

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

BULLETIN TRIMESTRIEL DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (FBP)

I. PRISE EN COMPTE DE L'EQUITE DANS LA MISE EN ŒUVRE DU FBP AU BURUNDI

1. Concept d'équité

Selon le dictionnaire, l'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun, sans qu'elle ne soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur.

L'équité est donc un état d'esprit qui veut aller au-delà de ce qui est juste sur le plan légal et peut donc s'opposer à la loi lorsque celle-ci présente des lacunes ou s'avère inadaptée, voire injuste. L'équité est sous-tendue par un principe de justice non-écrit, antérieur aux lois et supérieur à celles-ci. Il est donc très difficile de définir ce qui est équitable.

En matière politique ou économique, l'équité est le principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes défavorisés.

En matière sociale, une répartition équitable ne correspond pas à l'égalité au sens strict. C'est une "juste mesure", un équilibre, qui permet de rendre acceptable une forme d'inégalité lorsque l'égalité n'est pas envisageable.

Contraire : iniquité, injustice.

2. Bonus d'équité dans le montage FBP du Burundi

a. Justification

Le cadre de mise en œuvre opérationnelle du Financement Basé sur les Performances présente des disparités intra provinciales plus ou moins importantes et cela s'observe également entre les formations sanitaires à l'intérieur d'une même province sanitaire. En effet, beaucoup de différences s'observent en termes de ressources dont disposent les entités décentralisées de mise en œuvre du FBP comparées les unes aux autres. Quelques critères parmi beaucoup d'autres peuvent aider à apprécier ces différences tels que :

- ✓ L'indice de pauvreté de la province ;
- ✓ L'éloignement par rapport à Bujumbura avec comme conséquence les difficultés d'approvisionnement

- ✓ La population de l'aire de responsabilité ;
- ✓ La couverture en infrastructures sanitaires de la province ;
- ✓ Les besoins en personnel et équipement biomédicaux ;
- ✓ L'isolement géographique et l'éloignement par rapport au District Sanitaire.

b. Modalités d'opérationnalisation

Au niveau des provinces sanitaires, le modèle FBP du Burundi préconise une majoration compensatoire du budget prévu appelé bonus. Ce bonus d'équité est inter et intra provincial.

Dans le modèle FBP burundais, le bonus d'équité interprovincial tient compte des critères déjà énumérés et les provinces sont classées en 5 groupes, le groupe 1 étant composé des provinces en meilleure situation, les groupes 2, 3, 4 sont intermédiaires, tandis que le cinquième groupe est constitué par les provinces les plus défavorisées. La répartition du bonus d'équité est détaillée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Bonus d'équité inter provincial par rapport au PMA de base

Catégorie	Province	Bonus d'équité % PMA de base
I	Bujumbura Mairie	0%
II	Kayanza, Bururi, Muramvya, Gitega, Cibitoke, Mwaro, Bujumbura Rural	10%
III	Ngozi, Buzanza, Makamba, Rutana	20%
IV	Kirundo, Makamba	30%
V	Cankuzo, Karusi, Ruyigi et Bujumbura Mairie (pour les indicateurs du PCA)	40%

A l'intérieur de chaque province, le bonus d'équité tient compte des disparités entre les districts et entre les formations sanitaires d'une même province. En effet les

formations sanitaires d'une province donnée n'ont pas les mêmes facilités dans la réalisation de leur paquet d'activités.

Le modèle proposé par le Burundi classe les FOSA également en 5 catégories. Pour chacune des provinces, le bonus d'équité intra province vient s'ajouter au bonus qui lui est attribué en tenant compte de sa situation par rapport aux autres provinces (bonus d'équité interprovincial). Le niveau du bonus intra provincial par rapport au bonus interprovincial est détaillé dans le tableau 2.

Tableau 2 : Bonus d'équité intra provincial par rapport au PMA de base

Catégorie	Bonus inter province	Province	Bonus intra provincial
I	0%	Bujumbura Mairie	40%
II	10%	Kayanza, Bururi, Muramvya, Gitega, Cibitoke, Mwaro, Bujumbura Rural	50%
III	20%	Ngozi, Bubanza, Makamba, Rutana	60%
IV	30%	Kirundo, Makamba	70%
V	40%	Cankuzo, Karusi, Ruyigi et Bujumbura Mairie (pour les indicateurs du PCA)	80%

Jusqu'à présent le bonus d'équité intra provincial n'est pas encore appliqué suite aux contraintes budgétaires qui font que le budget additionnel qu'occasionnerait l'application de ce bonus n'est pas encore disponible.

La prise en compte de la notion d'équité dans la mise en œuvre du Financement basé sur les performances au Burundi dénote la volonté du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) de corriger les disparités intra et inter provinciales en matière de répartition des ressources financières FBP disponibles.

II. ANALYSE DE QUELQUES INDICATEURS SUBVENTIONNÉS DANS LE CADRE DU FBP

Dans le présent numéro du bulletin des nouvelles sur le financement basé sur les performances, la Cellule technique nationale a choisi d'analyser sept indicateurs subventionnés dans le cadre du FBP. Il s'agit des indicateurs en rapport avec le dépistage volontaire du VIH et la mise sous traitement antirétroviral (ARV) des cas de SIDA en indication thérapeutique, les consultations curatives chez les moins de 5 ans, les consultations curatives chez les 5 ans et plus, les accouchements assistés par un personnel qualifié, les nouvelles acceptantes des méthodes contraceptives modernes et les enfants complètement vaccinés. Le choix de ces sept indicateurs a été dicté par la priorité que le MSPLS

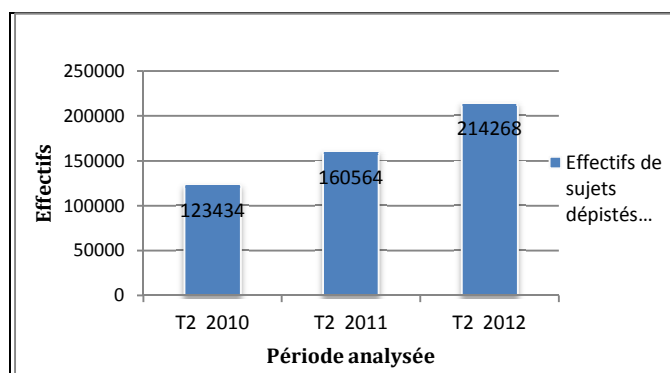
accorde à la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes, aux accouchements, à la réduction de la mortalité infantile et à la lutte contre le VIH Sida au Burundi.

Depuis septembre 2011 avec l'introduction de la sanction en cas de différence entre les données déclarées et les données vérifiées, on observe une nette amélioration de la qualité des données. En effet, les courbes des données déclarées et des données vérifiées des indicateurs faisant l'objet de l'analyse dans le présent bulletin se superposent. Quant aux données validées, la différence est observée pour les accouchements assistés suite au rejet des cas ne remplissant pas les conditions du FBP.

a. Dépistage volontaire du VIH/SIDA et traitement sous ARV

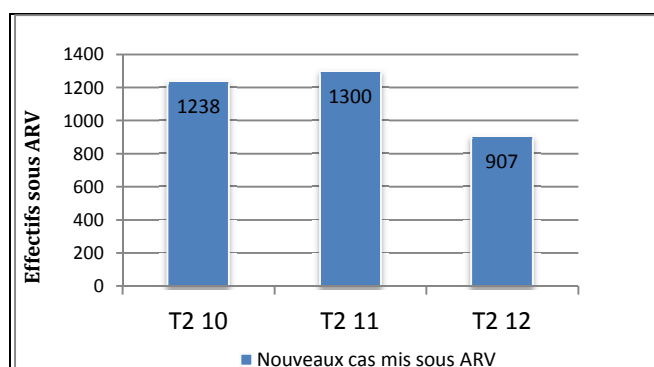
Les graphiques 1 et 2 comparent les données de dépistage et celles du traitement aux antirétroviraux (TARV) durant le deuxième trimestre pour les années 2010, 2011 et 2012.

Graphique 1 : Dépistage volontaire du VIH au deuxième trimestre des années 2010, 2011 et 2012 :



La demande de dépistage volontaire a augmenté progressivement au cours de ces trois dernières années. En comparant les données des deuxièmes trimestres des années 2010, 2011 et 2012, on note cet engouement aux services de dépistage. Le graphique 1 ci-dessus montre cette évolution.

Graphique 2 : Nouveaux cas de SIDA mis sous ARV anti rétroviral au deuxième trimestre des années 2010, 2011 et 2012 :



Durant le deuxième trimestre des trois dernières années, le nombre de sujets porteurs du VIH nouvellement mis sous traitement ARV au niveau des formations sanitaires qui avait légèrement augmenté au cours du deuxième trimestre de l'année 2011 par rapport au deuxième trimestre de l'année 2010 a sensiblement régressé au cours de la même période de l'année 2012.

Cependant, comme c'est le cas pour les autres indicateurs, le Financement Basé sur les Performances lui seul ne peut pas expliquer l'évolution d'un indicateur.

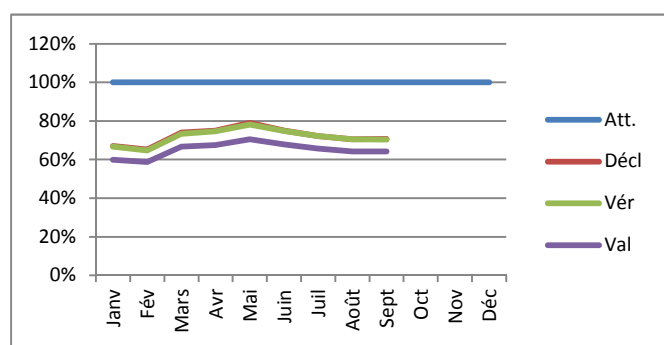
En effet, l'évolution des indicateurs en rapport avec les pathologies chroniques telles que le VIH subit l'influence de plusieurs facteurs. Il s'agit entre autres de la disponibilité des services de diagnostic et de prise en charge de la pathologie, les coûts indirects, l'incidence et la prévalence de la maladie, la réponse de la population à la sensibilisation etc. ... qui peuvent influencer dans un sens ou dans un autre l'évolution du nombre de nouveaux cas de PVVIH mis sous traitement ARV.

Une comparaison des données tirées de la base des données FBP et les données du PNLs s'avère nécessaire pour apprécier la qualité des données collectées et ainsi identifier les raisons de cette tendance à la baisse du nombre de cas de PVVIH mis sous traitement ARV au cours du deuxième trimestre de l'année 2012. (à suivre)

b. Accouchements assistés par un personnel qualifié

Depuis l'instauration de la gratuité pour les accouchements dans le milieu hospitalier, on a assisté à une augmentation du nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié.

Graphique 3 : Accouchements assistés par un personnel qualifié

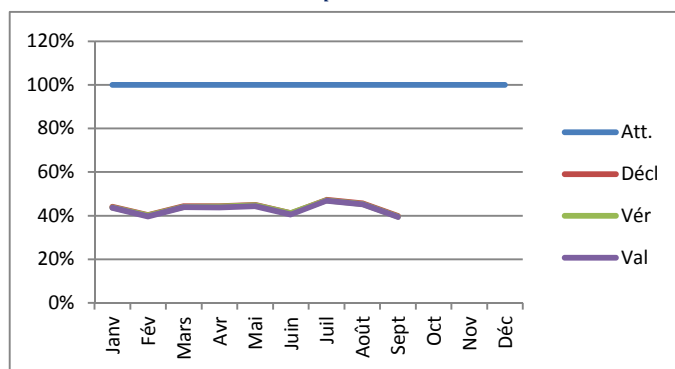


D'après les données vérifiées, au mois de mai 2012 le taux d'accouchement assistés était de 79%. Dès lors on observe une tendance à la baisse. Certains évoquent l'effet du PF mais son impact aussi rapide est loin d'être admissible. Pour réduire de façon efficace la mortalité maternelle, le taux d'accouchements assistés devrait se maintenir au-dessus de 80%. Le FBP communautaire une fois généralisée pourrait contribuer à cette stabilisation.

c. Femmes acceptantes des méthodes contraceptives modernes

L'une des préoccupations du Gouvernement est de faire face à la démographie galopante alors que la croissance économique reste faible au tour de 2%. Sans la stabilisation de la population le développement économique reste hypothétique. D'où l'intérêt de mettre à la disposition de la population les méthodes contraceptives. Ceci n'aura d'effet que lorsque la population aura été suffisamment sensibilisée et adhérera massivement à ce programme

Graphique 4 : Femmes acceptantes des méthodes contraceptives modernes

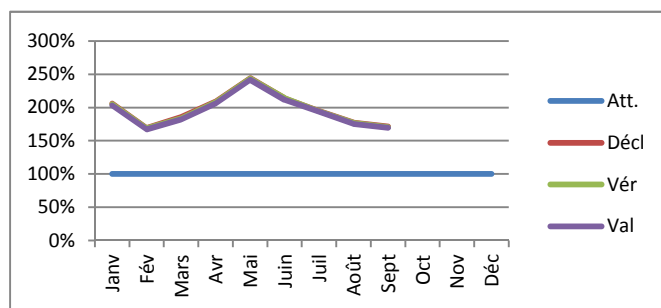


Le taux d'adhésion au planning familial tourne au tour de 40%. Ce taux est suffisant si on admet que la couverture contraceptive autour de 25% permet de stabiliser la croissance démographique. Cependant le problème se pose pour savoir les femmes acceptantes qui au-delà de l'espacement des naissances acceptent de rester sous contraception pendant le reste de la période de fécondité.

d. Consultations curatives des enfants de moins de 5 ans

Le taux de consultation des enfants de moins de 5 ans a augmenté progressivement depuis le mois de mars 2012 avec un pic au mois de mai 2012.

Graphique 5 : Consultations curatives des enfants de moins de 5 ans

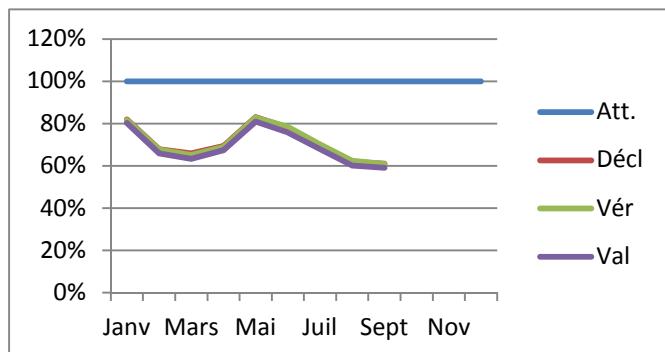


Dès lors on assiste à une décroissance du taux. Cette tendance avait été observée en l'an 2011 au cours de la même période et même chez les personnes âgées de 5 ans et plus. Ceci peut être dû aux endémies saisonnières et

non à l'introduction de la Carte d'assistance maladie (CAM)

e. Consultations curatives des personnes âgées de 5 ans et plus

Graphique 6: Consultations curatives des 5 ans et plus



De janvier à mars 2012 le taux de consultation tendait à la baisse mais il a repris une ascension à partir du mois d'avril pour atteindre un pic au mois de mai 2012. Dès lors on observe une tendance à la baisse. Cette tendance avait été observée en 2011. L'introduction de la CAM n'a donc pas joué un rôle mais cela peut être mis sur le compte d'endémo épidémies rythmées par des variations saisonnières.

f. Enfants complètement vaccinés

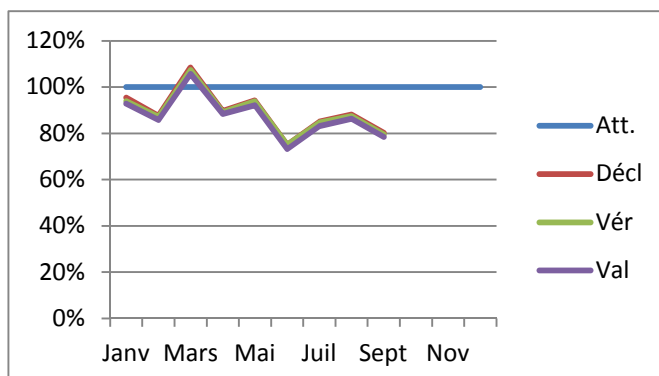
Au niveau du PEV, un enfant complètement vacciné est celui qui a reçu toutes les doses de vaccins prévues sur le calendrier vaccinal avant l'âge de 1 an. Le problème réside dans l'enregistrement des enfants qui ne respecte pas les directives du PEV. Normalement tout enfant qui se présente au service de vaccination est enregistré une fois et rentre avec un numéro. Pour les prochaines doses, il amène son numéro et on retrouve son nom dans le registre. On remplit progressivement les cases réservées à l'enregistrement des doses reçues. Un enfant complètement vacciné est celui qui a toutes les cases remplies.

Dans pas mal de formations sanitaires, l'enfant est enregistré chaque fois qu'il se présente au service de vaccination. Ainsi donc la vérification devient compliquée. Les vérificateurs ont donc pensé que l'enfant complètement vacciné est celui qui a reçu le vaccin anti rougeole alors que cela n'est pas vrai. En effet, un enfant qui vient pour la première fois à 8 mois ou à 9 mois bénéficiera le vaccin anti rougeole avant qu'il ne soit complètement vacciné.

Pour corriger cette erreur, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a organisé une formation. Au mois de septembre 2012, il a contacté la CT-FBP pour se convenir sur l'indicateur « Enfant complètement vacciné » qui sera vérifié désormais au niveau national. Il a été décidé, que tout enfant dont toutes les cases dans le registre de vaccination ne seront pas totalement remplies ne sera

plus enregistré comme enfant complètement vacciné achetable par le FBP.

Graphique 7: Enfants complètement vaccinés



En omettant le mauvais enregistrement des enfants au service de vaccination et l'erreur de rapportage et de vérification de cet indicateur, l'analyse des données à notre disposition montre une superposition des courbes de données déclarées, des données vérifiées et des données validées. Les données de ces trois trimestres ayant été enregistrées de la même façon, il y a lieu de noter la tendance à la baisse de la couverture vaccinale en rapport avec l'indicateur « enfant complètement vacciné » qui risque de s'aggraver dans l'avenir en appliquant la mesure qui consiste à rejeter tout enfant mal enregistré. Le PEV devrait s'impliquer davantage dans la supervision et l'approvisionnement des FOSA pour stabiliser la tendance et même l'inverser pour que la couverture se stabilise entre 80% et 100%. En plus l'accent devrait être mis sur la sensibilisation de la communauté à travers le FBP communautaire qui se trouve encore au stade expérimental en province sanitaire de Makamba.

CONCLUSION

Le montage FBP du Burundi prend en compte l'équité interprovinciale (pauvreté, éloignement, etc.). L'équité intra provinciale en rapport avec l'accessibilité, l'aire de responsabilité, le personnel etc. n'est pas encore prise en compte faute de financement.

Au cours de l'année 2012, alors qu'on s'attendait à une augmentation des indicateurs FBP, le constat est que la plus part de ces indicateurs tendent à la baisse. Ceci est dû probablement à plusieurs causes entre autres l'amélioration de la santé en ce qui concerne les maladies (paludisme, rougeole, diarrhées), les endémo épidémies souvent saisonnières, la stabilisation des accouchements par le PF avec comme conséquence la réduction du nombre d'enfants à vacciner etc. Ceci est aussi valable pour le VIH/SIDA grâce à la sensibilisation de la population, à l'efficacité du dépistage, du PTME et du traitement des cas de SIDA qui réduisent fortement la transmission du virus.