des hôpitaux pour la même période;
- le document de politique nationale de la santé ;
- les rapports d'audit et autres documents relatifs à l'accessibilité aux services de santé...

b) Enquête sur terrain

L'enquête a été réalisée dans quatre provinces sanitaires choisies selon les différentes zones géographiques : Ngozi pour le Nord, Cankuzo pour l'Est, Makamba pour le Sud et Bujumbura Mairie pour l'Ouest.

Ce travail a été mené par des enquêteurs qui ont été recrutés et formés à l'utilisation des outils de collecte de données ; ces derniers avaient été testés avant le début de l'enquête.

Dans chaque province sanitaire retenue pour l'étude, il s'agissait de récolter les informations utiles à cette étude au niveau du Bureau Provincial de la Santé (BPS), dans l'hôpital provincial ainsi que dans 2 centres de santé.

Ainsi donc, les structures de soins ayant fait l'objet de cette enquête sont repris dans le tableau suivant.

Tableau n°1 : Structures de soins ayant fait l'objet de l'enquête

Province sanitaire	Hôpital	Centre de santé
BUJUMBURA MAIRIE	CHUK HPRC	Kanyosha Kamenge
MAKAMBA	Makamba	Kayogoro Muyange
CANKUZO	Cankuzo Murore	Cankuzo Kigamba
NGOZI	Ngozi	Busiga Gashikanwa

Dans les provinces retenues pour l'enquête, des entretiens individuels ont été réalisés avec le Médecin Directeur de la Province sanitaire, le gestionnaire du Bureau Provincial de la santé, le chargé de la subvention des soins au niveau du BPS, les gestionnaires des structures de soins (directeurs et gestionnaires d'hôpitaux), les responsables des services de maternité et de pédiatrie dans les hôpitaux, le chef de district du chef-lieu de la province, les titulaires des centres de santé, les présidents des comités de santé des centres de santé (COSA), les administrateurs communaux des communes visitées ainsi que les représentants des partenaires du Gouvernement dans le secteur de la santé (Coopération Suisse, CORDAID, OMS, DFID, UNICEF etc.).

Des discussions de groupe ont été organisées avec les bénéficiaires qui ont été choisis parmi les femmes ayant amené en consultation leurs enfants de moins de 5 ans. La taille du groupe de discussion était de 10 femmes par hôpital

ou par centre de santé, soit 140 personnes pour les 4 provinces couvertes par l'enquête.

Les entretiens individuels et les discussions de groupe ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien reprenant les principaux thèmes à aborder avec les informateurs.

Les thèmes abordés portaient sur :

- les effets de la mesure sur les structures de soins ;
- les points forts et les points faibles de la mesure ;
- les recommandations en vue d'améliorer ses effets.

Les données des entretiens individuels et des discussions de groupe ont été recueillies par prise de notes.

L'observation a concerné les files d'attente, les conditions d'hygiène et d'hébergement des malades dans les services concernés par la mesure (maternité et pédiatrie).

Les données qualitatives ont été synthétisées selon l'analyse thématique. Les données quantitatives ont été synthétisées sous forme de tableaux comparatifs (activités des structures de soins, données budgétaires et financières).

Chapitre 1 : LE SYSTEME DE SANTE DU BURUNDI.

1.1. Organisation du système de santé.

Le système sanitaire du Burundi est articulé sur trois niveaux: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central (le Cabinet du Ministre, l'Inspection Générale de la Santé, la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale des Ressources) est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la coordination de l'aide apportée au secteur sanitaire, de la définition des normes de qualité, de la supervision et de l'évaluation ainsi que des formations de base et continue.

Le niveau intermédiaire est composé de 17 provinces sanitaires. Chaque province sanitaire est dotée d'un Bureau Provincial de la Santé (BPS) qui est dirigé par le médecin directeur de la province sanitaire qui est chargé de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province.

Le niveau périphérique est composé d'une quarantaine de districts sanitaires dont chacun couvre en moyenne \pm 150.000 habitants.

1.2. Le Réseau national des soins de santé

Le réseau des soins est organisé en quatre paliers de référence : la référence de base, la première référence, la deuxième référence et la référence nationale.

- La référence de base comprend 610 centres de santé tant publics que privés (semi lucratif agréé et privé lucratif). Elle correspond au premier contact du patient avec les professionnels de la santé.
- La première référence est constituée des hôpitaux de district. Ces hôpitaux prennent en charge les patients référés par les centres de santé dans les limites du

paquet minimum d'activités correspondant à ce niveau de soins tel que défini par le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions.

- La deuxième référence comprend 4 hôpitaux régionaux : Gitega, Ngozi, Bururi et Ruyigi. Tous les autres hôpitaux provinciaux sont des hôpitaux de district. Ces hôpitaux régionaux de deuxième référence sont appelés à dispenser les soins médicaux et chirurgicaux aux patients référés par les structures hospitalières de première référence.
- La référence nationale est constituée par les grands hôpitaux qui sont appelés à dispenser les soins médicaux et chirurgicaux dépassant la compétence des hôpitaux de deuxième référence. Il s'agit d'hôpitaux qui ont une capacité d'accueil généralement comprise entre 120 et 600 lits à savoir le Centre hospitalo-universitaire de Kamenge (400 lits), l'Hôpital Prince Régent Charles (600 lits), l'Hôpital Militaire de Kamenge, le Centre Neuro-psychiatrique de Kamenge et la Clinique Prince Louis Rwagasore (120 lits). Ils appartiennent tous au secteur public. Ceux-ci sont tous situés dans la Mairie de Bujumbura.

1.3. Les principaux supports de l'activité de dispensation des soins.

Les principaux supports de l'activité sanitaire sont les ressources humaines, les infrastructures et les équipements, les médicaments ainsi que les ressources budgétaires et financières.

Ces supports sont incontournables dans la dispensation des soins et il s'avère judicieux de présenter leur situation avant que la mesure de subventionner les soins de santé en faveur de ces groupes cibles ne soit prise.

▪ **Les ressources humaines**

Il s'agit des professionnels de la santé en l'occurrence les médecins et le personnel infirmier sans lesquels les soins de santé ne sauraient être dispensés aux patients.

En 2005, le système national de santé publique disposait de² :

- 0,15 médecins pour 10.000 habitants (norme de l'OMS : 1 médecin pour 10.000 habitants). Ce nombre de médecins est très largement en deçà des normes de l'OMS avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la qualité et la quantité des soins. Cette faible disponibilité de médecins au niveau national est encore plus accentuée dans le milieu rural car les médecins travaillent presque exclusivement dans les hôpitaux du milieu urbain. L'une des raisons invoquées est le manque de motivation pouvant les inciter à travailler en milieu rural là où les conditions de vie ne sont pas aussi bonnes qu'en milieu urbain.
- 2,85 infirmiers pour 10.000 habitants ou près d'un infirmier pour 3 000 habitants (norme de l'OMS : 1 infirmier pour 3.000 habitants). Cet indicateur paraît satisfaisant car la norme de l'OMS en la matière a été atteinte ; mais il subsiste le problème de leur répartition équitable entre le milieu urbain et le milieu rural car, tout comme les médecins, la grande majorité du personnel infirmier travaille dans les villes.

² Epistat, Rapport annuel d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux, 2006

Tableau n°2 : Répartition des infrastructures de soins et du personnel médical en 2005

Province	Habitants	Médecins	Nombre d'habitants par médecin	Infirmier	Nombre d'habitants par infirmier
BUBANZA	348 215	4	87 054	57	6 109
BUJA-RURAL	508 974	3	169 658	113	4 504
BUJA-URBAIN	385 241	91	4 233	1 415	272
BURURI	505 038	6	84 173	91	5 550
CANKUZO	203 137	3	67 712	22	9 234
CIBITOKÉ	410 629	4	102 657	100	4 106
GITEGA	719 543	10	71 954	119	6 047
KARUZI	329 431	3	109 810	40	8 236
KAYANZA	541 776	4	135 444	77	7 036
KIRUNDO	587 796	3	195 932	46	12 778
MAKAMBA	261 606	2	130 803	85	3 078
MURAMVYA	287 144	4	71 786	38	7 556
MUYINGA	560 123	2	280 062	75	7 468
MWARO	260 088	3	86 696	59	4 408
NGOZI	702 939	14	70 294	117	6 008

RUTANA	287 692	3	95 897	60	4 795
RUYIGI	300 031	3	100 010	48	6 251
Administration		46			
TOTAL	7 199 404	201	47 678	2 562	2 810

Source : *EPISTAT, Rapport annuel d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux, 2005³.*

En ce qui concerne le personnel médical, l'on peut constater que le nombre de médecins est très insuffisant tant au niveau national qu'à celui de chaque province sanitaire en référence à la norme de l'OMS qui est idéalement de 1 médecin pour 10.000 habitants.

Il n'y a que la province sanitaire de Bujumbura Mairie qui semble la mieux servie ; mais l'on peut constater que plus de 50% des médecins disponibles dans cette province sanitaire travaillent dans l'Administration et ne sont donc pas occupés par les activités de soins.

Pour le personnel infirmier, bien que le rapport infirmier par nombre d'habitants soit satisfaisant au niveau national, l'on note d'importantes disparités d'une part entre le milieu rural et le milieu urbain et d'autre part entre les différentes provinces sanitaires. A titre d'exemple, en 2005, il y avait 1 infirmier pour 272 habitants dans la province sanitaire de Bujumbura Mairie alors que la province sanitaire de Kirundo comptait 1 infirmier pour 12 778 habitants au cours de la même année.

³ Des données plus récentes n'ont pas pu être disponibles au Service d'Epidémiologie et Statistiques.

- **Les infrastructures et les équipements**

Tableau n°3 : Répartition des hôpitaux et des centres de santé par province Sanitaire en 2006.

Province sanitaire	Population	Nombre d'hôpitaux	Population par hôpital	Nombre de centres de santé	Population par centre de santé
Bubanza	333.283	1	333.283	18	18.516
Bujumbura Rural	587.649	1	587.649	46	12.775
Bujumbura Mairie	511.494	12	42.625	66	7.750
Bururi	504.820	4	126.205	70	7.212
Cankuzo	209.639	2	104.820	16	13.102
Cibitoke	397.820	2	198.910	41	9.703
Gitega	787.000	5	157.400	45	17.489
Karuzi	361.743	1	361.743	15	24.116
Kayanza	559.947	2	279.974	34	16.469
Kirundo	618.322	2	309.161	36	17.176
Ngozi	675.814	3	225.271	49	13.792
Makamba	377.604	1	377.604	45	8.391
Muramvya	342.605	2	171.303	19	18.032
Mwaro	270.607	2	135.304	22	12.300
Muyinga	578.048	1	578.048	32	18.064

Rutana	288.494	3	96.165	32	9.015
Ruyigi	345.673	3	115.224	24	14.403
Total	7.750.566	47	164.906	610	12.705

Source : *EPISTAT, Rapport annuel d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux, 2006.*

- 47 hôpitaux fonctionnels soit 1 hôpital pour 164.906 habitants (norme de l'OMS : 1 hôpital pour 100.000 habitants). Le Burundi a encore des besoins en la matière comme le montre l'indicateur ci avant renseigné.
610 centres de santé soit 1 centre de santé pour 12.705 habitants (norme de l'OMS : 1 centre de santé pour 10.000 habitants). La norme de l'OMS est ici presque atteinte car l'on estime que 80% de la population burundaise vit dans un rayon de 5 km d'une structure de soins.

En outre, les indicateurs sanitaires relatifs à la mortalité néonatale, infantile et maternelle se présentaient en 2005 comme suit⁴ :

- Taux de mortalité infantile : 129/1000 naissances vivantes
- Taux de mortalité néonatale : 31,9/1000 naissances vivantes
- Taux de mortalité maternelle : 855/100.000 naissances vivantes
- Taux d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié : 22,9 % en 2005.

⁴ Profil du système de santé au Burundi, novembre 2005 et Politique Nationale de la Santé 2005-2015, décembre 2005.

Malheureusement, ces données ne sont pas disponibles pour la période 2006-2008 car le système national d'information sanitaire n'a pas été en mesure de les rendre disponibles. Il aurait été intéressant d'observer l'évolution de la mortalité maternelle et infantile avant et après la mise en application de la mesure de subvention.

- **Les médicaments essentiels**

Tableau n°4 : Evolution du budget d'achat des médicaments de la CAMEBU et de l'Appui aux BPS et aux hôpitaux non autonomes (FBu)

	2005	2006	2007	2008
Budget des médicaments de la CAMEBU	780 000 000	1 300 000 000	1 440 000 000	2 040 000 000
Budget des médicaments des BPS et des hôpitaux non autonomes (MSP)	773 000 000	773 000 000	773 000 000	667 200 000
Total Dotation budgétaire en médicaments	1 553 000 000	2 073 000 000	2 213 000 000	2 707 200 000
Population	7 199 404	7 750 566	7 983 083	8 222 575

<i>Budget en médicaments par habitant et par an</i>	208	260	277	329
---	-----	-----	-----	-----

Source : CAMEBU, Direction Générale.

Il est important de noter que même si le budget alloué à cette rubrique budgétaire pour l'Appui aux BPS et aux hôpitaux non autonomes est resté inchangé entre 2005 et 2008, le budget total alloué à l'achat des produits pharmaceutiques a sensiblement augmenté entre les exercices 2005 et 2008 à cause de la part de la CAMEBU.

En effet, le budget alloué à l'achat des médicaments par la CAMEBU a presque triplé entre ces exercices.

Toutefois, les allocations budgétaires totales prévues en médicaments par habitant (soit ± 0,3 \$) sont largement inférieures à la moyenne observée dans les pays sous-développés qui est de 1,2 \$ par an. Le Gouvernement du Burundi reçoit régulièrement des dons en médicaments de la part d'organismes de coopération bilatérale et multilatérale mais également d'ONGs. Les dons en médicaments constituent un complément des ressources budgétaires publiques.

C'est ainsi que le DFID (organisme de coopération du Gouvernement Britannique) et ECHO/UNICEF ont contribué à la mise en œuvre de la politique de subvention des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements pour les montants respectifs de 1.142.631 livres sterling et 1.500.000 \$. Cette assistance était sous forme des dons en médicaments et matériel médical.

Les comptes nationaux de la santé pourraient mieux éclairer sur la contribution de chaque partenaire et aboutir à une approche de calcul du coût global approximatif des soins de santé en général et des dépenses en médicaments en particulier.

- **Les ressources budgétaires du Ministère de la Santé Publique et le financement des soins de santé.**

Tableau n°5 : Evolution des budgets de fonctionnement du Ministère de la Santé publique (en FBu)

	2005	2006	2007	2008
Budget MSP	5 055 331 994	16 986 151 294	13 003 704 800	29 908 669 681
Engagements de la période	4 868 149 094	9 755 069 701	12 583 634 628	27 704 859 331
% engagement	96	57	97	93

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde (lois budgétaires 2005, 2006, 2007, 2008).

Le niveau d'engagement du Budget alloué au Ministère de la Santé Publique est resté suffisamment élevé entre 2005 et 2008 à l'exception de l'exercice 2006 où il est très bas.

La raison principale de ce faible niveau d'engagement budgétaire pour l'exercice 2006 est sûrement la forte augmentation du budget alloué à ce secteur par rapport aux exercices antérieurs (accroissement de 236% par rapport à l'exercice 2005). Ce faible niveau d'engagement est également dû à la révision budgétaire intervenue au 2^{ème} semestre dudit exercice pour y intégrer le budget de la subvention des soins pour ces groupes cibles ainsi qu'aux longues formalités de passation de marchés et d'engagement du budget.

Tableau n°6 : Evolution des dépenses de santé par rapport au budget général de l'Etat

	2005	2006	2007	2008
Budget général de l'Etat	335 514 975 133	414 551 189 079	445 345 226 204	594 637 844 653
Budget ordinaire du MSP	5 055 331 994	16 986 151 294	13 003 704 800	29 908 669 681
<i>Part du budget de la santé publique en %</i>	1,5	4,1	2,9	5,0

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde.

Les dépenses prévisionnelles de santé par rapport au budget général de l'Etat sont en constante augmentation depuis l'exercice 2005 à l'exception de l'année 2007. Mais elles restent toujours inférieures à celles recommandées par Abuja du 25/04/2000 pour faire reculer le paludisme (soit 15% du budget général de l'Etat).

La politique de subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux accouchements a contribué significativement à l'accroissement des dépenses de santé par habitant car sans le budget y affecté, la part du budget alloué à la santé par rapport au budget général de l'Etat n'aurait été que de 3,4% en 2008 au lieu de 5%⁵.

Tableau n°7 : Evolution des prévisions des dépenses de santé par rapport à la population.

	2005	2006	2007	2008
Budget ordinaire du MSP	5 055 331 994	16 986 151 294	13 003 704 800	29 908 669 681
Population	7 199 404	7 750 566	7 983 083	8 222 575
Dépense prévue par habitant (FBU)	652	2191	1630	3637

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde.

⁵ La part du budget ordinaire du MSPLS sans la subvention des soins de ces groupes cibles aurait été de 20158669681 FBU et sa proportion par rapport au budget général de l'Etat aurait été de 3,4%.

L'on peut également constater que l'allocation budgétaire pour les dépenses de santé par habitant est croissante entre l'exercice 2005 et l'exercice 2007 ; le budget de la subvention des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et des accouchements y a beaucoup contribué car son niveau n'a cessé de croître durant la même période.

Les modes de paiement des soins de santé au Burundi sont de 3 sortes : le paiement direct des prestations, le pré-paiement et la prise en charge par un tiers payant.

Les ressources financières de la majeure partie de la population burundaise étant très limitées pour ne pas dire inexistantes, le Gouvernement du Burundi avait mis en place, vers les années 1980, une carte d'assistance médicale (la CAM) pour que la population à faible revenu puisse avoir accès aux soins de santé moyennant un paiement forfaitaire de 500 FBu pour les agriculteurs et les artisans et 1.500 pour les autres catégories non salariées du secteur public ou privé.

Cette CAM n'est pas acceptée par toutes les structures de soins en autonomie de gestion car les créances y relatives sont difficilement et tardivement remboursées causant ainsi d'énormes pertes d'exploitation aux structures de soins concernées.

C'est ainsi que la population non salariée et sans revenu régulier n'a pas d'accès aux soins de santé ; la mesure de subventionner les soins aux enfants de moins de 5 ans et les accouchements est venue atténuer la charge de nombreux ménages.

Enfin, le Ministère de la Santé Publique a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place des districts sanitaires et un réseau d'hôpitaux régionaux.

Des réformes opérationnelles ont été initiées à travers les Agences de l'Achat de la Performances qui sont gérées par certaines ONGs en vue d'améliorer la qualité et la quantité des soins en encourageant les personnels de soins par des motivations salariales dans leurs zones d'intervention.

Chapitre 2 : ANALYSE DE L'EFFET DE LA MESURE DE SUBVENTION DES SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET DES ACCOUCHEMENTS SUR LES STRUCTURES DE SOINS ET SUR LA QUALITE DES SOINS.

2.1. La mesure de subvention des soins comme stratégie d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes cibles.

2.1.1. Le contenu de la mesure.

La mesure présidentielle de subventionner les soins de santé consentis aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées est régie par le décret n°100/136 du 16 juin 2006.

La mise en application de cette dernière est réglementée par l'ordonnance ministérielle n°630/848 du 06/09/2006 portant modalités d'application du décret portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées.

D'emblée, il faut souligner que cette mesure est venue à point nommé compte tenu de la pauvreté de la grande majorité de la population dont le niveau de revenu déjà fort modeste a été grandement affaibli par plus d'une décennie de graves troubles socio-politiques.

La population a évidemment bien apprécié cette mesure ; il en est de même de l'administration territoriale qui assistait impuissante au faible accès aux soins les plus élémentaires particulièrement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent. Ces deux groupes constituent la majeure partie des patients qui fréquentent les établissements de soins.

Cette ordonnance ministérielle précise les critères d'éligibilité des bénéficiaires :

- Il s'agit des enfants dont les parents ne sont pas salariés du secteur formel, de nationalité burundaise, résidant au Burundi pour autant que ces soins soient dispensés dans les structures de soins publiques ou assimilées et que les modalités d'application de la mesure soient respectées.
- Il s'agit également des femmes qui accouchent, de nationalité burundaise, résidant au Burundi pour autant que ces accouchements aient lieu dans les structures de soins publiques et que les modalités d'application de la mesure soient respectées.

Le niveau d'intervention de l'Etat, également précisé dans cette ordonnance, est le suivant:

- les subventions interviennent au prorata du ticket modérateur pour les femmes affiliées à la MFP ou dont les maris sont affiliés à la MFP.
- les femmes et les enfants bénéficiant d'une autre prise en charge ne sont pas concernés par la mesure de subvention.
- Les accouchements, y compris les césariennes, sont subventionnés à 100% pour les femmes de nationalité burundaise.
- Les soins de santé aux enfants de moins de 5 ans de nationalité burundaise et dont les parents ne sont pas des salariés sont subventionnés à 100%.

L'éventail des soins subventionnés est précisé suivant les différents niveaux du réseau national des soins.

- Au niveau des centres de santé publics et assimilés, les services rendus gratuitement aux enfants de moins de 5 ans sont les suivants : les consultations externes, les médicaments essentiels repris dans la liste nationale prescrits et dispensés dans les centres de santé, les examens complémentaires demandés et dispensés dans

les centres de santé, l'hébergement des cas graves avant le transfert et les autres actes infirmiers prescrits et faits au centre de santé.

- A ce même niveau, les services subventionnés pour les accouchements sont les suivants : les soins liés à l'accouchement, l'hébergement éventuel lié à l'accouchement et les médicaments essentiels repris dans la liste nationale en rapport avec l'accouchement.
- Au niveau des hôpitaux de 1^{ère} référence, les soins suivants sont subventionnés pour les enfants de moins de 5 ans : les consultations externes, les soins médicaux et chirurgicaux, les médicaments essentiels repris dans la liste nationale prescrits et servis à la pharmacie de l'hôpital ainsi que les examens complémentaires dispensés à l'hôpital.
- En ce qui concerne les accouchements y compris les césariennes ayant lieu dans les hôpitaux de 1^{ère} référence, les services subventionnés sont les suivants : les actes techniques et les soins liés à l'accouchement et ses complications, les césariennes et les complications y relatives, les médicaments essentiels repris dans la liste nationale prescrits et faites à l'hôpital, les examens complémentaires prescrits et effectués à l'hôpital et les hospitalisations. Il est nécessaire que la liste de ces médicaments essentiels soit portée à la connaissance de la population bénéficiaire pour que cette dernière connaisse l'étendue de ses droits.

A ce niveau, des insuffisances ont été constatées dans le libellé de l'ordonnance d'application ci-haut citée :

- Les frais de transfert par ambulance, n'étant pas clairement inclus dans la liste des frais pris en charge par cette subvention, les structures de soins relevant des provinces sanitaires non couvertes par des ONGs prenant en charge ces frais éprouvent de réelles

difficultés pour recouvrer ces frais d'autant plus que les patients n'ont pas les moyens de les payer eux-mêmes.

- Il a été remarqué que l'ordonnance ministérielle de mise en application n'a pas repris expressément le principe selon lequel l'hébergement des enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux de 1^{ère} référence est également subventionné.
- Le principe et la nécessité de la référence à différents niveaux d'intervention sont consacrés par les dispositions 13 et 14 de l'ordonnance ministérielle ci-haut citée.
- En pratique, ce principe est bien respecté dans les provinces sanitaires dans lesquelles les Agences d'Achat de la Performance sont opérationnelles (Cankuzo et Bubanza par l'ONG Cordaid) car les références d'un niveau de soins à un autre sont rémunérées mais il n'en est pas ainsi dans les autres provinces sanitaires non couvertes par ces Agences d'Achat de la Performance.
- Par contre, les hôpitaux de référence nationale sont très sollicités sans que cette disposition soit respectée par les demandeurs de soins.
- La conséquence immédiate est que leurs services de maternité sont particulièrement débordés par les accouchements qui pourraient être pris en charge par des hôpitaux de moindre référence technique ou même des centres de santé.

Les modalités d'identification des bénéficiaires de la politique de subvention des soins ont été prévues.

L'identification des enfants de moins de 5 ans requiert les documents suivants :

une carte d'identité nationale de l'un des parents, un extrait d'acte de naissance, une carte de vaccination, une carte d'affiliation à la MFP pour les affiliés et une attestation de service pour les employés du secteur privé non affilié à une mutuelle.

Il y a lieu de relever un manque de précision quant à la conditionnalité de nationalité des parents car un des parents peut être de nationalité étrangère ; cette disposition n'est pas claire pour un enfant dont le père est de nationalité étrangère et de mère burundaise.

Il semble que, certaines fois, des étrangers vivant au Burundi ou à la frontière avec les pays voisins accèdent irrégulièrement à ces soins gratuits.

Il a été rapporté que des risques de tricherie existent en ce qui concerne l'âge des enfants dont celui-ci est supérieur à 5 ans. Lors de l'enquête menée dans certains hôpitaux, il a été aussi rapporté que les enfants bénéficiaires de cette mesure n'ont pas gratuitement accès aux médicaments prescrits lorsqu'ils vont en consultation externe à l'hôpital alors que la présente ordonnance stipule que tous les enfants de moins de 5 ans ont accès à tous les soins y compris les médicaments.

L'inscription à l'état civil des enfants constitue également un facteur limitatif à l'accès à la subvention des soins car certains parents ne le font pas systématiquement par ignorance de l'importance de ce geste.

Pour les accouchements, les documents suivants sont requis : la carte d'identité ou le passeport, la fiche de consultation prénatale, la carte d'affiliation à la MFP, une attestation de service de la concernée ou de son conjoint pour les employés du secteur privé non affiliés à une mutuelle.

Les modalités de facturation et de paiement des frais de prestation consentis à la prise en charge de ces bénéficiaires de la subvention des soins ont été prévues : les factures des centres de santé sont acheminées mensuellement à la Direction Générale des Ressources après vérification par les bureaux provinciaux de la santé. Les factures de prestation des hôpitaux sont directement transmises à la même Direction Générale des Ressources.

Malgré ces modalités de facturation prévues par les textes réglementaires y relatif, les risques de surfacturation ou de

facturation fictive ne sont pas exclus parce qu'il n'y a pas de mécanismes de vérification et d'authentification des déclarations de créances provenant des structures de soins.

Les délais de paiement des factures ont également été fixés par l'ordonnance de mise en application de cette mesure.

Ils sont de 15 jours après réception des documents justificatifs mais ces délais dépassent largement 6 mois étant donné que le compte IPTE/Santé n'est pas approvisionné en permanence.

L'engagement pris par le Ministère des Finances de verser trimestriellement le quart du montant annuel planifié a dû être changé pour les mêmes raisons.

2.1.2. Des modalités de tarification et d'audits.

Des modalités de tarification

Le tarif des actes médicaux, examens para cliniques et soins de kinésithérapie est réglementé par l'ordonnance ministérielle n°630/712 du 03/10/2001 fixant les tarifs des actes médicaux, d'hospitalisation, des examens para cliniques et des dispositifs médicaux dans les centres de soins publics autonomes et non autonomes.

La quasi-totalité des structures de soins visitées considèrent aujourd'hui que ce tarif n'est plus d'actualité car les éléments de son calcul ont profondément changé. C'est ainsi que tous les intrants utilisés dans la production sont facturés en sus du prix officiel qui figure dans l'ordonnance ci-haut citée.

Il a également été constaté que la subvention de l'acte d'accouchement est différemment interprétée par les structures de soins car certaines structures considèrent que la subvention ne concerne que l'acte d'accouchement proprement dit tandis que d'autres appliquent la subvention de

l'accouchement dès que la parturiente est admise au service de maternité ou quand le travail d'accouchement commence.

Des audits techniques et financiers de la mise en application de cette mesure devaient être organisés trimestriellement dans les hôpitaux et les centres de santé.

En réalité, les audits techniques et financiers devraient être organisés trimestriellement pour constater la mise en application de cette mesure dans les hôpitaux et les centres de santé n'ont jamais été organisés.

Ces importants outils de suivi et d'évaluation auraient permis d'identifier les éventuels écueils d'application de cette mesure salubre pour la santé de la population et de proposer des solutions appropriées.

Il est à signaler qu'au cours du 2^{ème} semestre 2008, l'Inspection Générale de l'Etat a mené une analyse des contours de la question de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent⁶. Un rapport succinct a été adressé aux plus hautes autorités de l'Etat ; le Ministère de la Santé Publique de la Lutte contre le SIDA ainsi que le Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement en ont été bien sûr informés. L'analyse menée par l'Inspection Générale de l'Etat a identifié certaines insuffisances dans la mise en application de cette politique. Ce sont notamment : la tarification des prestations sans référence aux textes réglementant ce domaine, la non maîtrise des budgets alloués à la subvention des soins, l'insuffisance des moyens de contrôle des prestations et des factures correspondantes, l'insuffisance des structures d'accueil et des équipements, la gestion des dons en médicaments et en dispositifs médicaux, l'insuffisance du

⁶ Inspection Générale de l'Etat, Analyse des contours de la question de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent, Bujumbura 2008.

personnel soignant, l'insuffisance de la motivation des personnels de soins suite à cet important accroissement du volume de travail.

Des recommandations ont été formulées dans ce rapport notamment : la mise en place des stratégies pour pérenniser la politique d'accessibilité des soins de santé de qualité en faveur de ce groupe cible à travers un système d'assurance maladie, le renforcement du contrôle interne à tous les niveaux de la gestion des ressources y afférentes etc.

2. 2. Un accroissement de l'accès aux soins pour les enfants de moins 5 ans et du taux d'accouchements assistés

Suite à cette mesure de subvention des soins, une augmentation de la fréquentation des services concernés par la mesure a été observée.

Il semble important de signaler d'emblée que les données statistiques, normalement produites par le département de l'épidémiologie et statistiques (EPISTAT) ne sont pas encore disponibles pour l'exercice 2007 et 2008.

En outre, la structure des rapports statistiques de l'EPISTAT pour les années 2005 et 2006 ne permet pas de disposer de données statistiques spécifiques aux groupes cibles de la mesure de subvention étant donné que ce besoin n'était pas encore ressenti.

C'est pourquoi il a été fait recours aux données recueillies au niveau des bureaux provinciaux de la santé et des hôpitaux visités ainsi qu'à d'autres sources d'information.

Dans les tableaux ci-dessous, la colonne « 2008 (observations) » contient les données selon leur disponibilité par structure de soin.

Tableau n°8: Consultations des enfants de moins de 5 ans dans les centres de santé.

	2006 (1)	2007 (2)	2008 Projection (3)	(2)/ (1)⁷ (%)	(3)/ (1) (%)	(3)/ (2) (%)
BPS						
Makamba	126 877	185 020	172 670	146	136	93
Bujumbura Mairie	dnd ⁸	105 672	119 933	dnd	dnd	114
Cankuzo	71 118	141 023	dnd	198	dnd	dnd

Source : données statistiques recueillies dans les structures de soins enquêtées.

La colonne « (2008 projection) » contient les statistiques partielles recueillies au niveau de chaque structure de soins et ensuite projetées sur toute l'année 2008 au moyen de la règle de 3 simple.

⁷ (2)/ (1) : rapport entre les fréquences observées en 2007 et celles de 2006 pour montrer l'évolution du nombre d'enfants ayant été en consultation durant les 2 exercices.

(3)/ (1) : idem entre 2008 et 2006

(3)/ (2) : idem entre 2008 et 2007

⁸ Dnd : données non disponibles ; il n'a pas été possible de disposer de données pour 2005

En effet, les données statistiques disponibles au moment de l'enquête couvraient les périodes suivantes:

- janvier-juillet pour le Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge,
- janvier-avril pour l'Hôpital Prince Régent Charles
- janvier-octobre pour l'hôpital de Ngozi ;
- janvier-août pour l'hôpital de Makamba.

En ce qui concerne la consultation des enfants de moins de 5 ans, les parents ont apprécié le fait que la mesure de subvention des soins ait sensiblement amélioré l'accès aux soins.

En outre, les enfants de moins de 5 ans venaient tardivement en consultation par manque de moyens car il fallait procéder à la vente de biens familiaux pour pouvoir acheter des médicaments ou pour payer une facture d'hospitalisation. Il en était de même en cas d'accouchement par césarienne.

Cette affirmation est corroborée par les prestataires qui trouvent qu'aujourd'hui les consultations tardives sont de plus en plus rares pour les enfants de moins de 5 ans.

Tableau n°9: Hospitalisation des enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux

Hôpital	2006 (1)	2007 (2)	2008 projection (3)	(2)/ (1) (%)	(3)/ (1) (%)	(3)/ (2) (%)
CHUK	2143	3678	4 397	172	205	120
HPRC	1021	2399	2406	235	236	100
Ngozi	1132	2373	3703	210	327	156
Cankuzo	275	417	404	152	147	133

Source : données statistiques recueillies dans les structures de soins sur lesquelles a porté l'enquête

L'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans a fortement augmentée car cette activité a plus que doublé entre 2006 et 2008 dans $\frac{3}{4}$ des hôpitaux visités. L'on peut constater également que l'accroissement marginal des hospitalisations a en général diminué en 2008 par rapport à celui enregistré en 2007.

Tableau n°10 : Accouchements dans les hôpitaux

Hôpital	2006 (1)	2007 (2)	2008 projections (3)	(2)/(1) (%)	(3)/(1) (%)	(3)/(2) (%)
CHUK	1805	2259	4 339	125	240	192
HPRC	3487	4627	9363	133	269	202
Makamba	265	554	552	120	210	93
Cankuzo	545	705	655	129	120	93
Ngozi	1048	1861	2062	178	197	111

Source : données statistiques recueillies dans les structures de soins sur lesquelles a porté l'enquête

De façon globale, les accouchements ont augmenté dans les hôpitaux entre 2006 et 2008. Mais on note une tendance à la stabilisation sinon à la baisse de cet accroissement dans les hôpitaux des provinces de l'intérieur du pays. Le CHUK et l'HPRC ont connu une tendance inverse, c'est - à- dire un accroissement sans cesse continu au cours de la même période.

En effet le taux d'occupation des lits du service de maternité est passé de 63,8% en 2005 à 98% en 2008 alors que le nombre de lits a doublé entre les deux exercices.

Tableau n° 11 : Accouchements par césarienne dans les Hôpitaux

	2006 (1)	2007 (2)	2008 projection (3)	(2)/ (1) (%)	(3)/ (1) (%)	(3)/ (2) (%)
CHUK	564	1254	1 111	222	197	89
HPRC	571	674	1314	118	230	195
Makamba	538	705	308	131	57	44
Cankuzo	99	165	201	167	203	122
Ngozi	434	674	853	141	197	120

Source : données statistiques recueillies dans les structures de soins sur lesquelles a porté l'enquête.

Les accouchements par césarienne ont fortement augmenté dans toutes les provinces car l'acte est devenu financièrement accessible suite à la mesure de subvention.

Cette augmentation est très marquée entre 2006 et 2008 car elle est de 130% pour l'HPRC et de 122% pour le CHUK entre 2006 et 2007. Cette augmentation très importante pour le CHUK s'explique par le fait que le CHUK a augmenté de façon très sensible le nombre de lits du service d'obstétrique étant donné que le nombre de lits de maternité est passé de 47 à 94 entre 2005 et 2008.

Au niveau national, le taux d'accouchement assisté par le personnel de soins est passé de 22,9% en 2005 à 41,1% en 2007⁹.

2.3. Effets de la mesure sur la qualité des soins

La qualité des soins est une résultante d'un processus qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurent un meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un meilleur résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, de contacts humains à l'intérieurs du système de soins.

Les différents moyens utilisés dans les soins doivent être disponibles pour pouvoir offrir des services de qualité. Il s'agit :

- des équipements et des installations de soins ;
- des professionnels de santé qualifiés et en quantité suffisante ;
- de l'organisation administrative et financière qui gère le système de soins.

Il s'agit généralement d'une évaluation de conformité obtenue grâce à une analyse comparative basée sur des normes (standards) préalablement définies dans les manuels d'accréditation.

La qualité ou la conformité des structures, si elle est nécessaire à des soins de qualité, ne peut les garantir à elle seule.

Si la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes qui accouchent a amélioré l'accès aux soins pour ces groupes cibles, certains constats faits

⁹ Ministère de la Santé Publique, Programme National de Santé de la Reproduction, Bilan des activités du PNSR, Bujumbura, 2007.

au niveau des formations sanitaires montrent que la qualité des soins a été affectée par une trop grande affluence de malades suite à la mesure de subvention des soins.

Les principaux facteurs ayant affectés la qualité des soins sont notamment :

- les longues files d'attente : suite à l'affluence accrue de parturientes et des enfants de moins de 5 ans vers les structures (tableaux n°7 à 10), les bénéficiaires de la mesure de subvention doivent faire face à une longue file d'attente pour être accueillis et le temps consacré à l'écoute du patient est réduit avec comme conséquence une baisse de la qualité des soins.
- Des ruptures de stocks en médicaments essentiels sont fréquemment observées suite à l'accroissement des besoins en médicaments et aux retards de paiement des déclarations de créances des hôpitaux par le Ministère des Finances. La Centrale d'achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU) approvisionne les structures de soins en médicaments moyennant paiement régulier des factures. Or ce dernier dépend du rythme de remboursement des frais liés à la mesure de subvention.
- la promiscuité dans les services de pédiatrie et de maternité : une grande promiscuité dans les services d'hospitalisation concernés par la mesure de subvention est à l'origine des conditions d'hygiène précaires. Les salles sont surpeuplées et beaucoup de malades dorment à même le sol entre les lits. Cette situation peut être la cause de transmission de maladies contagieuses en milieu de soins.
- les sorties précoces des hospitalisés : la pression exercée par les malades sur les infrastructures d'hébergement est à l'origine de sortie précoce des

malades hospitalisés qui doivent laisser la place aux nouveaux venus.

A titre d'exemple le tableau suivant montre l'évolution du séjour moyen dans le service de maternité de l'HPRC.

Tableau n° 12 : Evolution de la durée moyenne de séjour dans le service de maternité de l'HPRC

Année	Entrées	Nombre de lits	séjour moyen (jours)
2005	2930	45	4
2006	3517	45	3
2007	4424	53	2

Source : HPRC, service statistique

Cette diminution constante de la durée moyenne de séjour (passé de 4 à 2 jours entre 2005 et 2007) traduit une réaction des responsables du service de maternité pour faire face à la forte affluence des femmes qui accouchent dans le cadre de cette mesure de subvention de soins alors que le plateau technique (personnel de soins, équipements, nombre de lits etc.) n'a pas été adapté en conséquence.

Il y a alors une baisse de la qualité des soins car la période de surveillance post partum (au moins 48 heures après un accouchement normal) est écourté dans un contexte local où l'organisation des soins médicaux à domicile n'existe pas.

- l'accroissement excessif du volume de travail pour les prestataires : cet accroissement se traduit à travers l'évolution croissante du taux d'utilisation des services telle qu'illustrée par les données reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°13 : Evolution de l'occupation des lits dans les services de pédiatrie et de Gynécologie – obstétrique au CHUK

Année	Service de Pédiatrie		Service de Gynéco-obstétrique	
	Nombre de lits	Taux d'occupation (%)	Nombre de lits	Taux d'occupation (%)
2005	dnd	dnd	47	63,8
2006	35	44	77	63,2
2007	47	111	89	95
2008	47	125	94	98

Source : Service des statistiques du CHUK

On note que le taux d'occupation des lits a fortement augmenté aussi bien dans le service de pédiatrie que dans celui de gynécologie obstétrique, passant respectivement de 44% en pédiatrie en 2006 à 125 % en 2008 et de 63,8% en 2005 à 98% en 2008 en gynécologie-obstétrique.

Ce taux d'occupation a continué à augmenter malgré que le nombre de lits d'hospitalisation dans le service ait doublé, passant de 47 en 2005 à 94 en 2008 pour faire face à l'affluence des femmes qui viennent accoucher.

2.4 Effets de la mesure sur le budget alloué au secteur de la Santé Publique.

La mesure de subventionner les soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements a naturellement contribué à augmenter les ressources budgétaires allouées au secteur de la santé publique.

Tableau n°14: Evolution du Budget de fonctionnement du MSP et celle de la subvention

	2006 (1)	2007 (2)/(1)	2008 (3)/(1)
Budget de fonctionnement	16.986.151.924	13.003.704.800	29.908.669.681
Variation (%)	100	65	176
Subvention des soins	954.724.000	2.816.312.492	9.750.000.000
Variation (%)	100	295	1021

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde.

On observe qu'il y a eu un net accroissement du budget alloué au secteur de la santé pour l'exercice 2008 par rapport à celui de 2006 grâce notamment au financement de la subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux accouchements. L'on peut remarquer qu'effectivement ce dernier a considérablement augmenté entre 2006 et 2008 passant du simple au décuple. D'autres rubriques budgétaires nouvelles ont été insérées dans le budget de la Santé Publique sur financement de ressources issues de la remise de la dette et qui sont communément appelés « fonds IPPTE ».

Tableau n°15 : Evolution de la part de la subvention dans le budget du MSP

	2006	2007	2008
Budget MSP	16 986 151 294	13 003 704 800	29 908 669 681
Subvention des soins	954 724 000	2 844 370 150	9 750 000 000
%	5	22	33

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde.

Cette progression a été très importante en 2008 à cause de la part du budget de cette subvention des soins qui est passé de 5% du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique à plus de 30% de celui-ci entre 2007 et 2008.

Effectivement, le financement de la subvention des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements a significativement contribué dans l'accroissement du budget alloué au secteur de la Santé car la part de cette subvention dans le budget des dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique n'a cessé de croître de 2005 allant jusqu'à atteindre plus d'un tiers du budget ordinaire accordé au Ministère de la Santé Publique en 2008.

2.5. Effets de la mesure de subvention sur la viabilité financière des structures de soins.

2.5.1 De la disponibilité des fonds sur le compte IPPTE

Les gestionnaires des structures de soins déplorent la lenteur observée dans le remboursement des factures relatives aux soins dispensés aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes qui accouchent. Cette réalité est entièrement partagée par les personnels de soins, l'Administration territoriale ainsi que les responsables des COSA et des COGE.

Alors que l'ordonnance ministérielle d'application de la mesure de subvention de ces soins précisait que le paiement des factures y relatives devait intervenir dans les 15 jours à dater de leur transmission au Ministère de la Santé Publique, il a été observé des retards considérables d'au moins 6 mois et allant certaines jusqu'à 12 mois.

C'est justement cette forte lenteur de remboursement des frais engagés dans la prise en charge des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements qui a découragé la plupart des structures de soins agréées à ne pas adhérer à cette mesure de subvention des soins en faveur de ces groupes.

De ce fait, les structures de soins publiques se retrouvent débordées par la forte affluence des patients concernés par cette mesure de subvention avec les conséquences négatives connues en rapport avec le degré de satisfaction des demandeurs de soins et à celui de la qualité des soins dispensés dans ce contexte.

Le niveau et la rapidité des paiements des créances dues par l'Etat dépendent du niveau d'engagement du budget alloué à ces dépenses et de la disponibilité de trésorerie au niveau du Trésor Public.

L'engagement de ces dépenses a évolué suivant le tableau ci-dessous entre 2005 et 2008.

Tableau n°16 : Evolution du niveau d'engagement du budget alloué à la subvention des soins

	2006	2007	2008
Crédit budgétaire de la subvention	954 724 000	2 844 370 150	9 750 000 000
Engagements de l'exercice	496 182 524	2 816 312 492	9 750 000 000
% engagement	52 %	99 %	100

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde,

Les crédits budgétaires alloués à la subvention des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements ont connu un niveau d'engagement budgétaire élevé pour les exercices 2007 et 2008 ; le faible niveau d'engagement de ces crédits pour l'exercice 2006 est lié au fait que les procédures de mise en application de ladite mesure n'ont débuté qu'au cours du 2^{ème} semestre du même exercice.

Tableau n°17 : Evolution des paiements des factures de la subvention de soins

	2006	2007	2008
Créances déclarées (1)	dnd	4 872 918 407	7 360 918 407
Paiements (2)	480 570 322	2 763 681 911	9 675 753 769
% paiements (2)/ (1)	-	57	131

Source : Ministère de l'Économie, des Finances et de la Coopération au Développement, Département du Budget, du Contrôle Financier et de la Solde.

Le niveau de paiement des factures subséquentes à la mise en application de la mesure de subvention des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements n'est pas satisfaisant par rapport aux créances déclarées en 2007.

En effet, les paiements de ces créances effectués au cours de l'exercice 2007 sont largement inférieurs aux déclarations de créances se rapportant à cet exercice car leur niveau n'est que de 57%.

La situation observée en 2008 est inverse et elle est due au fait que la situation définitive et exhaustive des créances déclarées par les différentes structures de soins au cours de cet exercice budgétaire n'est pas encore définitivement arrêtée et inclut sûrement des arriérés de paiement de l'année 2007.

En outre, les délais de paiement de ces déclarations de créance sont relativement importants car ils dépassent dans certains cas la période de tout un exercice budgétaire, soit 12 mois.

Le tableau repris ci-dessous montre la période couverte par les différentes facturations ainsi que les paiements cumulés intervenus au cours de l'exercice 2008 aux échéances suivantes : le 11/10/2008, le 07/07/2008 et le 15/10/2008.

Tableau n°18 : Délais de paiement observés durant les 3 premiers trimestres de l'exercice 2008.

Structure de soins	Période de facturation	Paiements cumulés du 10/03/2008 au 15/10/2008 (FBu)
CHUK	Janvier 2007 à juin 2008	843.377.404
HPRC	Septembre 2007 à octobre 2008	372.598.541
KANYOSHA (cds)	Mai 2007 à avril 2008	1.743.375
CANKUZO (hôpital)	Juillet 2006 à juin 2008	106.626.556
KIGAMBA (cds)	Janvier 2007 à juin 2008	5.545.930
MURORE (hôpital)	Janvier 2008 à juillet 2008	2.883.150
MAKAMBA (hôpital)	Avril 2007 à juillet 2008	302.424.670
KAYOGORO (cds)	Février 2007 à juillet 2008	10.849.904
MUYANGE (cds)	Février 2007 à juillet 2008	10.895.985
NGOZI (hôpital)	Octobre 2007 à juin 2008	344.378.278
BUSIGA (cds)	Septembre 2007 à juin 2008	1.886.524
GASHIKANWA (cds)	Octobre 2007 à juin 2008	4.465.689

Source : Ministère de la Santé Publique, Département du Budget et des Approvisionnements, Rapport des paiements sur la subvention des soins pour le 1^{er}, le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestre 2008.

La principale raison de ces retards de paiement est probablement l'insuffisance de trésorerie immédiate au niveau du Trésor Public pour alimenter le compte IPSTE/Santé à cause de la situation économique prévalente qui n'est pas de nature à permettre le respect des échéances de paiement évoquées dans l'ordonnance relative à l'application de cette mesure.

Les multiples formalités de déclaration et de vérification des factures, qui impliquent les prestataires de soins et les gestionnaires des structures de soins à tous les niveaux, sont entreprises au niveau des Bureaux Provinciaux de la Santé, de l'Administration Centrale du Ministère de la Santé Publique.

Elles constituent, d'ailleurs, une lourde et fastidieuse charge de travail d'autant plus que cette vérification n'est qu'arithmétique et non approfondie. Les factures empruntent le long processus d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement à travers les services du Ministère des Finances qui contribuent au ralentissement du processus de paiement.

Ces retards de paiement entraînent à leur tour une insuffisance de trésorerie immédiate tel que cela figure dans le tableau précédent. La conséquence directe sur le fonctionnement des services hospitaliers et des centres de santé est que les structures de soins éprouvent de réelles difficultés à commander et acquérir les produits pharmaceutiques, le petit matériel médical et d'autres consommables nécessaires à la dispensation des soins.

2.5.2. Sur le fonctionnement et l'exploitation des structures de soins.

Même si la politique de subventionner la subvention des soins a abouti à un remboursement fort lent des factures subséquentes à cette politique, elle a néanmoins permis de rendre accessibles les soins de santé aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes qui accouchent.

Elle doit avoir également permis l'accroissement des produits d'exploitation induit par une plus grande affluence des malades dans les structures de soins.

Bien plus, les résultats d'exploitation doivent s'être améliorés ; en effet, les provisions pour créances douteuses et litigieuses pour les patients insolvable de cette catégorie, qui étaient comptabilisées avant la mise en application de cette politique, ne sont plus nécessaires aujourd'hui même si le Gouvernement rembourse tardivement les factures de la subvention des soins.

Toutefois, les comités de santé ne sont pas suffisamment impliqués dans la gestion des fonds issus du remboursement des soins gratuits ; cette gestion est conjointement faite par les titulaires des centres de santé et les directeurs des BPS.

Néanmoins, il a été rapporté que les fonds disponibles dans les structures de soins ne servent pas toujours à rembourser les dettes de la CAMEBU¹⁰ qui ne cessent de croître d'exercice en exercice. En effet, les créances cumulées de la CAMEBU sur les différentes formations sanitaires sont passées de 281.185.933 FBU en 2005 à 575.399.753 FBU en 2008¹¹, diminuant ainsi les possibilités de la CAMEBU de s'approvisionner régulièrement en médicaments et en matériel médical essentiels.

¹⁰ Evaluation finale projet DFID/OMS Burundi /MSPLS 17 septembre-19 octobre 2008

¹¹ Direction Générale de la CAMEBU.

En outre, le Gouvernement doit à la CAMEBU un montant de 1.552.408.849 FBu pour une commande de médicaments qu'elle a financée et qui est en instance de remboursement portant ainsi la créance de la CAMEBU sur ses débiteurs à plus de 2 milliards de FBu.

2.5.3. Sur la gestion du médicament.

Cette politique de subvention des soins à ce groupe de patients s'est aussi traduite par une disponibilité plus importante de médicaments à travers les dons de la part d'ECHO et de l'UNICEF pour 1.500.000 \$ d'une part et du Gouvernement Britannique (à travers son organe de coopération le DFID) pour 1.142.631 livres sterlings d'autre part pour les exercices 2006 et 2007. L'ensemble de ces dons en médicaments pourrait être chiffré à plus de 4 milliards de FBu. Malgré cet important appui en médicaments, des ruptures de stock en médicaments ont été signalées par les gestionnaires des structures de soins car les médicaments reçus à titre de don pour soutenir cette mesure de la subvention des soins n'étaient pas tous adaptés au profil épidémiologique du groupe ciblé.

En outre, la gestion comptable des dons en médicaments et autre matériel médical n'est pas performante tant au niveau des hôpitaux qu'à celui des centres de santé. Pour ces derniers, les principales causes de cette situation sont surtout la faiblesse du niveau de formation de base des gestionnaires et le manque de supervision en la matière.

Il s'avère important de souligner que les problèmes liés à la gestion des dons de médicaments sont également liés à l'absence d'instructions ou d'ordres de service relatifs à la mise en application concrète de l'ordonnance relative à cette mesure de subvention de soins en faveur de ce groupe de patients.

Pour l'exercice 2008, le Gouvernement du Burundi s'était engagé à prendre le relais et un montant de 2.587.746.600 FBu a déjà été budgétairement engagé pour couvrir deux

appels d'offres lancés par le truchement de la CAMEBU mais les médicaments relatifs n'ont pas encore été livrés. Ce retard dans la livraison de ces médicaments s'est alors accompagné de ruptures de stock des médicaments très sollicités pour la prise en charge des patients concernés par cette mesure dont l'affluence a considérablement augmentée.

Chapitre 3 : APPRECIATION DE LA MESURE DE GRATUITE DES SOINS SELON LES DIFFERENTES CATEGOPRIES D'ENQUETES

L'appréciation a porté sur l'identification des points forts et des points faibles de la mesure de subvention ainsi que sur les recommandations en vue d'optimiser les effets de cette dernière. Ces appréciations se focalisent sur des points différents selon les catégories de répondants. Les principaux résultats sont synthétisés dans les tableaux suivants.

Tableau n° 19: Les points forts de la mesure tels qu'identifiés par les différentes catégories de répondants

Critère d'appréciation*	Niveau Central MSPLS	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs Communaux	Bénéficiaires	ONG appuyant le MSPLS
Mesure très salutare	x	x	x	x	x	x	x	x
Meilleur accès aux soins	x	x	x	x	x	x	x	x

Critère d'appréciation*	Niveau Central	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs communaux	Bénéficiaires	ONG partenaires du gouvernement
Disponibilité des médicaments	X	X	X	X	X	X	X	X
Prise en charge précoce des enfants et femmes qui accouchent		X	X	X			X	X
Accroissement de recettes	X	X	X	X	X			X
Diminution de l'angoisse des familles face à l'incapacité de payer les soins			X	X			X	X
Réduction des rétentions des hospitalisés insolubles			X					X
Augmentation du taux d'enregistrement à l'état-civil						X		

*** la croix à l'intersection de la ligne et de la colonne monte que le critère d'appréciation de la ligne a été cité par la catégorie de personnes de la colonne correspondante.**

Tableau n°20: Les points faibles de la mesure tels qu'identifiés par les différentes catégories de répondants

Critère d'appréciation	Niveau Central du MSP LS	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs Communaux	Bénéficiaires	ONG Partenaires du gouvernement
Fréquentes ruptures de stocks en médicaments	x	x	x	x	x		x	x
Sorties précoces suite à l'engorgement des services concernés par la mesure			x	x				

Critère d'appréciation	Niveau Central du MSP LS	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs Communaux	Bénéficiaires	ONG Partenaires du gouvernement
Conditions d'hygiène précaires suite à l'engorgement des services			x	x			x	
Insuffisance des lits d'hospitalisation	x	x	x	x	x	x	x	x
Insuffisance d'équipements	x	x	x	x	x	x	x	x
Insuffisance en personnel des soins	x	x	x	x	x	x	x	x
Longue file d'attente			x	x	x	x	x	x

Critère d'appréciation	Niveau Central	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs Communaux	Bénéficiaires	ONG partenaires du gouvernement
Forte augmentation du volume de travail pour le personnel	x	x	x	x	x		x	
Forte pression sur les structures publiques			x	x				x
Insuffisance de mesures d'accompagnement de la mesure	x	x	x	x	x	x	x	x
Inéquité dans l'application de la mesure			x	x			x	

Critère d'appréciation	Niveau Central	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs Communaux	Bénéficiaires	ONG partenaires du gouvernement
Retards des paiements des factures liées à la mesure de subvention	x	x	x	x	x	x	x	x
Manque de procédures de gestion et de suivi		x	x	x	x			x
Formalités de vérification des factures fastidieuses		x	x	x	x			
Impossibilité de facturer les soins des enfants non enregistrés à l'état-civil			x	x	x			

Critère d'appréciation	Niveau Central	Directeurs et Gestionnaires des BPS	Gestionnaires des hôpitaux et des districts	Titulaires des centres de santé	Présidents des comités de santé	Administrateurs communs aux	Bénéficiaires	ONG partenaires du gouvernement
Pérennité de la mesure non assurée	x	x	x	x				
Faibles accès aux médicaments pour les enfants ambulants			x	x			x	

Le point fort de la mesure unanimement relevé par les différentes catégories d'enquêtés est que la mesure est jugée très salutaire parce qu'elle a amélioré l'accès aux soins et elle a rendu les médicaments plus disponibles.

Les principaux points faibles de la mesure tels qu'identifiés par la plupart des enquêtés sont les suivants :

- fréquentes ruptures de stocks en médicaments ;
- insuffisance des lits d'hospitalisation, d'équipements, de personnel de soins ;
- longue file d'attente;
- forte augmentation du volume de travail pour le personnel ;
- insuffisance de mesures d'accompagnement de la mesure ;
- retards des paiements des factures liées à la mesure de subvention.

Les suggestions qui ont été proposées par les différentes catégories de répondants en vue d'optimiser l'application de la mesure sont les suivantes :

- Améliorer la gestion des médicaments y compris les dons ;
- Chercher des voies et moyens pour réduire les retards de paiement des factures des soins liés à la mesure de subvention ;
- Instaurer un système de contrôle rigoureux de l'utilisation des moyens octroyés dans le cadre de cette mesure;
- Etendre le système d'achat de la performance des personnels de santé (primes proportionnelles aux résultats) à toutes les structures de soins;
- Créer des conditions propices à l'adhésion des structures agréées à cette mesure ;
- Mettre en place un système de mutualités communautaires afin d'améliorer l'accès aux soins pour

la population non encore couverte par un système de tiers payant ;

- Mettre en place des mécanismes de pérennisation de la mesure de subvention des soins en faveur de ces groupes cibles ;
- Assurer une plus grande mobilisation des fonds pour pouvoir répondre à la demande induite par la mesure (ressources humaines, lits d'hôpitaux, équipements et médicaments).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La mesure de subvention des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les accouchements a été prise en vue de contribuer à la réduction de la morbi- mortalité chez ces groupes cibles qui constitue un des problèmes majeurs de santé publique. La mise en application de cette mesure s'est traduite par une forte augmentation des prestations rendues à ce groupe de bénéficiaires.

De façon générale, les structures de soins ont été sollicitées au-delà de leurs capacités d'accueil et de fonctionnement (et dans de fortes proportions) se traduisant par des augmentations considérables des consultations, des hospitalisations, des accouchements normaux et des césariennes.

Le volume de travail du personnel soignant a fortement augmenté, des ruptures de stock pour certains médicaments essentiels ont été observées et la capacité d'hébergement des structures de soins a été saturée contribuant ainsi à une dégradation de la qualité des soins.

Sur le plan financier, les structures de soins ont connu des problèmes de trésorerie à cause des retards enregistrés dans le paiement des factures liées à l'application de cette mesure (variant entre 5 et 14 mois).

Cette faiblesse de trésorerie a abouti à des difficultés d'approvisionnement en médicaments et a affecté la qualité des soins dispensés aux patients.

Certains partenaires du Gouvernement du Burundi en matière de santé ont accordé d'importants dons en médicaments et en matériel médical à hauteur de plus de 4 milliards de FBu pour soutenir cette politique même si certains de ces produits

n'étaient pas adaptés au profil épidémiologique des groupes ciblés.

Malheureusement, il n'y a pas eu de directives claires en matière de gestion de ces dons de médicaments, d'autant plus qu'il n'y a pas de manuels de procédures de gestion des stocks de produits pharmaceutiques et que le niveau de formation des gestionnaires au niveau périphérique laisse à désirer. Il n'y a d'ailleurs pratiquement pas eu de supervision en matière de gestion.

Les audits prévus n'ont pas été réalisés si bien que l'application de cette mesure n'a pas été évaluée et que les problèmes liés à l'application de cette mesure n'ont pas été formellement identifiés et résolus au moment opportun.

Les textes règlementaires de tarification des actes médicaux sont obsolètes et ne sont pas harmonisés dans toutes les structures de soins.

La prise en charge des frais de transfert par ambulance des bénéficiaires concourt à l'amélioration de la qualité des soins dans les provinces sanitaires appuyées par certaines ONGs partenaires du Gouvernement en matière de santé.

Il en est autrement dans les provinces sanitaires où le bénéficiaire doit payer lui-même ces frais car cette contrainte l'empêche d'accéder aux soins auxquels la mesure de subvention lui donne droit.

Toutefois, l'action gouvernementale de mise en place de cette politique est largement bien appréciée par les bénéficiaires et toutes les autres catégories de personnes rencontrées au cours de l'enquête.

Les crédits budgétaires y alloués n'ont cessé de croître malgré une situation économique très difficile n'eût été les

insuffisances ci-haut relevées dans la mise en œuvre de cette mesure.

La principale limite de cette étude a été l'insuffisance de données statistiques sanitaires et épidémiologiques pour les exercices 2005 et 2006 d'une part et le manque de données statistiques pour les exercices 2007 et 2008 au Service d'Epidémiologie et Statistiques ainsi que l'insuffisance de données relatives à la gestion du médicament.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de cette mesure de subvention des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les accouchements, des recommandations sont formulées à l'endroit des principaux intervenants.

Au Parlement

- Renforcer l'accompagnement de la mesure de subvention des soins de santé de ce groupe cible dans ses activités de vote et d'adoption des lois budgétaires et assurer le contrôle de l'action gouvernementale en cette matière.

Au Gouvernement

- Initier une réflexion sur la création d'un fonds spécial d'appui à cette mesure et inciter les différents partenaires à participer dans son financement.

Au Ministère de la Santé Publique

- Ajuster l'effectif du personnel soignant en fonction de l'affluence des patients ;

- Adapter la capacité d'accueil des structures de soins en fonction de la demande ;
- Procéder à l'actualisation de l'ordonnance ministérielle n°630/712 du 03/10/2001 fixant les tarifs des actes médicaux, d'hospitalisation, des examens para cliniques et des dispositifs médicaux dans les centres de soins publics autonomes et non autonomes en vue d'harmoniser et d'uniformiser les tarifs de tous les actes médicaux et des soins paramédicaux par niveau de soins ;
- Procéder à l'actualisation de par l'ordonnance ministérielle n°630/848 du 06/09/2006 portant modalités d'application du décret portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements pour intégrer la prise en charge des frais de transfert par ambulance et l'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux.
- Renforcer le système de contrôle interne à tous les niveaux par l'élaboration d'un manuel des procédures particulièrement en matière de gestion financière et de gestion des stocks au niveau des structures de soins de base et par sa stricte application;
- Renforcer les capacités des personnels chargés de la vérification de la mesure de subvention par des formations continues appropriées à tous les niveaux ;
- Améliorer la qualité du système d'information sanitaire permettant le suivi des activités des formations sanitaires;
- Mettre en place un système fiable d'audits et de suivi de l'utilisation rationnelle des fonds IPPTE ;
- Elaborer des stratégies appropriées pour pérenniser la mesure de subvention des soins ;
- Clarifier les mécanismes de gestion des dons de médicaments et en faire le suivi- évaluation ;
- Porter à la connaissance de la population la liste des médicaments essentiels auxquels les bénéficiaires de la mesure ont droit ;

- Commanditer une étude d'évaluation de la politique de la subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent sur une période de recul d'au moins 5 ans après avoir préalablement mis en place un système d'information sanitaire fiable à différents niveaux.
- Concilier la politique de planification familiale avec celle de la subvention des soins liés à l'accouchement et ceux des enfants de moins de 5 ans pour que cette dernière ne soit pas perçue comme un encouragement à une forte natalité ;
- Intégrer dans la mesure les autres soins nécessaires pour la femme enceinte.

Au Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

- Renforcer la sensibilisation et la formation du personnel soignant sur le respect des normes de prévention de la transmission du VIH/SIDA surtout dans les services de maternité.

Au Ministère ayant le travail et la sécurité sociale dans ses attributions.

- Mettre en place un système d'assurance maladie pour le secteur informel (constitué essentiellement d'artisans, d'agriculteurs et d'éleveurs) puisque des études de faisabilité y relatives ont déjà été effectuées; les ressources de l'IPPTE pourraient être sollicitées pour le démarrage de ce système d'assurance maladie moyennant le consentement de tous les partenaires de la gestion des fonds IPPTE.

Au Ministère des Finances

- Faire tout pour que le paiement des créances liées à la mesure de subvention des soins des enfants de

moins de 5 ans et des accouchements soit aussi régulier que possible;

- Instaurer des mécanismes pertinents et efficaces de vérification de l'utilisation des ressources octroyées aux formations sanitaires dans le cadre de la subvention des soins de ce groupe cible afin de s'assurer de sa gestion rationnelle.

Aux autorités administratives et territoriales

- Sensibiliser les parents pour qu'ils fassent enregistrer systématiquement les enfants aux services d'état civil pour que les enfants puissent avoir les documents exigés afin de bénéficier de cette subvention des soins.

A la société civile en général

- Renforcer la sensibilisation de la population sur le droit à la santé et renforcer la vigilance citoyenne ;
- Compléter les études existantes et continuer à plaider pour une meilleure mise en œuvre de la mesure.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Politique Nationale de la Santé 2005-2015, Bujumbura, décembre 2004.
2. Profil du Système de Santé au Burundi, Bujumbura, novembre, 2005.
3. Décret n°100/136 du 16 juin 2006 portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées.
4. Ordonnance ministérielle n°630/848 du 06/09/2006 portant modalités d'application du décret portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées.
5. Ordonnance ministérielle n°630/712 du 03/10/2001 fixant les tarifs des actes médicaux, d'hospitalisation, des examens para cliniques et des dispositifs médicaux dans les centres de soins publics autonomes et non autonomes.
6. Accès aux soins de santé au Burundi, Réalisations des trois enquêtes épidémiologiques, mars 2004 (MSF).
7. Nomenclature des actes médicaux, examens para cliniques et soins de Kiné physiothérapie.
8. Accord de financement entre le Gouvernement du Burundi et le Department for International Development, décembre 2006.
9. Evaluation finale projet DFID/OMS Burundi /MSPLS 17 septembre-19 octobre 2008.

10. Epistat, Rapport annuel d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux, 2005.
11. Epistat, Rapport annuel d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux, 2006.
12. Résultats des Enquêtes, « Ménage », « Qualité » et « Infirmiers Titulaires » de Juillet 2006 et Juillet 2008 dans les provinces Bubanza, Cankuzo, Karuzi, Makamba et Gitega au Burundi, Cordaid.
13. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Département des Ressources Humaines, Etude sur l'analyse de la situation des ressources humaines.
14. Vice-Ministère de la Planification, Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de l'Enfant et de la Femme au Burundi, 2005.
15. Inspection Générale de l'Etat, Analyse des contours de la question de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent, Bujumbura 2008.