

Le Burundi au-delà du VIH

HIV, only the tip of the iceberg in Burundi

J. Cailhol · T. Nahimana · L. Munyana · H. Ntakarutimana · F. Musanabana · M. Dubreuil · C. Arvieux · P.C. Kariyo · O. Bouchaud · T. Niyongabo

Reçu le 4 février 2009 ; accepté le 23 mars 2010
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2010

Résumé Au Burundi, tout comme dans d'autres pays à ressources limitées, le secteur VIH est principalement financé par des fonds internationaux. Ces fonds permettent notamment de subventionner la prise en charge des patients infectés par le VIH et peuvent également permettre de majorer les salaires des professionnels de santé. En effet, ces pays doivent faire face à une fuite des professionnels de santé en quête de salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail. Au travers d'exemples de terrain provenant du Burundi, nous discutons des conséquences de l'utilisation sélective de ces fonds qui mène parfois à un manque d'équité dans la distribution des soins et à une désorganisation du système de santé. Nous suggérons également que les programmes de lutte contre le VIH per se ne sont pas suffisants pour lutter efficacement contre l'épidémie à large échelle.

J. Cailhol (✉) · O. Bouchaud
Service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital Avicenne, APHP et université Paris-XIII, 125, route de Stalingrad, F-93000 Bobigny, France
e-mail : johann.cailhol@gmail.com

T. Nahimana · L. Munyana · H. Ntakarutimana · T. Niyongabo
Centre de prise en charge VIH, CHU de Bujumbura, Bujumbura, Burundi

F. Musanabana
Centre de prise en charge VIH, hôpital Prince-Régent-Charles, Bujumbura, Burundi

M. Dubreuil
Département des projets, Esther, 62 boulevard Garibaldi, 75015 Paris, Paris, France

C. Arvieux
Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guilloux, F-35033 Rennes, France

P.C. Kariyo
Service de pédiatrie, CHU de Bujumbura, Bujumbura, Burundi

J. Cailhol · P.C. Kariyo · T. Niyongabo
Centre national de référence en matière de VIH, Bujumbura, Burundi

Mots clés Déterminants sociaux · Prise en charge VIH · Politique de santé · Financements internationaux · Équité des soins · Burundi · Afrique intertropicale

Abstract In Burundi, like in many other resource-limited settings, HIV sector is mainly financed by international funding (IF). Through this way, HIV-infected people may have access to care, antiretroviral therapy and opportunistic infections medications free of charge. In addition, IF can also contribute to major the HIV-health care professionals (HCP) salary. Indeed, because of dramatically low incomes, public sector HCP move frequently through the country or migrate towards foreign countries, attracted by higher salaries and better working environment. To date, relatively large funding became available in some settings for HIV-care. Through illustrative examples from the field in Burundi, we are discussing why consequences are, in many cases, a worsening of inequities and disorganization of the public health sector, instead of leading this latter one towards a global improvement. Furthermore, we are suggesting that HIV-programs per se are not sufficient to provide a proper management of the epidemic at a global scale.

Keywords Social determinants · HIV-care · Global health policy · International funding · Health inequities · Burundi · Sub-Saharan Africa

Limites de la prise en charge globale du VIH

Tout programme de prise en charge de l'infection par le VIH, le plus global soit-il, se heurte à un moment donné à des limites liées au système dans lequel il évolue. Les problèmes rencontrés résultent d'une série de déterminants, du plus local au plus global, qui peuvent être illustrés par les niveaux d'une pyramide (Fig. 1).

Le premier niveau représente les déterminants directs des difficultés de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Il s'agit, par exemple, du manque de

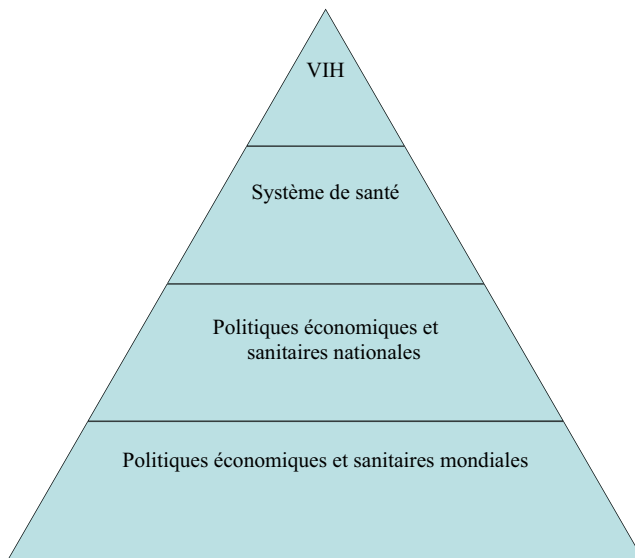


Fig. 1 Déterminants de la prise en charge VIH / *Determinants of HIV management*

ressources humaines dédiées aux PVVIH, qui peut conduire à l'utilisation d'incitations financières, afin de rendre le secteur VIH plus attractif que d'autres secteurs, induisant ainsi une compétition inéquitable [4]. Il s'agit également de la difficulté à tenir les promesses d'une prise en charge globale, notamment sur le versant socio-économique, en raison du grand nombre de PVVIH confiné dans la pauvreté. En effet, quelle observance au traitement antirétroviral ou à la prévention peut-on attendre d'un patient qui dispose gratuitement du traitement, mais qui ne peut assumer ses besoins essentiels en matière de logement, de transport ou de nourriture ? [10]

Le deuxième niveau représente les déterminants inhérents au système de santé sur lequel repose le secteur VIH. Il s'agit, par exemple, du manque global de ressources humaines au niveau national, problème récurrent dans nombre de pays, influant directement sur la quantité de personnel disponible pour la prise en charge VIH [11]. Il s'agit également du système national d'information sanitaire généralement défaillant, souvent court-circuité et davantage affaibli par la mise en place de systèmes de recueil spécifiques par les programmes verticaux, dont le renouvellement du financement dépend largement des indicateurs de suivi-évaluation [1].

Le troisième niveau représente les déterminants liés aux politiques économique et sanitaire du pays, en amont des déterminants liés au système de santé. La qualité du système sanitaire dépend directement du degré de priorité politique attribué à la santé, de la capacité économique du pays et enfin de la capacité du gouvernement à coordonner les divers acteurs internationaux et locaux dans le secteur sanitaire [12].

Enfin, le quatrième et dernier niveau est celui des politiques économiques et sanitaires mondiales. À l'ère de la mondialisation, un pays, a fortiori à ressources limitées, donc dépendant des bailleurs extérieurs, ne décide pas seul des politiques au niveau national et est largement soumis aux influences extérieures [7].

Nous avons illustré ces déterminants successifs par un exemple concret provenant d'un programme de prise en charge de l'infection à VIH mis en place au Burundi.

Expérience du Burundi

Le programme Esther a commencé en juin 2006 dans un pays fraîchement sorti de la guerre civile et parmi les plus limités en ressources au monde [13]. Les principes du programme étaient de promouvoir une prise en charge globale des PVVIH en créant ou en consolidant les réseaux associatifs, en formant des partenariats interhospitaliers sud-nord et en fournissant une expertise [3]. Le programme a débuté dans deux centres de prise en charge ambulatoire au sein d'hôpitaux et fonctionne en partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et la Banque mondiale, qui subventionnent le coût des traitements ainsi que les frais médicaux afférents.

Devant le très faible niveau des salaires, responsable d'un absentéisme « de survie » du personnel, le programme Esther a inclus, dès le démarrage du projet, un complément de salaire pour le personnel des deux centres. Fin 2009, la file active des deux centres réunis dépassait 5 500 patients, dont 75 % sous antirétroviraux.

Cependant, les deux centres ont rencontré plusieurs problèmes :

- une augmentation exponentielle et très rapide du nombre de patients, à effectif de personnel constant ;
- une augmentation parallèle des demandes d'aide sociale de base, la plupart des PVVIH étant démunies, que les associations partenaires ne pouvaient plus honorer ;
- l'apparition de tensions entre le personnel des centres et celui des deux hôpitaux auxquels les centres étaient rattachés, en raison de la différence de salaires ;
- une incompréhension générant un malaise croissant parmi le personnel, du fait des disparités de traitement des patients selon leur statut VIH, les patients non VIH, même démunis, devant supporter le coût des soins.

Discussion

La majorité des Burundais vivent sous le seuil de pauvreté et sont dans l'incapacité de contribuer financièrement aux

soins [8]. Les fonds d'aide sociale sont insuffisants, même dans le secteur du VIH pourtant subventionné, et, à l'inverse, contribuent parfois à entretenir les patients dans une certaine dépendance. La pauvreté de « base » des PVVIH est liée non seulement à la chronicité de l'infection VIH, mais est également aggravée par le statut économique du pays, affaibli par la mondialisation du système économique, qui n'œuvre pas en faveur des pays à ressources limitées [6]. Le sentiment de non-équité dans la prise en charge des patients, ressenti par le personnel des deux hôpitaux (et relayé par des patients laissant échapper « qu'il vaudrait mieux pour eux qu'ils soient VIH »), est lié à l'insuffisance de ressources financières allouées au système de santé, relativement à celles allouées au secteur VIH. Ainsi en 2002, le secteur VIH a reçu au Burundi 46 millions de dollars US, soit 20 fois plus que la dépense nationale globale en soins de santé sur la même période [9].

De même, la « chasse aux ressources humaines » au profit du secteur VIH et au détriment des autres secteurs est liée non seulement au manque de ressources humaines qualifiées au niveau national et au caractère opportuniste des financements, à l'absence de coordination en matière de politiques de ressources humaines, mais également aux mécanismes d'évaluation des programmes internationaux, essentiellement basés sur des objectifs quantitatifs à court terme.

Ainsi, au travers de cette courte analyse, nous voyons à quel point les déterminants des difficultés de prise en charge des PVVIH sont imbriqués et résultent d'autres déterminants, plus globaux. L'histoire étant un éternel recommencement, il n'est pas inutile de rappeler que le développement durable ne peut passer que par une mise à niveau des systèmes de santé, ce qui nécessite un changement complet des paradigmes des décideurs nationaux et internationaux. Cette remise à niveau des systèmes de santé a un coût acceptable, à la portée de l'effort de solidarité internationale, puisqu'il a été évalué au maximum à dix milliards de dollars par an par le groupe de travail sur les financements innovants du système de santé, pour l'ensemble des 49 pays à ressources limitées (ce qui représente à titre de comparaison le montant annuel alloué aux traders pour quelques banques de niveau international) [5]. En réponse, la Banque mondiale, le GFATM et l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI) ont décidé de financer une plate-forme commune visant au renforcement des systèmes de santé [2]. Cependant, dans des pays tels que le Burundi, les program-

mes de renforcement du système de santé ne seront pas efficaces sans une politique sanitaire coordonnée avec les différents partenaires et une amélioration du statut économique du pays. Enfin, l'aide au développement sanitaire devrait être repensée, au travers d'une réorganisation et d'une redéfinition des rôles et objectifs, normalement complémentaires et non concurrentiels, des différentes initiatives mondiales de santé et au travers d'une collaboration intersectorielle des acteurs du développement aux niveaux global et local.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Biesma RG, Brugha R, Harmer A, et al (2009) The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan* 24 (4):239–52
2. England R (2009) The GAVI, Global Fund, and World Bank joint funding platform. *Lancet* 374(9701):1595–6
3. Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau. [cited 2010 24 March]; Available from: <http://www.esther.fr/articles.php?id=13>
4. Hanefeld J, Musheke M (2009) What impact do Global Health Initiatives have on human resources for antiretroviral treatment roll-out? A qualitative policy analysis of implementation processes in Zambia. *Hum Resour Health* 7:8
5. McCoy D (2009) The high level taskforce on innovative international financing for health systems. *Health Policy Plan* 24 (5):321–3
6. Mukherjee JS, Farmer PE, Niyizonkiza D, et al (2003) Tackling HIV in resource poor countries. *BMJ* 327(7423):1104–6
7. Ogden J, Walt G, Lush L (2003) The politics of "branding" in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. *Soc Sci Med* 57(1):179–88
8. Philips M, Ooms G, Hargreaves S, Durrant A (2004) Burundi: a population deprived of basic health care. *Br J Gen Pract* 54 (505):634–5
9. PNUD (2003) Rapport sur le développement humain au Burundi
10. Rollins N (2007) Food insecurity: a risk factor for HIV infection. *PLoS Med* 4(10):1576–7
11. Samb B, Celletti F, Holloway J, et al (2007) Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 357(24):2510–4
12. Spicer N, Aleshkina J, Biesma R, et al (2010) National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? *Global Health* 6:3
13. Wakabi W (2007) Ethnic war leaves Burundi's health sector in ruins. *Lancet* 369(9576):1847–8