

PBF CoP Working Paper Series

WP5

October 2011

Le financement basé sur la performance comme stratégie pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins : premières leçons de l'expérience du Burundi

Olivier Basenya¹, Manassé Nimpagaritse², François Busogoro³, Juvénal Ndayishimiye⁴, Canut Nkuzimana⁵, Gérard Ntahimpereye⁶, Michel Bossuyt⁷, Juma Ndereye⁸, Léonard Ntakarutimana⁹

¹ MD, Master in Health Economics, Cellule Technique Nationale Financement Basé sur la Performance, Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, Bujumbura, Burundi

² MD, MPH, Encadreur en Financement Basé sur la Performance, Health Net TPO, Muramvya, Burundi

³ MD, MPH, Consultant GFA Consulting Group, Bujumbura, Burundi

⁴ MD, MPH, Coordonnateur des programmes CORDAID, Bujumbura, Burundi

⁵ MD, MPH, Agence d'Achat des Performances CORDAID, Makamba, Burundi

⁶ MD, MPH, Agence d'Achat des Performances CORDAID, Bururi, Burundi

⁷ MD, Pédiatre, Chef de mission CORDAID, Bujumbura, Burundi

⁸ MD, MPH, Enseignant à l'Institut National de Santé Publique, Bujumbura, Burundi

⁹ DEA Parasitologie, Maîtrise Parasitologie, Enseignant à l'Institut National de Santé Publique, Bujumbura, Burundi

La 'PBF CoP Working Paper Series' publie les travaux scientifiques des membres de la communauté de pratique 'Financement basé sur la Performance'. Elle vise la dissémination rapide des résultats empiriques ou des idées théoriques, en particulier ceux qui sont pertinents pour les membres de la CoP. La série accepte les papiers en français et en anglais. Les papiers sont revus par les pairs de façon non-anonyme. L'édition de cette série est soutenue par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, en Belgique ('Initiative des Talents Emergents'). Pour soumission ou toute autre requête, merci de contacter: cop.pbf@gmail.com

The PBF CoP Working Paper Series presents scientific work done by members of the African Performance-Based Financing Community of Practice. It aims for rapid dissemination of their empirical findings or theoretical ideas, especially those relevant for members of the CoP. The series welcomes papers in French or in English. Papers are open peer reviewed. Editing of the series is supported by the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium ("Emerging Voices venture"). For submission or any other request, please contact: cop.pbf@gmail.com

Editorial committee: Bruno Meessen, Paulin Basinga, Nicolas de Borman, Gyuri Fritsche and Laurent Musango.

Support: Kristof Decoster and Rita Verlinden.

The PBF CoP is one of the communities of practice supported by the multi-agency initiative 'Harmonization for Health in Africa' (www.hha-online.org). The scientific edition of this issue # 5 has benefited from the funding #526603 of the World Bank.

This paper can be downloaded at:

<http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>

The views expressed by the authors of this document do not necessarily reflect the views of their institutions, the PBF CoP or HHA.



Résumé

Le Burundi a adopté, en 2006, une politique de gratuité des soins ciblée aux accouchements et enfants de moins de cinq ans. La mise en œuvre de cette politique a connu des contraintes liées notamment au retard de remboursement des formations sanitaires par l'Etat, au manque d'un système de vérification, à la surcharge de travail du personnel de santé liée à une utilisation accrue des services de santé, à la démotivation du personnel de santé, à une charge administrative élevée.

Pour remédier à ces contraintes et profitant des résultats encourageants des expériences pilotes de financement basé sur la performance qui étaient en cours dans certaines provinces, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) ainsi que les Partenaires techniques et Financiers (PTF) ont convenu de rembourser le paquet de soins gratuit à travers des mécanismes de financement basé sur la performance à partir d'avril 2010.

L'objectif de ce papier est de partager cette expérience nationale, avec la visée principale de déterminer si et comment le financement basé sur la performance a permis d'améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. A cette fin, nous procédons à l'analyse de données secondaires.

Les premiers résultats montrent que le remboursement du paquet de soins gratuit à travers les mécanismes de FBP a contribué à réduire le délai de remboursement des formations sanitaires; à réduire les surfacturations par la mise en place d'un système efficace de vérification ; à réduire les ruptures de stocks en médicaments ; à transmettre des données fiables au système d'information sanitaire ; à réduire la charge administrative des formations sanitaires et de motiver financièrement les prestataires de soins.

Mots clés : gratuité des soins, financement basé sur la performance.

Introduction

Ces dernières années, de nombreux pays africains ont adopté des politiques de gratuité des soins de santé pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. La mise en œuvre de cette politique s'est heurtée à différents défis tels que la diminution des financements au niveau des formations sanitaires, la surcharge de travail du personnel, les ruptures de stock en médicaments et la baisse de la participation communautaire dans la gestion des problèmes de santé (Gilson et McIntyre 2005 ; Meessen et al. 2009).

Le Burundi a adopté en 2006 une politique de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. Il s'est agi d'une décision politique sans implication préalable des professionnels de la santé dans les préparatifs de mise en œuvre, ce qui a conduit à des difficultés au niveau des formations sanitaires (FOSA) liées notamment à la réduction des flux financiers, baisse de la qualité des soins et désarticulation du système de référence (Nimpagaritse & Bertone 2011). D'autres contraintes de mise en œuvre ont également été observées: retard de remboursement des formations sanitaires par l'Etat, surfacturations des formations sanitaires liées au manque d'un système de vérification des prestations déclarées, surcharge de travail du personnel de santé liée à une utilisation plus accrue des services de santé, démotivation du personnel de santé et charge administrative élevée due au nombre important de formulaires à remplir par les FOSA lors des demandes de remboursement.

La littérature scientifique relative aux solutions opérationnelles pour éviter ces dysfonctionnements demeure rare. Un document écrit récemment met en avant l'hypothèse que la rémunération à l'output tirant profit de l'expérience accumulée avec le FBP, est une piste méritant d'être explorée (Meessen et al. 2009). Le Burundi, qui a récemment décidé de fusionner sa politique de gratuité au FBP, offre une opportunité pour apprécier la faisabilité de cette piste.

Le présent article explore la mesure selon laquelle le FBP peut contribuer à améliorer la mise en œuvre d'une politique sélective de gratuité des soins. Il tire profit de l'expérience récente du Burundi en essayant d'identifier quelques premières leçons. La première partie de notre article présente le contexte. La deuxième partie décrit la méthodologie utilisée. La troisième partie présente les résultats observés. Ces derniers sont discutés dans la section suivante. Nous concluons l'article sur les défis à prendre en compte pour une meilleure mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins.

Contexte

La politique de gratuité au Burundi

Les indicateurs de santé maternelle et infantile au Burundi sont 'au rouge'. En effet, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 866 pour 100.000 naissances vivantes (RGPH 2008) tandis que le taux de mortalité des moins de 5 ans est à 96 pour 1.000 naissances vivantes (EDSB 2010). Une enquête menée par Médecins Sans Frontières (MSF) en 2003 a montré que 17,4% de la population burundaise n'avait pas accès aux soins de santé principalement pour des raisons financières (MSF 2004).

Face à cette situation et en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015, le Gouvernement du Burundi a décidé le 1 Mai 2006 d'instaurer la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements et les césariennes. En Mars 2010, ce paquet de soins gratuit a été étendu aux pathologies liées à la grossesse dès le premier mois de gestation.

Au début de sa mise en œuvre, la politique de gratuité des soins au Burundi était basée sur un système de remboursement des prestations à l'acte. A la fin de chaque mois, les formations sanitaires devaient produire des factures de toutes leurs prestations relatives au paquet de soins gratuit et les acheminer au MSPLS. Pour ce faire, chaque formation sanitaire devait remplir pour chaque malade soigné une fiche indiquant tous les actes effectués et les médicaments administrés ; ce qui constituait une charge administrative importante pouvant aller à près de 2.500 pages de fiches à remplir par formation sanitaire par mois. De plus, aucun système de vérification n'était en place, le remboursement étant basé sur les seules déclarations des FOSA avec des risques importants de surfacturation.

Le FBP au Burundi

C'est en 2006 également que les premières expériences pilotes de FBP ont été mises en œuvre dans trois provinces du Burundi. La même année, la politique nationale de contractualisation était élaborée et adoptée pour servir de cadre de référence aux différents arrangements contractuels (MSPLS 2006). A partir de 2008, il y a eu une extension du FBP dans neuf provinces sur les 17 que compte le pays. Au vu des résultats positifs de ces expériences (CORDAID 2008), le MSPLS a décidé de généraliser cette approche à l'échelle nationale à partir du 1 avril 2010.

Pour remédier aux difficultés liées à la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins qui étaient observées sur terrain, le MSPLS et les PTF ont retenu l'idée de fusionner les deux stratégies, c'est-à-dire de rembourser le paquet de soins gratuits à travers des mécanismes de FBP.

Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins reçoivent tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats (MSPLS 2010).

Le FBP tel que mis en œuvre au Burundi, consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs définis préalablement. Dans ce système de financement, il appartient à chaque structure de santé de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour servir plus de patients et ce dans le respect des normes sanitaires nationales et internationales (MSPLS 2010).

Le FBP est basé sur le postulat selon lequel associer le financement des services de santé à la performance (aux résultats) permet de contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de santé, de la qualité des soins et de l'équité.

Dans les pays en voie de développement, le FBP a été introduit fin des années quatre vingt dix en Asie (Cambodge, Afghanistan), au Rwanda en 2002 puis au Burundi en 2006. Cette approche s'est étendue plus récemment dans d'autres pays comme la RDC, la RCA, le Cameroun, la Zambie ainsi que dans d'autres pays africains (Loevinhson B et Harding A 2005 ; Center for Global Development 2009 ; Soeters et Griffiths 2003 ; Cordaid and Sina Health 2009).

La stratégie de FBP adoptée par le Burundi vise à atteindre les objectifs suivants : (i) améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population ; (ii) améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de cinq ans ; (iii) motiver et stabiliser le personnel de santé ; (iv) inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ; (v) renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ; (vi) prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

Dans un système FBP, la vérification est un volet important pour éviter d'éventuelles fraudes dans les données déclarées par les FOSA. Le modèle de FBP au Burundi comporte un système de vérification de quatre types : (i) la vérification quantitative des prestations des FOSA réalisée une fois par mois par des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV); (ii) l'évaluation de la qualité technique des prestations effectuée une fois par trimestre par les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et les Bureaux de Districts Sanitaires (BDS) au niveau des centres de santé et par les pairs au niveau des hôpitaux ; (iii) La vérification communautaire réalisée une fois par trimestre par des associations locales à travers des enquêtes communautaires. Elle a pour objectifs d'authentifier les prestations déclarées par les formations sanitaires et de mesurer le degré de satisfaction de la population (qualité perçue) ; (iv) la contre vérification qui est réalisée une fois par trimestre par un organisme externe indépendant.

Ce système de vérification et de contre vérification permet donc de rembourser des prestations réellement effectuées dans des conditions de qualité acceptables et de réduire le risque de notification de données incorrecte au système d'information sanitaire.

Dans le cadre du FBP, le remboursement est fait sur base d'un tarif forfaitaire par indicateur contractualisé. Pour les indicateurs du paquet gratuit, le tarif est inférieur au coût réel de production mais le manque à gagner sur ces indicateurs est compensé par les fonds générés par les autres indicateurs via un système de péréquation. De plus, chaque trimestre, un bonus de qualité équivalent à 25% des fonds reçus sur la quantité le trimestre précédent est attribué aux FOSA ayant obtenu un score de qualité supérieur ou égal à 70%.

Le modèle FBP du Burundi prévoit un bonus d'équité à deux niveaux : un bonus d'équité entre provinces en faveur des provinces les plus pauvres et un autre entre les FOSA d'une même province en fonction d'un certain nombre d'indicateurs comme la population à couvrir, l'éloignement de la FOSA du lieu d'approvisionnement, l'insuffisance du personnel et des équipements, le nombre d'indigents à prendre en charge.

Méthodologie

L'objectif de cet article est d'apprécier si le FBP est une stratégie pertinente pour consolider une politique de gratuité des soins. Nous allons plus particulièrement essayer de répondre à la question suivante : au Burundi, le FBP a-t-il contribué à corriger les dysfonctionnements constatés lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements, les césariennes et les pathologies liées à la grossesse ?

Pour répondre à cette question, nous partirons de données secondaires reprises dans différentes évaluations et études récemment produites au Burundi. Nous exploiterons en particulier les bases de données, travaux et études.

En vue de documenter et d'assurer le suivi du remboursement des prestations du paquet de soins gratuit, le MSPLS a produit une base de données relative aux fonds remboursés aux différentes formations sanitaires de toutes les provinces du pays de mai 2006 à mars 2010 que nous avons exploitée. Cette base nous a permis de disposer d'informations sur les financements accordés aux différentes provinces et FOSA ainsi que les délais de remboursement des FOSA.

Le MSPLS conserve également des documents administratifs exigés des formations sanitaires en vue de leur remboursement que nous avons également analysés. Il s'agit notamment des fiches et des protocoles de prestations sanitaires que devaient remplir les FOSA ; ce qui nous a indiqué la charge administrative supportées par ces dernières.

Par ailleurs, les ONGs CORDAID et HealthNet TPO, qui ont conduit des expériences pilotes sur le FBP au Burundi de 2006 à 2010, ont des bases de données sur l'évolution des indicateurs contractualisés et les financements accordés. Des données relatives à l'utilisation des services de santé, la qualité des prestations sanitaires et le financement des FOSA lors des expériences pilotes ont pu être exploitées et analysées. Ces données concernent huit provinces sur les 17 que compte le pays : Bubanza, Cankuzo, Gitega, Rutana, Ruyigi, Makamba, Karusi et Bururi.

En outre, la base de données du MSPLS sur le FBP intégré à la gratuité des soins a également été analysée. Cette base compile toutes les données de toutes les provinces du pays sur les indicateurs contractualisés, les factures de chaque formation sanitaire, les résultats des évaluations de la qualité technique et des enquêtes communautaires.

Les bases de données du service national d'information sanitaire pour les années 2009 et 2010 ont été exploitées afin d'analyser l'évolution des indicateurs.

Enfin, l'étude a également exploité les résultats d'une étude réalisée en mars 2010 par l'Institut National de Santé Publique avant la généralisation du FBP à l'échelle nationale. Il s'agit d'une enquête de base, à l'échelle nationale, sur la qualité technique des FOSA. Cette étude compare également la qualité technique dans les provinces pilotes du FBP et dans les provinces non FBP.

Faute de temps et de moyens, nous n'avons pu organiser une enquête de terrain qui aurait pu éclairer davantage certains aspects. Notre analyse n'apporte pas des réponses à tous les questionnements et dans notre section discussion, nous revenons sur les défis qui persistent.

Résultats

Le remboursement du paquet de soins gratuit à travers les mécanismes de financement basé sur la performance avait pour objectif d'améliorer la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins en contribuant à en corriger les dysfonctionnements.

Délai de remboursement

Une analyse a été effectuée pour apprécier le délai moyen de remboursement des factures liées aux prestations du paquet de soins gratuit par le Ministère des Finances au cours de l'année 2009 (délai entre la production de la facture par une formation sanitaire et le virement des fonds sur son compte bancaire). Ce délai a été de 84 jours ouvrables (environ trois mois). Il est à noter qu'au début de la mise en œuvre de la gratuité des soins de 2006 à 2007, ce délai variait entre six et neuf mois.

Avec le remboursement du paquet de soins gratuit à travers le FBP intervenu en avril 2010, le délai moyen de remboursement a été pratiquement réduit de moitié, passant de 84 jours ouvrables à 45 jours ouvrables (un mois et demi) pour la période d'avril à décembre 2010.

Vérification des prestations sanitaires

La vérification des prestations déclarées par les FOSA en vue du remboursement du paquet de soins gratuit était sommaire avant l'intégration du FBP et la gratuité des soins. En effet, il s'agissait d'une vérification arithmétique des déclarations de créance envoyées par les FOSA. Cet état de fait était propice aux surfacturations et à la création des « patients fantômes », entraînant un paiement des fonds indus par le trésor public et un biais au niveau du système d'information sanitaire.

A titre d'exemple, au niveau des centres de santé, la demande de remboursement d'un accouchement eutocique variait de 2 USD à 30 USD. Au niveau des hôpitaux, la demande de remboursement d'une césarienne variait de 200 USD à 600 USD. Cette tendance à la surfacturation a amené le MSPLS à décider à partir de 2008 un remboursement d'un tarif forfaitaire de 6USD pour les accouchements eutociques et 160 USD pour les Césariennes.

Au cours de la période d'avril à décembre 2010 ; des vérifications des prestations quantitatives déclarées par les formations sanitaires ont été réalisées chaque mois dans 461 centres de santé publics, 101 centres de santé confessionnels (privés sans but lucratif) et 94 centres de santé privés ; soit un total de 603 centres de santé. De même ; ces activités de vérification quantitative ont été

réalisées chaque mois dans 34 hôpitaux de districts publics, 9 hôpitaux de district confessionnels et 5 hôpitaux nationaux ; soit un total de 48 hôpitaux.

L'évaluation de la qualité des soins a été réalisée chaque trimestre dans 509 centres de santé (Publics et confessionnels) et 48 hôpitaux ; soit trois évaluations faites d'avril à décembre 2010.

509 associations locales communautaires se trouvant chacune dans l'aire de responsabilité d'un centre de santé public ou confessionnel ont été contractualisées et ont réalisé des enquêtes de vérification communautaire des prestations des FOSA (centres de santé et hôpitaux de district). Ces enquêtes ont pu confirmer l'existence de 83% des patients déclarés par les centres de santé et hôpitaux.

La contre vérification effectuée au niveau communautaire par l'ONG Health, Development and Performance (HDP) pour la période d'avril à décembre à 2010 sur base d'un échantillon de 25% de CDS et 25% d'hôpitaux de district a pu retrouver 85% des patients déclarés par ces FOSA avec un taux de satisfaction de la communauté de 80% ; cette satisfaction étant mesurée à travers certains indicateurs comme l'accueil, le temps d'attente, la compétence perçue du personnel de soins, la disponibilité des médicaments au niveau des FOSA (Rapports de contre vérification HDP, Rounds 1 à 4, 2010 et 2011).

Charge administrative

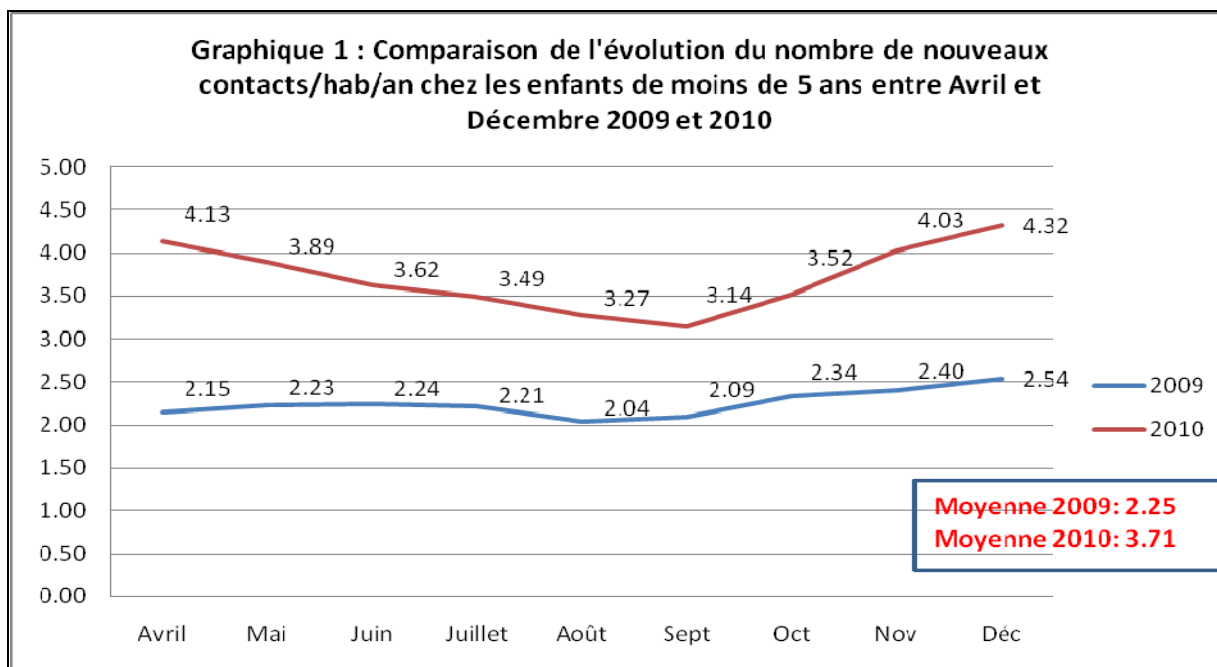
Avant avril 2010, la formation sanitaire devait produire des documents administratifs indiquant toutes les prestations effectuées et tous les consommables utilisés pour chaque malade bénéficiant du paquet de soins gratuit.

Ces documents à remplir constituaient une lourde charge administrative et financière et un temps précieux était utilisé pour le remplissage de ces documents. En effet, chaque centre de santé devait remplir et photocopier en moyenne 2.000 pages par mois et les Hôpitaux 2.500 à 3.000 pages par mois. Pour chaque malade bénéficiaire de la gratuité des soins ; la FOSA devait remplir un formulaire indiquant les prestations effectuées, le protocole de soins utilisé, tous les médicaments donnés et tous les actes effectués. En plus, la FOSA devait produire une facture par acte de tous les malades soignés.

Avec le remboursement du paquet de soins gratuit via le FBP, chaque formation sanitaire ne remplit qu'une déclaration de créance de deux pages par mois contenant les indicateurs contractualisés, le nombre total de cas par indicateur et le montant dû par indicateur et pour l'ensemble des indicateurs ; ce qui représente un allègement très important des procédures administratives et un gain certain en terme de temps et de charge financière.

Utilisation des services de santé et qualité des soins

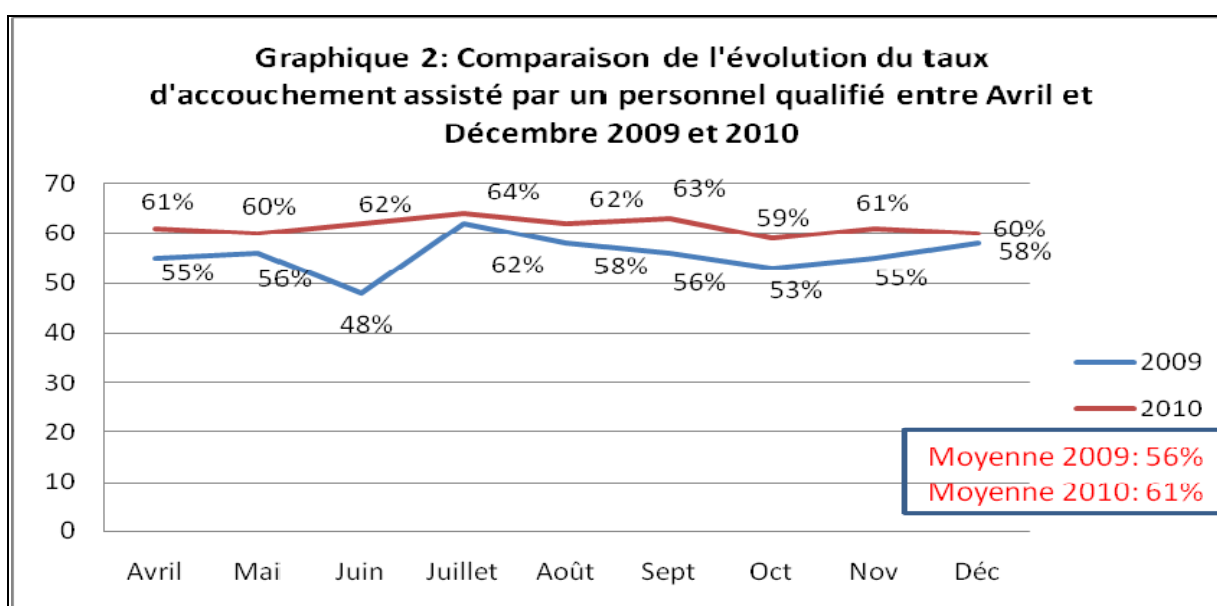
L'intégration du FBP et la gratuité des soins a permis d'augmenter le taux d'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans et le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié comme l'indique les tableaux 1 et 2 ci-dessous.



Source : Rapports du Système d'Information Sanitaire pour les années 2009 et 2010

Le graphique 1 montre que l'introduction du FBP intégré à la gratuité des soins a contribué à augmenter le nombre de nouveaux contacts/hab/an chez les enfants de moins de 5 ans ; passant de 2.25 NC/Hab/an en 2009 (Gratuité seule) à 3.71 NC/Hab/an (FBP+Gratuité).

De même, le taux d'accouchement assisté en milieu de soins a connu une légère augmentation avec l'intégration du FBP et la gratuité des soins comme l'indique le graphique ci-dessous :



Source : Rapports du système d'information sanitaire pour les années 2009 et 2010

Les données ci-dessus indiquent une tendance à la hausse avec un taux d'accouchement assisté à 56% en 2009 (gratuité seule) puis à 61% en 2010 (FBP + gratuité) ; indiquant que le FBP a apporté une contribution dans l'amélioration du taux d'accouchement assisté par le personnel de santé.

Le FBP s'intéresse non seulement à la quantité mais aussi à la qualité des prestations sanitaires. Depuis le début du FBP en Avril 2010, le score de qualité s'est amélioré passant de 45% à 67% au niveau des centres de santé d'avril à décembre 2010 et de 55% à 78% au niveau des hôpitaux pour la même période.

Par ailleurs, dans le cadre du FBP et pour améliorer la qualité des soins, les FOSA ont la latitude de recruter des personnels qualifiés sans attendre une quelconque autorisation provenant de la hiérarchie. Cette démarche contribue à lutter progressivement contre les problèmes liés à l'insuffisance des ressources humaines surtout dans les FOSA éloignées des centres urbains. A titre illustratif, le nombre moyen de personnels qualifiés est passé de 4 en 2006 à 15 en 2010 dans les Centres de Santé de la province de Makamba (CORDAID 2008).

Motivation du personnel de santé

La mise en œuvre de la gratuité des soins en 2006 a entraîné une augmentation de l'utilisation des services de santé. Malgré cette situation, les ressources humaines et matérielles étaient restées les mêmes, ce qui a entraîné une démotivation du personnel de santé et une baisse de la qualité des soins.

Avec l'intégration du FBP et de la gratuité des soins, une prime de motivation financière du personnel de santé a été introduite. De même, il a été permis aux formations sanitaires d'utiliser une partie de leurs recettes pour réaliser de petits investissements en équipements et infrastructures afin d'améliorer leur offre de soins.

Tableau 1 : Motivation financière mensuelle moyenne en USD du personnel de santé dans le cadre du financement basé sur la performance d'avril 2010 à mars 2011

Personnel de Santé	Salaire mensuel (USD) en début de carrière	Motivation financière moyenne par mois (en USD)
Infirmiers Centre de Santé	200 USD	100 USD
Infirmiers Hôpital	200 USD	80 USD
Médecins Hôpital	400 USD	150 USD

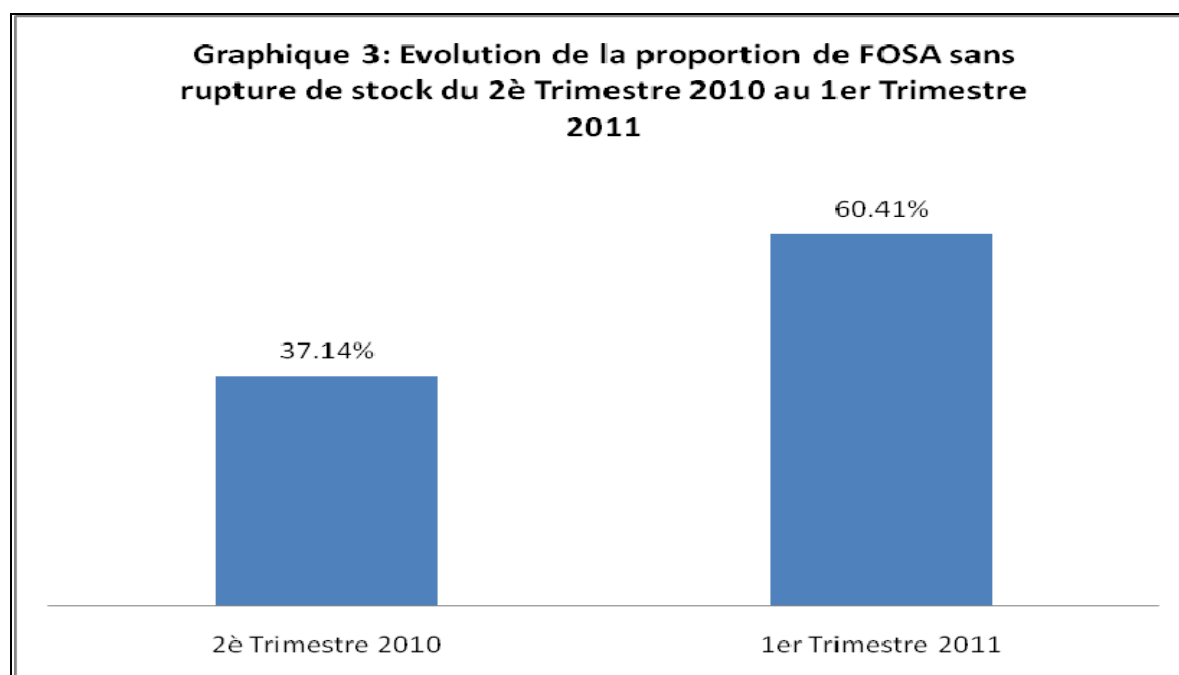
Source : Données des formations sanitaires sur les primes de performance

Dans le cadre du FBP, au cours des mois d'avril 2010 à mars 2011, les infirmiers des hôpitaux ont reçu en moyenne 80 USD/mois comme prime de performance et ceux des centres de santé 100 USD/mois; ce qui représente respectivement 40% et 50% de leur salaire de base. Quant aux médecins, ils ont reçu en moyenne 150 USD/mois ; ce qui représente 37,5% de leur salaire de base.

Cette prime a entraîné une motivation à travailler plus de la part du personnel de santé car actuellement, les centres de santé travaillent 24H/24 et 7 jours/7 avec un système de garde bien établi ; ce qui n'était pas le cas avant la mise en œuvre du FBP. Par ailleurs, le personnel de santé

s'implique activement dans la planification des activités des FOSA et dans le suivi de la gestion des ressources des FOSA.

Rupture des stocks de médicaments



Source : Base de données FBP

Au début de la mise en œuvre du FBP, une évaluation de la qualité des prestations au niveau des centres de santé effectuée au mois de juillet 2010 a montré que la proportion des centres de santé n'ayant connu aucune rupture de stocks pour 15 médicaments essentiels traceurs au cours du 2^e trimestre 2010 était de 37,14% au niveau national (MSPLS-INSP, 2010). Après une année de mise en œuvre du FBP, une évaluation réalisée en avril 2011 note que cette proportion a augmenté jusqu'à 60,41% (MSPLS, Base de données FBP, 2010).

Les ressources financières injectées par le FBP à un rythme régulier (chaque mois) directement au niveau des FOSA permettent à ces dernières de disposer des liquidités leur permettant d'acheter des médicaments correspondant à leurs besoins et au moment approprié.

Discussion

La mesure de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes prise au Burundi en 2006 a entraîné une utilisation plus accrue des services de santé et est positivement appréciée par la population. Cependant, la mise en œuvre de cette politique a connu plusieurs contraintes liées à des ruptures de stock en médicaments, les conditions de promiscuité dans les services d'hospitalisation en pédiatrie et en maternité, la surcharge du travail et la dégradation de la qualité des soins (Nimpagartise & Bertone 2011). Les gestionnaires des FOSA ont déploré la lenteur dans le remboursement des prestations entraînant une difficulté au niveau de leur trésorerie avec comme corollaire l'impossibilité de s'approvisionner en médicaments et autres intrants dans des délais raisonnables (Ndikubagenzi & Butoyi 2009).

Gestion administrative de la gratuité

La politique de gratuité ciblée des soins introduite au Burundi avait occasionné des retards dans les remboursements des FOSA (Ndikubagenzi & Butoyi 2009). Ce problème a été observé ailleurs notamment au Burkina Faso (Ridde et Queuille 2010) et au Niger (Ridde et al. 2010). Le Burundi a choisi d'intégrer le remboursement du paquet de soins gratuit à la stratégie de FBP. Les données de l'année 2010 montrent que cette combinaison a permis de réduire de moitié le délai de remboursement (de 84 à 45 jours ouvrables). Cette réduction du délai de remboursement est lié au fait que certaines mesures ont été mises en œuvre pour assurer la célérité du processus de paiement: (i) remboursement du paquet de soins gratuit sur base d'un tarif forfaitaire dans le cadre global des autres indicateurs contractualisés ; (ii) abandon des formulaires à remplir par les FOSA avant de se faire rembourser au profit d'une facture mensuelle de 2 pages élaborée chaque mois juste après la vérification et contresignée par les vérificateurs et la FOSA; (iii) transmission de la synthèse des factures de la province par le CPVV endéans 24 heures après leur validation ; (iv) validation des factures au niveau national endéans 72 heures et transmission de ces dernières au Ministère des Finances 5 jours après leur réception ; suivi de la chaîne de paiement au Ministère des Finances et à la Banque de la République du Burundi jusqu'au virement des fonds au niveau des FOSA.

Le FBP a permis d'introduire un système efficace de vérification des prestations déclarées par les formations sanitaires avec comme corollaire la limitation des surfacturations et la génération de statistiques sanitaires fiables; de réduire de manière significative la lourdeur administrative par la réduction du nombre de documents à remplir par les formations sanitaires.

Amélioration de l'accès à des soins de qualité

Des études réalisées dans plusieurs contextes ont confirmé que l'introduction d'une politique de gratuité des soins conduit à l'augmentation de l'utilisation des services de santé (Gilson et DiMcIntyre 2005 ; Burnham et al. 2004 ; Witter et al. 2010 ; Nabyonga et al. 2005 ; Wilkinson et al. 2001). Cela avait également été observé après l'introduction de la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes au Burundi (Ndikubagenzi & Butoyi 2009).

Nous avons montré qu'avec l'intégration du FBP et de la gratuité des soins en 2010, l'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans a fait un bond de 2.25 NC/Hab/an en 2009 à 3.71 NC/Hab/an en 2010. Cette forte utilisation est pleine de défis, notamment budgétaires. Des stratégies sont en cours pour assurer un contrôle plus rigoureux des bénéficiaires de la gratuité et faire respecter la référence entre centres de santé et hôpitaux.

L'inaccessibilité financière n'étant pas la seule barrière d'accès aux soins de santé, de nombreux auteurs ont recommandé d'associer la décision de gratuité des soins avec des stratégies visant à renforcer le système de santé et à améliorer la qualité des soins, stratégies intégrant éventuellement un autre mécanisme de financement (Gilson & McIntyre 2005 ; James et al. 2006 ; Ridde & Queuille 2010 ; UNICEF 2009 ; Jacobs et al. 2007). Plusieurs de ces travaux ont relevé que la prise en compte de la motivation du personnel de santé est un aspect important pour réussir la mise en œuvre d'une

politique de gratuité des soins. Au vu de l'amélioration du revenu des personnels de santé, nous pensons que la stratégie adoptée au Burundi a été particulièrement efficace et vigilante de ce point de vue.

Un autre goulot d'étranglement fréquent des politiques de gratuité des soins est la baisse de la qualité suite à la surcharge de travail du personnel de santé et aux ruptures de stocks de médicaments (notamment dues à la diminution des fonds des FOSA) (Gilson et DiMcIntyre 2005 ; Ridde et Queuille 2010 ; UNICEF 2009). Le couplage du FBP et la gratuité des soins au Burundi a permis aux FOSA de disposer régulièrement des ressources financières en cash ; ceci leur a permis d'acheter des médicaments et d'éviter les ruptures de stock dues au manque de financement. Les FOSA ont pu également recruter du personnel permettant ainsi la diminution de la charge de travail du personnel. Par ailleurs, comme l'indique la grille d'indicateurs composites mesurant la qualité des soins (ou pour être plus exact : certaines de ses dimensions), le FBP a contribué à améliorer la qualité des soins.

Bénéfices plus systémiques

Avant l'intégration du FBP et la gratuité des soins, le paquet de soins gratuit était remboursé par le Gouvernement et il y avait d'autres appuis sous forme d'apport en médicaments fournis par la Coopération britannique (DFID) et l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO). L'intégration des 2 approches a introduit une transparence dans la gestion et une plus grande confiance des PTF qui participent actuellement au financement de la gratuité des soins via le FBP à travers un paiement direct en espèces aux formations sanitaires.

L'intégration FBP et gratuité des soins a conduit certaines FOSA agréés (privées confessionnelles) qui avaient refusé de pratiquer la gratuité des soins à s'inscrire dans cette politique. En effet, leur réticence s'expliquait par le fait que les délais de remboursement étaient trop longs alors qu'elles avaient des frais récurrents à couvrir chaque mois (fonctionnement, salaires du personnel). Avec l'intégration des deux stratégies, ces structures réticentes ont donné leur confiance dans la célérité et se sont donc alignées sur la politique de gratuité ciblée des soins.

Eu égard aux problèmes identifiés dans la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins (2006-2009) ; le FBP a donc contribué à corriger certains dysfonctionnements. Ces résultats sont bien sûr à interpréter dans leur contexte. Ils ont été possible grâce également à d'autres réformes en cours comme la mise en place des districts sanitaires ; l'amélioration de la couverture sanitaire et de l'offre de soins en terme d'infrastructures et équipements ; le développement d'un système de référence et contre-référence entre les centres de santé et les hôpitaux de district ; la réforme du circuit d'approvisionnement en médicaments et autres intrants.

Les défis qui demeurent

Il est à noter que certains défis restent posés. Parmi ceux-ci relevons-en quelques-uns. Un des défis les plus aigus est la viabilité financière des hôpitaux dans le système gratuité et FBP. En effet, les responsables des hôpitaux estiment que le niveau de financement actuellement accordé ne parvient pas à couvrir leurs coûts de production. L'articulation des données générées par le FBP et le Système

National d'Information Sanitaire est également à réaliser pour éviter des systèmes de données parallèles. Des défis persistent également en matière de respect du système de référence entre les centres de santé et les hôpitaux. En effet, les bénéficiaires du paquet de soins gratuits ont tendance à court-circuiter les centres de santé pour aller directement au niveau des hôpitaux, entraînant une surcharge de travail à ce niveau. L'échelonnement des soins est donc à améliorer.

Enfin, un suivi régulier dans la mise en œuvre du FBP doit être réalisé pour éviter les risques de fraude et minimiser d'éventuels effets pervers.

Conclusion

La gratuité des soins de santé en faveur des populations vulnérables est une stratégie pouvant contribuer à l'accès universel aux soins de santé. Cependant, pour une mise en œuvre efficace, la gratuité des soins doit être associée à d'autres stratégies visant à renforcer le système de santé et à améliorer les mécanismes de financement de la santé.

Au Burundi, l'intégration du FBP et la gratuité des soins ont contribué à corriger les dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins. Cette expérience est bien sûr encore très jeune et il faut donc exploiter avec prudence les enseignements qui émergent.

Il faut en outre rappeler que le FBP n'est pas une panacée ; c'est plutôt une stratégie dynamique et flexible qui peut contribuer à améliorer la mise en œuvre des politiques de santé. Le FBP est non seulement une approche focalisée sur les résultats aussi bien quantitatifs que qualitatifs mais également une stratégie de motivation du personnel et d'intégration des autres réformes comme la gratuité des soins et la décentralisation du système de santé.

Pour une plus grande efficacité du système de santé, des activités de recherche-action restent à mener. La construction d'un système de santé efficace et équitable est effectivement une œuvre de longue haleine en continuel développement.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent de prime abord aux lecteurs de cet article, Xavier Poncin, Bruno Meessen, Nicolas de Borman et Laurent Musango, pour leur sollicitude et disponibilité malgré leurs responsabilités professionnelles et un agenda chargé. Nous remercions également le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi ainsi que le bureau de CORDAID au Burundi qui nous ont permis d'avoir accès aux données indispensables à l'alimentation de cet article. Que les membres du comité d'édition du livre PBF en Afrique Centrale (Bruno Meessen, Nicolas de Borman, Laurent Musango et Agnès Soucat) trouvent à travers cet article l'expression de notre gratitude pour nous avoir fourni un cadre d'échanges d'expériences.

Nos sincères remerciements s'adressent aussi aux participants de l'atelier d'écriture organisé à Kigali en octobre 2010. Leurs commentaires ont contribué à orienter l'écriture de cet article.

Références bibliographiques

- Burnham GM, Pariyo G, Galiwango E, Wabwire-Mangen F (2004) Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin World Health Organization* 82(3), 187-95. Epub 2004 Apr 16.
- Cordaid-Burundi (2008) Résultats de l'enquête ménage et l'enquête qualité de base, Bujumbura.
- Cordaid, Sina Health (2009) PBF en actions. Théories et instruments d'application. *The Hague, Cordaid*.
- Eichler R, Levine R (2009) Performance incentives for global health. Potential and Pitfalls. *Center for Global Development, Washington DC*.
- Gilson L and McIntyre D (2005) Removing user fees for primary care in Africa: the need of careful action. *British Medical Journal* 331, 762-765.
- Jacobs B, Lewis PN et Oeun S (2007) Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian Hospital. *Tropical Medicine and International Health* 12(11), 1391-1401.
- James CD, Hanson K, McPake B et al. (2006) To Retain or Remove User Fees? Reflections on the current debate in Low- and Middle-Income Countries. *Applied Health Economics and Health Policy* 5(3), 137-53.
- Loevinhson B and Harding A (2005) Buying Results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet* 366, 676-681.
- Médecins Sans Frontières-Belgique (2004) Accès aux soins de santé au Burundi, Résultats de trois enquêtes épidémiologiques, Bruxelles : MSF.
- Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Tibouti A, Bicaba A, Tashobya CK, Gilson L (2009) Removing user fees in the health sector in low-income Countries: a multi country review. New York, UNICEF.
- Ministère de la Santé Publique-Burundi (2006) Politique Nationale de Contractualisation dans le secteur de la Santé au Burundi, Bujumbura.
- Ministère de la Santé Publique, Programme National de Santé de la Reproduction Burundi (2009) La situation des principaux indicateurs de santé de la reproduction, Bujumbura.
- Ministère de la Santé Publique, Service Epidémiologie et Statistiques Sanitaires-Burundi (2004 à 2010) Rapports annuels d'activités curatives et préventives des Centres de Santé et Hôpitaux, Bujumbura.

- Ministère de la Santé Publique-Burundi (2010) Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi, Bujumbura.
- Ministère de la Santé Publique-Burundi (2010) Base de données sur le financement basé sur la performance, Bujumbura.
- Ministère de la Santé Publique, Institut National de Santé Publique-Burundi (2010) Evaluation de la qualité des prestations dans les formations sanitaires du Burundi, Bujumbura.
- Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, HDP (2010 et 2011) Analyse des résultats de la contre vérification relative à la qualité et aux performances des formations sanitaires et des quantités déclarées, Round 1 à 4, Bujumbura.
- Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama PY, Omaswa FG, Walker O (2005) Abolition of costsharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning* 20(2), 100-08.
- Ndikubagenzi J & Butoyi P (2009) Evaluation de l'impact de la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les accouchements sur les structures et la qualité des soins. *Observatoire de l'Action Gouvernementale*, Bujumbura.
- Nimpagaritse M & Bertone M (2011) The Sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Forthcoming in Health Policy and Planning*.
- Ridde V et Queuille L (2010) L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. Expériences pilotes au Burkina Faso. Help-Hilfe zur selbsthilfe e.V., Bonn.
- Ridde V, Diarra A, Moha M (2011) User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption in two Districts, *Health Policy* 99(3), 219-25.
- République du Burundi (2008) Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Bujumbura.
- République du Burundi (2010) Enquête Démographique et de Santé du Burundi. Résultats préliminaires, Bujumbura.
- Soeters R, Griffiths F (2003) Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 18(1), 74-83.
- Wilkinson D et al. (2001) Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 79, 665-671.
- Witter S et al. (2010) The national free delivery and caesarian policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning* 25, 384-392.