

Une santé chèrement payée

La détention des patients sans ressources dans les hôpitaux burundais

Acronymes.....	1
Carte du Burundi.....	3
I. Résumé.....	5
II. Recommandations	8
III. Méthodologie.....	11
IV. Contexte : Santé publique et pauvreté sur fond de conflit.....	12
La situation politique et socio-économique au Burundi : de la guerre à l'après-guerre.....	12
Le secteur de la santé au Burundi.....	13
Disponibilité et accès aux soins	15
Les détentions à l'hôpital en Afrique.....	17
V. La détention dans les hôpitaux publics pour défaut de paiement	20
Le nombre de détenus à l'hôpital	20
Problèmes médicaux menant à la détention	22
La chirurgie.....	23
Les patients souffrant de maladies chroniques ou de longue durée, comme le VIH/SIDA	23
Les problèmes de santé maternelle après le 1 ^{er} mai 2006.....	26
Les problèmes de santé des nourrissons et des enfants.....	27
« Comme tu n'as pas payé, on va t'emprisonner ici » : Témoignages de patients	30
La surveillance.....	33
La clinique Prince Louis Rwagasore: la détention dans un cachot	35
Le montant des factures	36
Les conditions de détention	37
Absence de traitement médical.....	37
Le manque de nourriture.....	38
La perte du lit	39
Les enfants détenus à l'hôpital.....	40

Mohamed S.....	40
Noah B.....	41
Félix M.	42
Adèle A.....	43
Le refus de rendre les corps	43
VI. Les conséquences de la détention à l'Hôpital	45
La pression économique	45
La crainte de demander l'accès aux soins de santé	48
VII. La réponse du gouvernement	50
VIII. Les mesures prises par le gouvernement afin d'améliorer l'accès aux soins de santé	53
L'échec de l'assurance de santé.....	53
L'échec de la gratuité des soins pour les plus défavorisés	54
La carte d'indigence.....	55
Les bons pour les personnes déplacées.....	56
Les alternatives à la détention à l'hôpital.....	59
Les soins gratuits pour les femmes venant d'accoucher et les enfants en bas âge : directive présidentielle du 1 ^{er} mai 2006	60
Un poids croissant pour le système de santé.....	62
L'impact des détentions à l'hôpital	64
Les autres projets du gouvernement pour une réforme de la santé.....	66
IX. L'échec du gouvernement à régler les autres problèmes structurels du système de santé	69
Affamer les hôpitaux: les désavantages de l'autonomie	69
Le manque de transparence dans les finances du secteur de la santé	70
X. Garder le système en vie: Le dilemme du bienfaiteur	72
XI. Le rôle de la communauté internationale dans le secteur de la santé.....	73
Aide des bailleurs de fonds.....	73
L'allègement de la dette.....	74
XII. Normes en matière de droits de l'homme	76
La détention	76
La santé.....	77
XIII. Remerciements	80

Acronymes

APRODH	Association pour la protection des droits humains et des personnes détenues
CAM	Carte d'assurance maladie
CE	Commission européenne
CEFD	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CNDD-FDD	Conseil national pour la défense de la démocratie-Forces pour la défense de la démocratie
CNRS	Commission Nationale pour la Réintégration des Sinistrés
CSLP	Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
ECHO	Office humanitaire de la Commission européenne
FBU	Francs burundais
FED	Fonds européen de développement
FNL	Forces Nationales pour la Libération
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUB	Opération des Nations Unies au Burundi
PARESI	Projet d'Appui au Rapatriement et à la Réintégration des Sinistrés
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour les enfants

J'ai dû aller à l'hôpital parce que j'avais besoin d'une césarienne. Quand j'ai vu la facture, le médecin m'a dit : « Comme tu n'as pas payé, on va t'emprisonner ici ». La vie ici est difficile. Je ne peux pas partir avec mon bébé. Nous avons souvent faim ici. Je ne peux plus supporter cette situation.

—Une femme de dix-huit ans détenue avec son bébé à la clinique Prince Louis Rwagasore, à Bujumbura

Un jour, j'ai essayé de sortir de l'hôpital et on m'a refusé car je n'avais pas encore réglé ma facture. Quand le médecin se présente, je demande toujours de sortir, ça je ne bénéficie plus de soins... Les gardiens me menacent. Chaque fois que je m'approche de la sortie, ils me disent que je ne peux pas quitter car je n'ai pas réglé la facture.

—Un homme de vingt-deux ans qui a eu un accident de voiture, détenu à l'hôpital Prince Régent Charles, à Bujumbura

Les responsables des hôpitaux doivent s'organiser pour assurer la pérennité. Si les directeurs des hôpitaux ne font pas attention, ils devront fermer les portes.

—Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet au Ministère de la santé

I. Résumé

Ces dernières années, les hôpitaux publics du Burundi ont maintenu en détention des centaines de patients qui étaient dans l'incapacité de régler leur facture. Les patients étaient habituellement détenus pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, et dans un cas pendant plus d'un an. Ils étaient gardés par le personnel de sécurité, dans les services de l'hôpital ou dans un local séparé. Ceux qui n'avaient pas d'argent étaient souvent affamés s'ils n'étaient pas nourris par la charité des autres. Certains étaient obligés de libérer leurs lits pour les patients qui avaient les moyens de payer et devaient dormir par terre. Souvent, si la facture atteignait un certain montant, les plus pauvres ne recevaient plus aucun traitement, même s'ils avaient besoin de soins supplémentaires, incluant les soins post-opératoires élémentaires comme l'enlèvement des points de suture après une césarienne.

La détention des patients qui ne peuvent régler leur facture résulte des problèmes plus larges que connaît le secteur de la santé au Burundi, et les met en lumière. Bien qu'étant l'un des pays les plus pauvres du monde, le Burundi a mis en application, en 2002, un système de recouvrement de frais dans le cadre de ses services de santé publique. L'objectif étant de rendre le système plus efficace économiquement. Les patients devaient alors régler tous les frais médicaux tels que les consultations, les analyses, les médicaments, les fournitures, et leur séjour à l'hôpital. Il y a bien une sécurité sociale et un système dérogatoire pour les plus défavorisés, qui les aide à couvrir leurs frais, mais les deux systèmes ne fonctionnent pas bien, voire pas du tout dans certains endroits. Les hôpitaux publics ne tirent pas suffisamment de revenus des frais versés par les patients, des donations et des fonds publics pour assurer leur fonctionnement, et ils manquent d'équipes médicales bien formées, de matériel et de médicaments. Le secteur de la santé du Burundi n'est pas seulement rongé par des déficits énormes, mais aussi par un financement public insuffisant, enfin par la fraude et la corruption, qui réduisent un gâteau déjà petit. Le personnel hospitalier, grossièrement sous-payé, fait partie de ceux qui sont impliqués dans la mauvaise gestion.

La plupart des patients détenus ont été traités en chirurgie, à la suite d'un accident de voiture ou pour des complications à l'accouchement, tandis que d'autres souffrent de maladies chroniques comme le VIH/SIDA. Ces patients sont très pauvres, appartiennent souvent à des groupes vulnérables comme les orphelins, les veuves, les mères célibataires ou les personnes déplacées par la guerre civile, et ont peu de famille ou de réseaux élargis de soutien social. Certains de ces détenus sont obligés de vendre leurs derniers biens pour payer leur facture et être libérés. D'autres trouvent un bienfaiteur,

une personne riche ou un organisme humanitaire pour régler leurs dépenses et leur permettre de retourner à la maison.

Le 1er mai 2006, le Président Pierre Nkurunziza a annoncé que les mères et les enfants de moins de cinq ans bénéficieraient dorénavant de soins gratuits. Si elle est appliquée durablement, cette mesure devrait mettre fin aux détentions à l'hôpital de femmes et de jeunes enfants. Cela n'apporte, cependant, aucune aide aux autres patients incapables de régler leurs factures, qui constituent plus de la moitié des personnes habituellement détenues.

Les réponses officielles aux détentions ont été confuses et contradictoires, oscillant entre le déni, la justification et la déformation de la réalité. Les directeurs d'hôpitaux et les représentants du gouvernement minimisent souvent le problème, prétendant que ceux qui ne peuvent pas payer sont relâchés après quelques jours. La plupart refusent d'utiliser le mot « détention » pour décrire cette pratique. En même temps, ils en justifient la nécessité, disant que les hôpitaux seraient obligés de fermer leurs portes s'ils ne pouvaient utiliser de tels moyens pour obliger les patients à régler leurs factures. Parce qu'ils ne considèrent pas la détention des patients comme une violation des droits de l'homme, les représentants du gouvernement ne demandent pas au personnel de cesser cette pratique et ne punissent pas ceux qui continuent à la mettre en oeuvre.

Les normes juridiques en matière de droits de l'homme stipulent que chaque personne a droit à la liberté et à la sécurité. Toute détention arbitraire quelle qu'elle soit est une violation de l'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), auquel le Burundi est partie. Toute détention d'un individu pour défaut de paiement d'une dette viole spécifiquement l'article 11 du PIDCP qui déclare : « Nul ne peut être emprisonné pour la seule raison qu'il n'est pas en mesure d'exécuter une obligation contractuelle ». La détention dans des conditions d'entassement et de manque de nourriture viole le droit des personnes à ne pas être détenues dans des conditions inhumaines.

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), auquel le Burundi est partie, requiert des Etats qu'ils mettent en oeuvre progressivement le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Au Burundi, la détention des patients qui ne peuvent pas payer leurs factures a d'importantes implications sur les soins. La détention à l'hôpital dissuade tout d'abord les plus pauvres de se faire soigner, contraint les patients à abréger ou à suspendre leur traitement quand il apparaît aux médecins et à l'équipe hospitalière qu'ils ne pourront pas payer, et retient

prisonniers les personnes convalescentes dans des conditions qui peuvent aggraver leurs problèmes de santé.

La question des détentions à l'hôpital reflète aussi le problème plus large de l'accès aux soins de tous les membres de la société burundaise. Si les récentes mesures de gratuité des soins pour les mères et les enfants en bas âge sont bienvenues, le gouvernement devrait, de manière urgente, doter les structures sanitaires des moyens de répondre aux demandes croissantes. Plus généralement, le gouvernement doit veiller à ce que le budget de la santé soit en mesure d'atteindre la population la plus exposée et prendre des mesures contre la corruption dans le système de santé.

Avec les objectifs du Millénaire pour le développement, la communauté internationale s'est engagée à atteindre d'ambitieux objectifs dans le domaine de la santé, comme réduire la mortalité infantile, améliorer la protection maternelle et combattre le VIH/SIDA et la malaria. Au Burundi, les donateurs internationaux financent une grande partie du secteur de la santé et influencent directement les décisions politiques en la matière. En dépit de ces engagements, les donateurs n'ont pas fait pression efficacement pour mettre fin à la détention des patients ni pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres.

L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés pourrait apporter un certain changement. Par cette initiative, le Burundi a obtenu un allègement de sa dette sur une base provisoire en 2005, et le gouvernement a pu, en conséquence, presque tripler le budget de la santé. Le pays est actuellement en train de mettre au point plusieurs mesures économiques dans la perspective de finaliser l'accord sur l'allègement de la dette fin 2006. Les institutions financières internationales et les autres donateurs devraient s'assurer que les sommes ainsi allouées seront utilisées pour améliorer l'accès aux soins et mettre un terme aux détentions à l'hôpital.

II. Recommandations

Au gouvernement du Burundi

- Effectuer immédiatement la libération des personnes détenues actuellement dans les hôpitaux.
- Ordonner la fin de la pratique des détentions à l'hôpital des patients insolvable, et contrôler les hôpitaux pour s'assurer que la pratique a cessé. Prendre les mesures disciplinaires ou légales appropriées contre les responsables des détentions à l'hôpital.
- Proposer une législation pour rendre illégale et punissable par la loi la détention de débiteurs, incluant les patients insolvable des hôpitaux.
- Mettre en œuvre progressivement le droit à la santé en adoptant des mesures pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Les dispositifs existants d'exemption des frais de soins pour les plus défavorisés sont inadaptes et devraient être soit réformés, soit remplacés par un nouveau système de santé. Les réformes qui devraient être envisagées comprennent la gratuité des soins de santé de base et la création de mutuelles, ces dernières consistant en un système d'assurance de santé fondé sur la communauté. Toute réforme de la politique de santé devrait se concentrer sur l'accès aux soins de base pour les plus pauvres et sur quatre éléments essentiels au regard du droit à la santé—disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité. En particulier, il faut envisager de changer la politique de santé pour les domaines suivants :
 - Prendre les mesures d'urgence pour mettre en œuvre la nouvelle politique de soins gratuits pour les mères et les enfants de moins de cinq ans. Veiller à ce que les systèmes de soins primaires soient renforcés afin de répondre aux demandes croissantes, en permettant à tous l'accès au personnel, aux médicaments, et aux équipements sur une base équitable. Mettre au point un plan à long terme sur la manière de rendre cette politique efficace et la relier à la politique de santé générale.
 - Toute future réforme visant à introduire la gratuité des soins de santé devrait être préparée prudemment comme un élément d'une politique plus large, devrait s'appuyer sur un financement suffisant, planifié à l'avance, et devrait informer et impliquer les parties prenantes à tous les niveaux pendant la phase de programmation.
 - Affiner des projets introduisant des mutuelles, une assurance-maladie fondée sur l'adhésion collective. S'il leur est donné suite, développer une stratégie sur la manière d'inclure les plus pauvres dans ce schéma et veiller à un fort niveau de participation.

- Affiner des projets permettant de subventionner les soins aux plus défavorisés, comme cela a été annoncé dans le plan de politique de santé du gouvernement. Tout mécanisme d'exemption devrait être rendu public, assorti de critères clairs, géré dans la transparence, et devrait inclure un droit du patient à faire appel des décisions prises.
- Informer le public des moyens de recours à utiliser pour bénéficier de l'assistance du Projet d'Appui au Rapatriement et à la Réintégration des Sinistrés (PARESI), institution qui succède la Commission Nationale pour la Réintégration des Sinistrés (CNRS), ainsi que du Fond pour les Sinistrés et de tout autre système d'aide financière établi.
- Dans le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), il est nécessaire de présenter des plans spécifiques sur la manière de mettre un terme aux détentions à l'hôpital et de réformer le système de santé pour améliorer l'accès des plus pauvres aux soins primaires.

A la nouvelle brigade gouvernementale anti-corruption

- Enquêter sur la corruption dans le secteur de la santé, y compris dans les hôpitaux et concernant les ventes illégales de médicaments, et veiller à ce que ceux qui sont accusés de crimes soient rapidement traduits en justice, selon les normes internationales d'une procédure équitable.

Aux pays donateurs

- Presser le gouvernement du Burundi de supprimer immédiatement la détention des patients démunis dans les hôpitaux.
- Fournir une assistance technique à la réforme ou au remplacement des mécanismes actuels d'exemption et aider le gouvernement à mettre au point les réformes de la politique de santé qui garantiraient un meilleur accès aux soins aux plus défavorisés, comme c'est souligné plus haut.
- Donner des motivations positives au gouvernement du Burundi afin qu'il consacre une grande partie des fonds dégagés par l'allègement de sa dette au secteur de la santé, particulièrement à l'amélioration de l'accès aux soins des plus pauvres.
- Veiller à ce que l'assistance au développement destinée au système de santé du Burundi traite spécifiquement des problèmes d'accès aux soins des plus pauvres, qui auparavant étaient financés par les programmes d'aide humanitaire.

A la Banque Mondiale

- Préconiser que les fonds rendus disponibles pour le secteur de la santé par l'allègement de la dette soient utilisés pour mettre un terme à la détention à l'hôpital de patients démunis, et pour améliorer leur accès aux services de soins, y compris à travers les réformes de la politique de la santé, comme celles soulignées plus haut.
- Insister auprès du gouvernement du Burundi pour qu'il renforce les lois sur la corruption et la fraude, et qu'il se serve de la brigade gouvernementale anti-corruption nouvellement créée, en particulier pour faire face au mauvais usage des fonds dans le secteur de la santé.
- Préconiser que l'assistance au développement destinée au système de santé du Burundi traite spécifiquement des problèmes d'accès aux soins des plus pauvres, qui auparavant étaient financés par les programmes d'aide humanitaire.
- S'assurer que le CSLP et tout futur Crédit d'appui à la réduction de la pauvreté pour le Burundi contienne des programmes détaillés d'amélioration de l'accès aux soins des plus défavorisés et de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.

Au Fonds Monétaire International (FMI)

- Préconiser que les fonds rendus disponibles pour le secteur de la santé par l'allègement de la dette soient utilisés pour mettre un terme à la détention à l'hôpital de patients démunis et améliorer leur accès aux services de soins, y compris à travers les réformes de la politique de la santé, comme celles soulignées plus haut.
- Veiller à ce que le PSRP et toute future Facilité pour la réduction de la pauvreté et pour la croissance pour le Burundi contiennent des programmes détaillés d'amélioration de l'accès aux soins des plus pauvres et de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.

Au Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint

- Enquêter sur la détention de patients démunis dans les hôpitaux du Burundi et d'autres parties d'Afrique, et faire des recommandations aux gouvernements sur la manière de mettre fin à cette pratique.

III. Méthodologie

Les chercheurs de Human Rights Watch et l'Association burundaise pour la protection des droits humains et des personnes détenues, APRODH, ont défini et effectué les recherches en vue de ce rapport. Ils ont interviewé 41 victimes de détentions dans six hôpitaux publics: l'hôpital Prince Régent Charles à Bujumbura; la clinique Prince Louis Rwagasore à Bujumbura; l'hôpital Roi Khaled (au centre hospitalo-universitaire de Kamenge) à Bujumbura; l'hôpital de Gitega (province de Gitega, Burundi central); l'hôpital de Ngozi (province de Ngozi, nord du Burundi) et l'hôpital de Muramvya (province de Muramvya, Burundi central). Ils ont aussi interviewé le personnel des hôpitaux, y compris les directeurs, les directeurs financiers et administratifs, les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux. En outre, ils ont interviewé des représentants des organisations locales et internationales travaillant dans le secteur de la santé, des experts de la santé publique, des représentants des agences et gouvernements donateurs, et des membres du Ministère de la santé publique et du Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre. Les observateurs de l'APRODH ont interviewé les responsables des hôpitaux et d'autres personnes, dans cinq autres hôpitaux de trois autres provinces (hôpital de Karuzi, hôpital de Musinga, et hôpitaux de Bururi, de Rumonge et de Matana dans la province de Bururi).¹

Nous avons interviewé la plupart des patients quand ils étaient encore en détention à l'hôpital, en février 2006. Quand nous citons la durée de la détention, nous faisons généralement référence au temps pendant lequel le patient a été détenu au moment de l'entretien ; nous n'étions pas en position de contrôler de manière exacte le temps qu'ils pouvaient avoir par la suite passé en détention. Des pseudonymes sont utilisés dans ce rapport pour tous les patients de l'hôpital, afin de protéger leur identité.

Les chercheurs ont aussi utilisé des données quantitatives fournies par les hôpitaux sur le manque à gagner dû aux clients insolvable. Bien que le format et le détail des rapports ait varié significativement, les chercheurs ont pu analyser les statistiques de huit hôpitaux pour déterminer les évolutions dans le temps, comme, par exemple, le nombre de patients détenus et les groupes les plus communément touchés par la détention.

¹ Il y a 35 hôpitaux au Burundi.

IV. Contexte : Santé publique et pauvreté sur fond de conflit

La situation politique et socio-économique au Burundi : de la guerre à l'après-guerre

L'actuel gouvernement burundais, sous la présidence de Pierre Nkurunziza, a été élu en août 2005, après une dizaine d'années de guerre civile et un long processus de transition politique. La force dominante du gouvernement était auparavant le groupe rebelle le plus important du pays, le Conseil national pour la défense de la démocratie-Forces pour la défense de la démocratie (CNDD-FDD). Le CNDD-FDD se présente comme un mouvement populaire s'occupant des besoins des plus pauvres.

Un autre mouvement rebelle, les Forces Nationales pour la Libération, FNL, a continué sa guerre contre le gouvernement, particulièrement dans les zones proches de la capitale, Bujumbura. Les forces du FNL comme celles du gouvernement continuent à commettre de sérieuses violations du droit international humanitaire (lois de la guerre), comme des attaques contre des civils.² Depuis juillet 2006, le FNL et le gouvernement ont engagé des pourparlers de paix.³

Ce long et violent conflit a eu des conséquences destructrices sur la société, l'économie et le secteur de la santé. Le Burundi fait maintenant partie des Pays les moins avancés (PMA) du monde, 169^{ème} sur 177 au classement de 2005 de l'index de développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement.⁴ Le revenu national brut annuel par habitant est de 90 \$ U.S.⁵

² Human Rights Watch, « Burundi : Faux pas dans un moment crucial », *Un rapport de Human Rights Watch*, 4 novembre 2005, <http://hrw.org/french/backgrounder/2005/burundi1105/>; Human Rights Watch « Dérapages : Les Abus perpétrés au Burundi », *Un rapport de Human Rights Watch*, 27 février 2006, <http://hrw.org/french/reports/2006/burundi0206/>; Human Rights Watch, « Loin de chez eux : Les enfants soldats des Forces Nationales de Libération au Burundi », *Un document d'information de Human Rights Watch*, 16 juin 2006, <http://hrw.org/french/backgrounder/2006/burundi0606/>.

³ «Burundi: Rebels attack civilians as ceasefire talks continue», *IRIN*, 19 juillet 2006, <http://www.reliefweb.int/rw/RWB.NSF/db900SID/EVOD-6RUKB2?OpenDocument&rc=1&cc=bdi> (consulté le 21 juillet 2006).

⁴ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Rapport sur le développement humain 2005* (New York: Programme des Nations Unies pour le développement, 2005), http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_HDI.pdf (consulté le 4 mai 2006).

⁵ Fonds des Nations Unies pour les enfants (UNICEF), Statistiques sur le Burundi, http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_statistics.html (consulté le 5 mai 2006).

Le secteur de la santé au Burundi

Pendant la période de guerre, la santé publique s'est détériorée, comme le montrent des indicateurs-clés de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile, du taux de vaccination et du nombre de personnel hospitalier par habitant. La mortalité maternelle atteint 1000 décès pour 100 000 naissances, et représente un des problèmes de santé publique les plus graves du pays, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).⁶ La mortalité du nourrisson atteint 114 décès pour 1000 naissances viables (11,4%)⁷ et la mortalité des enfants de moins de cinq ans atteint 190 décès pour 1000 naissances viables (19%) — parmi les plus hautes du monde. Le VIH est répandu chez 6% des adultes. Le système de santé est handicapé par le manque de personnel formé et de fonds pour le payer, aussi bien que par une pénurie de médicaments et de matériel moderne.⁸ Une grande partie du personnel qualifié quitte le secteur public du Burundi pour des emplois mieux payés dans les organisations non gouvernementales internationales (ONG), pour des institutions de santé privées, ou encore pour le Rwanda voisin.⁹

L'accès aux soins a été rendu plus difficile pour les Burundais démunis depuis l'adoption d'un système du recouvrement des frais, en février 2002. Les patients, sans qu'il soit tenu compte de leurs moyens, doivent régler tous les frais médicaux engagés, y compris les consultations, les analyses, les médicaments, les fournitures, et leur séjour à l'hôpital.¹⁰ Seules cinq des dix-sept provinces mettent en œuvre des modèles alternatifs de financement des dépenses de santé.¹¹

Le système de recouvrement des frais a ravivé une politique de santé datant d'avant la guerre, et qui n'avait pas été correctement mise en pratique. Avant les années 80, les services de santé étaient gratuits au Burundi. En 1988, le gouvernement a engagé une politique de réforme et de décentralisation : il a introduit un système de pré-paiement au niveau de la communauté et a institué une autonomie de gestion dans les structures de

⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS), "Burundi, Health Sector Needs Assessment," (non daté), <http://www.who.int/hac/donorinfo/cap/burundi.pdf> (consulté le 21 juillet 2006).

⁷ Les nourrissons sont les enfants de moins d'un an. Données de l'UNICEF sur le Burundi, http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_statistics.html (consulté le 27 juillet 2006). Analyse de l'OMS, "Burundi, Health Sector Needs Assessment."

⁸ T. Niyongabo, A. Ndayiragije, B. Larouze et P. Aubry, « Burundi: Impact de dix années de guerre civile sur les endémo-épidémies, » *Médecine Tropicale*, vol. 65, 4 (2005), pp. 305-311.

⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur et d'autres responsables, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

¹⁰ Mit Philips, Gorik Ooms, Sally Hargreaves et Andrew Durrant, "Burundi: A population deprived of basic health care," *The British Journal of General Practice* (Août 2004), pp. 634-635; Save the Children, "The Cost of Coping with Illness," Document d'information, novembre 2005, p. 1.

¹¹ Voir section VIII.3 dans Alternatives à la détention à l'hôpital.

santé à l'échelon provincial ; cela signifiait que les hôpitaux géraient leurs affaires avec un certain degré d'autonomie et étaient obligés de lever une partie de leurs fonds eux-mêmes, tout en recevant encore des subventions de l'Etat.¹² La réforme de 1988 visait aussi à supprimer la mise en application progressive d'un modèle de recouvrement des frais de soins dans toutes les structures de santé, mais elle fut arrêtée pendant les dix années de guerre.¹³

Les politiques de santé au Burundi sont en partie le résultat des priorités propres du gouvernement: celui-ci ne consacre qu'une petite partie du budget à la santé — en 2005, à peine 2.7%.¹⁴ Elles sont aussi le résultat des politiques de la Banque mondiale en Afrique pendant les années 80 et 90, avec l'intention de combler le « handicap financier du secteur de la santé » grâce aux frais perçus. Sa stratégie acquit un poids accru grâce à l'initiative de Bamako, mise au point par l'OMS et l'UNICEF et adoptée par les gouvernements africains en 1987.¹⁵ L'initiative de Bamako visait à améliorer l'accès aux soins de santé de base, à travers l'implication des communautés dans la gestion et le financement des soins. Le recouvrement des frais de soins au niveau de la collectivité devait augmenter les ressources du secteur de la santé, en promouvoir l'usage efficace et en accroître l'équité — qui consiste à surmonter les inégalités d'accès aux soins.¹⁶ L'introduction des frais était considérée comme une étape vers la reconstruction d'un système de santé durable, y compris dans les pays ruinés par les conflits armés.¹⁷

Les études montrent que les initiatives relatives au recouvrement des frais comme moyen de financement du secteur de la santé ont rarement abouti au résultat désiré. Les systèmes de recouvrement des frais en Afrique lèvent moins de fonds que prévu, et il y a peu de preuves de l'amélioration qu'ils apporteraient à l'efficacité des systèmes de

¹² République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010, » Bujumbura, 13 décembre 2005, p. 19; Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Dr. Julien Kamyó, chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 13 février 2006.

¹³ Médecins Sans Frontières (MSF), « L'accès aux soins au Burundi. Résultats de trois enquêtes épidémiologiques, » Avril 2004; Philips et al., "Burundi; A population deprived of basic health care."

¹⁴ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010. »

¹⁵ World Bank, "Cost Sharing: Towards Sustainable Health Care in Sub-Saharan Africa," *Findings – Africa Region*, No. 63 (mai 1996), <http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find63.htm> (consulté le 8 août 2006).

¹⁶ L'équité est un terme fréquemment utilisé dans le développement pour décrire le principe de justice dans l'accès aux ressources. Pour une définition, voir Maureen Johnson, "The Challenge of Achieving Health Equity in Africa," *Science in Africa*, juin 2004, <http://www.sciencein africa.co.za/2004/june/equity.htm> (consulté le 5 mai 2006).

¹⁷ Timothy Poletti, "Cost-recovery in the health sector: an inappropriate policy in complex emergencies," *Humanitarian Exchange*, No. 26 (March 2004). Pour une estimation plus large des modèles de recouvrement des frais, voir Sanjay Reddy and Jan Vandemoortele, *User Financing of Basic Social Services. A Review of theoretical arguments and empirical evidence* (UNICEF, 1996), http://www.unicef.org/evaldatabase/files/Global_1996_User_Financing_part_1.pdf [and part_2.pdf and part_3.pdf] (consulté le 9 août 2006).

soins.¹⁸ Au Burundi, l'accès au système de santé est limité, avec environ un million de personnes — 17% de la population — complètement exclues des soins.¹⁹ A cause de cet accès limité, le taux d'occupation des hôpitaux est bas, en dépit des énormes besoins de la population.²⁰

La Banque mondiale ne met plus en avant le recouvrement des frais comme unique option, et les bailleurs de fonds ont adopté une position plus nuancée.²¹ Pourtant, le recouvrement des frais est encore le modèle le plus courant de financement de la santé en Afrique.

Au Burundi, plusieurs mécanismes ont été destinés à atténuer la pression pesant sur les plus défavorisés, mais ils ont échoué à atteindre cet objectif : la carte d'indigence qui dispense de frais les plus misérables; le bon qui dispense de frais les personnes déplacées; et la carte d'assurance maladie (CAM), qui peut être achetée pour l'équivalent d'environ 0,50\$²² et diminue la facture de 80%. Que ce soit au Burundi ou ailleurs en Afrique, de tels programmes ont rarement été efficaces pour développer l'accès aux soins.²³

Disponibilité et accès aux soins

Le Burundi est un relativement petit pays et 80% de la population vit à moins de cinq kilomètres d'un centre de soins.²⁴ Toutefois, le transport — particulièrement le transport rapide — jusqu'à une infrastructure médicale, pose problème à ceux qui manquent d'argent. Par exemple, Michelle N., âgée de 39 ans, n'a pas pu trouver de moyen de transport alors que son accouchement avait commencé pendant la nuit. Elle vit à Gatumba, à environ dix kilomètres de Bujumbura. Elle n'a pu arriver à l'hôpital qu'à

¹⁸ V. Ridde et J.-E. Girard, "Twelve years after the Bamako Initiative: established facts and political implications for greater equity in access to health services for indigent Africans," *Santé publique*, vol. 15, no. 1 (2004), pp. 37-51; Reddy et Vandemoortele, *User Financing*, pp. 50-53.

¹⁹ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010, » p. 21. Ceci fut confirmé par MSF/Belgique au Burundi.

²⁰ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010, » p. 21. Ceci fut confirmé par MSF/Belgique au Burundi.

²¹ Poletti, "Cost-recovery in the health sector"; Mark Pearson, "The Case for Abolition of User Fees for Primary Health Services," DFID Health Systems Resource Centre issues paper, septembre 2004, <http://www.eldis.org/fulltext/pearson2004.pdf> (consulté le 19 mai 2006).

²² Un dollar U.S. équivaut à peu près à 1000 Francs burundais (FBU), <http://finance.yahoo.com/currency> (consulté le 24 août, 2006).

²³ Ridde et Girard, "Twelve years after the Bamako Initiative"; Masuma Mamdani et Maggie Bangser, "Poor People's Experiences of Health Services in Tanzania: A Literature Review," *Reproductive Health Matters* 2004, 12 (24), pp. 138-153.

²⁴ Niyongabo et al., « Burundi: Impact de dix années de guerre civile sur les endémo-épidémies. »

cinq heures du matin, le lendemain, au point que son bébé était mort. Elle est restée inconsciente pendant deux jours.²⁵

Des patients cherchant de l'aide estiment que l'infrastructure la plus proche manque du personnel ou du matériel appropriés et doivent se rendre dans un autre hôpital. Ce fut le cas de Noah B., âgé de 13 ans, qui s'était blessé à la cheville en jouant au football. Son père l'emmena à l'hôpital le plus proche, à Kayanza, uniquement pour s'entendre dire que l'hôpital ne pouvait procéder à une opération chirurgicale. Noah en avait besoin. Son père emprunta de l'argent pour prendre un taxi à destination de l'hôpital Roi Khaled, dans la capitale.²⁶ Beaucoup de femmes sur le point d'accoucher que nous avons interviewées pendant ou après leur détention à l'hôpital, avaient aussi été renvoyées d'un hôpital à l'autre. Les chercheurs ont interviewé une femme qui, alors qu'elle était en train d'accoucher, est passée par quatre centres médicaux avant d'être admise quelque part.²⁷

Les plus démunis doivent faire face à l'obstacle supplémentaire du manque d'argent pour payer les frais. La plupart des hôpitaux exigent des patients le règlement des frais avant de recevoir les soins. Le montant des factures varie selon l'hôpital et selon le diagnostic, avec de grands hôpitaux à Bujumbura faisant payer l'équivalent d'à peu près 10\$ pour les cas les plus simples et jusqu'à 100\$ pour les plus compliqués ou ceux qui nécessitent une opération chirurgicale.²⁸ En dehors de la capitale, les frais d'admission, appelés caution, sont plus bas. A l'hôpital de Ngozi, par exemple, les frais d'admission courants sont approximativement de 5\$.²⁹ Anne K. est une femme qui n'a pas pu payer la caution à l'hôpital Prince Régent Charles à Bujumbura, à la naissance de son deuxième enfant:

Pour des raisons médicales, je ne peux pas accoucher normalement, je dois donc subir une césarienne. A la naissance de mon premier enfant, j'avais trouvé un bienfaiteur qui m'avait emmené à la clinique de MSF [Médecins Sans Frontières] et j'y avais eu une césarienne. Cette fois, il n'y avait pas de bienfaiteur. Je suis allée à l'hôpital Roi Khaled, mais ils

²⁵ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Michèle N., Bujumbura, 14 février 2006. Elle a été détenue pendant environ dix semaines après sa guérison.

²⁶ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le père de Noah B., hôpital roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

²⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Christine K., clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 11 février 2006.

²⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec une infirmière, hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006; Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, avril 2006.

²⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec un travailleur social, hôpital de Ngozi, Ngozi, 16 février, 2006.

ont refusé de m'y admettre car je n'avais pas d'argent pour payer la caution. Ils m'ont envoyée à la clinique Prince Louis Rwagasore. Là, ils étaient très réticents pour pratiquer la césarienne si peu de temps après la première. Aussi, je suis allée à l'hôpital Prince Régent Charles. Ils m'ont aussi refusée parce que je n'avais pas d'argent. J'ai pensé en moi-même : « Il n'y a rien que je puisse faire. Si je dois mourir, je mourrai. » Alors que je parlais, le médecin m'a couru après et m'a dit : « je vais la faire ». ³⁰

Comme l'exemple d'Anne K. le montre, quelques personnes ayant besoin de soins ont été admises même si elles manquaient d'argent pour payer la caution. De tels cas sont cependant des exceptions à la règle habituelle. Gabriel N., un homme qui a subi deux accidents de la route, a été aussi refoulé car il ne pouvait pas régler ses frais d'admission:

Le 22 novembre 2005, je suis venu ici à l'hôpital [Roi Khaled]. Les médecins ont refusé de me soigner car je ne pouvais pas payer la caution. Je suis resté dehors pendant quelques jours, essayant d'obtenir un traitement. Un jour, un homme est passé et m'a demandé pourquoi j'étais là depuis si longtemps. Je lui ai expliqué mon problème, lui ai montré ma blessure et il a payé la caution de 100 000 francs [FBU, 100\$]. ³¹

Etre admis à l'hôpital n'est en aucun cas une assurance de recevoir un traitement médical. Les hôpitaux burundais sont pauvres en matériel et en personnel, et l'aide médicale est souvent insuffisante et inadaptée. ³²

Les détentions à l'hôpital en Afrique

La mise en détention des patients les plus pauvres par les hôpitaux se rencontre dans de nombreux autres pays d'Afrique où le système de santé est fondé sur le mécanisme du recouvrement des frais. Les hôpitaux essaient ainsi de contraindre les patients insolvable à régler leurs factures. La pratique existe dans des pays comme le Kenya, le Ghana, la République démocratique du Congo (RDC), et il y a eu au moins un cas au Zimbabwe, touchant de nombreux patients.

³⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Anne K., Bujumbura, 14 février 2006. Elle a été détenue pendant environ un mois après avoir reçu sa facture de soins.

³¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Gabriel N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

³² MSF, « Access to Health Care in Burundi » p. 6.

Au Kenya, les patients riches peuvent prendre une assurance de santé, bénéficier d'un traitement médical de qualité et d'une chambre à l'hôpital. Mais la plupart des kenyans ne peuvent s'offrir une telle assurance et sont relégués dans des hôpitaux de deuxième catégorie, où ils doivent payer les soins et finissent en détention s'ils ne le peuvent pas.³³ Au Ghana, les femmes qui ont accouché sont fréquemment gardées à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles paient les frais d'accouchement. Le pays est en train d'introduire un droit fixe pour les patients pauvres et vulnérables, mais cela ne couvrira pas le coût élevé de la chirurgie, comme pour les césariennes.³⁴ En RDC, une organisation locale de défense des droits de l'homme s'est concentrée sur la situation des jeunes mères à l'hôpital lors de la Journée internationale des femmes en 2006, montrant à la fois la fréquence croissante des détentions de femmes dans les hôpitaux et leur rejet par les membres de leur famille qui ne veulent pas être obligés de payer pour elles. Parmi les femmes détenues, certaines sont des victimes de viols qui sont complètement isolées et dans l'incapacité de trouver qui que ce soit pour payer pour elles.³⁵ La détention des patients n'est pas la règle au Zimbabwe, mais dans un cas, 28 mères et leurs nouveaux-nés ont été détenus à l'Hôpital d'Harare. Les frais de maternité venaient juste d'augmenter et ces femmes étaient incapables de régler leur frais d'accouchement.³⁶

³³ Christian Aid, "Servicing the Rich: How the EU will wreck the WTO talks," cas d'étude N° 1: "Kenyan health warning," [http://www.christian-aid.org.uk/indepth/512rich/Servicing percent20the percent20rich.pdf](http://www.christian-aid.org.uk/indepth/512rich/Servicing%20the%20rich.pdf) (consulté le 4 mai 2006).

³⁴ "Ghana: Despite new health scheme, Babies detained in hospital pending payment", *IRIN*, 18 septembre 2005, http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=49114&SelectRegion=West_Africa&SelectCountry=GHANA (consulté le 11 août 2006); "Ridge Hospital Detains Baby Over ₵3.2m", *Public Agenda* (Ghana), 20 janvier 2006, http://www.ghanaweb.com/public_agenda/issue.php?PUBLISHED=2006-01-20 (consulté le 11 août 2006).

³⁵ Initiative Congolaise pour la Justice et la Paix, « La 'détention' des femmes dans les milieux hospitaliers, » 8 mars, 2006. Radio Okapi a constaté la même pratique à, Sud Kivu: « Plusieurs dizaines de femmes retenues à l'hôpital général de Kamituga, » *Radio Okapi*, 19 juillet 2006.

³⁶ "Maternity Charges Skyrocket", 15 juin, 2004, *The Herald* (Zimbabwe), www.allafrica.com/stories/200406150407.html (consulté le 12 février 2006).



Une jeune mère et son bébé nouveau-né, détenus à la clinique Prince Louis Rwagasore après une césarienne. © 2006 Jehad Nga

V. La détention dans les hôpitaux publics pour défaut de paiement

Le nombre de détenus à l'hôpital

Les statistiques conservées par les hôpitaux burundais montrent qu'ils se sont débattus avec ce problème de factures impayées pendant des années, et que la détention des patients n'est une mesure ni nouvelle ni adaptée.³⁷ Les hôpitaux à court de fonds ont commencé à mettre en détention les patients incapables de régler leurs factures dans les années 90³⁸ quand le recouvrement des frais a été pratiqué dans certaines structures, et l'ont fait avec une fréquence croissante depuis l'introduction généralisée du recouvrement des frais en 2002.

Durant 2005, des centaines de patients ont été détenus dans les hôpitaux burundais. Les données combinées de sept des trente-cinq hôpitaux publics du Burundi indiquent 1076 cas de patients qui ont été incapables de payer leurs factures en 2005 (voir tableau 1). Ce chiffre inclut à la fois ceux qui ont été détenus et ceux qui ont réussi à quitter les lieux sans régler leurs factures. Etant donné que cet échantillon ne représente qu'un cinquième des hôpitaux publics du Burundi, le nombre total de patients dans l'incapacité de payer leurs factures était certainement nettement plus élevé. Au seul hôpital Prince Régent Charles, 621 patients ont été détenus en 2005. Parmi ceux-ci, 354 patients ont finalement vu leurs factures réglées par des bienfaiteurs et les 267 autres ont trouvé un moyen de quitter l'hôpital sans payer.

Les chiffres des factures impayées à l'hôpital Roi Khaled montrent des nombres variables depuis 2001 (voir tableau 2), avec un déficit moyen annuel d'environ 39 000\$ U.S. Dans d'autres hôpitaux, des données similaires ne sont pas disponibles, mais il y a des statistiques démontrant la perte de revenu en 2005 (voir tableau 3). A l'hôpital Prince Régent Charles, le personnel a aussi établi l'augmentation marquée du nombre de factures réglées par des bienfaiteurs : un total de 44 sur les trois années 2001-2003; 85 en 2004 à elle seule, et 352 en 2005.³⁹ On peut supposer que dans la plupart des cas, des bienfaiteurs ont réglé les notes des patients qui ne pouvaient le faire eux-mêmes et

³⁷ Les hôpitaux consignent souvent les pertes financières qu'ils rencontrent, mais d'habitude ne notent pas le nombre de patients détenus. La plupart des statistiques montrent combien de factures sont restées impayées, et fournissent une l'information sur les dossiers des patients, de même qu'à propos des bienfaiteurs. Certains hôpitaux montrent seulement le nombre de patients enfuis. Il n'y a pas de standards à suivre pour les hôpitaux en la matière et les statistiques varient en détails et en format.

³⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur et d'autres responsables, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

³⁹ Chiffres obtenus dans les archives de l'hôpital.

avaient été mis en détention. Il est probable que l'augmentation représente un véritable accroissement du nombre des détenus à l'hôpital, bien que d'autres facteurs — tel que l'intérêt croissant des médias pour le problème — puisse avoir exagéré cette tendance.⁴⁰ Les statistiques de la clinique Prince Louis Rwagasore montrent une augmentation du nombre d'indigents inscrits dans leurs registres: 11 en 2001, 18 en 2002, 16 en 2003, 16 en 2004, 39 en 2005 (tableau 4).

Tableau 1
Nombre de patients qui ne paient pas leurs factures dans sept hôpitaux Burundais en 2005

Hôpital Roi Khaled, Bujumbura	422 ⁴¹
Hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura	267 ⁴²
Hôpital de Ngozi, province de Ngozi	217
Hôpital de Bururi, province de Bururi	36
Hôpital de Rumonge, province de Bururi	36
Hôpital de Matana, province de Bururi	51
Hôpital de Muramvya, province de Muramvya	47
Total	1076

Tableau 2
Factures impayées à l'hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 2001-2005 (FBU)

(1 000 000 FBU = approximativement 1000\$ U.S.)⁴³

2001	2002	2003	2004	2005
23 334 446	64 150 549	34 297 612	25 666 425	47 769 382

⁴⁰ Voir section X, ci-dessous, sur le dilemme du bienfaiteur.

⁴¹ Les données pour le mois d'avril manquent. Les ajouts faits à la main pour les statistiques de juin 2005 n'ont pas été pris en compte.

⁴² Les données pour le mois de décembre manquent. Les chiffres sont basés sur les listes de factures impayées par les patients qui se sont échappés.

⁴³ <http://finance.yahoo.com/currency> (consulté le 24 août, 2006)

**Tableau 3:
Factures impayées de sept hôpitaux⁴⁴ en 2005 (FBU)**

Hôpital Roi Khaled, Bujumbura	47 769 382
Hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura	24 498 992 ⁴⁵
Hôpital de Ngozi, province de Ngozi	9 492 170
Hôpital de Bururi, province de Bururi	1 115 050
Hôpital de Rumonge, province de Bururi	2 174 350
Hôpital de Matana, province de Bururi	460 540
Hôpital de Muramvya, province de Muramvya	2 270 351

**Tableau 4
Patients indigents⁴⁶ et leurs factures à la clinique Prince Louis
Rwangasore, Bujumbura, 2001-2005 (FBU)**

	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de patients indigents	11	18	16	16	39
Factures des patients indigents	1 716 744	1 753 456	2 568 408	2 586 682	7 629 331

Problèmes médicaux menant à la détention

Les données de quatre hôpitaux montrent qu'en 2005, les patients en chirurgie ont représenté environ les deux-tiers de tous les patients indigents. Le tiers restant des patients indigents était surtout issu de deux sortes de services : médecine interne (16%) et pédiatrie (10%). Parmi les patients indigents dans leur ensemble, 35% étaient des femmes qui avaient accouché par césarienne.⁴⁷

⁴⁴ D'après les archives gardées par les hôpitaux eux-mêmes. Il n'y a pas de format standard pour les hôpitaux donc les statistiques varient en détails et en format.

⁴⁵ Factures impayées par des patients enfuis, janvier-novembre 2005.

⁴⁶ L'hôpital a gardé les statistiques des patients indigents qui ne pouvaient régler leurs factures. Certains les ont cependant réglées plus tard, grâce à des bienfaiteurs.

⁴⁷ Voir tableau 5. Le chiffre est basé sur les cas recensés dans trois sections séparées, gynécologie/obstétrique, chirurgie et salle d'opérations.

La chirurgie

Il n'est pas surprenant qu'un grand nombre de victimes de la détention ait subi des opérations chirurgicales, étant donné que la chirurgie est toujours plus coûteuse que les soins médicaux ordinaires. En plus des femmes ayant subi des césariennes (problème abordé ci-dessous), nous avons interviewé plusieurs hommes qui ont eu de graves accidents de la route, une femme atteinte d'un cancer du sein et la mère d'un bébé ayant besoin en urgence d'une opération des intestins.



Félix M. est détenu à l'Hôpital Prince Régent Charles depuis plus d'un an, après y avoir déjà passé une année en traitement. Le garçon de treize ans avait été renversé par un véhicule alors qu'il jouait avec d'autres enfants. Il souffrait d'une grave blessure à la jambe et avait dû subir une intervention chirurgicale. Son père aurait détourné l'argent de l'assurance destiné à ses soins hospitaliers et sa mère n'a pas trouvé le moyen de payer le traitement. En août 2006, Félix M. était toujours détenu à l'hôpital. © 2006 Jihad Nga

Les patients souffrant de maladies chroniques ou de longue durée, comme le VIH/SIDA

Les patients atteints de maladies chroniques ou de longue durée rencontrent aussi des coûts hospitaliers élevés qu'ils ne peuvent pas financer, et cela aboutit à leur détention. Les gens atteints de maladies chroniques sont souvent incapables de travailler et dépendent donc des autres pour régler leurs factures d'hôpital. A ce profil correspond Christian B., un jeune homme de 18 ans qui souffre d'une grave maladie de peau. Il est orphelin et l'oncle qui s'est occupé de lui ne peut pas payer sa facture d'hôpital. Il a dit

que les autorités locales refusaient de lui délivrer une carte d'indigence, disant que la carte n'était plus utilisée.⁴⁸ Christian B. nous a raconté :

J'ai une maladie de peau depuis environ deux ans maintenant. Je suis allé à Bujumbura pour me faire soigner mais ils ont refusé de le faire, aussi je suis venu ici. A l'hôpital, on m'a donné des médicaments et j'ai pu aller mieux. J'ai été dans une chambre isolée. Je n'ai pas pu payer la facture mais autour de Noël, j'ai été libéré avec d'autres. Ma facture atteignait plus de 240 000 FBU [240\$]. Aujourd'hui, la maladie a réapparu. Je suis retourné à l'hôpital.⁴⁹

Il y a au Burundi environ 220 000 personnes⁵⁰ atteintes du VIH/SIDA, et 46 000 qui ont besoin d'un traitement contre le SIDA. Nombre d'entre elles doivent aussi affronter la détention à l'hôpital.⁵¹ Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria est actuellement en train de fournir environ 21 millions de dollars au gouvernement burundais pour le traitement et la prévention. Sous l'égide de ce programme, les médicaments antirétroviraux sont donnés gratuitement.⁵² La Banque mondiale mène au Burundi un programme multi-sectoriel sur le VIH/SIDA de 36 millions de dollars sur quatre ans.⁵³ Même avec ce niveau d'aide internationale, environ 6 400 personnes seulement ont reçu gratuitement, en 2005, les médicaments salvateurs, alors qu'environ 40 000 personnes de plus ont besoin de médicaments et ne peuvent pas en bénéficier, à cause de l'inaccessibilité des centres de traitement et pour d'autres raisons.⁵⁴ Une grande partie de ceux qui ne reçoivent pas de médicaments antirétroviraux cherchent de l'aide pour des maladies opportunistes tels que la tuberculose, la

⁴⁸ Voir ci-dessous, section VIII.2, sur les systèmes d'exemption.

⁴⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Christian B., Hôpital de Ngozi, Ngozi, 16 février 2006. La durée de la période de détention — après qu'il ait reçu la facture — était peu claire.

⁵⁰ "Treatment Map Burundi," *IRIN*, janvier 2006, <http://www.plusnews.org/AIDS/treatment/Burundi.asp> (consulté le 1er août 2006).

⁵¹ Chiffres fournis par "Progress on Global Access to Anti-Retroviral Therapy, A Report on "3 by 5" and Beyond" (OMS, 2006), p. 72, http://www.who.int/hiv/fullreport_en_highres.pdf (consulté le 27 juillet 2006). La carte du traitement d'IRIN avance un nombre inférieur de personnes ayant besoin du traitement antirétroviral, environ 25000 personnes; c'est cependant un peu dépassé et probablement fondé sur des données anciennes.

⁵² Le programme original se montait à environ 8 millions de dollars. En mai 2006 le Fonds mondial décida de donner 13 millions de dollars supplémentaires à la lutte contre le VIH/SIDA, <http://www.theglobalfund.org/programs/search.aspx?lang=en> (consulté le 18 mai 2006).

⁵³ Contrôle multisectoriel VIH/SIDA et projet orphelins - Burundi, <http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=343751&menuK=343783&Projectid=P071371> (consulté le 26 juillet 2006).

⁵⁴ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec des représentants des ONG au chevet de malades du VIH/SIDA, Bujumbura, 17 février 2006.

pneumonie, les mycoses ou autres, et ils doivent normalement payer pour être soignés.⁵⁵ Selon le responsable médical du Ministère chargé de la lutte contre le SIDA, environ 70% des patients des services de médecine interne ont le VIH/SIDA.⁵⁶ Les dossiers de quatre hôpitaux montrent qu'environ 15% de tous les patients indigents, en 2005, étaient des patients de médecine interne (voir tableau 5).

A cause de la réticence à parler du SIDA et de l'absence de précisions à ce sujet dans les dossiers des hôpitaux, nous n'avons pas rassemblé de données sur la fréquence des détentions des malades du SIDA pour factures impayées.

Nous avons parlé avec une malade qui s'est présentée elle-même comme souffrant du SIDA. Elle était détenue depuis deux mois pour défaut de paiement d'un traitement pour une fracture d'un bras et d'une jambe.⁵⁷

⁵⁵ Il y a cependant un programme spécial pour le traitement de la tuberculose, donc certains patients peuvent ne pas avoir à payer pour ces traitements. Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur médical du Ministère chargé de la lutte contre le VIH/SIDA, Bujumbura, 19 mai 2006.

⁵⁶ Ibid. Des statistiques plus anciennes font état de chiffres similaires. En 1995, on a estimé que 70% des patients de l'hôpital Prince Régent étaient séropositifs. Voir: *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic, A World Bank Policy Research Report* (Oxford University Press, 1997), <http://www.worldbank.org/aidsecon/arv/conf-aids-4/ch4-1p2.htm> (consulté le 18 mai 2006), table 4.4.

⁵⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Spéciose N., Bujumbura, 23 février 2006.

Tableau 5
Nombre de patients incapables de régler leurs factures⁵⁸ par service
(département médical) en 2005

	Hôpital Roi Khaled Bujumbura	Clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura	Hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura	Hôpital de Muramvya province de Muramvya
Total	422	39	267	47
Gynécologie/ Obstétrique	91	24	137	15
Chirurgie	100	6	47	13
Médecine interne	64	1	42	14
Pédiatrie	48	4	22	3
Soins intensifs et Urgences	46	1	6	0
Salle d'opération (anesthésie etc.)	64	3	5	2
Autres	9	0	8	0

Les problèmes de santé maternelle après le 1^{er} mai 2006

Avant la directive présidentielle sur la protection maternelle et infantile du 1^{er} mai 2006, une proportion significative des détenus étaient des femmes qui avaient souffert de complications à la naissance d'un enfant, comme celles qui avaient subi une césarienne.

⁵⁸ Les statistiques de la clinique Prince Louis Rwagasore incluent certains cas d'indigents qui n'ont pu payer initialement, mais qui ont finalement trouvé un moyen de régler leur facture.

Tandis que 35% des patients indigents dans l'incapacité de régler leurs factures étaient des femmes qui venaient d'accoucher, la situation variait considérablement selon l'hôpital.⁵⁹ A l'occasion d'une visite à la clinique Prince Louis Rwagasore pour établir ce rapport, en février 2006, tous les détenus étaient des femmes qui avaient accouché par césarienne, et selon les gardiens, c'était souvent le cas.⁶⁰

Avec 1000 décès pour 100 000 naissances viables, le taux de mortalité maternelle au Burundi est alarmant. Environ 80% des accouchements ont lieu à la maison, sans l'assistance de professionnels formés.⁶¹ Il n'y a pas de système d'alerte en fonctionnement qui garantisse l'accès en temps utile à l'hôpital en cas de complications. Les équipements d'obstétrique d'urgence ne sont pas disponibles aussi largement qu'ils le devraient. L'étude a montré que le manque d'accès aux soins d'obstétrique d'urgence est une des causes principales de la mortalité maternelle dans le monde.⁶²

Les problèmes de santé des nourrissons et des enfants

Un autre groupe important parmi les détenus — environ 10% — étaient des nourrissons et des enfants. Comme mentionné plus haut, les taux de mortalité des nourrissons et des enfants sont, au Burundi, parmi les plus hauts du monde. C'est dû pour une large part à la malaria, à la diarrhée, à la pneumonie et au VIH/SIDA.

La malaria est responsable de 50% des décès à l'hôpital des enfants de moins de cinq ans. Les maladies respiratoires aiguës et les diarrhées sont aussi des causes fréquentes de décès des enfants en bas âge, essentiellement dues à un manque d'eau potable, à une situation sanitaire insuffisante, et des conditions de logement misérables. Environ 44% des enfants sont mal nourris ou handicapés, et 56% souffrent d'anémie. Approximativement 27 000 enfants de moins de quinze ans sont atteints du VIH/SIDA. Les taux d'immunisation contre les maladies infantiles les plus mortelles ont baissé ces

⁵⁹ Voir tableau 5.

⁶⁰ Entretien Human Rights Watch/APRODH avec des gardiens, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

⁶¹ OMS, "Burundi, Health Sector Needs Assessment."

⁶² L.P. Freedman, "Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75 (2001), pp. 51-60; projet du Millénaire, équipe spécialisée sur la santé infantile et la santé maternelle, "Who's got the power? Transforming health systems for women and children," <http://www.unmillenniumproject.org/documents/maternalchild-complete.pdf> (consulté le 31 juillet 2006), pp. 5-6.

dernières années.⁶³ Les experts ont découvert qu'environ deux-tiers des décès d'enfants auraient pu être évités si des thérapies ayant fait leurs preuves avaient été disponibles.⁶⁴

⁶³ UNICEF, Statistiques sur le Burundi; OMS, "Health Action in Crises – Burundi," http://www.who.int/hac/crises/bdi/background/Burundi_Dec05.pdf (consulté le 28 juillet 2006); WHO, "Burundi, Health Sector Needs Assessment."

⁶⁴ Projet du Millénaire, équipe spécialisée sur la santé infantile et la santé maternelle, "Who's got the power?" pp. 5-6.



Ce bébé nouveau-né a eu besoin d'une intervention chirurgicale d'urgence. La mère qui n'était en mesure de payer la facture a été détenue avec le bébé à l'Hôpital Roi Khaled. © 2006 Jehad Nga

L'introduction de la gratuité des soins pour les femmes qui ont accouché et les enfants de moins de cinq ans constitue une étape importante vers une amélioration de la protection maternelle et infantile et une disparition de la détention pour les membres de ce groupe vulnérable.



Une jeune mère et son bébé nouveau-né, détenus à la clinique Prince Louis Rwagasore après une césarienne. © 2006 Jehad Nga

« Comme tu n'as pas payé, on va t'emprisonner ici » : Témoignages de patients

Le moment où le personnel de l'hôpital communique leurs factures aux patients peut marquer le passage du traitement à la détention. Le personnel de l'hôpital — essentiellement des infirmières et des médecins — impose la détention et tente de la justifier auprès des patients. Les responsables de l'hôpital — médecins comme administrateurs — justifient aussi la détention auprès des chercheurs de Human Rights Watch.⁶⁵ Le personnel de l'hôpital peut mettre en détention les patients parce qu'il croit que c'est nécessaire pour que l'hôpital continue à fonctionner. Néanmoins, en agissant de la sorte, il viole sa propre éthique⁶⁶ et sa conduite mène à une rupture de la confiance dans la relation de soin. Il devient aussi l'auteur d'une violation des droits de l'homme.

⁶⁵ Voir la section ci-dessous sur la réponse du gouvernement.

⁶⁶ Comme dans beaucoup d'autres pays, les médecins au Burundi prêtent serment sur une base éthique. Cela s'appelle le Serment de Genève et consiste en une modernisation du Serment d'Hippocrate. Entre autres, il

Christine K., une jeune femme de 18 ans qui a subi une césarienne, a raconté son expérience. Au moment de l'entretien, elle était depuis trois semaines en détention, elle raconte :

Quand j'ai reçu la facture, le médecin m'a dit : « *Comme tu n'as pas payé, on va t'emprisonner ici* ». La vie est difficile ici. Je ne peux pas partir avec mon bébé. Nous avons souvent faim ici. Je ne peux plus supporter cette situation.⁶⁷

Pierre B. est un homme d'âge moyen qui a été heurté par une voiture alors qu'il rentrait chez lui après la messe, en novembre 2005, et qui était retenu depuis un mois à l'hôpital Prince Régent Charles quand nous lui avons parlé. Il a expliqué :

Ma jambe et mon visage étaient écrasés. J'ai perdu connaissance pendant une journée. En janvier, on m'a remis une facture de 205 445 [FBU, 205\$]. Quand j'ai dit que je ne pourrais pas la régler, on m'a dit de rester.⁶⁸

Joséphine C., dont le bébé était malade, avait essayé de plaider pour sa libération auprès du directeur de l'hôpital mais il n'avait fait que confirmer sa détention:

J'ai parlé avec le directeur de l'hôpital et je lui ai dit que je ne pouvais pas payer. Il m'a répondu que je ne pouvais pas quitter l'hôpital, que je n'avais pas le droit de quitter l'hôpital tant que je n'avais pas réglé mes factures.⁶⁹

énonce, « Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;... Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient; ...Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiles, même sous la menace. » Voir les versions anglaises et françaises sur <http://www.wma.net/f/policy/c8.htm> (consulté le 8 août 2006).

⁶⁷ Entretien Human Rights Watch/APRODH avec Christine K., clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

⁶⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Pierre B., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

⁶⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Joséphine C., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.



Une jeune mère et son bébé nouveau-né, détenus à l'Hôpital Roi Khaled après une césarienne.
© 2006 Jehad Nga

Certains patients comme Joséphine C., connaissaient le risque de détention. D'autres ont été pris au dépourvu par le coût élevé de leur traitement. Claudine N., une mère de deux enfants de dix-huit ans, ne s'attendait pas à une facture élevée pour la naissance de son bébé. Au moment de l'entretien, elle était détenue depuis six semaines:

J'ai reçu la facture le 28 décembre 2006, et c'était plus de 116 000 FBU [116\$]. Je ne m'y attendais pas car Roi Khaled est un hôpital public. Le médecin m'a dit : « Nous ne pouvons faire autrement, vous devez rester ici. »⁷⁰

La durée de détention des patients varie énormément, et dépend en partie de la capacité à trouver un bienfaiteur pour régler la facture, ou d'un moyen de tromper la surveillance des gardiens et s'évader. La plupart des patients interrogés étaient détenus depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, quelques uns cependant l'étaient depuis environ un an.

⁷⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Claudine N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

La surveillance

Dans la plupart des hôpitaux, les patients détenus peuvent déambuler autour du bâtiment mais les agents de sécurité travaillant pour des compagnies privées ayant passé un contrat avec les hôpitaux, les empêchent de quitter les lieux.⁷¹ D'après plusieurs patients, les agents de sécurité, sur le terrain, connaissent généralement les noms et les visages des détenus, souvent parce que le personnel de l'hôpital les leur a désigné. Plusieurs détenus ont raconté que les gardes s'attachaient à leurs pas, même à l'intérieur de l'hôpital.⁷² En conséquence, les patients ne pouvaient pas s'éloigner un moment, à moins d'en avoir obtenu la permission. Comme une victime l'a précisé : « Je suis détenue parce que je ne peux pas ramasser mes affaires et m'en aller. S'en aller signifie s'échapper. »⁷³



Un patient détenu à l'Hôpital Prince Régent Charles. © 2006 Jehad Nga

Théodore N. était détenu depuis deux semaines à l'hôpital Prince Régent Charles après avoir été soigné pour une blessure accidentelle. Il nous a raconté :

⁷¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Michèle N., Bujumbura, 14 février 2006; Documents non-publiés d'une organisation internationale sur la détention en hôpital, août 2005. A l'hôpital Prince Régent, des patients détenus sont souvent déplacés au service neuf mais ne sont pas autorisés à bouger ailleurs dans le bâtiment.

⁷² Entretiens de Human Rights Watch/APRODH avec Théodore N., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006; Michèle N., Bujumbura, 14 février 2006; Félicité G. et Valentine Z., Hôpital de Ngozi, Ngozi, 15 février 2006.

⁷³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Amélie B., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

Je suis vraiment prisonnier ici. Un jour, j'ai essayé de sortir de l'hôpital et on m'a refusé car je n'avais pas encore réglé ma facture. Quand le médecin se présente, je demande toujours de sortir, car je ne bénéficie plus de soins ... Les gardiens me menacent. Chaque fois que je m'approche de la sortie, ils me disent que je ne peux pas quitter car je n'ai pas réglé la facture.⁷⁴

Les patients des autres hôpitaux ont des expériences similaires. Un patient qui a été détenu pendant trois mois à l'hôpital de Gitega s'est plaint que chaque fois qu'il voulait quitter son lit pour s'asseoir au soleil, les gardiens ou d'autres membres du personnel venaient lui demander où il allait.⁷⁵

À l'hôpital de Ngozi, le directeur administratif et financier a expliqué pourquoi la surveillance par une compagnie privée de sécurité était essentielle. Soit les patients restent jusqu'à ce qu'ils trouvent quelqu'un qui règle pour eux, soit — s'ils s'échappent — la compagnie paie une amende. À cause du grand nombre de gens qui s'enfuient, l'hôpital a négocié un *modus vivendi* avec la compagnie de sécurité, ramenant l'amende à une somme acceptable pour elle :

On s'arrange avec la compagnie de sécurité. Pour nous, [y ayant recours] c'est un moyen de réduire les coûts. Sinon, l'hôpital aurait dû être fermé.⁷⁶

Félicité G., âgée de 17 ans, avait été détenue pendant deux semaines à l'hôpital de Ngozi au moment où elle nous a parlé. Elle a décrit ce que la surveillance a signifié pour elle :

Je suis en détention parce que je ne peux pas trouver l'argent pour régler ma facture. Je ne peux pas m'en aller ni me déplacer librement. Je suis surveillée où que j'aie parce qu'ils pensent toujours que je pourrais m'évader. Mais ce n'est pas bon de s'enfuir. Quand ils vous attrapent, vous ne pouvez plus revenir vous faire soigner. Je serai punie pour cela.⁷⁷

⁷⁴ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Théodore N., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

⁷⁵ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec David S., hôpital de Gitega, Gitega, 16 février 2006.

⁷⁶ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital de Ngozi, Ngozi, 15 février 2006.

⁷⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Félicité G., hôpital de Ngozi, Ngozi, 15 février 2006.

D'autres détenus à Ngozi et ailleurs ont confirmé qu'ils ne pouvaient pas s'échapper parce qu'ils craignaient qu'eux ou leurs enfants puissent tomber malades dans le futur et se voir refuser des soins.⁷⁸ Ils ont préféré rester détenus plutôt que de risquer d'être interdits d'hospitalisation lors de leur prochaine maladie.

Pourtant, certains patients ont trouvé des moyens de quitter l'hôpital. A l'hôpital Prince Régent Charles, ce fut le cas de 191 personnes entre janvier et août 2005. Beaucoup sont partis de nuit, et une personne s'est dissimulée sous les vêtements d'une musulmane.⁷⁹ Selon un patient, deux personnes surprises à essayer de s'en aller furtivement ont été tournées en dérision et insultées par les infirmières.⁸⁰

La clinique Prince Louis Rwagasore: la détention dans un cachot

Les détenus de la clinique Prince Louis Rwagasore sont maintenus dans une pièce séparée, avec un gardien devant la porte, et ils ne sont pas autorisés à sortir de la pièce. Quand les chercheurs visitaient la clinique le 14 février 2006, à peu près 20 personnes étaient dans la pièce. Environ une douzaine de mères avec des nouveaux-nés étaient confinées là, plus quelques membres de la famille qui les aidaient ou leur rendaient visite. L'installation sanitaire des détenus et des visiteurs consistait en une toilette et une douche répugnantes.

Agnès I., une femme de 23 ans qui a accouché par césarienne le 17 janvier 2006, n'a pas pu régler sa facture équivalant à 235\$ et a été dirigée vers le local fermé où elle était depuis un mois quand nous lui avons parlé. Elle a raconté qu'on lui avait dit d'y rester jusqu'à ce qu'elle ait trouvé l'argent ou un bienfaiteur. Elle a continué : « J'ai essayé de rassembler de l'argent mais je n'y suis pas arrivée. Je reste ici, je ne peux pas sortir. Je ne peux même pas sortir pour faire sécher les vêtements que j'ai lavés. »⁸¹

Selon les gardiens, la plupart des détenus sont des femmes qui ont souffert de complications lors de l'accouchement. Une grande partie est maintenue en détention jusqu'à ce que leurs bébés puissent tenir leur tête, c'est-à-dire à deux ou trois mois.

⁷⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Célestine H., Amélie B., Claudine N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006. Human Rights Watch/APRODH avec Michèle N., Bujumbura, 14 février 2006.

⁷⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 10 février 2006.

⁸⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Michèle N., Bujumbura, 14 février 2006.

⁸¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Agnès I., clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

Quand les patients partent sans payer, il arrive que les gardiens les suivent jusque chez eux.⁸²



A la clinique Prince Louis Rwagasore, les détenus sont placés dans une pièce séparée, avec un gardien posté devant la porte. Au moment de notre visite, ce local contenait une vingtaine de personnes. Les conditions sanitaires y étaient déplorables: il y avait une toilette répugnante et une douche. Lors de leur utilisation, aucune intimité n'était possible car la toilette et la douche se trouvaient directement dans la pièce. Une personne détenue depuis un mois a raconté qu'après avoir reçu la facture, elle avait aussitôt été amenée là et on lui avait dit: « Restez ici. Lorsque vous aurez l'argent ou s'il y a un bienfaiteur, vous pourrez partir ». © 2006 Jihad Nga

Le montant des factures

Les factures varient dans leur montant selon les prestations fournies aux patients. Même des montants qui semblent relativement faibles peuvent dépasser le revenu mensuel d'un burundais défavorisé. Félicité G., une jeune mère de 17 ans, était détenue à l'hôpital de Ngozi parce qu'elle ne pouvait pas payer l'équivalent de 9\$ pour le traitement de son bébé, qui était atteint de malaria.⁸³ A l'extrême inverse, David S. de la province de Rutana hospitalisé après un accident de bicyclette, a dû faire face à une facture équivalant à 1 750\$, une somme énorme selon les critères ordinaires burundais. Il a raconté :

⁸² Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec les gardiens, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

⁸³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Félicité G., hôpital de Ngozi, Ngozi, 15 février 2006.

Nous sommes arrivés à l'hôpital de Gitega le 15 juin 2004. En ce moment j'étais démuné car les rebelles étaient venus chez moi et avaient presque tout pillé. J'ai été opéré là mais mon état ne s'améliorait pas. Trois mois après, ils sont venus me voir et m'ont dit de régler...
...1 750 000 FBU [1 750\$]. Je ne vois pas comment j'aurais pu payer cette facture parce que je n'avais même pas une parcelle de terre à mettre en gage.⁸⁴

Quand les factures sont très élevées, c'est plus difficile de trouver des bienfaiteurs. Il est donc probable que les patients qui ont subi des opérations coûteuses ou des traitements onéreux seront détenus plus longtemps.

Les conditions de détention

Absence de traitement médical

Les responsables des hôpitaux refusent parfois un traitement supplémentaire aux patients qui se sont montrés dans l'incapacité de régler le coût de leurs soins médicaux. A la clinique Prince Louis Rwagasore, deux jeunes mères qui étaient détenues à la suite d'accouchements par césarienne ont demandé à l'équipe médicale de soigner leurs nouveaux-nés, qui avaient des problèmes respiratoires et vomissaient. Selon ces femmes, le personnel a refusé. Elles ont dit que les médecins et les infirmières n'entraient jamais dans le local fermé de la clinique Prince Louis Rwagasore.⁸⁵

Michelle N., dont le cas a été mentionné précédemment, a donné naissance à un enfant mort-né à l'hôpital Prince Régent Charles et est restée inconsciente pendant deux jours après la naissance. Comme elle n'a pas pu régler la facture, elle a été transférée au service neuf où de nombreux détenus étaient en détention, et où elle est restée pendant environ dix semaines. Il n'y avait aucune assistance de la part du personnel médical :

J'avais de la fièvre et demandais des médicaments mais cela m'a été refusé. L'infirmière disait qu'il faut 10 000 FBU [10\$] pour obtenir le formulaire d'inscription. Par chance, la fièvre a disparu.⁸⁶

⁸⁴ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec David S., hôpital de Gitega, Gitega, 16 février 2006.

⁸⁵ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Agnès I. and Christine K., clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

⁸⁶ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Michèle N., Bujumbura, 14 février 2006.

A l'hôpital de Gitega, d'après ce qu'on raconte, les infirmières vont plus loin et refusent d'enlever les points de suture des cicatrices des césariennes. Si les points de suture ne sont pas enlevés, la cicatrice peut s'infecter. Emérite N., une paysanne pauvre de la province de Mwaro, a donné naissance à l'hôpital de Gitega à un enfant qui est mort deux semaines après. En plus de faire face à son chagrin, elle a été accablée par une facture équivalant à 45\$ qu'elle était incapable de payer. Elle a raconté : « On me disait qu'on ne pouvait enlever les points de suture tant que je n'avais pas réglé la facture. Ceux-ci me font mal maintenant. Je m'inquiète que cela s'infecte, et je me sens prise au piège ici ». ⁸⁷

Les hôpitaux refusent aussi quelquefois d'administrer des traitements aux patients qui ne peuvent en assumer les coûts, probablement parce qu'ils veulent éviter des dépenses qu'ils ne pourront pas récupérer. Dorothée H., une veuve qui est dernièrement revenue de Tanzanie où elle était réfugiée, a été recueillie par une famille de Bujumbura et a survécu en vendant des tomates. Elle a eu la malchance de tomber et de se briser la hanche et elle n'a pas demandé immédiatement des soins. Lorsque son état a empiré, elle a dit qu'elle était allée dans deux cliniques privées où elle avait été refoulée, dans le second cas parce qu'il lui manquait l'équivalent d'à peu près 100\$ nécessaires à son admission. Elle fut admise dans un hôpital public où les médecins effectuèrent des analyses et conseillèrent une opération chirurgicale pour remettre sa hanche en place. Comme le coût de celle-ci atteignait 400\$, et que c'était clairement au-dessus de ses moyens, l'opération n'a pas eu lieu.

Incapable de régler ses frais de soins, même sans l'opération chirurgicale, elle reste à l'hôpital où elle peut seulement esquisser quelques pas à la fois avec l'aide d'une canne. ⁸⁸

Le manque de nourriture

Presque tous les détenus se plaignent de la faim. Les hôpitaux du Burundi ne fournissent généralement pas les repas aux patients, qui dépendent des membres de leurs familles, d'organisations caritatives et de bienfaiteurs pour être approvisionnés en nourriture et en boissons. Human Rights Watch a observé que ceux qui étaient en détention étaient particulièrement touchés à cause de leur indigence et de la longueur de leur séjour à l'hôpital, et que ceux qui n'avaient pas de famille à proximité désireuse de les secourir ou qui n'avaient pas trouvé d'aide ailleurs étaient tout simplement affamés. Agnès I., une

⁸⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Emérite N., hôpital de Gitega, Gitega, 16 février 2006. Une autre femme rapporte le même refus des infirmières d'enlever les points de suture de la cicatrice. Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Berthilde N., hôpital de Gitega, Gitega, 16 février 2006.

⁸⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Dorothée H., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

jeune mère qui avait subi une césarienne, a raconté que sa famille lui apportait rarement de la nourriture et que les patients avaient dû acheter jusqu'à l'eau nécessaire au café et au thé.⁸⁹ Une autre jeune mère qui a été détenue pendant deux mois dans un autre hôpital raconte : « Pour moi, c'est difficile de trouver de la nourriture. Ma famille est fatiguée d'apporter à manger ici. Je n'ai même pas eu de thé aujourd'hui. J'attends l'aide de Dieu. »⁹⁰

Dans certains hôpitaux, les sœurs ont apporté une fois par jour de la nourriture aux détenus, qui leur en ont été reconnaissants mais ont signalé que la nourriture était de piètre qualité et en quantité insuffisante, en particulier pour les patients se remettant d'une maladie ou d'une opération.

La perte du lit

Les patients détenus devaient libérer leurs lits pour les patients qui avaient les moyens de payer. Gabriel N., mentionné ci-dessus, nous a raconté qu'après cinq semaines de détention à l'hôpital Roi Khaled:

Je me suis senti comme en prison ici. J'ai perdu mon lit la nuit dernière au profit d'un malade qui pouvait payer. Donc, j'ai dormi par terre. Je ne sais pas quand j'aurai un autre lit. Ils m'ont promis que quand un malade partirait, j'obtiendrais un lit.⁹¹

Plusieurs personnes détenues à l'hôpital de Ngozi se sont plaintes de la même pratique.⁹² Christian B., le jeune homme souffrant d'une grave maladie de peau, mentionné plus haut, qui était hospitalisé à Ngozi depuis environ six mois en 2005, a été détenu pour le défaut de paiement d'une facture de plus de 240\$. Il a rapporté avoir dû dormir sur le sol en ciment car les patients qui avaient les moyens de payer avaient besoin d'un lit.⁹³ A l'hôpital de Ngozi en mars 2006, quatre autres détenus ont été aussi obligés de libérer leurs lits. L'un d'entre eux était une veuve de 65 ans. Deux autres étaient Félicité G., âgée

⁸⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Agnès I., clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

⁹⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Amélie B., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

⁹¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le père de Noah B., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

⁹² Entretien de l'APRODH avec le personnel de l'hôpital de Bururi, Bururi, mars 2006.

⁹³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Christian B., hôpital de Ngozi, Ngozi, 16 février 2006.

de 17 ans et Valentine Z., âgée de 20 ans, toutes les deux dormant avec leurs bébés, sur des matelas très minces posés à même le ciment.⁹⁴

Les enfants détenus à l'hôpital

Les enfants ne sont pas épargnés par la détention à l'hôpital. Les mères y séjournent avec les bébés et les enfants en bas âge tandis que les enfants plus grands sont détenus seuls, avec peu ou pas d'assistance de la part de l'hôpital.⁹⁵

Mohamed S.

Mohamed S., âgé de 3 ans, s'était sérieusement brûlé sur tout le corps alors qu'il jouait avec d'autres enfants qui avaient accidentellement renversé une casserole de haricots bouillants. A cette époque, il était en visite chez sa grand-mère, qui l'a emmené à l'hôpital et est resté avec lui depuis. Ils sont arrivés à l'hôpital le 16 novembre 2005, et étaient détenus depuis environ six semaines quand nous leur avons parlé. La grand-mère de Mohamed nous a raconté :

J'ai reçu une première facture partielle à la fin de décembre. Elle n'était pas complète car ils continuaient le traitement. J'avais peur de la voir. Elle se montait à plus de 400 000 FBU [400\$]. J'ai demandé à avoir la facture finale car j'étais inquiète de la somme que cela représentait. On nous a dit que nous n'avions pas le droit de partir, bien que l'enfant soit guéri.⁹⁶

La situation a été particulièrement difficile pour la grand-mère parce que son fils, le père de l'enfant, la tient responsable de l'accident et refuse de donner de l'argent pour les frais d'hôpital.

⁹⁴ Entretien de l'APRODH avec Régine K. and Joëlle N., hôpital de Ngozi, Ngozi, 15 mars 2006.

⁹⁵ Dans ce rapport « enfant » se réfère à quiconque âgé de moins de 18 ans. La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, à laquelle le Burundi est partie, énonce : « Pour les fonctions de la présente Convention, le terme enfant se réfère à tout être humain âgé de moins de dix huit ans, à moins que, d'après une loi applicable à l'enfant, la majorité soit atteinte plus tôt. »

⁹⁶ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec la grand-mère de Mohamed S., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.



Mohamed S., trois ans, a été grièvement brûlé sur tout le corps alors qu'il jouait avec d'autres enfants et qu'ils ont renversé accidentellement une marmite de haricots bouillants. A ce moment, il était en visite chez sa grand-mère, qui l'a emmené à l'hôpital et est restée avec lui depuis lors. Lorsque nous les avons rencontrés, ils étaient détenus à l'Hôpital Roi Khaled depuis six semaines. La grand-mère de Mohamed, que l'on peut apercevoir dans le fond, a expliqué: «On nous a dit que nous n'avions pas l'autorisation de partir alors que l'enfant est guéri maintenant ». © 2006 Jehad Nga

Noah B.

Noah B., âgé de 13 ans, s'est blessé en jouant au football avec ses amis. Il s'est cassé quelques os de la cheville et a eu besoin d'une opération chirurgicale. Il est issu d'une famille de onze enfants et ses parents sont paysans. Sa mère et ses frères et sœurs sont restés dans leur maison de la province de Muramvya, tandis que le père de Noah l'accompagnait à l'hôpital Roi Khaled à Bujumbura et prenait soin de lui là-bas, pendant le traitement et la détention qui suivit. Au moment de l'entretien, Noah B. avait été détenu depuis environ six semaines. Son père nous a dit :

Nous devons 438 785 FBU [438\$] pour l'opération de Noah. Nous attendons un bienfaiteur car nous n'aurons jamais suffisamment d'argent....La situation est maintenant très difficile. J'ai beaucoup négligé ma maison car j'ai passé tout mon temps ici. J'ai deux enfants plus jeunes à l'école mais j'ai dû abandonner tout et laisser tout derrière moi pour être à l'hôpital avec Noah.

Je suis libre, je peux entrer et sortir de cet hôpital, mais mon fils ne peut pas s'en aller. Il ne peut s'échapper. Les médecins nous menacent, nous racontant que bientôt Noah perdra son lit et devra dormir sur le sol de telle sorte qu'une personne ayant les moyens de payer puisse avoir son lit.⁹⁷

Noah nous a raconté qu'il était dans sa première année d'école quand la blessure s'est produite, et qu'il veut retourner à l'école dès que possible.⁹⁸

Félix M.

Félix M., âgé de 13 ans, a été détenu à l'hôpital Prince Régent Charles pendant plus d'un an, après avoir déjà passé une année là, en traitement pour des blessures subies quand un véhicule appartenant à la mission de l'Union africaine au Burundi l'a heurté en juillet 2004. Son père a dépensé ou utilisé l'argent remis par l'Opération des Nations Unies au Burundi (ONUB), l'agence qui a succédé à l'Union Africaine, pour le traitement du garçon. Sa mère, qui s'est battue pour trouver au moins l'argent nécessaire pour payer les médicaments de Félix, a été dans l'incapacité de trouver un moyen de régler le reste des frais d'hôpital. Félix nous a dit :

J'étais en septième année d'école mais maintenant je ne vais plus à l'école du tout. Maintenant, je suis guéri, il y a seulement une petite blessure à gauche. Ma famille ne peut pas payer la facture. On m'a dit que je ne pourrai pas partir à moins qu'elle ne soit payée. Je suis détenu ici parce que je ne peux pas aller au-delà de la sortie. Les sœurs me donnent de la nourriture deux fois par jour.⁹⁹

La réalité du triste sort de Félix ressort de la recherche effectuée pour ce rapport.¹⁰⁰ Bien que le père de Félix ait admis qu'il avait pris l'argent, il n'en a rien laissé.¹⁰¹ En août 2006, Félix était encore détenu à l'hôpital.

⁹⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le père de Noah B., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

⁹⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Noah B., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006. Il y a beaucoup de raisons au fait que les enfants au Burundi vont à l'école plus tard qu'à l'âge normal pour l'école primaire, comme l'insécurité pendant la guerre et les frais d'éducation gouvernementaux de l'année 2005.

⁹⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Félix M., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

¹⁰⁰ Entretien de Human Rights Watch avec Charles Atebawone, responsable de l'unité des plaintes/données de propriété, siège de l'ONUB, Bujumbura, 7 mars 2006.

Adèle A.

Adèle A., âgée de 12 ans, venant de la province de Cibitoke, a eu la jambe cassée dans un accident d'automobile en janvier 2006, quand elle rentrait de l'école à la maison. Après l'opération chirurgicale, elle avait été détenue pendant plus de quatre mois à l'hôpital Prince Régent Charles, quand nous l'avons interviewée. Elle a raconté :

Je n'ai pas de père et ma mère est cultivatrice. Ma mère reste avec moi ici, à l'hôpital et essaie de trouver quelque chose à manger. C'est très difficile. Nous n'avons aucune famille ici; tout le monde est à Cibitoke. Nous n'avons pas de terre, aussi nous ne pouvons rien vendre pour payer les factures. Même pour faire pousser les récoltes, nous louons une parcelle. Aujourd'hui, j'ai mon lit mais j'ai peur de le perdre. Les conditions de vie ici, à l'hôpital, sont très difficiles. Quelquefois, je reste deux semaines sans savon... personne ne m'avait dit que si je ne pouvais pas payer, je devrais rester à l'hôpital. On accepte sans problème que vous ne puissiez pas vous en aller si vous n'avez pas réglé votre note d'hôpital.¹⁰²

Le refus de rendre les corps

Quand les patients meurent et que les factures n'ont pas été réglées, les hôpitaux refusent fréquemment de remettre les corps des morts à leurs familles. Comme un enterrement selon la tradition burundaise devient impossible, c'est difficile pour les familles endeuillées d'exprimer leur chagrin dans le respect de la tradition. Francine U. mourut de la malaria durant une grossesse en décembre 2005. L'infirmière qui s'occupait d'elle à l'hôpital Roi Khaled a témoigné :

Elle est arrivée trop tard, et elle est morte. Son frère était avec elle mais il est parti quand elle est morte. Il n'a pas réglé la note d'hôpital, aussi son corps est resté à la morgue. Il y est encore.¹⁰³

L'infirmière a confirmé que les corps étaient souvent conservés à la morgue pendant de longues périodes, si les parents ne pouvaient pas régler les factures, mais elle a ajouté que s'il y avait des corps à la morgue pendant très longtemps, finalement « la direction de

¹⁰¹ Entretien de Human Rights Watch avec la mère de Félix M., Bujumbura, 11 mai 2006.

¹⁰² Entretien de Human Rights Watch avec Adèle A., Hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 23 juin 2006.

¹⁰³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec une infirmière, Hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

l'hôpital prendrait le problème en charge et les enterrerait ». ¹⁰⁴ D'après une étude de l'APRODH, il y avait sept corps à la morgue de l'hôpital Roi Khaled en août 2005. Les parents des décédés n'ont pas réglé les factures, qui totalisent plus de 1400\$. ¹⁰⁵

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Association burundaise pour la protection des droits humains et des personnes détenues, « Projet : secours aux indigents emprisonnés dans les hôpitaux, » septembre 2005.

VI. Les conséquences de la détention à l'Hôpital

La pression économique

Les notes d'hôpital élevées ont des conséquences économiques et sociales désastreuses sur leurs destinataires et leurs familles. Si les patients sont détenus, la pression exercée pour le règlement de la facture s'accroît et leur capacité à gagner de l'argent pour régler la facture décroît. Une étude de Save the Children a montré que les ménages défavorisés arrivaient à régler leurs frais de santé; plus de la moitié d'entre eux y sont ainsi arrivés en vendant leur patrimoine. 20% d'entre eux ont emprunté de l'argent à un ami ou à un parent. L'étude conclut que ce sont « des stratégies à risque, irréversibles » qui sont « potentiellement catastrophiques » pour les ménages qui sont déjà pauvres.¹⁰⁶ Une étude plus étendue de Médecins Sans Frontières Belgique est arrivée aux mêmes conclusions, trouvant que plus de 80% des ménages sondés avaient payé leurs frais de santé en s'endettant, en vendant leurs biens (bétail, terre et récoltes) ou en prenant un deuxième emploi, par exemple un travail dans l'agriculture.¹⁰⁷

En recherchant leur propre libération ou celle de leurs proches, en vendant des biens tels que la terre ou le bétail bien qu'ils en aient un usage quotidien, les gens sont plongés de plus en plus profondément dans la pauvreté.¹⁰⁸ La situation est particulièrement difficile pour ceux qui ont peu de relations sociales, tels que les orphelins, les veuves, les personnes déplacées ou rapatriées, et qui ont de ce fait peu de possibilités d'obtenir de l'aide. Gabriel N., l'homme qui a eu deux accidents de la route a raconté à notre équipe de chercheurs :

J'avais une épouse mais depuis mon accident, elle est partie chez ses parents. Je suis enfant unique et orphelin. Mes parents sont morts quand j'étais très jeune. Ma femme a essayé de m'aider à payer mes frais de santé, mais quand il ne lui est plus rien resté, elle m'a quitté. Je suis juste un paysan et j'ai seulement un terrain. J'ai l'intention de régler ces factures et je pourrai partir d'ici. Je pourrai être en mesure de payer mes arriérés. Je pense que ma meilleure option est de vendre mon terrain parce qu'autrement, je ne pourrai jamais payer mes frais d'hôpital. Si je peux travailler, je peux gagner de l'argent, mais j'ai besoin d'être en

¹⁰⁶ Save the Children, "The Cost of Coping with Illness," p. 3. Cette étude est fondée sur des sondages effectués dans les foyers et structures de santé, des groupes de discussion spécialisés et grâce à des entretiens avec des sources d'information clés.

¹⁰⁷ MSF, "Access to Health Care in Burundi," p. 46.

¹⁰⁸ Ibid.

bonne santé. C'est mon dilemme. Je ne sais pas si je dois vendre mon terrain et abandonner ma parcelle ou rester ici dans l'attente d'un bienfaiteur.¹⁰⁹

Le père de Noah B., le garçon détenu à la suite d'une opération chirurgicale au pied affronte aussi de sérieuses difficultés matérielles:

Ma terre est tout ce que j'ai. Même si je la vends, cela ne couvrira pas le coût des frais médicaux. J'avais une vache, mais elle a été volée pendant la guerre. Si j'avais encore cette vache, peut-être que j'en aurais d'autres maintenant, et nous aurions plus d'argent. Mon neveu avait l'habitude de m'aider à travailler la terre et nous prêtait de l'argent, mais il a été tué il y a trois semaines par des bandits à Bukeye. Ma femme essaie de gérer la situation. Je vends quelquefois des bananes et occasionnellement de la farine de manioc pour gagner un peu d'argent.¹¹⁰

Souvent, les femmes et les enfants ne peuvent accéder légalement à la propriété ni prendre de décisions concernant la vente d'une terre ou d'un autre bien sans l'approbation d'un homme de la famille. Les chefs de famille mâles contrôlent les revenus familiaux, et les femmes et les enfants peuvent ne pas être informés de la situation financière de la famille, y compris s'il y a en fait les moyens de payer les notes d'hôpital. Cela permet d'expliquer le cas de Félix M., décrit plus haut, dont le père a volé l'argent qu'il avait reçu de l'ONUB, et qui était destiné à régler ses frais d'hôpital.

Les enfants détenus, tels Noah B. et Félix N. ne sont plus scolarisés. Pour certains, il est probable que leur séjour forcé à l'hôpital aura un effet négatif à long terme sur leur éducation et par conséquent sur leurs perspectives de gagner leur vie.

¹⁰⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH Gabriel N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

¹¹⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le père de Noah B., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.



Un garçon détenu à l'Hôpital Roi Khaled. Son père, paysan, qui ne peut pas payer la facture de la chirurgie, reste avec lui. © 2006 Jehad Nga

La crainte de demander l'accès aux soins de santé

Au delà des conséquences économiques, la détention démolit la confiance des détenus, et des autres, dans le système de santé. Comme cette pratique est généralement connue, la crainte de la détention peut avoir pour résultat sur les individus de retarder la demande de soins, de l'éviter complètement ou de conduire à la place chez un guérisseur traditionnel. Joséphine C., dont le bébé était malade, a évité à l'origine de venir à l'hôpital parce qu'elle s'attendait à être détenue :

On me gardera ici longtemps car je ne serai pas capable de payer mes frais d'hôpital. Mais, finalement, je n'ai pas le choix. J'étais déjà ici à Bujumbura quand mon bébé est tombé vraiment malade et donc, je suis venue finalement à l'hôpital ici.¹¹¹

Olivia N., qui souffre de complications durables à la suite de son accouchement, a aussi retardé son déplacement vers l'hôpital aussi longtemps que possible:

J'ai eu des complications après avoir eu un bébé en juin 2004. J'ai subi une césarienne et c'est là que mes problèmes ont commencé. Le bébé est mort. Je suis allée à l'hôpital de Bururi mais ils n'ont pas pu m'aider. Ils m'ont dit que seul l'hôpital Roi Khaled serait en mesure de m'aider. J'ai eu beaucoup de problèmes de santé pendant un an, mais je n'avais pas l'argent pour améliorer les choses. Finalement, j'ai décidé de venir ici, même sans argent. J'ai deux autres enfants et c'était très difficile car j'étais malade en permanence. Depuis que je suis ici, j'ai subi deux opérations et je ne suis pas encore complètement guérie, mais ça va mieux ... Maintenant, je préférerais rentrer à la maison pour finir ma convalescence, mais je ne peux pas m'en aller d'ici.¹¹²

Gabriel N., de Cibitoke, a passé cinq mois à l'hôpital à la suite d'un accident de voiture. Il a eu la chance de trouver un bienfaiteur qui a payé sa note d'hôpital et il est rentré à la maison, bien qu'il n'ait pas été complètement guéri. Il a dit : « la facture était trop élevée pour que je puisse jamais la payer moi-même.¹¹³ Trois mois plus tard, Gabriel N. s'est cassé la jambe et blessé gravement à la bouche dans un accident de motocyclette. Il est

¹¹¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Joséphine C., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

¹¹² Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Olivia N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

¹¹³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Gabriel N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

resté à la maison espérant se guérir mais a dû finalement se rendre à l'hôpital car ses blessures s'étaient infectées. Il a subi une opération chirurgicale pour réparer sa jambe cassée. « Après l'opération, j'ai dit au médecin de ne pas trop me soigner » a-t-il rapporté, « parce que je savais que je ne pourrais pas régler le coût du traitement. » A ce moment-là, sa facture se montait à environ 275\$U.S. Les médecins ont proposé une opération chirurgicale pour réparer les dommages causés à sa bouche, où plusieurs dents de devant avaient été cassées dans sa lèvre et ses gencives, lui causant des difficultés pour parler et manger. Gabriel N. a refusé, réticent à compliquer encore plus sa situation. Il est resté détenu cependant car il ne pouvait pas payer les 275\$.¹¹⁴

Retarder le traitement peut mener à des complications supplémentaires et à la nécessité de soins plus importants — et plus coûteux. Cela augmente en fin de compte la probabilité de la détention une fois que les soins sont demandés. Chez d'autres, il n'y a tout simplement pas de demande de soins, et cela les mène potentiellement au handicap et même à la mort.

¹¹⁴ Ibid.

VII. La réponse du gouvernement

Le gouvernement a l'obligation immédiate de mettre un terme à la détention des patients démunis pour défaut de paiement de leurs factures, et la responsabilité à long terme de mettre en place progressivement le droit à la santé pour ses administrés. De la même façon, les principaux responsables du gouvernement et le personnel des hôpitaux nient souvent ou minimisent le problème des détentions à l'hôpital. Le chef de cabinet du ministre de la Santé nous a dit :

De mon point de vue, ce n'est pas une détention ou un emprisonnement. C'est une longue période d'attente. Si les gens qui ne peuvent pas payer du tout, on leur permet de s'en aller. Il se peut qu'ils restent deux ou trois jours ou une semaine de plus.¹¹⁵

Le directeur de la clinique Prince Louis Rwagasore a dit :

Nous avons un petit hôpital, aussi nous laissons les gens [qui ne peuvent pas payer] partir car nous nous rendons compte qu'ils ne peuvent pas payer, ou car ils trouvent un bienfaiteur. Dès que les gens se sont rétablis, ils sont libérés. Nous gardons seulement les factures. On parle de prisonniers mais en réalité il n'y a pas de prisonniers. Ils disent eux-mêmes que demain ou après-demain, quelqu'un viendra payer pour eux.¹¹⁶

Le directeur de l'hôpital Roi Khaled a déclaré que « ce n'est pas une prison » et a dit que les gens qui pouvaient régler leurs notes d'hôpital étaient libérés.¹¹⁷ Plusieurs responsables d'hôpitaux se sont interrogés sur l'usage du mot « détention ».¹¹⁸

¹¹⁵ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 13 février 2006.

¹¹⁶ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur et d'autres responsables, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

¹¹⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 14 février 2006.

¹¹⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 10 février, et avec un membre du conseil d'administration, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

La réalité était différente, comme cela a été établi plus haut. Dans neuf des onze hôpitaux que nous avons visités, les patients étaient détenus, et beaucoup l'étaient depuis bien plus d'une semaine. Tandis qu'ils niaient ou minimisaient le problème, les représentants du gouvernement et des hôpitaux se contredisaient en essayant de justifier les détentions à l'hôpital. Selon le chef de cabinet du ministre de la Santé:

Les responsables des hôpitaux doivent s'organiser pour assurer la pérennité. Si les directeurs des hôpitaux ne font pas garde, ils devront fermer les portes.¹¹⁹

Le chef de cabinet du ministre de la Solidarité nationale, aussi bien que plusieurs responsables d'hôpitaux, ont fait écho à cet argument, soulignant que les hôpitaux devraient fermer s'ils manquaient de fonds pour fonctionner. D'autres ont suggéré que l'alternative était de refuser les soins.¹²⁰ De la même façon, les représentants du gouvernement et des hôpitaux ont présenté la situation comme déplorable mais ont refusé d'en assumer la responsabilité.

En décembre 2005, le Ministère de la solidarité nationale — apparemment à l'initiative du président — a ordonné de relâcher les patients et a annoncé qu'il réglerait les factures. La décision fut largement reprise par la presse, et une des anciennes détenues avec laquelle nous en avons parlé, a exprimé sa gratitude envers le président pour cette initiative. La chef de cabinet du ministre, selon ce qu'on rapporte, a dit aux hôpitaux qu'ils devaient relâcher leurs détenus et envoyer les factures à son ministère. Mais quand la presse lui a demandé si les détentions à l'hôpital étaient maintenant terminées, elle a répondu évasivement :

Il n'y a aucune raison de se faire des illusions que le problème de l'insolvabilité sera pour autant résolu tant que la majorité de la population continue à vivre dans des conditions d'extrême pauvreté. Pour que ce phénomène soit complètement éradiqué, il faut une série de projets pouvant permettre aux gens de se payer les soins de santé.¹²¹

¹¹⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 13 février 2006.

¹²⁰ Entretiens de Human Rights Watch/APRODH avec Béatrice Ntahe, chef de cabinet, Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre, 17 février; avec le directeur administratif et financier, hôpital de Ngozi, Ngozi, February 15; et le directeur administratif et financier, hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 10 février 2006.

¹²¹ « 150 malades indigents libérés, » *Le Renouveau* (Bujumbura), 27 décembre 2005.

A la consternation des responsables d'hôpital, le gouvernement n'a pas remboursé les factures, comme promis. En mai 2006, le gouvernement devait aux quatre grands hôpitaux plus de 50,000\$U.S.¹²² Selon la chef de cabinet, la responsabilité du défaut de paiement n'incombe pas à son ministère, mais au Crédit de Relance Economique, fonds financé par la Banque mondiale pour la reconstruction du pays.¹²³

Des mesures ad-hoc telle que la « charitable » libération des détenus de décembre 2005, peuvent faire au gouvernement une bonne publicité mais ne font rien pour résoudre le vrai problème. Peu de temps après Noël 2005, les hôpitaux étaient à nouveau en train de se remplir de patients insolubles en détention.

¹²² Entretien de Human Rights Watch avec un représentant du Ministère de la solidarité nationale et des droits de l'homme et du genre, Bujumbura, 10 mai 2006.

¹²³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Béatrice Ntahe, chef de cabinet, Ministère de la solidarité nationale et des droits de l'homme et du genre, 17 février 2006.

VIII. Les mesures prises par le gouvernement afin d'améliorer l'accès aux soins de santé

L'échec de l'assurance de santé

Le système de santé burundais repose sur des mécanismes qui sont supposés accroître l'accès aux soins de santé pour les personnes défavorisées. S'ils fonctionnaient correctement, ces mécanismes pourraient permettre aux plus pauvres de payer leurs dépenses médicales, et d'éviter la mise en détention par l'hôpital. Une carte d'assurance maladie (CAM) coûte jusqu'à 0,50\$ par an et couvre 80% de certains, mais pas tous, les coûts médicaux.¹²⁴ La CAM est un schéma de prépaiement volontaire et fondé sur la communauté de qui est ouvert à tous. C'est particulièrement important pour les plus pauvres, et complète un schéma d'assurance obligatoire pour les fonctionnaires de l'Etat.¹²⁵

En pratique, l'assurance de santé fonctionne rarement, voire jamais, de manière à éviter aux gens la mise en détention dans les hôpitaux. Reconnue comme ineffective, la carte est peu utilisée dans le pays et a été abandonnée dans cinq des dix-sept provinces. Le Plan national de développement sanitaire de 2005 énonce que « la population n'a plus confiance dans la carte médicale d'assurance [la carte d'assurance maladie]... Cette carte est en train de disparaître dans la majeure partie du pays. »¹²⁶ Seul 1% des patients sondés par l'étude de MSF mentionnée plus haut avait la carte d'assurance.¹²⁷

Lors de nos propres entretiens, nous avons pu parler avec 20 patients en détention qui avait la carte d'assurance mais étaient tout de même en détention. Beaucoup de patients n'avaient pas d'assurance quand ils entraient à l'hôpital, mais l'obtenaient avec l'aide de leur famille le jour de leur hospitalisation, ou plus tard. Les hôpitaux rejetaient parfois la carte d'assurance maladie quand elle était achetée à cette date tardive. Claudine N, dont le nourrisson venant de naître avait besoin d'une intervention chirurgicale vitale, nous raconta,

¹²⁴ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le Dr. Julien Kamy, chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 13 février 2006; République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010. » Il y a d'autres assurances pour les employés d'état et autres entreprises privées.

¹²⁵ Save the Children, "The Cost of Coping with Illness," p. 1.

¹²⁶ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010 » p. 28.

¹²⁷ MSF, "Access to Health Care in Burundi," p. 49.

J'ai obtenu la carte d'assurance après être arrivée à l'hôpital. Mon mari l'a obtenue pour moi à la commune, et cela a coûté 500 FBU [\$0.50]. Mais, à l'hôpital, ils ne l'ont pas accepté. On est supposé l'avoir avant d'arriver à l'hôpital.¹²⁸

De grands hôpitaux comme le Roi Khaled et le Prince Régent ont également exclu les équipements médicaux et les fournitures des coûts couverts par l'assurance. Dorothee H., mentionnée plus haut, avait besoin d'avoir sa hanche remplacée. On lui répondit que son assurance ne pouvait couvrir les frais qui s'élevaient à 400 \$.¹²⁹ D'autres hôpitaux, comme la clinique Prince Louis Rwagasore, n'accepte pas l'assurance du tout.¹³⁰

Certains hôpitaux de province, comme celui de Gitega et de Ngozi,¹³¹ acceptent l'assurance et le Gitega en a même fait la promotion. Cependant, même dans ces hôpitaux, des patients furent mis en détention pour n'avoir pu payer les 20% restants de leur frais. Ce fut le cas pour deux femmes détenues à l'hôpital Gitegi après avoir subi une intervention chirurgicale pour des complications dues à l'accouchement.¹³²

L'échec de la gratuité des soins pour les plus défavorisés

Au Burundi, les personnes sans moyens financiers à leur disposition, définies comme « indigents » par leurs administrateurs locaux, peuvent recevoir une carte d'indigence qui leur permet d'être exemptés du paiement des frais de santé, de même que des frais d'éducation et autres. Depuis 2003, ceux qui ont été déplacés par la guerre peuvent aussi candidater afin de recevoir un bon les exemptant du paiement des soins de santé.

Cependant, les critères pour recevoir à la fois la carte d'indigence et les bons ne sont pas officiellement définis, accroissant le manque de transparence du processus et la possibilité de décisions arbitraires. D'après MSF, « Le système de l'exemption est

¹²⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Claudine N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

¹²⁹ Entretiens de Human Rights Watch/APRODH avec le Directeur administratif et financier, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 14 février et Dorothee H., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

¹³⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le Directeur, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

¹³¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le Directeur administratif et financier, hôpital Ngozi, Ngozi, 15 février, et avec le Directeur administratif et financier, hôpital Gitega, Gitega, 16 février 2006.

¹³² Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Emérite N. and Berthilde N., hôpital Gitega, Gitega, 16 février 2006.

devenue une pratique sectorielle et clientéliste. »¹³³ Ces erreurs dans la procédure ont rendu plus apparent le fait que ce système fait pour soulager les pauvres, n'apporte en fait qu'à quelque uns.

La carte d'indigence

Quand les personnes défavorisées reçoivent la carte d'indigence, la commune de résidence est requise pour payer leurs factures. Le gouvernement montre le système comme preuve de sa volonté d'aider les nécessiteux, mais le système fournissent rarement des exemptions aux pauvres, et cache simplement le manque d'action effective du gouvernement. Un administrateur local de la province du Bujumbura-rural nous a expliqué,

Nous, administrateurs communaux, sommes chargés de la distribution de la carte d'indigence. Nous savons quelles populations sont vulnérables: les orphelins, les personnes très âgées, les personnes sans terres, ceux qui vivent de la mendicité, parfois des personnes sans enfants pour les aider. Si l'un d'entre eux tombe malade, les voisins l'emmenent à la commune. Pour de petites choses, nous pouvons les emmener au centre de santé, qui fonctionne grâce à GVC et ECHO [Gruppo Volontariato Civile et l'Office d'aide humanitaire de la Commission, toutes deux des agences humanitaires]. Mais pour des problèmes plus importants, comme une opération, nous ne pouvons pas les aider. Même si je leur donnais le document nécessaire, cela n'aurait aucun sens. La commune est responsable du paiement de ces factures et nous n'avons aucun budget pour cela.¹³⁴

Dans son récent Plan national de développement sanitaire, le gouvernement lui-même admet que la plupart des communes ne fournit plus de cartes d'indigence.¹³⁵

La plupart des personnes détenues dans les hôpitaux que nous avons interrogées n'avaient pas de carte d'indigence et n'en avaient même pas entendu parler. L'étude de Save the Children, mentionnée plus haut, a trouvé que seulement 10% de toutes les personnes sondées savaient qu'il existait un système d'exemption des frais de santé pour

¹³³ MSF, "Access to Health Care in Burundi," p. 49. Save the Children, "The Cost of Coping with Illness," p. 3. Certaines personnes interrogées dans l'étude Save the Children ont mentionné que des gens avaient pu obtenir des cartes d'indigence grâce à des pots-de-vin et non pas sur des critères officiels.

¹³⁴ Entretien de Human Rights Watch avec un administrateur local, province du Bujumbura-rural, 7 avril 2006.

¹³⁵ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010. »

les pauvres, et seulement 4% des foyers les plus pauvres interrogées en connaissaient l'existence.¹³⁶ Notre recherche a montré que ceux qui avaient la carte d'indigence, ou essayaient de l'avoir, rencontraient des difficultés. Comme noté au-dessus, Christian B., un orphelin souffrant de problèmes de peau chroniques, se vit répondre par un administrateur local que sa carte n'était plus en pratique.¹³⁷

D'autres patients qui avaient la carte, se la sont vus rejeter par l'hôpital. Par exemple, Désirée N., une femme de la province de Bubanza venue au Roi Khaled parce qu'enceinte et ayant une tumeur, a donné naissance prématurément à un enfant qui devait être mis immédiatement sous incubateur. Comme elle était indigente, elle fut mise en détention – quatre semaines au moment de l'entrevue – et sa tumeur ne fut pas traitée. Elle dit qu'elle avait une carte d'indigence mais l'hôpital ne l'a pas acceptée.¹³⁸ Le directeur du Roi Khaled nous a affirmé que « l'hôpital n'accepte pas les cartes d'indigence car l'Etat n'en rembourse pas les dépenses ». Il a ajouté que les personnes déplacées et les rapatriés pouvaient avoir des bons jusque fin 2005, mais plus maintenant.¹³⁹ Une infirmière du même hôpital nous a confirmé que le personnel avait pour instruction de ne plus accepter la carte d'indigence.¹⁴⁰ C'est également le cas des autres hôpitaux.¹⁴¹

Les bons pour les personnes déplacées

Ces dernières années, les personnes déplacées et les rapatriés avec une carte d'indigence étaient éligibles pour les bons à la Commission Nationale pour la Réintégration des Sinistrés (CNRS).¹⁴² La CNRS a été mis sur pied par les accords d'Arusha afin d'aider toutes les « personnes déplacées, regroupées, dispersées et les rapatriés ».¹⁴³ Financée par

¹³⁶ Save the Children, "The Cost of Coping with Illness," p. 3.

¹³⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Christian B., hôpital Ngozi, Ngozi, 16 février 2006.

¹³⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Désirée N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

¹³⁹ Entretien de Human Rights Watch avec le directeur, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 14 février 2006.

¹⁴⁰ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec une infirmière, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 11 février 2006.

¹⁴¹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Prince Régent, Bujumbura, 10 février 2006.

¹⁴² L'accord utilise le terme *Sinistré* dans les versions anglaise et française.

¹⁴³ Accord de paix et de réconciliation pour le Burundi, Protocole IV. L'accord a aussi prévu la création d'un fonds national pour les sinistrés. Il a plus loin énoncé : « Le gouvernement doit assurer, à travers une aide spéciale, la protection, la réhabilitation et l'avancement des groupes vulnérables, à savoir les enfants chefs de familles, les orphelins, les enfants des rues, les mineurs non accompagnés, les enfants traumatisés, les veuves, les mères chefs de famille, les délinquants juvéniles, les handicapés physiques et mentaux, etc. » http://www.usip.org/library/pa/burundi/pa_burundi_08282000_pr4ch1.html, (consulté le 25 avril 2006).

le gouvernement et les bailleurs de fonds, elle a fonctionné de mi 2003 à décembre 2005.¹⁴⁴

Des administrateurs locaux ont parfois distribué des cartes d'indigence quand ils étaient sûrs que le CNRS les rembourserait. Cependant, ce n'était pas toujours le cas, comme l'explique d'une manière critique un administrateur local :

Pendant un temps, le CNRS avait les moyens de payer les factures. Mais vous deviez trouver quelqu'un qui puisse faire de « la gymnastique » pour jamais trouver de l'argent là-bas. Si je pensais qu'une famille avait quelqu'un qui pouvait faire cela au CNRS, je leur donnais la carte d'indigence. Parfois, ils arrivaient à obtenir l'argent, mais souvent ils n'y arrivaient pas.¹⁴⁵

D'autres responsables officiels familiers du processus, ont fait part de cette même inquiétude à propos de la « gestion et des problèmes d'argent » à l'agence.¹⁴⁶

La procédure pour obtenir les bons était tellement pesante et complexe que peu de récipiendaires la poursuivait jusqu'à la fin.¹⁴⁷ S'ils obtenaient un bon, ils ne pouvaient l'utiliser que dans seulement trois hôpitaux, tous à Bujumbura. Pour qu'un patient soit autorisé à quitter l'hôpital à la fin de son traitement, les hôpitaux devaient accepter le bon et ensuite transmettre les factures au CNRS afin d'être remboursé.¹⁴⁸ Mal organisé, le système était aussi très mal géré et certains fonds, d'après des responsables officiels impliqués étaient mal utilisés.¹⁴⁹

¹⁴⁴ Le Fonds a d'abord été financé à travers le budget de fonctionnement du CNRS, du Fonds social et culturel (qui était auparavant placé sous l'autorité du Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre), du HCR, et d'un projet de la Banque mondiale appelé Crédit de Relance Economique. Entretien de Human Rights Watch avec Claire Nzeyimana, Volet Affaires Financières et Mobilisation des Fonds, CNRS, 9 mai 2006.

¹⁴⁵ Entretien de Human Rights Watch avec un administrateur local, province rurale de Bujumbura, 7 avril 2006.

¹⁴⁶ Entretien de Human Rights Watch avec un représentant du PARESI, Projet d'Appui aux Rapatriés, 8 mai 2006.

¹⁴⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Dorothée H., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 13 février 2006.

¹⁴⁸ Les trois hôpitaux étaient le Prince Régent Charles, le Roi Khaled et le CMCC Djabe. Entretien de Human Rights Watch avec Claire Nzeyimana, Volet Affaires Financières et Mobilisation des Fonds, CNRS, 9 mai 2006.

¹⁴⁹ Sur la corruption, voir plus bas la section concernant la transparence. Entretien de Human Rights Watch avec le représentant du PARESI, Bujumbura, 8 mai, et avec Claire Nzeyimana, Volet Affaires Financières et Mobilisation des Fonds, CNRS, Bujumbura, 9 mai 2006.



Une patiente détenue à l'Hôpital Prince Régent Charles. © 2006 Jehad Nga

Le CNRS, structure héritée du gouvernement de transition, pris fin quand le nouveau gouvernement fut mis en place et, fut remplacé par un corps gouvernemental, PARESI, créé pour lui succéder. Un Fond pour les Sinistrés continue d'exister bien que réassigné au Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre. D'après le chef de cabinet du Ministère, le Fonds dispose de 500 million de FBU en 2006 (\$500 000).¹⁵⁰ Les critères pour recevoir l'aide sont flous, en particulier concernant la question de savoir si seuls les personnes déplacées et les rapatriés sont éligibles pour l'aide, ou si d'autres gens dans le besoin peuvent postuler. D'après un responsable officiel chargé de distribuer les bons, les personnes déplacées et les rapatriés ont souvent un meilleur accès aux soins gratuits que les autres personnes indigentes. Quand il y a une grande attention médiatique sur un cas, par exemple dans le cas d'une femme qui avait eu des triplés, le Ministère l'aidera, mais en général, les autres personnes dans le besoin se voient opposer un refus.¹⁵¹

Les alternatives à la détention à l'hôpital

Certains hôpitaux ont trouvé d'autres moyens que la détention pour garantir le paiement des factures, bien que ces solutions alternatives puissent créer d'autres problèmes aux patients. Les hôpitaux de Muyinga (nord-est du Burundi) et de Matana (sud du Burundi) conservent les cartes d'identité des patients qui ne peuvent pas payer.¹⁵² D'anciens patients sont alors contraints de payer, car les forces de sécurité demandent fréquemment à voir les cartes d'identité, et quiconque ne peut la présenter peut être tenu suspect et considéré comme un éventuel partisan des rebelles du FNL. Quand un patient endetté a une bicyclette, l'hôpital de Muyinga garde aussi ce moyen de transport essentiel pour augmenter l'incitation à régler la dette.¹⁵³

Dans certains centres de soins, le personnel obtient des anciens patients qu'ils paient leur dette en cultivant les champs appartenant au centre de soins.¹⁵⁴ L'équipe de la clinique Prince Louis Rwagasore permet aux patients qui ont un emploi stable de partir, une fois qu'ils ont accepté que les sommes qu'ils doivent soient déduites de leur salaire et versées

¹⁵⁰ Entretien de Human Rights Watch avec Béatrice Ntahe, chef de cabinet, Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre, 17 février 2006.

¹⁵¹ Entretien de Human Rights Watch avec un représentant du Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre, Bujumbura, 10 mai 2006. Lorsque nous avons demandé au chef de cabinet d'expliquer quelle utilisation était faite des fonds, elle refusa de le faire ; Entretien de Human Rights Watch avec Béatrice Ntahe, chef de cabinet, Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre, 17 février 2006.

¹⁵² Entretien de l'APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Muyinga, 6 mars 2006, et avec le chef comptable, hôpital Matana, 8 mars 2006.

¹⁵³ Entretien de l'APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Muyinga Hospital, 6 mars 2006.

¹⁵⁴ MSF, "Access to Health Care in Burundi," p. 46.

directement à l'hôpital par les employeurs.¹⁵⁵ Cette stratégie n'est utile que dans les zones urbaines où les patients sont salariés.

Certaines structures soutenues par les ONG internationales pratiquent un modèle de financement de la santé différent : les patients régulent un pourcentage des coûts, comme dans la province de Makamba où ils paient 50% du prix des médicaments plus le coût du traitement, ou un droit fixe, comme dans les provinces de Karuzi, Cankuzo, Bujumbura-rural and Ruyigi, où les patients paient un droit global allant de 50 à 500 FBU (0.05\$ to 0.50\$).¹⁵⁶ De ce fait, la détention des patients est inhabituelle dans ces hôpitaux. A l'hôpital Buhiga à Karuzi, où les patients paient 300 FBU [0.30\$] pour un traitement externe et 500 FBU [\$0.50] pour une hospitalisation, il n'y avait pas de détenus à l'hôpital au moment d'une visite de notre équipe de chercheurs en mars 2006. Selon le directeur administratif et financier, il y a eu des patients qui ne pouvaient pas régler le droit fixe, mais ils ont pourtant été soignés à Karuzi.¹⁵⁷ Dans la province de Bururi, l'agence néerlandaise Cordaid a lancé un nouveau dispositif pour les patients les plus pauvres, en janvier 2006, finançant les médicaments et les consultations; et tout de suite après, il n'y avait plus de détenus là-bas.¹⁵⁸

Les soins gratuits pour les femmes venant d'accoucher et les enfants en bas âge : directive présidentielle du 1^{er} mai 2006

Le jour de la fête du travail, le 1^{er} mai 2006, le Président Nkurunziza a déclaré que les soins destinés aux mères et aux enfants de moins de cinq ans seraient désormais gratuits. Il a aussi annoncé des augmentations de salaires pour les employés des services publics, et la création d'une brigade anti-corruption.¹⁵⁹

Le CNDD-FDD au pouvoir se présente comme un mouvement populaire s'occupant des besoins des plus pauvres. Peu de temps après son arrivée au pouvoir, le nouveau gouvernement a aboli les frais d'école primaire et institué l'éducation primaire gratuite et obligatoire.¹⁶⁰ Le plan de santé du gouvernement de décembre 2005 s'est concentré sur

¹⁵⁵ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur et le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

¹⁵⁶ MSF, "Access to Health Care in Burundi," pp. 10-12.

¹⁵⁷ Entretien de l'APRODH avec le directeur administratif et financier et avec une infirmière, hôpital Buhiga, Karuzi, 7 mars 2006. Ces modèles peuvent être plus facilement mis en pratique dans de plus petits hôpitaux où il y a des cas de traitement moins complexes et coûteux-ceux là sont souvent orientés sur la capitale.

¹⁵⁸ Entretien de l'APRODH avec le directeur, hôpital Rumonge, 1er Mars 2006.

¹⁵⁹ "Burundi: Nkurunziza announces free maternal healthcare, pay rise for workers", IRIN, 1er mai 2006, http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=53075&SelectRegion=Great_Lakes (consulté le 3 mai 2006).

¹⁶⁰ UNICEF, "Burundi: Free primary education for all children," 7 septembre 2006, http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_28197.html (consulté le 3 juillet 2006).

la santé maternelle et infantile grâce à l'amélioration des soins d'obstétrique dans les centres de santé et les hôpitaux; la création d'un fonds pour les césariennes et les naissances à risque ; l'amélioration du suivi de la grossesse ; les aides pour les médicaments des plus défavorisés ; et les soins pour les enfants de moins de cinq ans.¹⁶¹

L'introduction des soins de santé gratuits pour les femmes enceintes, les mères et les enfants en bas âge fait partie de l'effort auto-proclamé du gouvernement en direction des plus pauvres.¹⁶² De manière peut-être plus significative, il vise aussi à montrer aux donateurs sa volonté et sa capacité à utiliser les fonds correctement. Cela constitue un progrès concret en direction de deux objectifs du Millénaire pour le développement — la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Grâce à l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés, la dette d'un pays peut être réduite si certaines conditions économiques et sociales sont remplies. En ce moment, le Burundi est en train d'obtenir un allègement de sa dette sur une base provisoire et de s'efforcer d'obtenir un allègement permanent de sa dette. Selon le responsable d'un hôpital, « le gouvernement a obtenu des allègements de dette, et les fonds correspondants doivent maintenant être utilisés ». ¹⁶³

Certains observateurs ont noté que l'accroissement de la pression concernant la détention à l'hôpital pourrait avoir joué dans la décision.¹⁶⁴ Avant l'annonce de la réforme, le gouvernement burundais et la Banque mondiale discutaient du meilleur usage à faire des 10 millions de dollars gagnés du fait de l'allègement de la dette, et la libération des patients détenus était une des questions qui se posait.¹⁶⁵

Alors que la directive sur la gratuité des soins destinés aux mères et aux enfants semblent une excellente idée, elle pose en pratique de sérieux problèmes.

¹⁶¹ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010, » pp. 35-46. Le plan sanitaire a aussi fait d'autres recommandations. Voir la section 5 de ce chapitre.

¹⁶² D'après le Ministère de la santé, la réforme a pour but de réduire la mortalité infantile et maternelle au Burundi. Entretien téléphonique de Rights Watch avec le chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 22 juin 2006.

¹⁶³ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 19 juin 2006.

¹⁶⁴ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec un diplomate à Bujumbura, 19 juin 2006.

¹⁶⁵ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec un responsable officiel de la Banque mondiale, Washington D.C., 31 mars 2006.

Un poids croissant pour le système de santé

Pendant les premiers jours de mai 2006, des milliers de femmes enceintes et les parents d'enfants malades ont pris la route vers les hôpitaux les plus proches pour bénéficier de la réforme. Selon un responsable de la clinique Prince Louis Rwagasore à Bujumbura:

Notre hôpital est submergé de patients, et nos capacités sont insuffisantes Nous avons quatre tables d'accouchement et dix femmes arrivent quelquefois au même moment ; aussi vous pouvez imaginer les problèmes que cela pose. Nous sommes parfois en rupture de matériel stérilisé et envoyons les femmes ailleurs.¹⁶⁶

A l'hôpital de Bururi, le nombre de patientes de la maternité s'est élevé d'une moyenne quotidienne de 14 à au moins 40. A l'hôpital de Kayanza, où il y avait déjà une pénurie aigüe de personnel médical, l'unique médecin capable de pratiquer une césarienne était submergé.¹⁶⁷ L'hôpital de Rumonge était en rupture de médicaments et de fournitures quelques jours après la directive présidentielle.¹⁶⁸ L'hôpital Roi Khaled était en rupture d'équipements de base et devait demander à ses fournisseurs de remplir leurs engagements sans paiement immédiat.¹⁶⁹ Comme les hôpitaux étaient surexploités, certains patients se virent refuser un traitement. Une femme qui avait fait une fausse couche mourut à l'hôpital Roi Khaled après que le personnel médical dans cet hôpital et dans d'autres centres l'ait, d'après ce qu'on rapporte, refoulée.¹⁷⁰

Beaucoup de burundais ordinaires ont exprimé leur enthousiasme pour cette initiative. Toutefois, les patients ont aussi critiqué le fait que les hôpitaux ne payaient pas toujours les médicaments des bénéficiaires.¹⁷¹ La réforme prévoit la gratuité des médicaments uniquement pour les futures mères et les enfants en bas âge qui sont hospitalisés; les patients externes — ceux qui ne séjournent pas à l'hôpital — doivent financer eux-mêmes leurs médicaments.¹⁷²

¹⁶⁶ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 19 juin 2006.

¹⁶⁷ "Burundi: Side effects of free maternal, child health care", *IRIN*, June 9, 2006. <http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=53836> (consulté le 3 juillet 2006).

¹⁶⁸ Annonce faite sur Radio Isanganiro, 10 mai 2006.

¹⁶⁹ Entretien de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 20 juin 2006.

¹⁷⁰ Annonce faite sur Radio Bonesha, 22 mai 2006.

¹⁷¹ "Burundi: Side effects of free maternal, child health care", *IRIN*.

¹⁷² Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 27 juillet 2006. Les médicaments pour les enfants âgés de moins de 5 ans et pour les femmes qui accouchent sont réglés dans les centres de santé.

Un des principaux problèmes posé par la directive présidentielle du 1^{er} mai était le manque de préparation de la réforme. Les hôpitaux ont appris le changement à la radio, ce qui signifiait qu'ils n'avaient aucune chance d'anticiper cet afflux de nouveaux patients.¹⁷³ Même le chef de cabinet du ministre de la Santé a reconnu le problème: « Quand le président a proclamé la gratuité des soins [pour les femmes qui venaient d'accoucher et les enfants de moins de cinq ans], les hôpitaux n'étaient pas prêts en termes de médicaments, d'équipement, d'effectifs et de capacité d'accueil. Maintenant, nous nous occupons de ces problèmes. »¹⁷⁴ Un grand nombre de fonctionnaires de santé et de responsables d'hôpitaux ont aussi critiqué la manière de laquelle la réforme a été lancée si soudainement, un sentiment partagé également par les représentants des pays donateurs.¹⁷⁵

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le gouvernement et les donateurs ont décidé qu'environ 3 millions des 10 millions de dollars qui allaient devenir disponibles dans le contexte de l'allègement de la dette, devaient aller aux médicaments de première nécessité, aux soins destinés aux enfants et aux frais d'accouchement. Certains de ces fonds pourraient servir à financer les soins destinés aux femmes et aux enfants¹⁷⁶ et d'autres fonds pourraient avoir un impact indirect sur l'accès aux soins. Mais ces fonds seront encore insuffisants pour financer l'initiative nouvelle, fonds qui ne figuraient pas dans le budget courant.¹⁷⁷ Le Ministère de la santé peut demander aux donateurs plus d'aide mais d'abord, a dit un de ses représentants officiel, « nous devons négocier avec le gouvernement lui-même pour lui montrer le déficit de financement ». ¹⁷⁸ Début août 2006, le ministère a réussi à obtenir quelques fonds supplémentaires du gouvernement mais ceux-ci « ne sont pas suffisants du tout » et le gouvernement continue à chercher d'autres ressources.¹⁷⁹ Fin juin, les hôpitaux ont commencé à envoyer au gouvernement les notes de frais correspondant au nouveau programme, inquiets de voir s'ils seraient remboursés comme promis. Les factures de la clinique Prince Louis Rwagasore et de

¹⁷³ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 19 juin 2006.

¹⁷⁴ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, 22 juin 2006.

¹⁷⁵ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec un responsable officiel belge, 21 juin 2006. Ceci a été confirmé par d'autres diplomates et bailleurs de fonds.

¹⁷⁶ Chiffres fournis par un gouvernement donateur, entretien téléphonique de Human Rights Watch, 19 juin 2006.

¹⁷⁷ Dans ces 10 millions de dollars, 14% sont partis au niveau central, 23% allèrent au niveau intermédiaire et 63% au niveau opérationnel – les médicaments de base, les vaccins, les contrats, et les soins de base pour l'accouchement et les enfants. Ces 3 millions de dollars font partie du fonds alloué au niveau opérationnel.

¹⁷⁸ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, 22 juin 2006.

¹⁷⁹ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, 8 août 2006.

l'hôpital Roi Khaled étaient approximativement de 20 000\$ chacune.¹⁸⁰ Début août, elles n'avaient pas été remboursées.¹⁸¹

L'introduction de la gratuité des soins destinés aux mères et aux enfants en bas âge constitue une étape importante vers la mise en œuvre progressive d'un droit à la santé, en particulier en arrivant à réduire les taux de mortalité à la naissance et de mortalité infantile.¹⁸² Mais cette politique échouera si le gouvernement ne prend pas en urgence les mesures permettant de garantir la poursuite de ce programme et d'augmenter le personnel, les équipements et les médicaments partout dans le pays. De plus, le gouvernement doit intégrer le nouveau changement si mal préparé dans le contexte d'une politique de santé plus vaste.

L'impact des détentions à l'hôpital

La réforme du 1^{er} mai a signifié que les femmes venant d'accoucher et les enfants de moins de cinq ans ne seraient plus détenus dans les hôpitaux, réduisant ainsi de manière significative (d'un tiers environ) le nombre de personnes souffrant de cet abus. En juin 2006, par exemple, il n'y avait pas de femmes ayant souffert de complications à l'accouchement ni d'enfants de moins de cinq ans détenus dans les hôpitaux Roi Khaled et Prince Régent Charles.

La directive présidentielle encourage aussi d'autres initiatives. Le Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre a payé environ 13 000\$ pour libérer des femmes qui ont souffert de complications à l'accouchement et des enfants de moins de cinq ans détenus à l'hôpital Roi Khaled entre janvier et mai 2006.¹⁸³

La majorité des détenus n'a pas encore tiré bénéfice de cette réforme parce qu'elle ne s'applique pas à eux. Les femmes souffrant de problèmes sans relation avec la grossesse, les enfants de plus de cinq ans, et les hommes, continuent d'être détenus. Fin juin 2006, 36 patients étaient retenus à l'hôpital Roi Khaled et 41 à l'hôpital Prince Régent

¹⁸⁰ Entretien de Human Rights Watch avec un travailleur social, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 23 juin 2006; Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 19 juin 2006.

¹⁸¹ Entretiens de Human Rights Watch avec les directeurs administratifs et financiers, clinique Prince Louis Rwagasore et hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 8 août 2006.

¹⁸² PIDESC, article 12(2)(a).

¹⁸³ Entretien de Human Rights Watch avec le chef comptable, hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 23 juin 2006.

Charles.¹⁸⁴ Un membre du personnel de la clinique Prince Louis Rwagasore confirme aussi que la pratique perdure dans son hôpital.¹⁸⁵

Parmi ceux qui étaient retenus à l'hôpital Roi Khaled, il y avait Jérôme N., un garçon de 17 ans qui souffrait d'une grave infection à la jambe et ne pouvait pas marcher. Il était détenu depuis presque un mois au moment de l'entretien, et nous a raconté :

Ma mère est partie d'ici et a vendu une parcelle de notre terre pour aider à payer les médicaments. Nous devions les payer comptant avant que l'opération chirurgicale puisse même être faite ; aussi elle a vendu la terre pour 300 000 FBU [300\$] pour payer les médicaments. A la fin de mars, je me sentais beaucoup mieux. J'étais maintenant complètement guéri depuis un mois mais je ne pouvais quitter l'hôpital car ma facture se montait à plus de 700 000 FBU [700\$] pour l'opération. Le médecin est venu me dire que j'étais guéri mais que je ne pouvais pas m'en aller parce que je ne pouvais pas payer. Hier, ils m'ont dit de quitter mon lit afin qu'un patient ayant les moyens de payer puisse l'utiliser et donc, j'ai dormi sur le sol sur un matelas que quelqu'un m'a prêté. J'ai essayé de m'enfuir une fois mais les gardiens, à la grille d'entrée, m'ont dit que je ne pouvais pas partir et que je n'avais reçu aucune autorisation de m'en aller.¹⁸⁶

Parmi ceux qui étaient à l'hôpital Prince Régent Charles il y avait Augustin M., un homme de 26 ans de la province de Muyinga qui avait eu un accident de voiture. Il a dit à un chercheur de Human Rights Watch :

Il y a deux semaines, les médecins m'ont dit que j'étais guéri mais que je ne pourrais pas régler la facture et que je devrais donc rester ici. Je n'ai pas d'argent, pas de terre, pas de travail et j'ai besoin d'une autre opération pour enlever la barre de fer de ma jambe. L'infirmière m'a dit qu'ils ne pourraient pas enlever la barre de fer si je ne réglais pas la première opération.... Je me sens comme un prisonnier ici parce que je ne peux pas partir. J'ai peur de garder la barre de fer dans ma jambe pour toujours

¹⁸⁴ Entretien de Human Rights Watch avec le personnel des hôpitaux Roi Khaled et Prince Régent Charles, 23 juin 2006.

¹⁸⁵ Entretien téléphonique de Human Rights Watch avec le directeur administratif et financier, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 19 juin 2006.

¹⁸⁶ Entretien de Human Rights Watch avec Jérôme N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 23 juin 2006.

La déclaration du [gouvernement] est bonne mais je pense que d'autres personnes devraient être couvertes par ce système, comme celles qui n'ont pas de père. Le mien est mort quand j'étais jeune et ma mère n'a pas d'argent.¹⁸⁷

De manière peu surprenante, ces témoins et les autres victimes détenues ont exprimé l'espoir que le gouvernement étendrait aussi la réforme à leurs propres cas.¹⁸⁸



Albert H., vingt ans, a été blessé dans un accident de voiture alors qu'il allait jeter un coup d'œil sur l'exploitation familiale qu'ils avaient dû fuir un an plus tôt. Il a été blessé à l'œil et au bras gauche. Dans l'incapacité de régler la facture, il a été emprisonné à l'Hôpital Prince Régent Charles de Bujumbura.

© 2006 Jehad Nga

Les autres projets du gouvernement pour une réforme de la santé

Dans son Plan national de développement sanitaire, le Ministère de la santé déclare qu'il a l'intention de faire passer le budget de la santé à environ 15% du budget total annuel

¹⁸⁷ Entretien de Human Rights Watch avec Augustin M., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 23 juin 2006.

¹⁸⁸ Entretien de Human Rights Watch avec Jérôme N., hôpital Roi Khaled, Bujumbura, 23 juin 2006, et avec Augustin M. et Adèle A., hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 23 juin 2006.

(il était d'environ 2.7% en 2005¹⁸⁹), conformément à l'engagement pris par les pays africains en 2001.¹⁹⁰

Le plan reconnaît que le système actuel d'assurance-maladie ne fonctionne pas correctement et propose de le supprimer et de le remplacer par un système de mutuelles. Ce sont des systèmes d'assurance-maladie volontaire fondés sur l'adhésion collective, qui fonctionnent d'une certaine manière comme une coopérative. Le gouvernement burundais propose de promouvoir ces systèmes dans la population qui est active dans les secteurs urbains et ruraux informels de l'économie — ce qui représente une grande partie de la population. Tandis que l'assurance-maladie mutualiste est traditionnellement créée et basée exclusivement sur une communauté locale, le gouvernement burundais donne à l'état un rôle plus important, puisqu'il est prévu de subventionner ces mutuelles.¹⁹¹ Des études ont montré que la faiblesse des adhésions est un problème fréquent pour l'assurance de santé fondée sur l'adhésion collective. Si le gouvernement voulait aller de l'avant avec son projet de création de mutuelles, il aurait besoin de développer une stratégie sur la manière de traiter le problème et de rendre les mutuelles viables pour la population démunie qui est active dans l'économie informelle rurale ou urbaine.

Dans son plan national pour la santé, le gouvernement fait une distinction plutôt artificielle entre ceux qui travaillent dans le secteur informel et ceux qui sont pauvres. Il suggère qu'il y aurait des difficultés à étendre les systèmes d'assurance-maladie fondés sur l'adhésion collective aux plus pauvres et propose des subventions d'état pour « protéger les groupes les plus vulnérables tels que les femmes enceintes (toutes), les enfants de moins de cinq ans et les indigents. »¹⁹² Tandis que le gouvernement a, comme on en a déjà parlé, pris des mesures pour améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes et des enfants en bas âge, il n'a pas fait de même pour les indigents. Le Ministère de la santé a essayé de créer un fonds pour les patients les plus pauvres mais cela a été rejeté pendant le débat sur le budget en décembre 2005.¹⁹³ Le plan reste flou et ne mentionne pas la question des détentions à l'hôpital. En août 2006, le gouvernement burundais mettait la dernière touche au Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte

¹⁸⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 13 février 2006.

¹⁹⁰ Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses liées, <http://www.uneca.org/ADF2000/Abuja%20Declaration.htm> (consulté le 37 juillet 2006).

¹⁹¹ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010, » pp. 48-49.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, Bujumbura, 13 février 2006.

contre la Pauvreté du pays (CSLP), dont le projet reprend les mêmes priorités de politique de santé mais ne fournit aucun détail supplémentaire. Il ne mentionne pas non plus les détentions à l'hôpital.¹⁹⁴

¹⁹⁴ République du Burundi, « Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté, » juillet 2006, p. 59.

IX. L'échec du gouvernement à régler les autres problèmes structurels du système de santé

Affamer les hôpitaux: les désavantages de l'autonomie

Quand les hôpitaux sont devenus autonomes début 1988, ils ont dû assumer la responsabilité de financer la plupart de leur activités. S'ils échouent à recouvrer les dépenses passées, ils doivent tailler dans leurs dépenses futures, et, dans bien des cas, cela inclue les salaires du personnel.

L'Etat doit à l'hôpital de grosses sommes d'argent d'après les système d'assurance médical. D'après le personnel gérant de l'hôpital Prince Régent Charles, les factures d'assurance de 2004 à 2005 sont toujours énormes.¹⁹⁵ Le Ministère des finances, responsable du règlement des factures, les paient avec de moins en moins de régularité au fur et à mesure que l'année passe et, d'après un responsable officiel de l'hôpital, « En juin, les paiements s'arrêtent ».¹⁹⁶ Le budget total pour l'assurance médicale était de 180 millions FBU (180 000\$) en 2005 et de 300 millions de FBU (300 000\$) en 2006.¹⁹⁷

Le gouvernement donne des subventions aux hôpitaux publics, mais ce soutien ne couvre qu'une fraction de leurs dépenses. La clinique Prince Louis Rwagasore, par exemple, reçoit environ 10% de son budget annuel de l'Etat¹⁹⁸ et l'hôpital Prince Régent Charles environ 30%.¹⁹⁹ Les salaires du personnel médical sont très bas, en partie parce que l'aide aux hôpitaux est si limitée. Le salaire de début d'un praticien généraliste en 2004 était de 62 980 FBU (62\$) par mois.²⁰⁰

¹⁹⁵ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 10 février 2006.

¹⁹⁶ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Ngozi, Ngozi, 15 février. Des informations similaires ont été fournies par les directeurs administratif et financier des hôpitaux Roi Khaled et Prince Régent Charles.

¹⁹⁷ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le Dr. Julien Kamyo, chef de cabinet, Ministère de la santé, 13 février 2006.

¹⁹⁸ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur et d'autres gérants, clinique Prince Louis Rwagasore, Bujumbura, 14 février 2006.

¹⁹⁹ Entretien de Human Rights Watch/APRODH avec le directeur administratif et financier, hôpital Prince Régent Charles, Bujumbura, 10 février 2006.

²⁰⁰ République du Burundi, Ministère de la santé, « Plan national de développement sanitaire 2006-2010, » p. 26. Cette somme inclut une allocation au logement. Sur la situation du personnel médical, voir aussi Niyongabo et al., « Burundi: Impact de dix années de guerre civile sur les endémo-épidémies. »

Le manque de transparence dans les finances du secteur de la santé

Le secteur de la santé au Burundi est gangrené non seulement par le manque de financements, mais aussi par le manque de règles de conduite claires, de même que par la fraude et la corruption, dans leur manière d'être utilisées.

Le personnel hospitalier ne sait jamais quand et combien les dépenses de leur institution vont être remboursées par l'Etat, car l'assurance médicale et le système des cartes d'indigence ne fonctionnent pas comme ils devraient. Les patients pauvres ne sont jamais sûrs du prix qu'ils vont devoir payer.

Le personnel hospitalier a parfois lui-même été impliqué dans des affaires de mauvaise gestion ou de corruption. En octobre 2005, des responsables officiels du CNRS ont découvert que le personnel du Roi Khaled soumettait de faux reçus et fabriquait et vendait des documents d'attestation du statut de pauvreté ou rapatrié. L'organisateur supposé de la fraude, un employé du CNRS basé dans l'hôpital, a été suspendu.²⁰¹ D'après un responsable officiel du Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre, la triche et la fraude restent un problème pour le Fonds d'aide aux victimes.²⁰² Les agences internationales qui paient les factures de l'hôpital pour certains de leurs bénéficiaires se sont plaintes que des factures fausses ou surévaluées étaient préparées par le personnel de l'hôpital.²⁰³

Le 24 février 2006, le ministre des finances a reconnu, dans une émission de radio, qu'un billion FBU (1 million de dollars) était passé par la trésorerie, apparemment pour l'achat de médicaments, mais qu'il ne pouvait rendre compte de son utilisation.²⁰⁴ Peu de temps après, des responsables officiels du secteur de la santé ont déploré la disparition de médicaments des centres de santé et ont exprimé l'inquiétude qu'il pouvait y avoir une « spéculation délibérée par les gérants des centres de santé » dans la vente de médicaments.²⁰⁵

En terme d'indications de corruption ayant eu lieu dans le passé, on peut citer le meurtre de Kassi Manlan, chef de l'Organisation mondiale de la Santé au Burundi, apparemment

²⁰¹ Entretien de Human Rights Watch avec Claire Nzeyimana, Volet Affaires Financières et Mobilisation des Fonds, CNRS, 9 mai 2006.

²⁰² Entretien de Human Rights Watch avec le représentant du Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre, 10 mai 2006.

²⁰³ Entretien de Human Rights Watch avec une agence humanitaire, Bujumbura, le 12 février 2006.

²⁰⁴ Radio Bonesha, 24 février 2006.

²⁰⁵ « Gitega – Santé: Les principaux facteurs qui freinent encore l'accessibilité aux soins de santé, » Agence Burundaise de Presse, 21 avril 2006.

assassiné pour avoir découvert des détournements de fonds destinés à acheter des médicaments par d'importants responsables officiels burundais.²⁰⁶

Suivant l'annonce faite par le président de mise en place de mesures anti-corruption, le parlement a voté, en juillet 2006, la création d'une brigade anti-corruption avec des pouvoirs policiers, et ce malgré les inquiétudes existantes concernant sa constitutionnalité.²⁰⁷

²⁰⁶ Lettre de Claude Beke Dassys, Ambassadeur de la Côte d'Ivoire aux Nations Unies, Genève, au Président Laurent Gbagbo, septembre 2002; Entretien de Human Rights Watch avec Alexis Sinduhije, Bujumbura, 10 mai 2006; "Burundi Court Convicts Killers of WHO Official", *Mail & Guardian Online*, 4 mai 2005, http://www.mg.co.za/articlePage.aspx?area=breaking_news/breaking_news__africa/&articleId=237024 (consulté le 29 avril 2006); "Burundi police killed aid worker," *BBC News Online*, 4 mai 2005, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/4512263.stm> (consulté le 29 avril 2006); « Entrevue avec Me Bernard Maingain, membre du barreau de Bruxelles, avocat et conseiller de la partie civile dans l'affaire Kassy Manlan », *Burundi news*, 6 juin 2005, <http://burundi.news.free.fr/interviewavocat.html> (consulté le 29 avril 2006).

²⁰⁷ « Burundi/Assemblée Nationale : Pas de quorum pour voter la loi portant création de la Brigade anti-corruption, » *Burundi Réalités*, 23 juillet 2006, http://www.burundirealite.org/burundi/display_news_f.cfm?loc=1802 (consulté le 31 juillet 2006); « Burundi-politique : La grogne s'intensifie à l'Assemblée Nationale au sein des députés du FRODEBU, de l'UPRONA et du CNDD de Nyangoma » *Burundi Express*, 13 juillet 2006, http://www.burundiexpress.org/article.php3?id_article=128 (consulté le 8 août 2006). Les critiques ont maintenu que la brigade anti-corruption proposée sera un corps de police séparé de la police ordinaire. Cependant, la constitution stipule qu'il ne peut y avoir qu'une seule force de police nationale.

X. Garder le système en vie: Le dilemme du bienfaiteur

Comme montré ci-dessus, les individus privés bienfaiteurs, les églises ou les organisations règlent souvent les dettes des patients afin qu'ils puissent rentrer chez eux.

Le nombre de bienfaiteurs a augmenté ces dernières années, d'après les statistiques et les observations faites par le personnel de l'hôpital. A l'hôpital Prince Régent Charles, leur nombre a presque quadruplé entre 2004 et 2005, comme mentionné au-dessus. Comme en ce qui concerne les interventions similaires de la part du gouvernement, rendre leur liberté à des individus est une aide immédiate, mais cela ne fournit pas de solution permanente au problème du déficit des hôpitaux. De tels actes de générosité peuvent même encourager cette pratique, en, dans les faits, récompensant les hôpitaux qui gardent les gens prisonniers.

Dans au moins une des structures, l'hôpital Roi Khaled, la directive présidentielle sur la santé maternelle et de l'enfant a conduit à un déclin du nombre de bienfaiteurs, apparemment parce qu'ils pensaient que la charité privée n'était plus nécessaire.²⁰⁸ Il est trop tôt pour dire si cette baisse dans une des institutions va continuer et si elle va se retrouver dans d'autres hôpitaux.

²⁰⁸ Entretien par téléphone de Human Rights Watch le directeur administratif et financier de l'Hôpital Roi Khaled, 20 juin 2006.

XI. Le rôle de la communauté internationale dans le secteur de la santé

Aide des bailleurs de fonds

En 2000, la communauté internationale s'est fixée elle-même d'ambitieux objectifs en matière de développement, les objectifs du Millénaire pour le développement. Sont attendus notamment, des progrès majeurs dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, le VIH/Sida et la malaria. Le rapport sur le Projet du Millénaire sur les objectifs quatre et cinq (réduire la mortalité infantile et maternelle) recommande que « les donateurs bilatéraux et les institutions financières doivent augmenter leur aide de façon substantielle » en direction du secteur de la santé. Il recommande également que les frais d'utilisation pour le minimum de santé soient abolis.²⁰⁹ Les bailleurs de fonds se sont engagés, à la Conférence de Monterrey de 2002²¹⁰ et par la suite, à financer l'initiative ; les pays riches, en particulier, ont promis de consacrer 0,7% de leur produit national brut à l'aide officielle au développement. Cependant, jusqu'à maintenant, seuls quelques pays ont répondu à ces engagements²¹¹ et l'atteinte des objectifs-santé de développement du Millénaire reste une perspective lointaine.

Au Burundi, les flux d'aide ont été lourdement affectés par la crise politique et le conflit armé. A la suite du coup d'Etat de 1996 de Pierre Buyoya, des pays d'Afrique centrale on imposé des sanctions économiques au Burundi, et l'aide internationale fut réduite de deux tiers.²¹² Avec l'application au moins partielle des accords de paix d'Arusha et la transition politique en marche, beaucoup de bailleurs de fonds ont récemment renouvelé leur aide. A la fin février 2006, le gouvernement a tenu une conférence des donateurs afin de trouver des fonds pour améliorer le système de santé, aider les régions touchées par la sécheresse, et pour d'autres programmes nécessaires pour réhabiliter ce pays malmené.²¹³ Dans la période à venir, il est prévu que les bailleurs de fonds fasse passer leur aide du statut d'aide humanitaire à celui d'aide au développement. Comme c'est déjà

²⁰⁹ Projet du Millénaire, équipe spéciale sur la santé infantile et la santé maternelle, "Who's got the power?" p. 15.

²¹⁰ La Conférence de Monterrey en 2002, est la Conférence internationale des Nations Unies sur le financement du développement durant laquelle les bailleurs de fonds se sont engagés à soutenir les objectifs du Millénaire pour le développement.

²¹¹ Projet du Millénaire, "The 0.7% Target: An In-Depth Look," <http://www.unmillenniumproject.org/involved/action07.htm> (consulté le 1 Août 2006).

²¹² International Crisis Group, "A Framework for Responsible Aid to Burundi," Février 2003, http://www.crisisgroup.org/library/documents/report_archive/A400901_21022003.pdf (consulté le 3 mai 2006).

²¹³ "Burundi: Donors pledge U.S. \$170 million for post-war recovery bid," *IRIN*, http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=51969&SelectRegion=Great_Lakes (consulté le 3 mai 2006).

mentionné ci-dessus, en août 2006, gouvernement burundais travaillait déjà à la finalisation du Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté. Le CSLP offre un plan de développement à long terme et forme les fondements des décisions concernant le financement à venir des bailleurs de fonds, l'allègement de la dette et les crédits des institutions financières internationales.²¹⁴ Le CSLP achevé sera présenté à la Banque mondiale et rendu public.

Aujourd'hui, la Commission européenne (CE) est le donateur le plus important, fournissant actuellement environ 72 million d'euros à travers différents canaux, parmi lesquels le Fonds européen de développement (FED) et l'Office humanitaire de la Commission européenne (ECHO). Elle fournit à peu près 31 millions d'euros en soutien budgétaire.²¹⁵ La Belgique et la France sont les deux plus gros bailleurs de fonds bilatéraux : ils soutiennent le budget du gouvernement et financent des projets particuliers dans les domaines de l'état de droit, de la santé et de l'éducation. Les Etats-Unis fournissent approximativement 30 millions \$ par an en aide humanitaire non-alimentaire et en aide au développement.²¹⁶ L'Allemagne soutient le gouvernement à hauteur d'à peu près 44,5 millions d'euros, en premier lieu dans le domaine de l'amélioration de la qualité de l'eau.²¹⁷ Le gouvernement britannique va fournir environ 10 millions de livres au Burundi pour 2006-2007, dont à peu près le tiers est destiné au secteur de santé.²¹⁸ En outre, des agences non-gouvernementales telles que Cordaid, MSF et ActionAid financent des domaines particuliers dans le secteur de la santé.

Malgré leur engagement dans l'aide au Burundi concernant le domaine de la santé, les bailleurs de fonds internationaux n'ont pas encore fait pression afin que cessent les détentions de patients, et pour un accès des personnes défavorisées aux soins de santé.

L'allègement de la dette

Concernant l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), le Burundi s'est qualifié pour la phase initiale d'allègement de la dette intérimaire, sujette à certaines conditions. Pendant cette période, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international ont imposé une limitation sur l'utilisation des fonds et déterminé qu'ils

²¹⁴ République du Burundi, « Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté. »

²¹⁵ Délégation de la Commission Européenne au Burundi, « La Commission Européenne au Burundi, » 1 février 2006.

²¹⁶ USAID, "Budget Burundi," <http://www.usaid.gov/policy/budget/cbj2006/afr/bi.html> (consulté le 3 mai 2006).

²¹⁷ 9.5 millions d'euros sont les nouveaux fonds, 35 millions étaient les engagements précédents. Entretien par téléphone de Human Rights Watch avec le Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit, 3 mai 2006.

²¹⁸ Entretien par téléphone de Human Rights Watch avec DFID Burundi, 3 mai 2006.

devraient être alloués aux domaines de l'éducation, de la santé et de l'agriculture.²¹⁹ En résultat, le gouvernement a presque triplé le budget de la santé, le faisant passer de 5 millions \$ à environ 15 millions. Le Burundi est en ce moment en train de parachever les mesures économiques essentielles pour finaliser l'accord d'allègement de la dette en 2006. Une fois que le Burundi en aura le statut permanent, le gouvernement sera, en théorie, libre de fixer ses propres priorités de dépenses et ne sera plus obligé de financer les secteurs sociaux clés.²²⁰

Pourtant, le gouvernement a promis de dépenser les fonds d'allègement de la dette dans les domaines de la santé, de l'éducation, des infrastructures, de l'agriculture, l'installation et la réintégration des victimes du conflit civil, et en faveur de la réforme de la justice. Il a aussi promis de mettre sur pied un comité de supervision indépendant composé de représentants nationaux et internationaux, afin de surveiller les dépenses.²²¹

²¹⁹ Fonds monétaire international, *Burundi: Enhanced Initiative for Heavily Indebted Poor Countries – Decision Point Document* (Washington D.C.: IMF, 2005), <http://siteresources.worldbank.org/INTDEBTDEPT/DecisionPointDocuments/20645009/cr05329.PDF> (consulté le 1er Août 2006), p. 25 (box 7: Priorités des dépenses pour l'utilisation de l'allègement de la dette des PPTE).

²²⁰ Entretien par téléphone de Human Rights Watch avec un représentant officiel de la Banque mondiale, 31 mars 2006; "Burundi: IMF and World Bank Support U.S.\$1.5 Billion in Debt Service Relief For Burundi," Communiqué de presse de la Banque mondiale. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/BURUNDIEXTN/0,,contentMDK:20606461~menuPK:343757~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:343751,00.html> (consulté le 3 mai 2006).

²²¹ Lettre d'Athanase Gahungu, Ministre des finances, and Salvator Toyi, Gouverneur de la Banque du Burundi, à Rodrigo Rato, Directeur adjoint du Fonds monétaire international, 30 juin 2005.

XII. Normes en matière de droits de l'homme

La détention de patients dans l'impossibilité de payer leurs factures de soins médicaux à l'hôpital public pose un certain nombre de questions en matière de normes internationales concernant les droits de l'homme. Cela touche le droit de ne pas être détenu arbitrairement, ou encore détenu comme débiteur, ou enfin maltraité en détention, comme prévu par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). L'impact de la politique concernant les individus demandant des soins de santé implique la mise en oeuvre progressive de la part de l'Etat du droit de chacun de bénéficier des soins de santé les plus performants, comme énoncé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et dans d'autres instruments des droits de l'homme. Le Burundi est devenu partie à ces deux conventions en 1990.

La détention

L'emprisonnement des débiteurs — personnes qui sont dans l'impossibilité de régler leur note d'hôpital — est illégal d'après les lois internationales en matière de droits de l'homme. L'article 9 du PIDCP stipule que chacun a droit à la liberté et à la sécurité et que « personne ne devrait être sujet à l'arrestation ou à la détention arbitraire ». La détention est considérée comme arbitraire si elle est illégale ou si manifestement disproportionnée, injuste, discriminatoire et imprévisible.²²²

Plus spécifiquement, l'article 11 du PIDCP établit que: « Nul ne peut être emprisonné pour la seule raison qu'il n'est pas en mesure d'exécuter une obligation contractuelle ». Cette provision interdit la privation de liberté personnelle pour avoir failli à payer une dette due soit à un créancier, soit à l'Etat. Les Etats ont l'obligation d'activer des lois et autres mesures afin d'empêcher l'Etat et les créanciers privés de restreindre la liberté personnelle de leurs débiteurs dans l'incapacité de remplir leurs contrats.²²³

Le PIDCP établit aussi le droit à un traitement humain en détention. L'article 10 mentionne que toute personne privée de sa liberté doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité intrinsèque de la personne humaine. Dans ses observations

²²² Voir Manfred Nowak, *U.N. Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary* (N.P. Engel, 1993), pp. 172-73.

²²³ Nowak, *U.N. Covenant on Civil and Political Rights*, pp. 193-96. Cette provision Ne s'applique pas aux offenses criminelles liées aux dettes comme la fraude et l'incapacité de payer la pension alimentaire.

générales, le Comité des droits de l'homme, l'organe international composé d'experts qui surveille l'application du PIDCP, a clairement établi que cet article s'applique à :

Toute personne privée de sa liberté en vertu des lois et de l'autorité de l'Etat et qui est détenue dans une prison, un hôpital - un hôpital psychiatrique en particulier -, un camp de détention, un centre de redressement ou un autre lieu. Les Etats parties devraient veiller à ce que le principe énoncé dans cette disposition soit respecté dans toutes les institutions et tous les établissements placés sous leur juridiction et où des personnes sont retenues.²²⁴

Les patients qui sont retenus dans les hôpitaux d'Etat sont sous la protection de l'article 10.

La santé

La santé est un droit fondamental sanctuarisé dans de nombreux instruments du droit international comme la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, le PIDESC, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFD). Le PIDESC spécifie que chacun a le droit de « jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».²²⁵

Parce que les Etats ont différents niveaux de ressources, le droit international ne donne pas de mandat sur la nature des soins qui doivent être fournis, au-delà de certaines normes minimales. Le droit à la santé est considéré comme un droit de « réalisation progressive ». En devenant partie aux accords internationaux, un Etat s'engage à « agir au maximum de ses ressources disponibles » afin d'atteindre la complète réalisation du droit à la santé. Les Etats sont obligés de créer les conditions qui vont assurer l'accès à tous les services médicaux et l'attention médicale en cas de maladie.²²⁶

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels fournit des exemples de ce qui constitue un échec d'un gouvernement à remplir ses obligations dans le respect du droit

²²⁴ Observations générales No. 21. Quarante quatrième session, 1992, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/87cb3e73d5328ddb80256523004b3734?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/87cb3e73d5328ddb80256523004b3734?Opendocument) (consulté le 11 mai 2006).

²²⁵ PIDESC, Article 12.1.

²²⁶ Article 12.2.

à la santé. Ces exemples incluent l'incapacité à adopter ou à mettre en oeuvre une politique nationale de santé dessinée pour assurer le droit à la santé à chacun; des dépenses insuffisantes ou une mauvaise allocation des ressources publiques qui résultent dans la non-jouissance du droit à la santé par des individus ou des groupes, particulièrement ceux qui sont vulnérables ou marginalisés, et l'échec à réduire le taux de mortalité infantile et maternelle.²²⁷

Le droit international décrit les éléments essentiels du droit à la santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité), de même qu'un minimum d'« obligations essentielles » pour les gouvernements. Les éléments de base de ce droit et les obligations minimales essentielles sont décrites en détail dans les observations générales No. 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Ces observations générales insistent sur les obligations minimales essentielles d'un gouvernement en terme de soins de santé, qui comportent, par exemple, « Le droit à l'accès aux équipements, aux biens et aux services de santé, sur une base non-discriminatoire, particulièrement pour les groupes vulnérables ou marginalisés » et que le gouvernement doit « assurer une distribution équitable des équipements, biens et services de santé ». ²²⁸ Concernant l'accès économique, le Comité établit :

Les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publiques ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.²²⁹

²²⁷ Comité des Nations Unies des droits économiques, sociaux et culturels, "Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights," Observations générales No. 14 (2000). Le droit au meilleur état de santé possible (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument) (consulté le 11 mai 2006)

²²⁸ Comité des Nations Unies des droits économiques, sociaux et culturels, Observations générales No.14.

²²⁹ Ibid. Le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, Paul Hunt, a développé quelques indicateurs pour mesurer les progrès concernant la mise en oeuvre du droit à la santé. Commissariat aux droits de l'homme, « Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible », E/CN.4/2006/48, March 3, 2006; "The Right to Health: An Interview with Professor Paul Hunt", *Essex Human Rights Review*, vol. 2, no. 1, <http://projects.essex.ac.uk/ehrr/archive/pdf/File4-Hunt.pdf> (consulté le 12 mai 2006).

Dans cette perspective, la décision récente de la part du gouvernement burundais de rendre gratuit les soins de santé constitue un pas important vers la mise en oeuvre du droit à la santé.

D'après le droit international concernant le droit à la santé, la priorité est donnée aux enfants et aux femmes. Le PIDESC stipule que les efforts doivent se concentrer sur la santé maternelle et infantile, et cela en prenant des mesures pour réduire le taux d'enfants morts-nés et la mortalité infantile et pour permettre un développement sain à l'enfant.²³⁰ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels énonce qu'assurer « des soins en matière de santé reproductive, maternelle (pré-natale et post-natale) et infantile » est une priorité comparable aux obligations essentielles. Réduire le taux de mortalité maternelle est défini comme un « objectif majeur » par les gouvernements.

Bâtissant sur la base des provisions du PIDESC, la Convention relative aux droits de l'enfant a spécifié les droits particuliers des enfants concernant la santé, et énonce que les gouvernements doivent agir dans les domaines de la santé des enfants, dans les soins pré et post-natals, en particulier dans les soins premiers.²³¹ Dans la même perspective, la CEFDF définit le droit des femmes comme pouvoir accéder à la santé sans être victimes de discriminations et recevoir « les soins appropriés en rapport avec la grossesse, le confinement et la période post-natale, permettant des soins gratuits si nécessaires, de même qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et la lactation ».²³²

²³⁰ Article 12.2. (a): « Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: (a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant. » D'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, cela signifie une amélioration des « soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésiques », généralement incluant l'accès au planning familial, aux soins pré et post-natals, à l'obstétrique d'urgence et à l'information, autant qu'aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observations générales No. 14.

²³¹ Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), Article 24. Le Burundi a ratifié la CDE en 1990. La Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant contient des provisions similaires, bien que le Burundi ne l'aie pas ratifié.

²³² Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFDF), Article 12. La Burundi a ratifié la CEFDF en 1992. La recommandation générale No. 24 du Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes établit que « Beaucoup de femmes sont en danger de mort ou d'invalidité du fait de causes liées à la grossesse car elles manquent de fonds pour obtenir ou accéder aux services nécessaires, qui incluent des services ante-natals, de maternité et post-natals. Le comité note qu'il est du devoir des Etats parties d'assurer aux femmes leur droit à une maternité saine, et l'accès aux services d'obstétrique d'urgence. Ils devraient allouer à ces services le maximum de ressources disponibles. »

XIII. Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Juliane Kippenberg, chargée de liaison avec les ONG à la division Afrique de Human Rights Watch. Il a été rédigé sur la base d'une recherche de terrain menée par Juliane Kippenberg, Maria Burnett, chercheuse pour le Burundi à Human Rights Watch, Jean-Baptiste Sahokwasama, représentant juridique de l'APRODH, Ladislav Gahungu, assistant psychologue à l'APRODH et les observateurs de l'APRODH basés dans les provinces du Burundi. Béatrice Nicidegetse a fourni une aide dans la recherche et a traduit les entretiens.

Le rapport a été relu et corrigé par Maria Burnett. Il a été relu à Human Rights Watch par Alison Des Forges, conseillère senior pour la région des grands lacs; Joseph Amon, directeur de la division VIH/SIDA et droits de l'homme; Tony Tate, chercheur au sein de la division droits des enfants; Janet Walsh, directrice par intérim de la division droits des femmes; James Ross, conseiller juridique senior; et Ian Gorvin, consultant au bureau du Programme. A l'APRODH, il a été relu par Jean-Baptiste Sahokwasama et Ladislav Gahungu.

L'aide à la production a été fournie par Lizzie Parsons, assistante à la division Afrique, Veronica Matushaj, chargée de la photographie, Andrea Holley, directrice de la production, Juliette Le Doré, assistante media, Ella Moran, assistante créative et Fitzroy Hepkins. Isabelle Thomas a traduit le rapport en français.

Jehad Nga, photjournaliste, a pris toutes les photos contenues dans ce rapport, et les a généreusement offertes à Human Rights Watch.

Nous voudrions remercier tous les patients qui ont accepté de nous parler durant leur séjour à l'hôpital. Nous aimerions également remercier les directeurs, directeurs financiers, docteurs, infirmières, travailleurs sociaux et les autres employés de l'hôpital Roi Khaled, de l'hôpital Prince Régent Charles, de la clinique Prince Louis Rwagasore, de l'hôpital Ngozi, de l'hôpital Gitega, de l'hôpital Muramvya, de l'hôpital Karuzi, de l'hôpital Musinga, de l'hôpital Bururi, de l'hôpital Matana et l'hôpital Rumonge pour avoir fourni des informations concrètes et avoir facilité notre recherche.