



**ETUDE DES DETERMINANTS D'ADHESION A LA CARTE  
D'ASSISTANCE MEDICALE.  
CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE BUJUMBURA MAIRIE SUD**

**Par Egide NDIKIMINWE**

**Lauréat de MASTER EN SANTE PUBLIQUE á l'INSP**



I. INTRODUCTION

II. METHODOLOGIE

III. PRESENTATION DES RESULTATS

IV. DISCUSSIONS

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS D'AMELIORATION



# I. INTRODUCTION

3

## Contexte et justification

- L'accès aux soins de santé est l'un des droits fondamentaux de l'homme
- Dans le monde, beaucoup d'efforts sont consentis pour assurer une couverture sanitaire universelle, mais il y a persistance et creusement des inégalités en matière de santé : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne
- Près de la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès à des soins de santé de base, exclusion touchant principalement les populations vivant en milieu rural et les travailleurs du secteur informel en milieu urbain

- Pour accéder aux soins, la majorité des ménages font recours à leurs propres ressources financières, vente des biens et emprunt.
- Chaque année, 100 millions de personnes tombent dans l'extrême pauvreté (moins de US \$1,90 par jour pour vivre) parce qu'elles paient de leurs poches leurs dépenses de santé.
- Plus de 800 millions de personnes consacrent au moins 10% de leur budget ou revenu au paiement des soins de santé

- Dans beaucoup de pays africains, la population active qui vit à plus de 80% du secteur informel se trouve dans une situation de vulnérabilité importante en raison d'un manque de mécanismes en place lui permettant d'accéder à des soins de santé de qualité (Bureau international du travail (BIT), 2002).

- Les systèmes mutualistes constituent une solution pour augmenter l'accès financier aux soins et pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande. Malheureusement en Afrique Sub-saharienne, à l'exception de quelques rares initiatives, les taux d'adhésion aux systèmes restent faibles. Toutes initiatives confondues, 8,2 % de la population cible est couverte



## Burundi

- Caractérisé par des périodes de tensions socio-politiques à répétition.
- Pays très pauvre, classé 185ème sur 189 pays selon IDH 2017.
- Près de trois Burundais sur quatre sont pauvres et 3,6 millions vivent dans l'extrême pauvreté.
- Classé parmi les plus densément peuplés en Afrique subsaharienne (410 hab au km<sup>2</sup>).

Ces conditions de vie affectent aussi le système de santé

D'après les comptes nationaux de la santé (2013), la dépense totale de santé était de 30,8 USD par habitant (recommandation OMS : 44 USD), la part de la santé dans le budget de l'État, de 10,18% (recommandation : 15 %).



En vue d'accroître l'utilisation des services de santé, l'Etat a fait des initiatives en mettant en place des mécanismes assuranciers :

- La mutuelle de la fonction publique (MFP) en 1980 pour les fonctionnaires et assimilés
- La Carte d'Assistance Médicale en 1984 pour le secteur rural et informel
- L'obligation pour les employeurs du secteur privé d'assurer leur salarié

- La gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en 2006
- Le développement des mutuelles communautaires
- La Généralisation du financement basé sur la performance couplée à la gratuité en 2010.

Malheureusement, ces mécanismes couvrent une partie extrêmement limitée de la population, due à la faible capacité contributive de la plupart des ménages.

EDSBIII montre que 78 % de femmes et 79 des hommes n'ont pas d'assurance médicale



D'après une étude menée par la Banque Mondiale sur le financement de la santé au Burundi en 2009, près d'un tiers de la population ne reçoit pas de soins de santé lorsqu'il en a besoin pour cause de barrières financières.

La CAM avait été mise en place pour alléger le fardeau aux populations à faible revenu du secteur informel mais sa viabilité a été mise en cause par une faible adhésion (4% en Avril 2012).



Les données les plus récentes (EDSBIII 2016-2017) montrent qu'elle n'est utilisée que par 15 % de femmes et 14 % d'hommes en 2017

Nous avons mené cette étude pour contribuer à identifier les déterminants d'adhésion en vue d'une amélioration de la couverture CAM dans le district sanitaire de Bujumbura Mairie sud choisi pour son taux (2018) qui est le plus faible de tous les autres Districts (0.57%)



# OBJECTIFS DE L'ETUDE

13

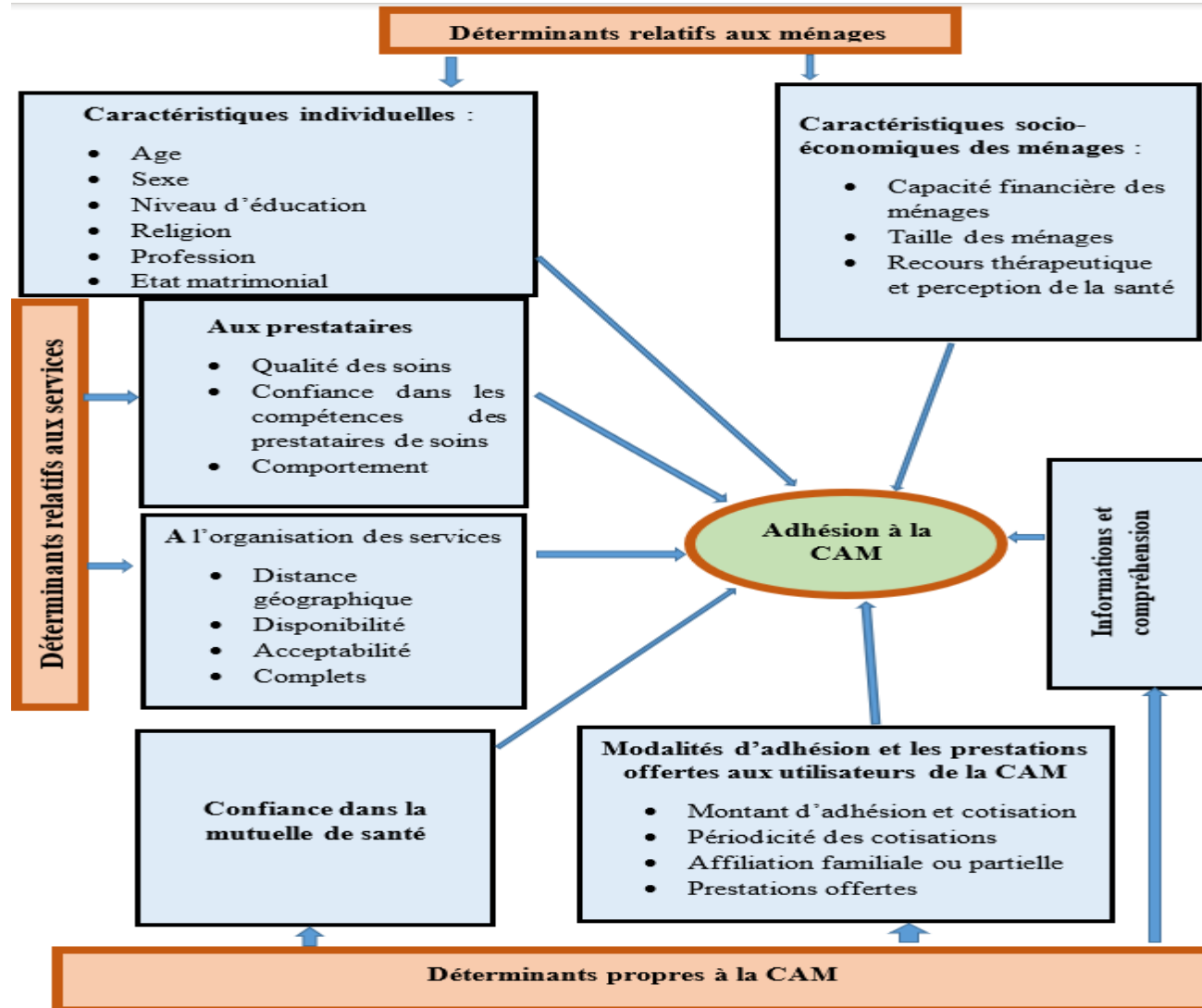
## Objectif général:

Etudier les déterminants qui influencent l'adhésion à la CAM par la population du district sanitaire de Bujumbura Mairie Sud.



## Objectifs spécifiques

1. Décrire les déterminants relatifs aux ménages (Caractéristiques individuelles et socio-économiques) influençant l'adhésion à la CAM par la population du district sanitaire de Bujumbura Mairie Sud.
2. Déterminer les aspects relatifs aux services (prestataires et organisation des services) influençant l'adhésion à la CAM par la population du district sanitaire de Bujumbura Mairie Sud.
3. Identifier les déterminants propres à la CAM influençant l'adhésion à la CAM par la population du district sanitaire de Bujumbura Mairie Sud.
4. Analyser les facteurs influençant l'adhésion à la CAM par la population du district sanitaire de Bujumbura Mairie Sud





## Type d'étude

Etude quantitative transversale à visée analytique.

## Population de l'étude

Malades utilisateurs et non utilisateurs de la CAM ayant visité les structures de santé du DS Bujumbura Mairie sud à la recherche des soins de santé au cours de l'année 2019.

La taille de l'échantillon=198 trouvée à l'aide de la formule suivante:

$$n = \frac{t^2 * p(1 - p)}{m^2}$$





**Musaga** :  $(198 \times 985) : 2704 = 72$

**Kanyosha** :  $(198 \times 675) : 2704 = 50$

**Ruziba** :  $(198 \times 1044) : 2704 = 76$

- ❖ Tirage aléatoire à l'aide des listes
- ❖ Recherche de leurs adresses dans le registre d'accueil
- ❖ Visite guidée par ASC ou administratifs locaux
- ❖ **Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel R.**



## Caractéristiques socio-démographiques des répondants

- Le sexe féminin domine avec 80.3% et la majorité ont un âge compris entre 15-35 ans (57.1%)
- 56,6% sont des protestants.
- En ce qui est de l'Etat civil, 72.2% sont des mariés et la profession la plus dominante est l'agriculture
- La majorité des enquêtés (31.8%) ont un niveau d'instruction qui se limite au primaire .

**Connaissances sur CAM:** Tous les interviewés savent que la CAM existe. Les canaux par lesquels ils l'ont appris sont les prestataires de santé (52%), les amis (26.8%) et la radio (10.6%)



# Analyse multivariée: Déterminants d'adhésion à la CAM dans le DS Bujumbura

## Mairie Sud (Régression logistique)

19

Variabiles retenues	OR	IC (95%)	P-value
<b>Moyenne de dépenses en santé</b>			
100 000 Fbu et plus	1		
50 000- 100 000	0.0850315	0.01414303-0.4267601	0.00433 **
Moins de 50 000 FBU	0.1411196	0.02581355-0.6732423	0.01760 *
<b>Revenu couvre les dépenses</b>			
Oui	1		
Non	37.8571985	14.41145992-118.0962644	7.15e-12 ***
<b>Niveau d'instruction</b>			
Primaire	1		
Sait lire et écrire	3.8572111	1.24818526-12.9905363	0.02245 *
Analphabète	33.3722950	7.83728107-178.6191823	8.98e-06 ***
Secondaire	3.7761653	0.96165249-16.0548482	0.06143.



## **Caractéristiques individuelles des personnes interviewées.**

L'âge influence l'adhésion à la CAM beaucoup plus dans la tranche d'âge de 15 à 35 ans.

Ces résultats concordent avec ceux de Jacques DEFOURNY qui montrent que l'adhésion à une mutuelle de santé est liée à l'âge où les personnes âgées (plus de 60 ans) adhèrent beaucoup plus que les jeunes.

Il y a aussi convergence entre ces deux études en ce qui est du sexe sur le fait qu'il n'a aucune influence sur l'adhésion

L'étude montre aussi que le niveau d'instruction et la profession influencent l'adhésion. Ces deux déterminants semblent être liés. La majorité de ceux qui utilisent la CAM sont des cultivateurs (83.8%) analphabètes (44.4%).

Plus le niveau d'instruction est élevé, moins il y a adhésion. Contradiction avec l'étude de Jütting au Sénégal qui, quant à elle, indique que plus est élevé le niveau d'éducation, plus la probabilité d'adhérer à une mutuelle de santé est grande.

## Connaissances des enquêtés sur la CAM

Tous nos enquêtés sont au courant de l'existence de la CAM. Mais en entrant dans les détails pour savoir les raisons de non-adhésion chez les non affiliés, 24.2% disent que c'est par manque d'informations.

De nombreuses études ont démontré que la faible compréhension et connaissance des concepts et principes qui sous-tendent les dispositifs d'assurance maladie sont la principale raison de la faible adhésion aux mutuelles de santé

Une étude menée au Mali en 2006 sur les causes de la non-adhésion à des MS, participants non-membres (en milieu urbain) n'ont pas adhéré aux MS parce qu'ils n'étaient pas informés de leur existence.

Dans l'étude de Basaza et al. (2008), les résultats montrent que les membres ont une meilleure compréhension des principes mutualistes que les non-adhérents, suggérant l'influence directe des campagnes d'information



Pour notre étude, le manque d'information constitue ici un facteur de non-adhésion à la CAM. 24.2% des interviewés disent qu'ils n'ont pas adhéré car ils ne sont pas assez informés sur les avantages de la CAM

Cependant, le manuel de procédures CAM prévoit des émissions d'informations des bénéficiaires (par IEC du MSPLS en collaboration avec la DODS) sur ses avantages afin de susciter en eux l'envie de s'en acheter.



## Perception de la qualité des services de santé reçus

La qualité des prestations est aussi mise en doute: 33.33% des non membres disent qu'ils ont peur de la qualité.

❑ 35.3% la qualifient de faible et demandent qu'elle soit améliorée et 11% disent qu'elle est passable

Le comportement des prestataires affecte aussi la qualité des services.

- ❑ 11.1% disent être malmenés, 21.2% se plaignent de ne pas être traités comme les utilisateurs des autres mutualités
- ❑ 24.4% ne reçoivent pas les médicaments au même titre que les autres et sont renvoyés ailleurs.
- ❑ Le manque de liberté d'utilisation de la CAM dans toutes les structures constitue aussi une cause de non-satisfaction de nos enquêtés.

L'étude d'Ibrahim sur les déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dit que la qualité des services perçue par les bénéficiaires est identifiée comme un déterminant important d'adhésion aux mutuelles



L'étude avait pour objectif de contribuer à décrire les déterminants qui influencent l'adhésion à la CAM par la population du district sanitaire de Bujumbura Mairie Sud choisi pour son plus faible taux d'adhésion de tous les autres districts

En général les objectifs ont été atteints.

Les déterminants retenus comme principaux facteurs d'adhésion à la CAM sont: Le faible revenu mensuel, le niveau d'instruction et les dépenses annuelles en santé des ménages



### Au niveau central du MSPLS

- ✓ Améliorer la coordination des interventions CAM à tous les niveaux
- ✓ Réduire le coût de la CAM
- ✓ Faire de la CAM une adhésion obligatoire à toute personne du secteur informel
- ✓ Etendre l'utilisation de la CAM dans toutes les structures de santé publiques et agréées
- ✓ Augmenter le personnel de santé dans les structures.
- ✓ Veiller à la disponibilité des médicaments dans les stocks nationaux



## **Aux structures de santé :**

- ✓ Améliorer la sensibilisation à l'endroit de la population pour une adhésion massive
- ✓ Améliorer l'accueil
- ✓ Veiller à la disponibilité régulière des CAM.
- ✓ Veiller à la disponibilité régulière des médicaments et autres intrants

## **A la population du secteur informel :**

- ✓ Adhérer à la CAM sans attendre de tomber malade
- ✓ Renouveler régulièrement la période de validité
- ✓ Sensibiliser les autres



MERCI POUR VOTRE AIMABLE ATTENTION