

[2009]

P

riorités de l'économie de la santé en Afrique

La Palm Royal Beach Hotel, Accra, Ghana. 10th - 12th March
2009

**Conférence inaugurale de AfHEA
- 2009**

**Livre du programme et résumés
des présentations**

Publié par AfHEA © 2009

Photos de la couverture : <http://africaphotos.usaid.gov/>

(R. Nyberg, M. Camara, K. Burns, R. Zurba)

Le contenu scientifique des résumés relève de la responsabilité de leurs auteurs. Les déclarations et opinions ne reflètent pas nécessairement la position de AfHEA.

Pour plus d'informations, veuillez écrire à afhea08@gmail.com

Visitez le site web de AfHEA pour rester informé de ses activités :

www.afhea.org

Table des matières

Programme	2
Vue d'ensemble du programme	3
Programme détaillé	6
Oral presentations.....	15
Session parallèle 1 : Système du Tiers Payant – suppression et exemptions	16
Session parallèle 2 : Incidences des Prestations des Services de Santé	21
Session parallèle 2 : VIH/SIDA : Financement et politique	30
Session parallèle 2 : VIH/SIDA : Financement et rapportage des résultats de recherche.....	35
Session parallèle 2 : Préférences et volonté de payer	38
Plénière 3 : Analyse de la Rentabilité des Investissements Privés dans le Secteur de la Santé en Afrique	42
Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant	44
Session parallèle 3 : Conséquences des paiements directs.....	60
Session parallèle 3 : Soins maternels et qualité des soins	64
Session parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé	69
Session parallèle 4 : Assurance maladie communautaire et nationale.....	73
Session parallèle 4 : Recherche Economique et Politique pour Améliorer la lutte contre le Paludisme	77
Session parallèle 4 : VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé	81
Plénière 5 : Les nouveaux mécanismes internationaux de financement de la santé	85
Session parallèle 5 : Questions relatives à l'assurance et à la viabilité financière	88
Session parallèle 5 : Techniques et questions micro-économiques.....	92
Session parallèle 5 : Médicament : économie et politique	96
Session parallèle 6 : Nouvelles tendances et débats au sein des institutions internationales de financement de la santé.....	100
Session parallèle 6 : Financement des structures de santé, détermination des coûts et budgétisation des services de santé.....	103
Présentations en poster	112

Programme

Vue d'ensemble du programme

Lundi 9 Mars 2009			
17:00	Pré-enregistrement		
18:00			
Mardi 10 Mars 2009			
8:00	Enregistrement		
9:00			
Plénière N°1			
9:00	Grande Salle de conférence Adae Kesie		
11:00	Cérémonie officielle d'ouverture Discours d'ouverture par son Excellence le Vice Président de la République du Ghana, Mr John D Mahama		
11:00	PAUSE / PHOTO DE FAMILLE / PRESENTATION DES POSTERS		
11:30			
Session Parallèle N°1			
11:30	Salle : Adae Kesie	Salle : Hogbetsotso	Salle : Kundum
13:00	Système du Tiers Payant – suppression et exemptions	Incidence des Prestations de service de santé	Evaluation Economique
13:00	DEJEUNER		
14:00			
Session Parallèle N°2			
14:00	Salle : Adae Kesie	Salle : Hogbetsotso	Salle : Kundum
15:30	Financement et Politique	VIH/SIDA : Financement et rapportage des résultats des recherches	Préférences et volonté de payer
15:30	PAUSE / PRESENTATION DE POSTERS		
16:30			
Plénière 2			
16:30	Grande Sale de Conférence : Adae Kesie		
17:45	- George Dzakpallah - De l'appui sectoriel à l'appui budgétaire global : l'expérience Ghanaienne de la mise en commun, l'harmonisation et l'alignement - Ras Boateng - Le système national d'assurance maladie du Ghana : la conception, la mise en œuvre et les perspectives <i>Président: Dr Moses Adibo, ex-vice-ministre de la Santé, Ghana</i>		
	RECEPTION ET DINER D'ACCUEIL		

Mercredi 11 Mars 2009

Plénière N°3

8:30	Grande salle de conférence Adae Kesie
10:00	L'analyse de la rentabilité des investissements privés dans le secteur de la santé en Afrique <i>Organisation de la session : Alex Preker</i>

Plénière N°4

10:00	Grande salle de conférence Adae Kesie
11:00	PRESENTATION DE LA COMPETITION SUR LE SYSTEME DU TIERS PAYANT
11:00	PAUSE / PRESENTATION DE POSTERS
11:30	

Session parallèle N°3

11:30	Salle : Adae Kesie	Salle : Hogbetsotso	Salle : Kundum
13:00	Conséquences des paiements directs	Soins maternels et qualité des soins	Ressources humaines pour la santé
13:00	DEJEUNER		
14:00			

Session parallèle N°4

14:00	Salle : Adae Kesie	Salle : Hogbetsotso	Salle : Kundum
15:30	Assurance Maladie Communautaire et Nationale	Economie et politique de la recherche pour améliorer la lutte contre le paludisme	VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé
15:30	PAUSE / PRESENTATION DES POSTERS		
16:00			

Plénière N°5

16:00	Grande salle de conférence : Adae Kesie
17:00	Les nouveaux mécanismes de financement de la santé
17:15	Grande salle de conférence : Adae Kesie
18:45	ASSEMBLEE DE AfHEA
20:00	DINER DE GALA

Jeudi 12 Mars 2009

Plénière N°6

8:30	Grande sale de conférence : Adae Kesie
9:30	L'économiste de la santé en tant que membre de l'équipe de planification de la santé: le rôle de l'économie de la santé dans la conception, la planification et la mise en œuvre de la politique de santé en Afrique <i>Conférencier: Dr. Marty Makinen</i>

Session parallèle N°5			
9:30 11:00	Salle : Adae Kesie Assurance et moyens financiers	Salle : Hogbetsotso Techniques et question microéconomiques	Salle : Kundum Médicaments : économie et politique
11:00 11:30	PAUSE		
Session parallèle N°6			
11:30 13:00	Salle : Adae Kesie Nouvelles tendances et débats au sein du système international de financement de la santé	Salle : Hogbetsotso Financement des structures de santé, analyse des coûts et budgétisation des services de santé	Salle : Kundum Questions de recherche en Santé publique; la mesure de la santé ; les services de santé communautaires, les pratiques de prescription, et les déterminants
13:00 14:00	DEJEUNER		
Plénière N°7			
14:00	Grande salle de conférence		
15:00	Les maladies tropicales négligées: Les défis de son financement <i>Key note speaker: Jacqueline Leslie, Health Economist, Imperial College, London</i>		
15:00 16:00	PRESENTATION DES AWARDS ET CEREMONIE DE CLOTURE		

Programme détaillé

Mardi 10 Mars 2009

Plénière N°1		
9:00 11:00	Grande salle de conférence Aadae Kesie Cérémonie d'ouverture officielle Discours d'ouverture par son Excellence le Vice Président de la République du Ghana, Mr John D Mahama	
11:00 11:30	PAUSE / PHOTO DE FAMILLE / PRESENTATION DE POSTERS	
Session Parallèle N°1 (Mardi, 11:30 - 13:00)		
PS 01 / Salle : Aadae Kesie Système du Tiers Payant – suppression et exemptions		Exposant
PS 01/1	Système du tiers payant en Zambie : comportement et expériences des communautés et des prestataires de services de soins de santé <i>Mary Hadley, Collins Chansa, Mutale Chileshe, Henry Kansembe</i>	<i>Mary Hadley</i>
PS 01/2	Est-ce que la gratuité de l'accouchement et la politique de césarienne au Sénégal peuvent compenser les contraintes du système du tiers payant en santé de reproduction ? <i>Sophie Witter, Amadou Hassan Sylla, Thierno Dieng, Daouda Mbengue, Vincent de Brouwere, Isabelle Moreira</i>	<i>Daouda Mbengue</i>
PS 01/3	Changer ou ne pas Changer : Le Sort de l'Exemption du système du tiers payant sur les Groupes Vulnérables du Programme National d'Assurance Maladie <i>Mr. Patrick Apoya, Theophilus Ayugane, Elizabeth Awini</i>	<i>Patrick Apoya</i>
PS 01/4	Défis et évaluation des impacts de la politique de changement : le cas de la suppression des frais utilisateur de la Zambie <i>Barbara Carasso, Caesar Cheelo, Nicholas Chikwenya, Lucy Gilson, Dick Jonsson, Natasha Palmer, Chris Simoonga</i>	<i>Barbara Carasso</i>
PS 01 / Salle : Hoggbetsotso Incidences des Prestations des Services de Santé		
PS 01/5	Dépenses publiques en soins de santé en Afrique : analyse des incidences des prestations de services au Ghana, en Tanzanie & en Afrique du Sud <i>B. Garshong, J. Ataguba, F. Kessy, J. Borghi, D. McIntyre, F. Meheus</i>	<i>B. Garshong</i>
PS 01/6	Les impacts du statut socio-économique sur l'accès du patient au antiretroviraux au Malawi <i>Talumba Chilipaine-Banda, Eyob Zere, Bertha Simwaka, Amit Prasad, Erik Schouten, Ireen Makwiza</i>	<i>Talumba Chilipaine-Banda</i>
PS 01/7	Inégalités socio-économiques dans le traitement et la prévention du Paludisme dans le district de Tanga, Tanzanie <i>Fred Matovu, Faculty of Economics and Management, Makerere University, Kampala, Uganda</i>	<i>Fred Matovu</i>
PS 01 / Salle : Kundum Evaluation économique		
PS 01/8	Analyse coût/efficacité de la formation des médecins en chirurgie d'urgence comparé aux stratégies alternatives de formation pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso <i>Dr Sennen Hounton, Danielle Belemsaga, David Newlands, Nicolas Meda, Vincent de Brouwere</i>	<i>Dr Sennen Hounton</i>

PS 01/9	Evaluation Economique des Services d'Ambulance Aérien au KZN – Afrique du Sud <i>Emmanuelle Daviaud, M. Chopra</i>	<i>Emmanuelle Daviaud</i>
PS 01/10	Etude du coût de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans 3 associations de Bujumbura (Burundi) <i>Adrien Renaud, Dr Basenya Olivier</i>	<i>Dr Basenya Olivier</i>
PS 01/11	La contribution financière de l'Etat à la lutte contre l'onchocercose au Cameroun <i>Njournemi Zakariaou, Ntep Marcelline</i>	<i>Njournemi Zakariaou</i>
13:00 14:00	DEJEUNER	
Session parallèle N°2 (Mardi, 14:00 - 15:30)		
PS 02 / Salle : Adae Kesie		
Financement et politique		
PS 02/1	Amélioration de l'Equité dans les Subventions des Soins de Santé en Afrique du Sud <i>Heather McLeod</i>	<i>Heather McLeod</i>
PS 02/2	Financement équitable des Soins de Santé Primaires dans un Système Fiscal Fédéral : Nager à contre courant ? <i>Okore Okorafor</i>	<i>Okore Okorafor</i>
PS 02/3	Impact des Réseaux de Coordination et de Politique sur la Politique Nationale d'Assurance Maladie au Ghana <i>Gina Teddy</i>	<i>Gina Teddy</i>
PS 02 / Salle : Hogbetsotso		
VIH/SIDA : Financement et rapportage des résultats de recherche		
PS 02/4	Financement du VIH/SIDA et politique sanitaire en Afrique du Sud <i>C. Tsafack Temah</i>	<i>C. Tsafack Temah</i>
PS 02/5	Harmonisation et Conformité de l'Aide pour les progrès en matière de VIH/SIDA dans la Communauté de Développement de l'Afrique Australe depuis la Déclaration de Paris <i>Teresa Guthrie</i>	<i>Teresa Guthrie</i>
PS 02/6	Trop de bonnes choses ? Les effets des nouveaux mécanismes de financement du VIH/SIDA sur tout le système de performance <i>Karen A Grépin</i>	<i>Karen A Grépin</i>
PS 02 / Salle : Kundum		
Préférences et volonté de payer		
PS 02/7	Utilisation discrète des choix d'expériences pour provoquer les préférences pour les soins de santé maternelle au Ghana <i>Laura Ternent, Aba Daniels, David Newlands</i>	<i>David Newlands</i>
PS 02/8	Volonté de payer les Soins de Santé et les Antiretroviraux : témoignage de la Région Australe de Malawi <i>Tchaka Ndhlovu</i>	<i>Tchaka Ndhlovu</i>
PS 02/9	Perceptions et volonté de payer l'assurance maladie volontaire au Sud Est du Nigeria <i>Obinna Onwujekwe and Edit V. Velényi</i>	<i>Obinna Onwujekwe</i>
15:30 16:30	PAUSE/PRESENTATION DE POSTERS	

Plénière N°2, Mardi	
16:30	Grande salle de conférence : Adae Kesie
17:45	- George Dzakpallah - De l'appui sectoriel à l'appui budgétaire global : l'expérience Ghanaienne de la mise en commun, l'harmonisation et l'alignement - Ras Boateng - Le système national d'assurance maladie du Ghana : la conception, la mise en œuvre et les perspectives <i>Président: Dr Moses Adibo, ex-vice-ministre de la Santé, Ghana</i>
RECEPTION ET DINER D'ACCUEIL	

Mercredi 11 Mars 2009

Plénière N°3, Mercredi		
8:30	Grande salle de conférence : Adae Kesie	
10:00	L'analyse de la rentabilité des investissements privés dans le secteur de la santé en Afrique <i>Organisation de la session : Alex Preker</i>	PLUS réponse de Max Lawson, OXFAM UK
Plénière N°4, Mercredi		
10:00	PRESENTATION DE LA COMPETITION SUR LE SYSTEME DU TIERS PAYANT	
11:00		
PL 04/1	Le juste prix pour la santé! <i>Aida Zerbo</i>	<i>Aida Zerbo</i>
PL 04/2	Etude socio-économique sur les coûts et sur l'accessibilité financière des populations aux soins de santé à l'Est du Tchad. <i>Morbé Mbaïnadjina Ngartelbaye, Dr Itama Mayikuli Christian, M. Naïbei Mbaïbardoum Nathan</i>	<i>Morbé Mbaïnadjina Ngartelbaye</i>
PL 04/3	Système du tiers payant en Afrique : de la Théorie à la pratique, les prochaines étapes <i>Araoyinbo, Idowu D., Ataguba, John E.</i>	<i>Araoyinbo</i>
PL 04/4	Système du tiers payant en Afrique. <i>Anne Kangethe</i>	<i>Anne Kangethe</i>
PL 04/5	Lorsque le système du tiers payant devient une nécessité pour la vie : rôle de la politique en Ouganda <i>Charles Birungi</i>	<i>Charles Birungi</i>
11:00	PAUSE / PRESENTATION DE POSTERS	
11:30		
Session parallèle N°3 (Mercredi, 11:30 - 13:00)		
PS 03 / Salle : Adae Kesie		
Conséquences des paiements directs		
PS 03/1	Examen de l'incidence coût bénéfice du traitement aux antiretroviraux subventionné au sud est du Nigeria <i>Obinna Onwujekwe, Nkem Dike, Benjamin Uzochukwu, Chinwe Chukwuka, Chima Onoka, Anselem Onyedum</i>	<i>Obinna Onwujekwe</i>
PS 03/2	Le poids économique du Paludisme au Kenya : une enquête ménage <i>Urbanus Kioko</i>	<i>Urbanus Kioko</i>
PS 03/3	Impact du programme d'assurance maladie communautaire sur les frais des ménages pour la livraison institutionnelle dans le district de Nouna, Burkina Faso <i>Dr Sennen Hounton, David Newlands</i>	<i>Dr Sennen Hounton</i>

PS 03 / Salle : Hogbetsotso		
Soins maternels et qualité des soins		
PS 03/4	Evaluation d'un processus qualité au niveau communautaire : Programme Santé USAID Keneya Ciwara 2003 – 2008 <i>Oumar Ouattara, Kwamy Togbey, Uwe Korus</i>	<i>Oumar Ouattara</i>
PS 03/5	Les effets de la morbidité maternelle sur la productivité : une enquête de ménage au Ghana <i>David Newlands, Paul McNamee, Cornilius Chikwama, Felix Asante</i>	<i>Felix Asante</i>
PS 03/6	Evaluation économique de la politique d'exemption des frais d'accouchement sur les résultats de la santé maternelle et Infantile au Ghana <i>Karen A Grépin</i>	<i>Karen A Grépin</i>
PS 03 / Salle : Kundum		
Ressources humaines pour la santé		
PS 03/7	Compléments de distribution de soins et émigration du personnel de la santé de l'Afrique <i>Eric Keuffel</i>	<i>Eric Keuffel</i>
PS 03/8	Evaluation de la Motivation du Travailleur de la Santé dans les Hôpitaux Préfectoraux au Kenya <i>Patrick Mbindyo, Dr. Duane Blaauw, Prof. Lucy Gilson, Dr. Mike English</i>	<i>Patrick Mbindyo</i>
PS 03/9	Structure de rémunération et de motivation des travailleurs de la santé au Burkina Faso <i>F. Y. Bocoum, S. Kouanda, R. Guissou, C. Dao/Diallo, B. Sondo</i>	<i>F. Y. Bocoum</i>
13:00 14:00	DEJEUNER	
Session parallèle N°4 (Mercredi, 14:00 - 15:30)		
PS 04 / Salle : Adae Kesie		
Assurance Maladie Communautaire et Nationale		
PS 04/1	Dispositions contractuelles entre les structures d'assurance maladie communautaires et les prestataires de services de soins de santé pour améliorer la qualité des soins : aperçu de la situation en Afrique sub-saharienne <i>Ndiaye Pascal, Lefèvre Pierre, Vanlerberghe Veerle, Criel Bart</i>	<i>Ndiaye Pascal</i>
PS 04/2	De l'assurance maladie communautaire à l'assurance maladie nationale : Une nouvelle approche de l'assurance maladie sociale en Afrique ? <i>Bocar M Daff, Naomi Tlotlego, Chris Atim, A Adomah</i>	<i>Bocar M Daff</i>
PS 04/3	Financement des patients externes - expérience du Kenya <i>Chacha Marwa</i>	<i>Chacha Marwa</i>
PS 04 / Salle : Hogbetsotso		
Economie et politique de la recherche pour améliorer la lutte contre le paludisme		
<i>Session organizer: Catherine Goodman</i>		
PS 04/4	Distribution gratuite ou partage des coûts ? Témoignage d'une Expérience Aléatoire de Prévention du Paludisme <i>Jessica Cohen and Pascaline Dupas</i>	<i>Jessica Cohen</i>

PS 04/5	Piloter la subvention globale : L'impact des distributions subventionnées des thérapies combinées à base d'artémisinine par les pharmacies privées sur la prise du consommateur et les prix au détail dans les zones rurales de la Tanzanie <i>Oliver Sabot, Alex Mwita, Margareth Ndomondo-Sigonda, Justin Cohen, Megumi Gordon, David Bishop, Moses Odhiambo, Yahya Ipuge, Lorraine Ward, Catherine Goodman</i>	<i>Catherine Goodman</i>
PS 04/6	Importance de la gestion stratégique dans la mise en oeuvre des programmes de vente en détail des médicaments : étude de cas dans trois préfectures au Kenya <i>Timothy Abuya, Greg Fegan, Abdinasir Amin, Abdisalan Noor, Sassy Molyneux, Simon Akhwale, Robert Snow, Lucy Gilson, Vicki Marsh</i>	<i>Timothy Abuya,</i>
PS 04 / Salle : Kundum		
VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé		
PS 04/7	Prévision des dépenses pour la mise à niveau de l'ART dans le traitement du VIH/SIDA dans le secteur public et privé au Kenya <i>Korir, J and Kioko, U.</i>	<i>Korir, J</i>
PS 04/8	Calcul des dépenses en matière de VIH/SIDA en Afrique : étude comparative dans tous les pays <i>Urbanus Kioko, Urbanus Kioko, Teresa Guthrie</i>	<i>Teresa Guthrie</i>
PS 04/9	Allocation de ressources pour le VIH/SIDA au Ghana ~ Conformité avec les Priorités Stratégiques Nationales <i>Asante, F., Pokuu, A., Ahiadeke, C., Guthrie, T.</i>	<i>Asante, F.</i>
15:30 16:00	PAUSE / PRESENTATION DE POSTERS	
Plénière N°5, Mercredi		
16:00 17:30	Grande salle de conférence : Adaye Kesie Les nouveaux mécanismes de financement de la santé	
PL 05/1	Attribution des ressources pour le VIH/SIDA en Afrique Australe – Est ce que les fonds sont conformes aux Priorités Stratégiques Nationales ? Une étude comparative dans tous les pays <i>Guthrie, T., Kioko, U., Chitama, D., Banda, P., Chitsomia, A., Madadume, B.</i>	<i>Guthrie, T.</i>
PL 05/2	Est-ce que les initiatives actuelles de réduction de la dette sont une option pour renforcer le financement de la santé dans les pays bénéficiaires ? <i>Mr Miloud Kaddar, Ms Eliane Furrer</i>	<i>Miloud Kaddar</i>
PL 05/3	Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé: la clé des défis de financement <i>Dr Ravindra P., Rannan-Eliya</i>	<i>Dr Ravindra P.</i>
17:30 19:00	Grande salle de conférence : Adaye Kesie ASSEMBLEE DE AfHEA	
20:00	DINER DE GALA	

Jeudi 12 Mars 2009

Plénière N°6, Jeudi		
8:30	Grande salle de conférence : Adae Kesie	
9:30	L'économiste de la santé en tant que membre de l'équipe de planification de la santé: le rôle de l'économie de la santé dans la conception, la planification et la mise en œuvre de la politique de santé en Afrique <i>Key note speaker: Dr. Marty Makinen</i>	
Session parallèle N°5 (Jeudi, 09:30 - 11:00)		
PS 05 / Salle : Adae Kesie		
Assurance et moyens financiers		
PS 05/1	La distance influence les effets de la suppression des barrières financières à l'accès au soins : résultats d'un essai randomisé contrôlé au Ghana <i>Evelyn Ansah, Kara Hanson, Solomon Narh Bana, Brian Greenwood, Anne Mills, Christopher Whitty</i>	<i>Evelyn Ansah</i>
PS 05/2	Une comparaison de l'exemption de frais et de l'assurance maladie pour permettre l'accès aux soins cliniques primaires pour les enfants de moins de cinq ans au Ghana <i>Richard A Nagai, Irene Akua Agyepong</i>	<i>Irene Akua Agyepong</i>
PS 05/3	Coût du programme Santé Pour Tous dans les zones rurales de la Tanzanie et du Ghana et implication de la tarification des primes d'assurance maladie <i>Joel Negin, Maame Nketsiah, Samuel Afram, Eric Akosah, Deusdedit Mjungu, Gerson Nyadzi</i>	<i>Joel Negin</i>
PS 05 / Salle : Hogbetsotso		
Techniques et questions microéconomiques		
PS 05/4	Effets de substitution dans les demandes des ménages pour les moustiquaires imprégnés dans une zone rurale du Sud de la Mozambique <i>Claire Chase, Elisa Sicuri, Charfudin Sacoor, Ariel Nhacolo, Clara Menéndez</i>	<i>Claire Chase</i>
PS 05/5	Optimiser les bénéfices d'efficacité – Une analyse de la situation de l'efficacité technique des hôpitaux au Ghana <i>Caroline Jehu-Appiah, Frank Nyonator, Martin Adjuik, Selassi D'Almeida, James Akazili, Charles Acquah, Eyob Zere</i>	<i>Caroline Jehu-Appiah</i>
PS 05/6	Est-ce que le Programme National d'Assurance Maladie du Ghana prend en compte le risque moral ? Une approche qui utilise une estimation de compatibilité <i>Eugenia Amporfu</i>	<i>Eugenia Amporfu</i>
PS 05/7	Une étude empirique de la demande en Cigarettes au Kenya : Nouvelle perspective de politique de la santé <i>Scholastica Achieng Odhiambo</i>	<i>Scholastica Achieng Odhiambo</i>
PS 05 / Salle : Kundum		
Médicament : économie et politique		
PS 05/8	Fournir des médicaments essentiels à prix abordable aux ménages Africains : Les politiques et institutions manquantes pour le contrôle des prix <i>Ebenezer Kwabena</i>	<i>Ebenezer Kwabena</i>

PS 05/9	Les coûts économiques liés à la prescription irrationnelle des médicaments aux enfants : Implications pour la réduction de la mortalité infantile au Sud Est du Nigeria <i>BSC Uzochukwu, Dr BSC Uzochukwu, Onwujekwe OE, Nwobi EA, Ezeoke U, Chukwuogo OI.</i>	<i>BSC Uzochukwu</i>
PS 05/10	Les pharmaciens autorisés - une ressource pour la détection des cas de tuberculose. <i>Dr. Obi, Ikechukwu Emmanuel, Professor Onwasigwe C. N.</i>	<i>Dr. Obi</i>
11:00 11:30	PAUSE	
Session parallèle N°6 (Jeudi, 11:30 - 13:00)		
PS 06 / Salle : Adae Kesie		
Nouvelles tendances et débats au sein des institutions internationales de financement de la santé		
PS 06/1	Vers des systèmes équitables et durables de financement de la santé par le biais des efforts internationaux coordonnés. Pistes proposées de l'initiative de Fourniture des Soins de Santé <i>Dr. Varatharajan Durairaj</i>	<i>Dr. Varatharajan Durairaj</i>
PL 05/2	Priorités Africaines en matière de santé et nouveaux mécanismes de financement de la santé <i>Moustapha Sakho</i>	<i>Moustapha Sakho</i>
PS 06/3	Peut on sevrer les pays Africains du financement des bailleurs de fonds? <i>Joses Muthuri Kirigia & Alimata J. Diarra-Nama</i>	<i>Joses M. Kirigia</i>
PS 06 / Salle : Highbetsotso		
Financement des structures de santé, analyse des coûts et budgétisation des services de santé		
PS 06/4	Costing et planification des ressources dans le cadre de la mise en oeuvre de la stratégie de renforcement du système de santé en RDC <i>Dieudonné KWETE, Narcisse TONA, Mathias MOSSOKO</i>	<i>Dieudonné KWETE</i>
PS 06/5	Evaluation de la mise en oeuvre et des effets du financement direct dans les centres de santé et les dispensaires sur la Province de la Côte au Kenya <i>Catherine Goodman, Antony Opwora, Margaret Kabare and Sassy Molyneux</i>	<i>Catherine Goodman</i>
PS 06/6	Estimation des coûts de ménage des soins de santé pour les enfants ayant un poids insuffisant à la naissance dans une zone rurale dans le Sud du Mozambique <i>Elisa Sicuri, Claire Chase, Ariel Nhacolo, Charfudin Sacoor, Delino Nhalungo, Maria Maixenchs, Clara Menéndez</i>	<i>Elisa Sicuri</i>
PS 06 / Salle : Kundum		
Questions de recherche en Santé publique; la mesure de la santé ; les services de santé communautaires, les pratiques de prescription, et les déterminants		
PS 04/7	Les défis de l'évaluation de la nécessité des soins de santé dans les enquêtes de ménage <i>F. Meheus, D. McIntyre, M. Aikins, J. Goudge</i>	<i>F. Meheus</i>
PS 04/8	Programme de contrôle de l'onchocercose parmi les communauté agricoles dans l'Etat de Benue : une évaluation des distributeurs communautaires de l'ivermectin dans le Centre Nord du Nigeria. <i>Umeh, J.C. and Amuta, R.</i>	<i>UMEH, J.C.</i>
PS 04/9	Inégalité dans la couverture de vaccination des enfants au Sud Est du Nigeria <i>Pharm. Nzewi Ifeoma, Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Ezeoke U, Chukwuogo OI</i>	<i>Nzewi Ifeoma</i>

PS 04/10	Santé Infantile au Nigeria : Une enquête empirique sur les déterminants <i>Ataguba, John E; Ichoku, Hyacinth E; and Okorafor, Okore</i>	<i>Ataguba, John E</i>
13:00 14:00	PAUSE	
Plénière N°7, Jeudi		
14:00 15:00	Grande salle de conference : Adae Kesie Titre provisoire: Les maladies tropicales négligées: Les défis de son financement <i>Key note speaker: Jacqueline Leslie, Health Economist, Imperial College, London</i>	
15:00 16:00	PRESENTATION DES AWARDS ET CEREMONIE DE CLOTURE	

Oral presentations

Session parallèle 1 : Système du Tiers Payant - suppression et exemptions

PS 01/1

Système du Tiers Payant en Zambie : Comportement et expériences des prestataires de soin de santé communautaire

Mary Hadley¹, Collins Chansa²

¹ Independent researcher

² Ministry of Health, Lusaka, Zambia

But et Objectifs

En Zambie, le système du tiers payant a été supprimé en Avril 2006 dans les centres ruraux et en Juillet 2007 dans les centres préurbains. Des informations préliminaires collectées pendant des visites inopinées aux structures de santé prouvent que les tendances à l'utilisation des structures seules ne donnent pas suffisamment de détails sur les effets de la mise en oeuvre de la suppression de la politique du tiers payant pour guider une politique future, que ce soit au niveau régional ou national. Une étude quantitative est en cours pour donner une compréhension plus détaillée de l'impact de la suppression du système du tiers payant au centre de santé au niveau individuel.

Méthodologie

La présence des structures payantes et non payantes qui fournissent des services aux mêmes populations exige une comparaison. Les structures urbaines et celles situées proches des frontières nationales sont également incluses dans l'étude. La conception de l'étude est transnationale et descriptive utilisant une série de méthodes quantitatives qui comprend l'utilisation des informateurs clés pour orienter la direction de la collecte des données ; des interviews détaillées dans les structures de santé et dans les ménages ; des discussions en groupe avec les principaux acteurs ; et les observations au sein des structures de santé et dans les ménages. Des thèmes et des concepts sont identifiés et la validation des données identifie uniquement ces concepts qui peuvent être validés par la combinaison des sources de données.

Résultats

L'exposé comprend un examen des impacts de la suppression du système du tiers payant sur les prestataires de service de santé lié au volume de travail et des revenus disponibles et la qualité des soins qu'ils fournissent. Des détails seront présentés sur le travail effectué quotidiennement et sur les comportements des assistants volontaires et du personnel de la santé du voisinage. Enfin, le comportement et les expériences du malade qui visite les structures de santé ou les prestataires alternatifs et qui utilise les conseils et traitements des individus et des ménages en relation avec le système du tiers payant seront décrits.

PS 01/2

Est-ce que la gratuité de l'accouchement et la politique de césarienne au Sénégal peuvent compenser les contraintes du système du tiers payant en santé de reproduction ?

Sophie Witter¹, Amadou Hassan Sylla², Thierno Dieng³, Daouda Mbengue⁴, Vincent de Brouwere⁵, Isabelle Moreira⁶

¹ Research Fellow, Impact, Health Sciences Building, Foresterhill, Aberdeen

² CEFOREP research coordinator

³ Health economist consultant, CEFOREP

⁴ National Reproductive Health Program Officer, UNFPA Dakar

⁵ Professor, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp

Objectif : L'objectif de cet exposé est de partager avec d'autres participants comment le système du tiers payant constitue une barrière à l'accès aux services de santé maternelle au Sénégal.

Cet article présente les résultats d'une évaluation de la politique de la Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne (FDCP) au Sénégal. La politique a été introduite dans cinq régions pauvres en 2005 et en 2006, elle a été étendue aux hôpitaux régionaux dans toutes les régions sauf la capitale (Dakar). L'objectif de la politique est de réduire les barrières financières aux services de soins maternels et ainsi augmenter le taux d'accouchement supervisé et réduire la mortalité maternelle. L'évaluation a été menée en 2006-7. Elle est composée de quatre composantes de recherche : une analyse financière des dépenses de la politique et le financement à grande échelle de la santé dans des structures sanitaires sélectionnées dans cinq préfectures, dans les cinq régions et dans le pays tout entier ; 54 principales interviews du niveau national au niveau des structures ; 10 discussions de groupe de réflexion et 8 interviews détaillées dans cinq préfectures dans les régions FDCP ; et une analyse basée sur des informations collectées dans les registres cliniques sur 761 principales interventions obstétriques.

L'évaluation a découvert que des progrès significatifs en matière d'utilisation ont été réalisés dans les accouchements normaux (de 40% à 44% des accouchements attendus dans les zones FDCP en 2004-5) et des taux de césarienne (évoluant de 4,2% à 5,6% dans les zones FDCP). L'utilisation des données d'évaluation, le coût par césarienne *supplémentaire* dans le cadre de la politique est de \$382 et le coût par accouchement normal supervisé *supplémentaire* est de \$55. Afin de réaliser cependant son potentiel total, il nécessite des systèmes améliorés de planification et d'allocation de ressources, et de nouveaux canaux pour rembourser les structures de bas niveau. Sans ceci, les structures seront en mesure de continuer à agir de façon opportuniste pour reconstituer les revenus perdus. Il est également important que tous les accouchements compliqués (pas seulement les césariennes) soient inclus dans l'ensemble des services. Dans le cas du Sénégal, une stratégie complémentaire d'investissement dans les structures et le personnel est également nécessaire pour faciliter un accès géographique plus large et améliorer les services.

Mots Clés : Accouchement ; césarienne ; Sénégal ; exemptions ; évaluation ; coût-efficacité

PS 01/3

Changer ou ne pas changer : Le Sort de la Exemption du système de tiers payant pour les groupes vulnérables dans le cadre de l'Assurance Maladie Nationale

Mr. Patrick Apoya¹, Theophilus Ayugane², Elizabeth Awini³

¹ Community Partnerships for Health and Development

² Royal Netherlands Embassy, Accra, Ghana

² Dodowa Health Research Centre, Dodowa, GAR

L'utilisation inadéquate des structures de santé due aux contraintes financières créées par l'imposition du système du tiers payant a conduit à des taux élevés de mortalité, principalement parmi les enfants moins de cinq ans et les femmes. La dispense de paiement des tiers payant dans les structures de santé publique pour certains groupes de la population, et la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Nationale sont les principales politiques sociales que le Gouvernement du Ghana a mise en œuvre pour régler le problème. Ces deux régimes évoluent ensemble ou de façon individuelle pour réduire le problème créé par le système du tiers payant. Cependant, il n'a pas été possible d'établir de façon adéquate l'envergure réelle du poids financier des soins de santé que ces deux régimes aident à soulager auprès des ménages au Ghana. Cet exposé a traité des questions liées à l'envergure auquel :

- Le partage des coûts totaux de soins de santé pour les groupes dispensés est financé uniquement par les régimes d'exemption, ce qui permet une performance optimale ou une addition de l'assurance maladie.
- Les dispensés et l'assurance maladie comme des mécanismes de financement sont fiables en terme de couverture de la population, de facilité d'accès, de la continuation des services, de la pérennisation, de l'équité et de la satisfaction des bénéficiaires.

Des questionnaires structurés ont été distribués à 223 ménages dans la préfecture de Nkoranza pour obtenir des informations sur les membres dans les groupes dispensés qui ont visité les centres de santé pendant la période de Novembre 2005 à Novembre 2006. Toutes les structures de santé qui ont connu la visite par un membre du groupe dispensé ont été visitées pour étudier le registres des malades et obtenir des informations sur les différents services fournis, les coûts des différents services et comment ces coûts ont été financés, ce qui a impliqué des registres de 308 malades.

Sur les 306 membres du groupe dispensé enregistrés dans les ménages, 66,7% ont été inscrits dans le Régime d'Assurance Maladie de la Préfecture de Nkoranza alors que 33,3% ne sont pas assurés. Le pourcentage total du fardeau financier légitime payable par l'assurance est de 89,57%, et le fardeau financier actuel supporté par l'assurance est de 88,21%, avec un taux d'efficacité de 98,5%. Le fardeau financier présentement supporté par ceux qui sont dispensés est seulement de 0,7%, au lieu de 89,1% des coûts légitimes de couverture, traduits en un taux d'efficacité de 0,8%.

Dans le cadre de la mise en œuvre idéale des deux régimes, la valeur additionnelle de l'assurance maladie sur les dispenses serait une marge de 0,56%, mais, dans des conditions actuelles de mise en œuvre, ceci a augmenté de 89,5%. Cette étude a donné des arguments irréfutables pour la re-conception des régimes de dispense, étant donné que sa valeur potentielle est élevée, alors que la conception et la mise en œuvre actuelle génèrent seulement 0,8% de cette valeur potentielle.

PS 01/4

Défis de l'évaluation de l'impact des changements politiques : le cas de la suppression du système du tiers payant en Zambie

Barbara Carasso¹, Caesar Cheelo², Nicholas Chikwenya³, Lucy Gilson⁴, Dick Jonsson², Natasha Palmer¹, Chris Simoonga³

¹ London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK

² University of Zambia, Lusaka, Zambia

³ Ministry of Health, Lusaka, Zambia

⁴ University of Cape Town, Cape Town, South Africa

Contexte

A la suite de l'exemple donné plus tôt sur les autres pays Africains, la Zambie a décidé de supprimer en 2006 le système de tiers payant dans les structures de soins de santé primaires dans les zones rurales. En 2007, cette politique a été étendue pour couvrir les zones péri-urbaines. Au même moment, il y avait un vif débat et une différence de points de vue quant à ce qui concerne la suppression ou non du système du tiers payant. 2006 a été également une année spécialement mouvementée en Zambie, caractérisée par plusieurs réformes politiques et économiques qui ont directement affectées le système sanitaire. Afin de faire une analyse des principaux facteurs qui sous tendent cette décision politique et ses impacts, il faudra tout d'abord avoir une compréhension générale et disposer de la documentation sur le contexte au niveau international et national.

Objectif

Décrire le débat qui se mène actuellement au niveau international sur la suppression du système de tiers payant au cours des années ; ce qui a conduit au changement de politique du système du tiers payant en Zambie (2006), et étudier les documentations détaillées d'autres événements importants qui ont eu lieu au niveau national au cours de la période 2005-2007.

Méthodologie

Une étude détaillée des documents clés et des données existantes sur les débats au niveau international sur la rétention et la suppression du système de tiers payant sera terminée. Cette étude aura pour point de mire les documents de politique publiés par les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux et l'analyse faite par les médias.

Une combinaison d'analyse des documents de politique et des rapports d'évaluation et des interview avec les acteurs clés – y compris les informateurs du gouvernement, les ONG et la communauté des bailleurs de fonds – seront utilisés par élucider les évènements clés qui se sont produits en Zambie au cours de cette période.

Résultats

Les données sont en train d'être collectées. L'exposé décrira une chronologie des principaux évènements et identifiera les acteurs clés et les facteurs qui ont un impact sur le débat sur le système du tiers payant au niveau international. Au même moment, les évènements clés qui ont eu lieu en Zambie pendant cette période sur les changements de politique seront décrits. Des conclusions seront tirées sur les défis de l'évaluation de l'impact de la politique contre ces "bruits " de fond.

Session parallèle 2 : Incidences des Prestations des Services de Santé

PS 01/5

Dépenses Publiques pour les soins de santé en Afrique : une analyse de l'incidence des avantages sociaux au Ghana, en Tanzanie et en Afrique du Sud

B. Garshong¹, J. Ataguba², F. Kessy³, J. Borghi^{3,4}, D. McIntyre², F. Meheus⁵

¹ Ghana Health Services, Accra, Ghana

² Health Economics Unit, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

³ Ifakara Health Research and Development Centre, Dar Es Salaam, Tanzania

⁴ London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom

⁵ Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium and Royal Tropical Institute, Amsterdam, The Netherlands

Objectifs : Le subventionnement des soins de santé par les fonds publics pourra améliorer l'accès au soin de santé et le bien être financier des ménages par la réduction des dépenses payées directement. Cependant, des preuves ont montré que les subventions des soins de santé public ne sont pas bien ciblées vers les groupes de populations les moins nantis. Cet exposé étudie la répartition des dépenses publiques sur les soins de santé parmi les individus classés selon le niveau de vie dans trois pays Africains à l'aide de l'analyse de l'incidence sur les avantages sociaux.

Méthodologie : L'analyse de l'incidence des avantages sociaux combine les informations sur le coût de prestation des services de santé et leur utilisation pour évaluer la répartition des avantages sociaux des dépenses publiques entre les individus classés par certaine mesure de niveau de vie. La subvention publique reçue par un individu pour un service spécifique est calculée en multipliant l'utilisation du service par son coût unitaire et en soustrayant tout paiement que l'individu a effectué pour bénéficier du service.

Les données sur l'utilisation, les besoins et les dépenses directes des soins de santé ont été collectées à l'aide d'une enquête de ménage organisée dans chaque pays. Les individus ont été classés en quintiles sur la base d'un indice composé développé par l'utilisation de l'analyse des composants principaux. Les coûts unitaires parmi les services et structures de santé ont été collectés auprès des sources secondaires telles que les comptes nationaux sur la santé et ont été complétés par des études d'estimation de coût lorsqu'elles sont disponibles. Les besoins sont basés sur l'auto évaluation du statut sanitaire.

Résultats : La répartition des subventions pour la santé publique sur les quintiles et les désagrégée par les différents types de soins (exemple : soins hospitaliers, non hospitaliers) sera présentée pour chaque pays. L'inégalité dans l'utilisation des soins

de santé publique est évaluée avec l'indice de concentration et comparée à la nécessité pour les soins de santé d'évaluer le degré d'inégalité horizontale.

Il est prévu que dans les pays ayant une assurance maladie qui couvre une grande proportion de la population tel que le Ghana, ou dans des pays ayant un financement substantiel par les impôts et un système limité de tiers payant ou pas de système de tiers payant du tout, tel que l'Afrique du Sud, les subventions des soins de santé public seront plus progressivement distribuées entre les groupes socio-économiques.

PS 01/6

Les barrières à la Thérapie Antirétrovirale au Malawi : une évaluation des inégalités socio-économiques

Talumba Chilipaine-Banda¹, Eyob Zere², Bertha Nhlema-Simwaka¹, Erik Schouten³, Ireen Makwiza-Namakhoma¹

¹ Research for Equity and Community Health (REACH) Trust

² World Health Organization

³ Ministry of Health, P.O Box 30377, Lilongwe, Malawi.

Contexte : En dépit du fait que l'accès aux services de santé soit gratuit au point de prestation de service, les preuves montrent que les pauvres du Malawi attendant longtemps, reçoivent peu de médicaments et paient plus contrairement à ce qui ne sont pas pauvres. Ces conditions sont pires pour les populations vivant dans les zones rurales très éloignées. Pour un pays dont le taux de prévalence du VIH/SIDA est très élevé, la situation serait pire pour les maladies sous Thérapie Antirétrovirale (ART) dont le coût, la distance et les temps d'attente sont soulignés comme étant des barrières à l'acceptation du traitement.

Méthodologie : Cette étude a mené des interview parmi les maladies sous ART à l'aide des questionnaires structures. Les données ont été collectées dans deux préfectures du Malawi, notamment Lilongwe et Rumphi. Au total, 947 malades sous ART ont été interviewés sur presque tous les sites de fourniture des ART dans ces deux préfectures. Des informations ont été collectées sur les caractéristiques démographiques et de ménage des malades et sur leurs biens. L'Analyse de la Composante Principale (PCA) a été utilisée pour obtenir les indices des biens et de quintile de richesse parmi les malades sous ART. L'analyse a été menée à l'aide de STATA SE 10.1.

Résultats : Sur la base des quintiles de richesse, il y a eu une grande différence entre les deux extrême de quantiles de richesse – les plus pauvres 20% et les plus riches 20%. Les plus pauvres, 20% voyagent sur une distance plus longue pour atteindre une structure de santé contrairement aux plus riches, 20%. D'autres parts, les plus pauvres, 20% ont a payer des frais de transport plus élevé et en moyenne prennent plus temps de voyage pour atteindre la structure de santé contrairement aux plus riches, 20%. Les plus pauvres, 20% venant des zones rurales voyagent de longue

distance, paient des frais de transport élevé et prennent beaucoup plus de temps pour atteindre les structures de santé contrairement aux plus pauvres, 20% des zones rurales.

Conclusion: Les résultats prouvent que le traitement actuel ARV est inéquitable. Il est par conséquent impératif que le gouvernement développe de nouveaux mécanismes de traitement qui permettraient les pauvres et les groupes vulnérables d'avoir accès au traitement à coût réduit. Le gouvernement doit, par exemple, augmenter le nombre de cliniques qui travaillent dans les zones rurales ou adopter le système de cliniques mobiles.

PS 01/7

Inégalités socio-économiques dans le traitement et la prévention du paludisme dans la Préfecture de Tanga, Tanzanie

Fred Matovu, Faculty of Economics and Management, Makerere University, Kampala, Uganda

Abstract

Des études ont montré que le fardeau du paludisme demeure lourd principalement dans les zones à faible revenu. Des mesures efficaces de lutte contre le paludisme telles que les moustiquaires imprégnées (ITNs) et la thérapie de combinaison antipaludéenne (ACTs) ont été renforcées mais très peu d'information circulent à propos de leur dimension d'égalité. En plus, des études empiriques sur les inégalités en matière d'accès et d'utilisation des mesures de lutte contre le paludisme ont tendance à adopter une approche d'analyse quantitative et examinent rarement les perspectives de la communauté sur les causes probables des inégalités. Cette étude essaie d'examiner ce déficit par l'analyse de l'ampleur des inégalités liées à l'accès, à l'utilisation et aux dépenses pour le traitement et la prévention du paludisme, à l'aide des données collectées auprès de la préfecture de Tanga, Tanzanie. Elle a également examiné les perspectives communautaires sur les barrières à l'accès et à l'utilisation des ITNs et aux antipaludéens.

Des données ont été collectées par une enquête de ménage dans 1603 ménages (863 ménages dans les zones rurales et 740 dans les zones urbaines) et 16 discussions en groupe de réflexion (FGD) dans les zones rurales et urbaines. Les inégalités en matière de traitement et de prévention du paludisme ont été analysées à l'aide des mesures bidimensionnelles et des modèles de régression multidimensionnels dans les groupes socio-économiques, sur la base des indices de richesses et de biens et du niveau d'instruction et de la localité ? Les données FGD ont fait l'objet d'analyse de contenu des manuels.

Les résultats ont montré que ces inégalités dans l'utilisation des ITNs et dans l'obtention des antipaludéens (AMs) ont favorisé les moins pauvres dont la population était la plus grande dans les zones rurales. L'utilisation des ITNs dans les zones rurales et urbaines et par tranche d'âge n'a pas pu atteindre les objectifs du RBM de 80% de couverture, cependant, les ménages dépensent plus de 4 fois pour

d'autres stratégies de prévention telles que répulsifs que sur les moustiquaires. La majorité des moustiquaires utilisées n'ont pas été traitées au cours des six derniers mois. Seuls 38% des ménages ont utilisé une moustiquaire imprégnée comparés au 80% qui n'ont pas de moustiquaires. L'accès aux structures de soins de santé de recours est faible dans les zones rurales. Bien que les détaillants soient une source principale de traitement pour les ménages dans les zones rurales, et les pauvres, très peu de maladies reçoivent les AMs auprès de ces sources. Le manque d'argent constitue une barrière principale à l'obtention des AM et à l'utilisation des ITNs.

Il est nécessaire de promouvoir le traitement par les moustiquaires et l'utilisation des ITNs principalement dans les zones rurales et pour les enfants de moins de 5 ans. La distribution gratuite en masse des ITN doit être renforcée et la subvention des ITN pour les femmes enceintes doit être étendue pour couvrir les enfants de moins de 5 ans. Les structures rurales doivent être mieux équipées pour gérer les cas graves de paludisme et les AM subventionnés doivent être disponibles dans les structures privées de santé, améliorer la couverture et promouvoir l'égalité.

Session parallèle 1 : Evaluation Economique

PS 01/8

Analyse de la rentabilité de la formation des médecins en chirurgie d'urgence comparée aux stratégies de formation alternatives pour l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux urgents au Burkina Faso

Hounton Sennen¹, Danielle Belemsaga², Newlands David³, Meda Nicolas^{2,4}, De Brouwere Vincent⁵

¹ University of Aberdeen, Scotland, UK & WHO Multi Disease Surveillance Centre (shounton.muraz@fasonet.bf)

² Centre MURAZ, Burkina Faso

³ University of Aberdeen, Scotland, UK (d.newlands@abdn.ac.uk)

⁴ University of Ouagadougou, Burkina Faso (nmeda.muraz@fasonet.bf)

⁵ Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium and Institut de Recherche pour le Développement INAS, Rabat, Morocco (VDBrouwere@itg.be)

Objectifs :

L'objectif de cet exposé est d'évaluer la rentabilité d'une stratégie de formation des médecins au niveau de la préfecture comparée à des stratégies alternatives.

Méthodologie :

Des formulaires d'extraction des données ont été utilisés pour systématiquement collecter des données sur les opérations de césarienne qui ont été réalisées en 2004 et 2005 dans les centres hospitaliers préfectoraux de 6 sur les 13 régions sanitaires du Burkina Faso. L'efficacité de ces opérations a été évaluée à l'aide des taux de mortalité post césariennes (hémorragie, infections, et fil chirurgical desserré) des mères et des nouveaux nés. Une approche macro a été utilisée pour établir le coût d'une opération de césarienne, pour dériver les coûts estimés par résultat sélectionné des perspectives du système de soins de santé et des ratios différentiels d'efficacité des coûts ont été calculés par résultat et par prestataire. Tous les coûts ont été annualisés à l'aide de la durée de vie utile pour le type de prestataire et des éléments en capital et 3% de taux de remise. L'allocation des coûts totaux d'une opération de césarienne et de tous les autres soins a été rendue appropriée par des indicateurs du nombre et de temps de l'opération de césarienne. L'analyse de sensibilité a été menée sur les principales catégories de coûts.

Résultats :

En général, la clientèle par prestataire a été comparable. Le CFR par nouveau né (par millier) varie de façon significative entre les obstétriciens, les généralistes et les cliniciens et était de 99, 125 et 198 respectivement. Le coût moyen estimé par un décès supplémentaire de nouveau né évité (x 1.000 naissances d'enfant vivant) pour les équipes d'obstétriciens comparés aux équipes de généralistes, comparé aux cliniciens était de 11757\$ et 200\$ respectivement. La formation des généralistes

apparaît ainsi efficace et rentable dans le court terme. Les cliniciens sont associés à un taux élevé de CFR de nouveau né.

Conclusion:

Les substituts de la formation constituent une option viable pour augmenter l'accès à des opérations qui sauvent la vie dans les centres hospitaliers préfectoraux. La Stratégie de formation des infirmiers nécessite une attention immédiate pour réduire les cas de taux de mortalité des nouveaux nés après des opérations de césarienne. Ce problème de taux élevé de CFR de nouveau né peut être résolu par des cours de recyclage et une surveillance attentive. Ces résultats pourront aider à résoudre le problème de pénurie de personnel de la santé qualifié pour des accouchements sans risque en Afrique sub-saharienne.

Mots clés : Ressources humaines, soins obstétricaux urgents, rentabilité, Burkina Faso

PS 01/9

Evaluation Economique des Services d'Ambulance Aérienne au KZN - Afrique du Sud

E Daviaud, M. Chopra, Health Systems Research Unit, Medical Research Council. Cape Town, South Africa

Contexte et objectif

L'accès différentiel aux soins de spécialiste clinicien demeure une cause importante de l'inégalité des résultats sanitaires. L'Afrique du Sud étudie l'utilisation de programme d'extension par les spécialistes et d'autres cadres de la santé pour améliorer les soins de santé. Les décideurs politiques ont besoin d'une bonne compréhension de l'opportunité des coûts nécessaires pour cette forme d'intervention. Nous avons ainsi mené en 2004 une évaluation économique de programme d'extension des services d'un spécialiste aérien dans une province rurale en Afrique du Sud.

Méthodologie

Cette évaluation économique centrée sur les coûts des prestataires a comparé deux stratégies pour la prestation de service de soins par un spécialiste dans des préfectures rurales en Afrique du Sud. La stratégie A était basée sur le programme existant et consistait à amener par voie aérienne les spécialistes et d'autre personnel de la santé qui ne sont pas disponibles dans les centres hospitaliers préfectoraux. Des services d'extension sont organisés par les ONG et comprennent le paiement du personnel de la santé du secteur public et des volontaires du secteur privé. La stratégie B a été modelée : 17% des patients consultés dans la stratégie A ne recevront aucun service, 83% seront référés à des hôpitaux secondaires et tertiaires pour consultation et admission et 7% des patients référés bénéficieront de transport d'ambulance par la route. Trois mesures de résultats ont été identifiées : le coût total de chaque alternative, le coût par patient reçu et le nombre de patients qui n'ont reçu aucun service.

Résultats

La stratégie d'extension des services par voie aérienne est de 47% moins cher que la stratégie B. Ceci s'explique par le coût élevé des consultations et des admissions à des soins à des niveaux élevés et par le coût évité du transport par ambulance. D'autres économies possibles attribuables aux services d'extension ne sont pas incluses : des économies liées à un diagnostic et un traitement précoce et les améliorations de la qualité générale des soins dans les hôpitaux visités due à la formation de soutien fournies par le service d'extension, des économies pour les patients et les parent.

Des facteurs importants ont contribué à ces résultats :

- La densité élevée de la population rurale combinée au nombre d'hôpitaux visités a augmenté l'efficacité des services d'extension.
- L'évaluation détaillée des besoins et des écarts pour améliorer le déploiement optimal, la planification à moyen terme et le contrôle de la croissance.
- Une coordination efficace avec les spécialistes itinérants et les centres hospitaliers préfectoraux.
- Le service aérien a permis les visites dans une journée, réduit le coût du personnel et faciliter l'implication des volontaires du secteur privé.

PS 01/10

Étude du coût de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans 3 associations de Bujumbura (Burundi)

Adrien Renaud¹, Dr BASENYA Olivier²

1. Consultant indépendant

2. Institut National de Santé Publique du Burundi (INSP)

L'étude avait pour objet l'analyse des coûts de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans 3 associations de Bujumbura s'occupant de la prise en charge du VIH/SIDA à savoir l'ANSS (Association de Soutien aux Séropositifs et Sidéens), la SWAA Burundi (Society for Women Aganins AIDS) et la Nouvelle Espérance.

Nous avons donc étudié le coût de la prise en charge des PVVIH dans ces trois structures, en distinguant les personnes sous ARV et les personnes sous prophylaxie contre les Infections Opportunistes (IO). Les prestations prises en compte comprennent à la fois la prise en charge médicale et la prise en charge psychosociale.

La méthodologie utilisée a distinguée les coûts internes et les coûts externes. Les centres de coûts internes retenus ont été la consultation médicale, la pharmacie, le laboratoire, le dépistage volontaire, l'observance, l'hospitalisation de jour, la prise en charge psychosociale et l'appui alimentaire. Les centres de coûts externes quant à

eux ont concernés les hospitalisations externes, les tests de comptage des CD4 et de mesure de la charge virale

Pour chacun des centres de coûts, un coût unitaire direct a été calculé. Ce coût unitaire a été obtenu en divisant les ressources utilisées par chaque centre de coût (masse salariale, consommables et immobilisations) par le produit annuel pour l'année 2007 de chacun des centres de coûts (nombre de consultations, nombre d'ordonnances délivrées, nombre de tests réalisés, etc.). Nous avons ajouté à ce coût unitaire direct un coût unitaire indirect, c'est-à-dire la part des activités des associations ne relevant pas directement de la prise en charge des patients, mais indispensables à sa réalisation.

L'étude a été réalisée en février 2008.

Les résultats de notre étude montrent un coût moyen de la prise en charge annuelle des patients sous ARV de 590 US\$, avec des valeurs comprises entre 471 et 746 US\$ selon les associations. Le coût annuel moyen de la prise en charge des personnes sous prophylaxie contre les infections opportunistes varie entre 82 et 204 US\$ selon les associations.

La structure des coûts montre que les médicaments ARV représentent entre 30 et 50% du coût total des médicaments selon les associations. Les coûts internes directs représentent 66 à 76% du coût global.

Mots clés: Analyse coût/ VIH/SIDA/Associations de Bujumbura

PS 01/11

La contribution financière de l'État à la lutte contre l'onchocercose au Cameroun

Njournemi Zakariaou¹, Ntep Marcelline², Epo Boniface Ngah³

¹ Département de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I

² Programme National de Lutte contre l'Onchocercose, Ministère de la Santé Publique, Yaoundé Cameroun.

³ Health Economics Research and Evaluation (HEREG), Yaoundé - Cameroon

Introduction : Au Cameroun, l'onchocercose constitue un problème de santé publique qui touche environ 7 millions de personnes. La lutte contre l'onchocercose se fait à travers la stratégie de Traitement à l'Ivermectin sous Directive Communautaire (TIDC). La performance des activités de TIDC est fonction du financement disponible. Cet article a pour but d'évaluer la contribution financière de l'Etat camerounais pour les activités de TIDC sur la période 2005-2007.

Objectifs : Evaluer le montant annuel des fonds publics provenant des dotations directes de l'Etat à partir des niveaux centraux et provinciaux ou des fonds localement budgétisés et décaissés pour la mise en œuvre effective des activités de

TIDC dans les districts et les aires de santé. Estimer la contribution financière de l'Etat par personne traitée.

Méthodologie : Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire relatif au financement de l'Etat auprès des responsables techniques, administratifs et financiers des quatre niveaux d'intervention du système de santé : central, provincial, district et aire de santé. Outre les interviews, les documents comptables publics suivants ont été exploités : fiches d'allocation budgétaire, titres de confirmation des créances, bons d'engagement des dépenses, bons de commande-livraison-réception des matériels et consommables, contrats avec les fournisseurs et prestataires, bons de sortie de caisse, fiches de décharges des frais de mission et supervision, fiches d'inventaires, justificatifs et factures acquittées et rapports financiers annuels.

Résultats : La contribution financière annuelle de l'Etat s'est élevée à US\$1, 468,579, US\$1,689,580 et US\$ 1,904,396 en 2005, 2006 et 2007 respectivement. Toutefois, cette contribution financière annuelle est restée stable à environ US\$0.41 par personne traitée au cours de la même période. Les différents domaines de TIDC qui bénéficient du financement de l'Etat sont les suivants : le fonctionnement des services, la motivation des distributeurs communautaires et du personnel, la production, à l'échelle nationale du matériel de communication (Plaidoyer, Mobilisation Sociale, Communication pour le changement de comportement), la formation, la distribution du Mectizan et la gestion des effets secondaires, la supervision, le monitoring et l'évaluation des activités de TIDC.

Conclusion : La durabilité des activités de TIDC nécessite encore beaucoup d'efforts financiers de l'Etat au-dessus de US\$0.41 par personne traitée. Quand le financement extérieur dont le principal provient de l'African Programme for Ochocerciasis Control (APOC) va se retirer, la performance des activités de lutte contre l'onchocercose dépendra du financement étatique.

Session parallèle 2 : VIH/SIDA : Financement et politique

PS 02/1

Améliorer l'Égalité dans les Subventions des Soins de Santé en Afrique du Sud

Heather McLeod. Department of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town; Department of Statistics and Actuarial Science, University of Stellenbosch

Contexte

En Mai 2005 l'Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé la résolution invitant les Etats Membres de travailler pour une couverture universelle et le pré-paiement des services de soins de santé. Des pays ont été invités à partager leurs expériences sur les différentes méthodes de financement de soins de santé, y compris le développement des régimes d'assurance maladie, avec une référence particulière aux mécanismes institutionnelles qui sont établis pour traiter des questions liées aux fonctions principales du système de financement de la santé. Un rapport produit en 2006 sur le statut du financement des soins de santé a conclu que les pays ont besoin d'un plan stratégique globale de financement des soins de santé avec une feuille de route claire sur comment transiter vers la couverture universelle.

Le système de santé de l'Afrique du Sud a été pendant longtemps caractérisé par des inégalités extrêmes dans l'affectation des ressources financières et humaines. Le système d'accouchement est un mélange d'un secteur privé fort, d'un secteur public qui se débat et de certaines organisations non gouvernementales à but non lucratif. L'assurance maladie privée existe depuis 1889 mais demeure volontaire et est au service de seulement 14,8% de la population ayant des revenus élevés. Il existe une subvention à caractère fiscal pour les soins de santé privés qui favorise ceux qui ont des revenus élevés mais ne subventionne pas ceux qui utilisent l'assurance privée qui apporte des revenus en dessous du seuil fiscal. Le paiement direct représente presque le quart du financement des soins de santé, partiellement à cause de l'utilisation des épargnes médicales individuelles personnelles dans plusieurs financements de soins de santé.

L'Afrique du Sud veut appliquer des réformes clés dans la collecte et la mobilisation des fonds pour les soins de santé. Les réformes du marché libre dans le secteur de l'assurance maladie privée à la fin des années 80 et au début des années 90 ont produit des résultats contraires en terme d'égalité et d'accès aux soins de santé avec pour victimes les personnes âgées et à ceux qui souffrent des maladies graves.

Le nouveau gouvernement démocratique a lancé en 1994, un processus de re-régulation avec la re-introduction de l'inscription ouverte, la tarification sans distinction et les avantages sociaux minimum à partir de Janvier 2000. Un système d'assurance maladie nationale avec un interfinancement des revenus, des paiements ajustés en fonction des risques et une inscription obligatoire a été proposé dans les documents de politique à partir de 1994. Des travaux ultérieurs ont

été ont proposé le développement d'un Fonds d'Égalisation des Risques (REF) qui évoluera entre les fonds concurrentiels d'assurance maladie privée. Le REF est également conçu comme un moyen pour distribuer les subventions du gouvernement aux soins de santé. Le diagramme ci-dessous indique les différentes étapes qui ont été planifiées pour aller vers un système de santé obligatoire¹.

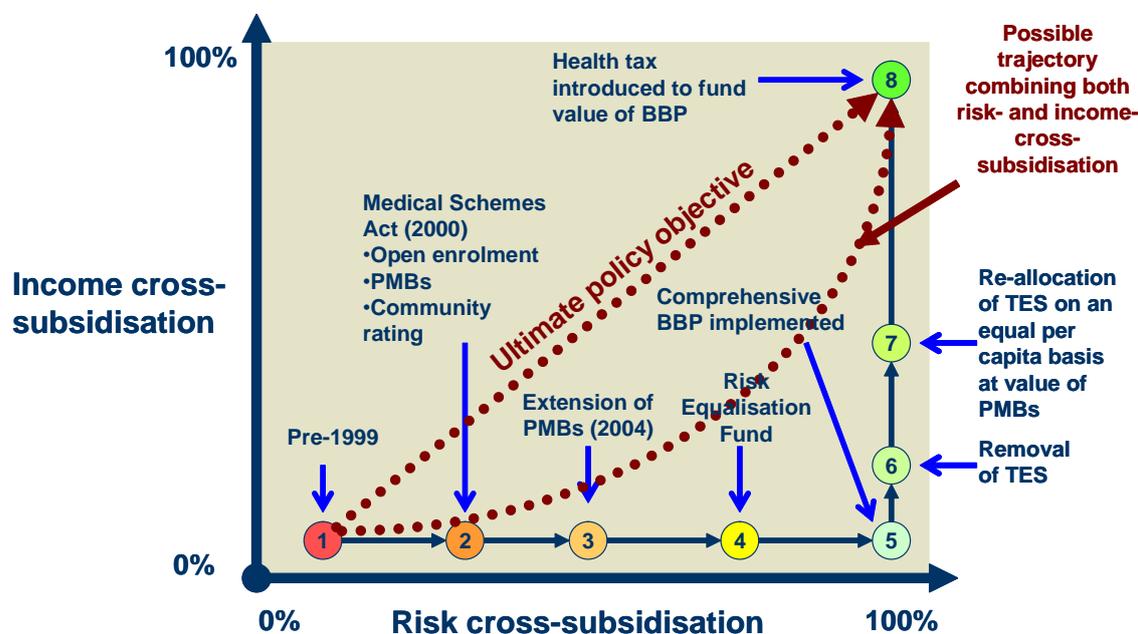


Figure 1: Trajectoire politique pour la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire

Source: Groupe de travail ministériel sur l'assurance maladie sociale, Juillet 2005

Cet exposé se concentrera sur les étapes 6 et 7 de la figure N° 1. Une critique du système de subvention de l'assurance maladie privée a été initialement préparée avec des données ajustées sur le calendrier 2005. Les réformes fiscales ultérieures de 2006 n'ont pas changé de façon substantielle la forme des subventions ni faciliter le problème selon lequel, ceux qui gagnent en dessous du seuil fiscal ne bénéficient d'aucune subvention. Le niveau de la subvention pour les soins de santé privé est également lié de toute façon au financement des soins du secteur public. Avec un taux élevé de l'inflation des soins de santé dans le secteur privé, la subvention de l'assurance maladie privée se développe plus vite que le financement du secteur public.

Le travail technique sur l'évaluation de la subvention sera mis en jour en 2008 ensemble avec les tableaux fiscaux révisés de 2008 utilisés dans le modèle. Le manque d'égalité dans la subvention de l'assurance maladie privée sera prouvé par

¹ La "Suppression de TES" se réfère à la suppression de la subvention des dépenses fiscales créée par la subvention fiscale pour l'assurance maladie privée. "PMBs" sont les avantages sociaux minimum prescrits qui doivent être offerts par tous les fonds d'assurance maladie. "BBP" est un ensemble d'avantages minimum étendus.

l'utilisation des familles modèles et principalement les familles à faible revenu. Une approche qui permettra d'égaliser les subventions et les lier aux dépenses du secteur public par personne sera démontrée. Ceci permettra d'améliorer de façon substantielle l'égalité de la structure de subvention.

La difficulté de la mise en œuvre séquentielle des réformes complexes sera soulevée comme une préoccupation dans la mise en œuvre du système d'assurance maladie obligatoire. Les problèmes liés à la mise en œuvre de l'étape 4, le Fonds d'Egalisation des Risques, avant la mise en œuvre du changement de la subvention dans l'étape 7 seront étudiés. Les effets néfastes de l'égalisation des risques sur les travailleurs à faible revenu en l'absence d'interfinancement des revenus et de l'inscription obligatoire seront démontrés. L'égalisation des risques est un élément important vers un système d'assurance maladie social ou national dans des marchés compétitifs, mais sa mise en œuvre isolément pendant que le marché demeure volontairement pourra être suicidaire.

Ce document est important pour le débat nécessaire en Afrique du Sud sur la mise en œuvre rapide d'un système d'assurance maladie obligatoire. Le document sera d'un intérêt capital pour les chercheurs des autres pays Africains car il met en exergue les obstacles à éviter pour aller d'un système d'assurance maladie volontaire vers un système d'assurance maladie obligatoire.

PS 02/2

Financement Equitable des Soins de Santé Primaire dans un Système Fiscal Fédéral : Nager à contre courant ?

Okore Okorafor, Health Economics Unit, University of Cape Town

Contexte L'introduction du fédéralisme fiscal est une réforme qui n'a pas été fait initialement avec des préoccupations du secteur de la santé. Plusieurs pays ont adopté cette forme de structure de gouvernement. En général, l'objectif a été de promouvoir la démocratie et l'efficacité dans la fourniture des services, par le biais des meilleures réactions aux besoins et préférences locaux. L'une des préoccupations clés du secteur de la santé est que la décentralisation des responsabilités de dépense pour les soins de santé peut conduire à ou empirer les inégalités existantes dans l'allocation des ressources de santé dans les espaces géographiques. Cependant, la philosophie de l'approche des soins de santé primaire (PHC) stipule la fourniture des services de PHC par les bas niveaux du gouvernement ou les administrations sanitaires tels que les districts sanitaires des municipalités et les districts sanitaires. Ainsi, plusieurs systèmes sanitaires ont été encouragés à décentraliser les responsabilités pour le financement et la fourniture des services PHC.

Objectif L'objectif de l'étude est d'évaluer les impacts des structures intergouvernemental au sein du système fiscal fédéral de l'Afrique du Sud sur l'égalité dans le financement des services PHC. L'Influence des facteurs tels que l'autonomie, les mécanismes intergouvernementaux de transfert, la participation

communautaire, le processus de budgétisation et d'allocation des ressources ont été étudiés par l'analyse.

Méthodologie Le site principal de l'étude a été l'Afrique du Sud, avec le Nigeria comme site d'étude pour les analyses comparatives. L'étude a utilisé les données qualitatives et quantitatives. Les données qualitatives ont été obtenues à partir des interviews avec les officiels du gouvernement impliqués dans la prise de décision des transferts intergouvernementaux et le processus de budgétisation qui déterminent l'ampleur des allocations PHC aux districts (Afrique du Sud) et les municipalités (Nigeria). Les données quantitatives ont été utilisées dans le modèle des allocations PHC, sur la base des besoins en santé. Les besoins en santé ont été évalués par l'utilisation des indices de privation. L'étude a également étudié les expériences des autres systèmes fédéraux fiscaux dans le financement des PHC.

Résultats de la Recherche Les pays où les SNG bénéficient d'un niveau élevé d'autonomie dans le financement des PHC, ont connu l'inégalité dans le financement des PHC ensemble avec des différences socio-économiques dans les juridictions locales. Dans les vieux systèmes fédéraux et les plus avancés, les services de base tels que la santé (avec PHC) ont été financés conjointement par la centrale et les SNGs. Ceci a permis au gouvernement central d'intervenir dans les dispositions fiscales afin de réaliser plus de distribution équitable des services PHC. Dans le cas de l'Afrique du Sud, l'implication poussée du gouvernement central dans les questions fiscales au niveau des provinces coïncide avec la convergence des dépenses PHC par habitant dans les juridictions locales. Bien que l'étude s'est concentrée sur les systèmes fédéraux, les résultats ont également des implications pour les systèmes de santé décentralisés.

Mots clés : Equité, fédéralisme fiscale, financement des soins de santé.

PS 02/3

Les impacts de la Politique de Coordination et des Réseaux sur la Politique d'Assurance Maladie Nationale au Ghana

Gina Teddy, gt501@york.ac.uk

Contexte : La mise en oeuvre des politiques et programmes de santé publique est fortement basée sur la coordination de plusieurs acteurs. Cependant, les agences impliquées ont souvent des structures organisationnelles, des objectifs et priorités contradictoires ; et leurs relations et intérêts complexes ont des impacts potentiels sur le fonctionnement général de tels programmes. Cet exposé examine ces défis dans le contexte du Programme National d'Assurance Maladie (NHIP) au Ghana, programme a été introduit en 2003 pour réduire les inégalités dans les soins de santé par l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Objectifs : L'objectif de cet exposé est d'examiner comme la mise en oeuvre du Programme National d'Assurance Maladie (NHIP) peut rassembler plusieurs agences et acteurs dans le processus de mise en oeuvre d'une politique nationale qui vise à supprimer les barrières financiers et augmenter l'accessibilité aux services de soins

de santé. Cet exposé met en exergue deux différentes parties de la mise en œuvre du NHIP (i) il illustre la complexité de la structure des réseaux de politique et de coordination dans la mise en œuvre du NHIP et (2) il analyse le processus des réseaux de coordination et de politique parmi les agences sur le terrain à trois niveaux de la mise en œuvre et comment ces processus créer des facilitateurs ou des barrières au processus de mise en œuvre de la politique.

Données et Méthodologie Les données ont été collectées à l'aide d'échantillon de 27 agences et organisations sur le terrain au niveau national et préfectoral. L'étude a été réalisée en deux phases au cours de deux ans ; en 2005 et 2007. Des interviews clés détaillées (KI), des interviews en groupe et des conversations semi-formelles ont été menées avec 55 responsables de 27 institutions. Au cours de ces interviews, des débats sur la participation, les fonctions et les contributions pour la mise en œuvre et l'opérationnalisation du NHIP et les défis coordonnés dans la performance de ces fonctions ont été discutés dans les détails. Dans les deux cas, les personnes interviewées sont les premiers responsables de leurs institutions et sont principalement en charge de la mise en œuvre de la politique de NHIP. Leurs réponses ont reflété une population d'agents de mise en œuvre et de coordinateurs expérimentés du NHIP.

Résultats et Conclusion Les résultats de l'étude prouvent que, il existe plusieurs acteurs impliqués dans une structure complexe de mise en œuvre, d'opérationnalisation et de coordination aux niveaux moyen et micro. Les données collectées ont par contre démontré qu'il existe un grand écart dans la coordination au niveau moyen qui relie le niveau national et le niveau préfectoral, et que cet écart a créé une barrière dans la coordination horizontale et dans l'opérationnalisation du NHIP. Ainsi, la structure de la coordination horizontale est faible et désorganisée due à une faille dans la politique en réseau au niveau moyen qui est supposée mettre en place un lien entre les institutions au niveau national et celles au niveau local et préfectoral. L'étude a également révélé en terme de coordination verticale que, la politique de réseau au niveau macro est très limitée, officielle et largement menée comme une demande juridique basée sur des politiques institutionnelles, sur la politique et la bureaucratie qui définit l'autonomie des acteurs individuels et que ceci a eu des impacts sur le processus de mise en œuvre. La coordination au niveau macro s'est avéré être particulièrement problématique entre le Conseil National d'Assurance Maladie et le reste des acteurs au niveau national. Au niveau moyen par contre, la coordination est menée par une seule institution contrairement au niveau micro où la coordination et l'implication des acteurs sont hautement participative. Néanmoins, à tous les trois niveaux, l'étude a prouvé qu'il n'existe aucune directive et disposition Claire de coordination entre les agences d'exécution ; et ceci a eu des impacts sur le processus de mise en œuvre et la politique des réseaux en général.

Session parallèle 2 : VIH/SIDA : Financement et rapportage des résultats de recherche

PS 02/4

Politique de Financement et Politique de la Santé du VIH/SIDA en Afrique du Sud

C. TSAFACK TEMAH

Economic Affairs Officer, Economic Commission for Africa, Sub-Regional Office for Central Africa P.O Box: 14935 Yaoundé, Cameroon. ctsafack@uneca.org

Bien que le VIH/SIDA constitue un grand problème de santé publique et même de développement en Afrique du Sud, plusieurs autres infections contribuent aussi au poids de la maladie. En terme de financement, le programme national de lutte contre le VIH/SIDA bénéficie d'importants fonds. Depuis sa création en 2002, le Fonds Mondial contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a financé plusieurs projets dans les pays en développement. En Afrique du Sud, ce Fonds a décaissé plus de 35 millions de Dollar, principalement pour la lutte contre le VIH/SIDA. Des financements venant d'autres sources ajoutées à ce montant en fait une somme substantielle qui pourra jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre l'épidémie dans ce pays où le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 21,5% de la population adulte à la fin de l'année 2003. L'objectif du présent exposé est d'examiner l'adéquation du financement du VIH/SIDA avec la politique nationale sanitaire et voir si les ressources allouées pour la lutte contre le VIH/SIDA sont utilisées de façon efficace.

Nous allons tout d'abord évaluer comment le financement du VIH/SIDA cadre avec le financement global de la santé en Afrique du Sud ; ensuite, nous allons présenter le système sanitaire, les différentes sources de financement des systèmes sanitaires, et du VIH/SIDA dans le pays. Alors que seuls les soins de santé primaire sont offerts gratuitement, les interventions du VIH/SIDA, qui ne sont pas toutes incluses dans l'ensemble des soins de santé primaire ont tendance à être également gratuits pour les malades. Même la trithérapie qui coûte relativement cher est offerte gratuitement à ceux qui la reçoivent. Notre second objectif est de chercher à savoir si les ressources allouées pour la lutte contre le VIH/SIDA sont efficacement utilisées. Ainsi nous étudierons l'évolution des indicateurs de santé, la possibilité d'un effet de "déplacement" des autres questions sanitaires par le financement du VIH/SIDA, et finalement la capacité d'absorption dans le pays en ce qui concerne le financement du VIH/SIDA.

A l'aide des données récupérés auprès de la Division du Système de Santé, la division de l'Economie de la Santé et de la Recherche sur le VIH ((HEARD) et auprès des départements provinciaux de la Santé du Sud, nous avons décrit le système de santé de l'Afrique du Sud et ses différentes sources de financement de la santé. Ensuite, nous avons étudié les sources locales et externes de financement du

programme de lutte contre le VIH/SIDA. Finalement, nous avons essayé d'estimer l'efficacité du financement du VIH/SIDA. A cet effet, nous avons dissocié l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé du poids des maladies et de la mortalité par causes. Nous avons également évalué les coûts de traitement du VIH/SIDA dans le pays et nous les avons comparés à deux questions importantes de la santé, notamment la vaccination et la réhydratation orale. Enfin, nous avons étudié les questions liées à la capacité d'absorption en ce qui concerne le financement du VIH/SIDA.

PS 02/5

Harmonisation et Ajustement de l'Aide au VIH/SIDA – Progrès réalisé dans la Communauté de Développement de l'Afrique Australe depuis la Déclaration de Paris

Teresa Guthrie, Centre for Economic Governance and AIDS in Africa (CEGAA), Cape Town, South Africa

Contexte

Depuis la Déclaration de Paris de 2005 sur l'Efficacité de l'Aide, il y a eu des initiatives pour améliorer l'harmonisation et l'ajustement de l'aide de façon générale. Dans le cadre d'aide au VIH/SIDA, ceci a été plus que nécessaire, à cause d'un grand nombre de financiers, du montant croissant du financement, de la complexité et de la fragmentation des activités.

L'étude vise à évaluer le progrès réalisé par les pays de la SADC pour l'harmonisation et l'ajustement des fonds pour le VIH/SIDA afin d'étudier les déclarations et instruments existants et les mécanismes de financement pour identifier les blocks, les défis et faire des propositions pour des actions nécessaires.

Méthodologie

Cette étude a utilisé une analyse documentaire et des interviews avec des personnes interrogées venant de différents pays de la SADC. Il a également collecté des données des Evaluations Nationales des Dépenses de l'AIDE existantes dans les pays.

Résultats

Des progrès ont été réalisés dans plusieurs pays de la SADC en ce qui concerne l'harmonisation et l'ajustement de l'aide pour le VIH/SIDA. Ceci a été facilité par la mise en œuvre des mécanismes de financement tels que les Stratégies de Développement Conjoint, les Fonds Communs pour la Santé, et un ensemble de financement pour les Commissions Nationales du VIH/SIDA. Les Forums des Partenaires au Développement ont été établis et la plupart des bailleurs de fonds ont fait des efforts pour aligner leurs activités sur les priorités nationales à l'exception que quelques uns. Le Partenariat International sur la Santé est l'un des plus récents efforts déployé pour améliorer une réaction coordonnée au renforcement des systèmes de santé. Cependant, il existe toujours plusieurs facteurs qui continuent de réduire l'efficacité de ces efforts et finalement l'efficacité de l'aide. Plusieurs recommandations ont été faites qui ont été versées dans le Cadre d'Action de la SADC.

PS 02/6**Trop de bonnes choses ? Les effets des nouveaux mécanismes de financement du VIH/SIDA sur tout le système de performance**

Karen A. Grépin, Ph.D. Candidate in Health Policy, Harvard University

Le VIH/SIDA est l'une des épidémies les plus importantes qui ait jamais affectée l'humanité. L'Afrique sub-saharienne a été affectée de façon disproportionnée et étant donné la relative faiblesse des infrastructures sanitaires de la région, elle a été également la zone qui n'est pas été en mesure de développer des stratégies de contre la maladie (ONUSIDA, 2007a). Récemment cependant, la communauté internationale a réagit aux besoins de ces pays en investissant des millions de dollars pour développer des programmes nationaux de prévention, de traitement et de lutte (ONUSIDA, 2007b). Il y a eu une augmentation significative du financement du VIH/SIDA par la création de nouveaux mécanismes de financement, tels que le Fonds Mondial contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme et le Plan d'Urgence de Secours en matière de VIH/SIDA du Président George W. Bush (PEPFAR) au cours de la décennie passée (Bernstein & Sessions, 2007).

Le SSA vie également une pénurie sévère de personnel de la santé (Chen, Evans, Anand, Boufford, Brown, Chowdhury et al., 2004). Plusieurs experts ont proposé que la pénurie du personnel de la santé est la contrainte la plus importante sur le développement des système de santé et de l'amélioration de la santé dans la région. Etant donné que les ressources humaines constituent déjà une véritable contrainte, et que les systèmes sanitaires issus des programmes de VIH/SIDA sont très sollicités, certains pensent que ces nouveaux mécanismes de financement du VIH/SIDA détournent de façon inefficace les ressources des interventions les plus rentables et pourront même causer plus de mal que de bien (Garrett, 2007). Cependant, à ce jour, il y a peu de preuves empiriques pour soutenir ces hypothèses.

A l'aide des données sur les indicateurs de système de santé (exemple : mortalité, couverture vaccinale, accès aux services de santé de base, etc.) collectées au niveau national et régional en SSA, j'ai étudié la relation entre le financement du VIH/SIDA par les bailleurs internationaux (exemple : exploitation de la variation dans le timing, le niveau et la taille relative du financement du VIH/SIDA comparé aux budgets nationaux) et la performance de tout le système de santé en utilisant un cadre d'analyse de régression par pays. Principalement, Je me suis intéressé sur comment ces effets sont modulés par la disponibilité de ressources humaines en santé et affectés par les initiatives d'assistance internationale. J'ai alors analysé le financement du VIH/SIDA à l'aide des variantes politiques. Mes résultats préliminaires ont prouvé que ces programmes peuvent avoir des impacts positifs et négatifs sur la performance du système de santé et que l'interaction entre différents mécanismes de financement est importante. Ces financements indiquent qu'un partage plus grand de nouvelles aides internationales doit être dirigé vers des activités de renforcement du système de santé.

Session parallèle 2 : Préférences et volonté de payer

PS 02/7

Utiliser des expériences de choix direct pour obtenir des préférences pour les soins de santé maternelle au Ghana

Laura Terner¹, Aba Daniels David Newlands²

¹ University of Aberdeen, Health Economics Research Unit

² University of Accra, Ghana

Objectif : Analyser la validité des méthodes des expériences de choix discret (DCE) pour obtenir les préférences des soins hospitaliers de santé maternelle au Ghana et évaluer les conséquences élargies pour l'utilisation de cette technique généralement dans les pays à faible revenu.

Méthodologie : 5 attributs et leur niveaux appropriés ont été sélectionnés pour représenter les éléments déterminants les plus importants des soins hospitaliers. Les attributs ont été sélectionnés par le biais des groupes de réflexion organisé au Ghana, une étude documentaire et les opinions des experts. Une conception orthogonale des principaux effets a été utilisée pour réduire le nombre de scénarios alternatifs à un nombre réalisable.

Deux formes de questionnaire ont été distribuées. D'abord, des questionnaires à remplir soi-même ont été distribués dans la région de Cape Coast dans certaines professions (enseignant, personnel de la santé, fonctionnaires), des questionnaires qui nécessitent un niveau d'instruction pour être remplis ont été sélectionnés de façon intentionnelle pour répondre au DCE. Deuxièmement, un enquêteur a distribué une version visuelle du DCE aux personnes interrogées de la communauté, à l'aide des images conçues spécialement et qui représentent chaque niveau des attributs. 600 personnes échantillonnées intentionnellement et 200 membres de la communauté ont répondu aux questionnaires

Principaux Résultats : Les résultats obtenus à partir du modèle logit de la ligne de base qui englobe toutes les personnes interrogées et les modèles logits pour l'échantillon sélectionné intentionnellement et l'échantillon communautaire (ceux qui ont reçu les aides visuels) ont montré que les résultats sont intuitifs, avec tous les coefficients étant des signes attendus et tous significatifs.

Les tests de validité internes, qui comprennent deux tests de rationalité (si les individus appelés à faire un ensemble de choix dans lequel une option est la meilleur à tous les niveaux, choisirait la meilleure option) et un test de consistance, c'est-à-dire en offrant le même ensemble de choix à différents points dans le questionnaire, est ce la personne interrogée choisirait la même option deux fois. Ceci dénote du haut niveau de rationalité et de consistance interne pour les deux échantillons.

Les résultats du pre-test, du test pilote de l'analyse de l'ensemble des données finales supposent que la méthode DCE est réalisable dans les structures des pays en développement, principalement celles qui emploient des aides visuelles qui pourront être utilisées parmi les personnes interrogées illettrées.

Si les DCEs doivent être largement utilisés dans les pays en développement, ils doivent être applicables à un groupe représentatif des personnes interrogées de la communauté au lieu de les limiter à l'élite lettrée. Ainsi, l'importance de tester la faisabilité et la validité de l'utilisation des aides visuelles pour représenter les attributs et leurs niveaux comme cela est le cas dans cette étude.

PS 02/8

Volonté de payer pour les Soins de Santé et les Médicaments Antirétroviraux : Témoignage de la Zone Rural de la Région Australe du Malawi

Tchaka Ndhlovu, Research for Equity and Community Health Trust

Le débat d'une décennie et émotionnelle à propos de la non disponibilité du traitement antirétroviral (ARV) qui sauve la vie dans les pays à faibles ressources n'est plus à la mode. Ce débat n'est plus à la mode parce que, récemment, les ressources des bailleurs de fonds principalement le Fonds Mondial ont permis aux pays pauvres de renforcer le traitement. Une question importante demeure par contre, c'est la pérennisation à long terme du traitement ARV. La préoccupation est le traitement ARV est un traitement à vie alors qu'il n'y a aucune garantie pour la continuation du financement des bailleurs. Par exemple, le Fonds Mondial est un projet transitoire avec une durée de vie de cinq ans. A la lumière de tout ceci, les pays pauvres doivent étudier d'autres mécanismes de financement pour le traitement. Cette étude a exploré la faisabilité de l'utilisation des mécanismes traditionnels de mise en commun des risques qui sont disponibles à profusion dans les sociétés traditionnelles pour financer le traitement. Nous avons utilisé la méthode d'évaluation des contingences (CVM) pour créer des valeurs sociétales du traitement de l'ARV. Le CVM génère des valeurs d'usage et de non usage des biens ou des services. Elle a été utilisée à grande échelle dans l'économie de l'environnement. Son utilisation dans l'économie de la santé est plus récente même si elle se développe.

Les résultats ont prouvé que le traitement ARV a une valeur sociale élevée. Principalement, les malades et ceux qui ne le sont pas veulent contribuer à un fonds communautaire renouvelable pour les médicaments. Les utilisateurs des ARV ont un taux élevé de WTP comparé à ceux qui ne les utilisent pas ; les revenus ont un impact positif sur le WTP ; le prix des ARV a une influence négative sur le WTP ; les ménages dont les chefs sont des hommes ont un taux de WTP élevé comparé aux ménages dont les chefs sont des femmes ; les jeunes ont un taux de WTP élevé que les personnes âgées.

La principale implication des résultats de notre étude est qu'il est possible pour le gouvernement de mettre en œuvre un régime raisonnable de partage des coûts sous la forme d'une assurance maladie informelle. En amont, cependant, le Gouvernement doit chercher des subventions pour ceux qui ne peuvent pas se payer le traitement et le montant qu'ils doivent payer sous forme de traitement subventionné, étant donné les estimations du WTP. Principalement, un régime efficace de partage des coûts permettra d'équilibrer le désir de développer un programme ARV qui soit équitable et durable. Le problème est que les subventions générales aux soins de santé, telles que la gratuité des services, la réduction du prix des services pour les pauvres, mais étendues à tous peuvent, et souvent aboutir entre les mains des bénéficiaires nan. Ceci nécessite par conséquent un système efficace de dispense qui aura la capacité de discriminer entre les membres nantis et les pauvres de la société, de diffuser les informations aux potentiels bénéficiaires sur le système et les procédures disponibles de dispense ; et développer des critères clairs pour l'octroi de la dispense.

PS 02/9

Perceptions et volonté de payer pour l'assurance maladie volontaire privé au Sud-est du Nigeria

Obinna Onwujekwe¹ and Edit V. Velényi²

¹ Health policy Research Group/Department of Health Administration and Management, University of Nigeria, Enugu-Campus, Enugu, Nigeria.

²The World Bank, Washington DC.

RESUME

Le principal défi du financement des soins de santé au Nigeria comme cela est le cas dans plusieurs pays en Afrique Sub-saharienne n'est pas principalement lié à la rareté aigue des ressources, mais également à lié à la présence des pratiques inefficaces d'allocation des ressources et des achats, due principalement à utilisation limitée de l'assurance maladie. La faisabilité d'un régime d'assurance maladie privé volontaire (PVHI) a été évaluée au Sud-est du Nigeria à l'aide de questionnaire pre-test pour obtenir des niveaux déclarés de volonté à payer à partir d'un échantillon aléatoire de personnes interviewées. La plupart des personnes interviewées ont exprimé leur volonté de s'inscrire et de payer pour l'Assurance maladie volontaire privé. La moyenne mensuelle que les personnes interviewées ont la volonté de payer pour les primes d'assurance était de 396 Naira (\$3.3), alors que la moyenne mensuelle que les personnes interviewées ont la volonté de payer pour les autres membres du ménage était de 261 Naira (\$2.2) par membre de ménage. Les populations rurales et ceux dont le statut socio-économique est faible (SES) ont déclaré avoir la volonté de payer des primes moindre que les populations urbaines et les groupes dont le statut socio-économique est plus avantageux. Le régime d'assurance maladie volontaire privé apparaît comme une méthode faisable de paiement des soins de santé dans le Sud-est du Nigeria. Des régimes d'assurance maladie volontaire privé qui ne sont pas subventionnés ne pourront pas prendre en compte tout le monde, principalement les populations démunies, mais s'il couvre

certaines populations qui ont la volonté et la capacité de payer telles que les classes à statut socio-économique avantageux, cela est au moins acceptable au lieu de les laisser payer des OPPS élevés tel que l'étude la découvert.

Plénière 3 : Analyse de la Rentabilité des Investissements Privés dans le Secteur de la Santé en Afrique

Objectif

Cette session présentera la nouvelle stratégie de la Santé en Afrique (HiA) de l'IFC en matière d'investissement dans le secteur privé de la santé en Afrique et servira de forum pour débattre des opportunités pour une meilleure disposition du secteur privé de la santé dans la réalisation des objectifs généraux de la santé.

Orateurs

- Scott Featherston, Responsable d'Equipe pour la Santé en Afrique (HiA), IFC
- Alexander S. Preker, Directeur, Politique d'Investissement en Santé (CICIG), Groupe de la Banque Mondiale

Panellistes

- Max Lawson, Conseiller Politique Principal à Oxfam, Oxfam (London, UK)
- Onno Schellekens, Directeur Général, PharmAccess (Amsterdam, Netherlands)
- Anne Rooney, Vice Président, Commission Conjointe Internationale (JCI) (Chicago, IL)
- Stefan Nachuk, Directeur Associé, Fondation Rockefeller, (New York, NY)
- Gina Lagomarsino, Directeur Général, Résultats pour le Développement (Washington, DC)

Contexte

Comme le décrit un récent rapport sur *L'Entreprise en matière de Santé en Afrique*, publié par IFC (www.ifc.org/healthinafrica), le secteur privé constitue déjà un contributeur significatif au système sanitaire – qui fournit souvent la seule option dans les zones rurales et les bidonvilles pauvres des zones urbaines. Les prestataires privés (à but lucratif et non lucratif) rendent service à tous les niveaux de revenu et ont une couverture géographique plus grande. Etant donné que les dépenses en matière de santé continueront d'augmenter rapidement, avec le secteur privé qui joue un rôle principal, le secteur privé doit travailler avec le secteur public pour mettre en place des systèmes de soins de santé viables, durables et équitables. Mais, il peut aider à améliorer l'accès aux services pour les plus pauvres et réduire le poids financier sur les gouvernements. Mais il existe aujourd'hui un certain nombre d'obstacles au secteur de la santé y compris l'accès limité aux capitaux, des réglementations encombrantes, la pénurie du personnel qualifié, et le manque de mécanismes de mise en commun des risques qui puissent mobiliser les ressources pour les prestataires.

Exposés

L'Entreprise en matière de Santé en Afrique, La Stratégie l'IFC en matière de Santé en Afrique

La stratégie de la Banque Mondiale en matière de Santé, de Nutrition et de Population met l'accent sur le travail avec les pays (gouvernements, le secteur privé et la société civile) et les partenaires internationaux pour réaliser les résultats sur le terrain y compris les Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) liés à la santé et renforcer les systèmes de santé, le financement du secteur de la santé et l'Economie de la Santé. Dans ce cadre stratégique, l'IFC avec l'assistance de la Fondation Bill & Melinda Gates et Mckinsey ont développé une initiative de Santé en Afrique (HiS) pour : (i) mettre en place son engagement et son soutien pour le secteur privé de la santé ; (ii) contribuer à la mise en oeuvre des stratégies HNP ; et (iii) compléter le travail d'autres parties du Groupe de la Banque Mondiale qui appuie les services de santé. Cet exposé débattrà des résultats du rapport conjoint IFC-McKinsey et les détails de la stratégie IFC pour investir dans le secteur privé de la santé en Afrique.

Scott Featherston et Alexander S. Preker présenteront la principale stratégie IFC pour un meilleur engagement du secteur privé, suivi par un panel de discussion dirigé par Max, Lawson, Onno Schellekens, Anne Rooney, Stefan Nachuk, Lagomarsino sur les défis de l'engagement du secteur privé et l'importance de traiter les questions de qualité, d'équité, d'efficacité et d'abordabilité. La session fournira l'occasion pour débattre des opportunités et des risques liés à la nouvelle stratégie IFC et le travail d'autres organisations qui évoluent activement dans ce domaine : Oxfam, PharmAccess, la Commission Conjointe Internationale, la Fondation Rockefeller et Résultats pour le Développement.

Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant

PL 04/1

Le juste prix pour la santé !

Aida Zerbo, chirurgien dentiste, économiste de la santé (DESS en cours) - CESAG

« Il y a toutes les différences du monde entre traiter les gens de façon égale et tenter de les rendre égaux. Si le premier est la condition d'une société libre, le second n'est qu'une forme de servitude ». (Hayek)

La santé n'a pas de prix a-t-on coutume de dire ! Mais elle génère des coûts à recouvrer! Il n'en ait aucun doute. Ainsi, à l'origine si la médecine s'exerçait gratuitement, les états et organes responsables, se sont très vite retrouvés impuissants devant les montants énormes engloutis par la santé, menaçant de ce fait la survie des structures de santé. La solution semble toute tracée à travers l'idéologie et les principes promus par la déclaration d'Alma-Ata : priorité aux plus vulnérables, implication de la communauté.

L'Afrique est singulièrement concernée. Mais très vite, en face d'une croissance lente à venir, d'un pouvoir d'achat faible des populations, et ployant sous le poids des dépenses toujours énormes de fonctionnement, un développement vers une autosuffisance et une autodétermination des systèmes de santé s'imposait.

Solution : "La population doit payer" ont décidé les ministres africains avec la Déclaration d'intention "Initiative de Bamako", qui prône le recouvrement des coûts et la participation communautaire. Cette nouvelle direction impulsée par la pression des bailleurs ne serait-elle pas une invite de « privatisation de la santé en Afrique », écartant davantage l'espoir d'une éventuelle convergence vers une « couverture maladie universelle gratuite ».

Tarification des usagers : moyen ou finalité ?

En se rappelant qu'outre les ménages, les bailleurs, l'Etat et parfois les entreprises constituent les principales sources de financement de la santé; que les ressources de l'Etat, pour près de la moitié, proviennent des taxes directes (impôts sur le revenu) et indirectes (TVA...) ; on est tenté de se demander si la "participation communautaire", limitée à la notion économique, devient-elle pas plus une finalité qu'un moyen ? Puisque le financement de la santé désormais « privé »¹, revient dans ce cas à faire payer directement ou indirectement les ménages soit par – cotisation – forfait – à l'acte et/ ou des médicaments. Seuls les deux derniers font l'objet de tarification des usagers.

¹ SAKHO, CISSE, CODIA : Etudes des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal, 1996 Massachusetts.

D'emblée cette mesure se justifie par la raison d'être du recouvrement des coûts « **alternative de financement complémentaire** » qui améliorerait la volonté contributive des populations tout en générant des ressources constantes pour financer le fonctionnement des structures et activités de santé. Les services de santé ne seraient plus menacés de fermeture, la qualité des soins s'amélioreraient vu les ressources plus fiables et plus conséquentes, la couverture sanitaire étendue et la motivation des prestataires de soins dynamisée. Ce que le temps a prouvé².

Ainsi, à un pauvre comme un riche se présentant à l'hôpital, il est demandé une contribution financière. Paient-ils : Egalitairement ? Selon les risques ? Selon le bénéfice ? Selon les capacités?

Si la justice sociale clame que le dernier serait le plus équitable, la réalité est tout autre. Déjà lors de la conférence internationale sur le financement communautaire (Sierra Leone, 1989) on s'inquiétait des conséquences de cette politique tarifaire sur les plus pauvres. En effet, le paiement direct, n'est pratiquement jamais calculé selon la capacité financière des populations. Il peut également être très différent d'un centre de santé à l'autre dans un même district sanitaire. Ainsi, pour une même capacité à payer, certains payeront plus que d'autres.

De nos jours il n'est pas étonnant de s'entendre dire : « *ici les gens n'ont pas de sous, ils préfèrent mourir avec leurs maladies !* ». La généralisation du recouvrement des coûts, imposée par les bailleurs de fonds dans les formations sanitaires publiques³, n'a-t-elle pas transformé celles-ci en centres de soins payants : **pas d'argent, pas de soins** ... au point parfois d'en vider les structures. Les tarifs de consultation, très élevés pour 59% des populations pauvres, constituent la première cause de non consultation(2).

Quelle ne fut ma surprise lors de la visite du cabinet dentaire d'un hôpital régional au Burkina, de constater que, ce cabinet fortement équipé avec en prime 2 unités dentaires en réserve, reçoive entre 2 à 4 patients par semaine : que des urgences ! Pourquoi ? Les gens n'ont pas les moyens de payer la consultation (300FCFA). Qu'en est il de tous ces anonymes, agonisant chez eux ou ayant recours à des solutions peu orthodoxes pour soulager leur douleur, de ceux qui meurent aux portes de nos hôpitaux faute de moyens. « *Y a pas que les soins, y a aussi les médicaments !* » Malgré l'IB, 65,5% des pauvres ont des difficultés à honorer leurs ordonnances⁴. En somme, l'utilisation des services (et soins préventifs)⁵ et l'équité d'accès aux soins sont négativement affectées.

Applicabilité judicieuse en Afrique

² SOURA : Impact sûr de la tarification et de la qualité des soins sur l'utilisation des services de l'hôpital de Boromo/ BURKINA FASO.

³ SARDAN : politiques de santé à l'abandon, 2004.

⁴ INSD, 1997

⁵ HADDAD, FOURNIER, 1995

Quand on sait que malgré la croissance de la population active (509 millions, Afrique, 2005), ils sont 57,7% en Afrique sub-saharienne à vivre avec moins d'un dollar par jour et 87,1%, avec moins de deux dollars⁶. On imagine aisément que l'absence de prise en charge des indigents accroisse la barrière financière pour les couches vulnérables, pour qui, se soigner revient à s'appauvrir d'où une médecine qualifiée d'« *iatrogenic poverty* ». De plus, l'évolution sociale, à prôner une justice plus proche de l'égalité que de l'équité, et à réduire les comportements de solidarité, agrandi le gouffre dans lequel se trouvent les indigents les précipitant dans une « *medical poverty trap* ».

Par ailleurs, les dépenses de santé en Afrique sont largement soutenues par l'extérieur. De ce fait, les pays se contentent généralement de suivre les changements successifs d'orientation dictés par les institutions internationales avec les réorganisations des flux financiers qui les accompagnent : soins de santé primaires - recouvrement des coûts - réorganisation de la pyramide sanitaire - réformes hospitalières aujourd'hui, sans compter les multiples opérations verticales impulsées régulièrement autour de pathologies « à la mode » (Sida, Paludisme...). De plus l'IB donnait l'illusion qu'à la fin du soutien des bailleurs de fonds les Centres de Santé, gérés par les populations — voire les gouvernements africains — deviendraient financièrement autonomes. En outre les budgets santé relativement faibles, représentent moins de 10% des budgets nationaux (3,1% Cameroun 1999 ; 5,32% Côte d'Ivoire 1999 ; 6,5% Sénégal 2007) ⁷. S'y associe la forte part du paiement direct dans le financement privé (97,90% Burkina Faso ; 68,20 Gambie, 94,50 Sénégal en 2004)⁸. Considérant, la priorité actuelle des gouvernements à résoudre le problème de « vie chère », on est porté à penser que le chapitre sur la tarification des usagers tardera à venir.

« Tout service » à un prix ! Cependant l'application de tarifs très bas favoriserait une consommation irrationnelle des services et une mauvaise utilisation du système de soin dans son ensemble (1). Vu les risques élevés de résultats complètement opposés d'une éventuelle « gratuité », et ceux déjà encourageant bien que très sensible, il convient de trouver la formule la plus adaptée au contexte et réalités Africaines. En effet, l'Afrique a cet avantage d'avoir importé l'expérience des autres systèmes traditionnels même s'ils subissent encore des réformes. Le financement « pur » privé de la santé à largement montré ses limites justifiant la création d'un financement-santé parallèle aux USA pour les vieux et les indigents. Cependant, le financement indirect -pré-participation - obligatoire (Angleterre) ou volontaire - cotisations- (France, Allemagne) semblent les plus fiables, justifiant que l'Europe, qui dans les années 80 avait mis l'accent sur la limitation des budgets et le paiement direct, penche depuis une décennie sur des actions plus fines de gestion interne du système.

⁶ BIT, 2006

⁷ OMS

⁸ LAFARGE, 2008

Certes, le poids de la pauvreté, la dépendance extérieure financière et politique, la forte disparité inter-pays sinon inter-régions, la prédominance de l'informel n'augurent pas d'un avenir certain du paiement direct de la santé. Néanmoins, les valeurs africaines étant ce que nos mamans font chaque fois quand le malheur ou le bonheur frappe chez des proches : conseils de famille, contribution, tontines, etc., les populations Africaines ont démontré qu'elles sont prêtes à supporter la santé. En témoigne l'adhésion croissante à la micro-assurance santé ou mutuelle.

De plus de nombreuses perspectives d'autofinancement telles - préfinancement - taxes sur revenus – taxes spécifiques (TVA) – formalisation intégrée de la médecine traditionnelle – s'offrent. Mais importer ou appliquer des expériences comme des mesures globales sans adaptation prudente... préalable relève du « suicide ». Chacun pourrait participer selon ses capacités. Cette recherche-action nécessite de mettre à contribution des outils de prévision, l'établissement d'une base de données fiables pour une analyse plus spécifique et la mise en oeuvre de « réformes sur mesure », indéniable résultat de l'effort conjoint et multidisciplinaire des responsables Africains qualifiés et conscients et leur tâche, de leur devoir.

La situation des indigents ne présente à priori pas toutes les caractéristiques d'un problème public. Néanmoins, paraît urgent, pour des raisons scientifiques et de solidarité, de <work out> la formule idéalement adaptée pour endiguer cette exclusion. La Lybie comme la Gambie, où dénote une forte volonté politique ne démentiront pas. Seulement, les bonnes intentions, mal orientées, évoluent dans le mauvais sens, éventuellement, "something happen on the way to heaven..."

PL 04/2

Étude socio-économique sur les coûts et sur l'accessibilité financière des populations aux soins de santé à l'Est du Tchad¹

Morbé Mbaïnadjina Ngartelbaye¹, Dr Itama Mayikuli Christian², M. Naïbei Mbaïbardoum Nathan³

¹ Économiste de la santé, OMS/Tchad

² Médecin de santé publique, Sous-Bureau MS/Abéché-Tchad

³ Informaticien, consultant

Introduction :

La guerre civile dans le Darfour a poussé plus de 200 000 Soudanais à se réfugier à l'Est du Tchad où ils bénéficient de l'appui des agences et ONGs humanitaires pour leur protection et leur santé, entre autres.

Au plan de santé, cette présence des réfugiés a entraîné une perturbation du système de recouvrement des coûts de soins par la gratuité des soins offerts, mais

¹ Cette étude a été réalisée en 2006 avec l'appui financier de ECHO, une agence humanitaire de l'Union Européenne.

aussi a permis de renforcer le système de santé dans les structures de soins proches des camps de réfugiés qui sont appuyées.

Dans la perspective de retrait à court et moyen terme des agences et ONGs humanitaires, quel serait le meilleur système de tarification de soins de santé qui devrait être mis en place et qui tient compte de la capacité à payer réellement de la population. C'est donc pour répondre à cette question que se justifie cette étude.

Méthodologie :

Cette étude est basée sur une enquête sur un échantillon total de 375 sujets répartis comme suit : 150 chefs de ménage des centres urbains d'Iriba, de Goz-Beida et de Biltine (ces centres urbains sont aussi les chefs lieu de district sanitaire disposant des hôpitaux de district), 120 patients ou gardes malades des hôpitaux de district dans ces mêmes villes et 105 patients ou accompagnateurs des centres de santé urbains également dans ces villes.

Tandis que les ménages ont été tirés de façon aléatoire, les autres échantillons ont été tirés selon un tirage raisonné. Un autre questionnaire a été conçu, complété par des rapports, pour l'analyse de la gestion de trois hôpitaux de district. Les données ont été saisies sur Epi-Info avant d'être transférées sur SPSS pour analyse et interprétation.

Résultats :

Au niveau méthodologique, l'échantillonnage total a été légèrement modifié, passant ainsi de 375 sujets à 348 et répartis comme suit : ménages, maintenu à 150, malades et/ou gardes malades dans les hôpitaux de district, 91 au lieu de 120, malades et/ou accompagnateurs, 107 au lieu de 105.

En ce qui concerne les ménages, 61% d'entre eux font recours aux structures de soins lorsqu'ils sont malades, 20% vont chez les marabouts/tradipraticiens et 19% font de l'automédication. Il y a une majorité écrasante avec près de 100% des ménages qui déclarent être capables de payer les soins pour les montants ne dépassant pas 5000 FCF. Une nouvelle tarification devra en tenir compte. Parmi ces ménages, 85% ont une opinion favorable pour adhérer à une mutuelle de santé et près de 100% ont l'intention de cotiser entre 100 FCFA et 495 FCFA par mois, pour la faire fonctionner. Au delà de cet intervalle, le nombre de ces adhérents potentiels baisse progressivement. C'est dire que la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région ne devrait pas ignorer ces informations. L'analyse par fréquence de revenu montre que la moitié des adhérents potentiels ont un revenu occasionnel.

S'agissant des hôpitaux de district de Biltine et de Goz-Beida où les soins ne sont pas gratuits comme à Iriba, les coûts d'hospitalisation oscillent entre 5000 FCFA et 20 000 FCFA pour la majorité, mais les soins sont plus chers à Biltine. Plus de 41% des enquêtés déclarent que les coûts des hospitalisations sont à leur portée contre 32%, mais sur l'intervalle 500 à 5000 FCFA, 90% trouvent les coûts supportables.

Dans les centres de santé, les coûts de soins varient dans l'intervalle 200-3000 FCFA pour plus de 97% des enquêtés à Goz-Beida contre 60% à Biltine. Par rapport aux avis, il y a une forte concentration (environ 70%) qui déclarent que les coûts dans l'intervalle 200-2000 FCFA sont à leur portée. Quant à l'analyse de la gestion des hôpitaux, celle-ci a révélé que la gratuité offre une meilleure accessibilité, certes, mais elle augmente des consultations non pertinentes, donne lieu à des dépenses supplémentaires en médicaments, augmente la charge de travail, étouffe le rôle des comités de gestion et crée une forte dépendance du staff dirigeant vis à vis des partenaires humanitaires de fonds. Les centres de santé proches des structures de soins où les soins sont gratuits subissent un dysfonctionnement en termes de diminution des consultations, suivie d'une baisse de recettes entraînant des problèmes de renouvellement de médicaments et des difficultés de couvrir des frais récurrents. Le recouvrement des coûts de soins améliore les soins secondaires (paquet complémentaire) à Goz-Beida, tandis qu'à Biltine ce n'est pas le cas. Il est aussi apparu que le paiement des soins dans les HD est un réel obstacle à l'accessibilité aux soins, notamment à Biltine. Même si l'HD de Goz-Beida a un certain succès, les analyses ont montré que ce succès est lié à la présence d'un tiers payant pour les réfugiés hospitalisés qui représentent la moitié de la clientèle. Enfin, l'analyse a montré que le paiement des primes proportionnelles dans les HD crée en général une exagération de la demande de soins chez la clientèle et ceci influence négativement sur la qualité des hospitalisations.

Conclusion et recommandations :

Lorsque la population a un accès facile (gratuité) aux soins, le recours à d'autres types de soins perd de son importance, mais lorsque cette gratuité n'est pas suivie des mesures d'accompagnement, elle a plutôt des effets pervers sur le fonctionnement de la structure et sur l'ensemble des indicateurs. Une écrasante majorité de la population (presque 100%) est disposée à payer les soins dont les coûts ne dépassent pas 5000 FCFA et 85,3% des ménages enquêtés ont une opinion favorable pour adhérer à une mutuelle de santé comme alternative pour augmenter l'accès aux soins et près de 100% d'entre eux ont l'intention de cotiser pour des montants ne dépassant pas 500 FCFA par mois, pour son fonctionnement. Dans les HD, 95% des enquêtés trouvent supportables les coûts d'hospitalisation lorsqu'ils ne dépassent pas 5000 FCFA. L'étude recommande que la gratuité des soins que pourrait offrir un partenaire soit toujours suivie des mesures d'accompagnement nécessaires. Ailleurs où c'est payant, la tarification doit tenir compte de la capacité réelle à payer de la population. Avec un très fort pourcentage d'opinion favorable pour adhérer à une mutuelle de santé, il apparaît opportun pour le Gouvernement d'élaborer une politique de développement des micro-assurances santé et trouver un partenaire pour l'accompagner dans sa mise en oeuvre.

Limites de l'étude :

Quelques éléments de limite ont été enregistrés, notamment l'échantillon à l'hôpital de district de Biltine qui a été réduit de 60% par rapport à la planification initiale, les difficultés d'avoir des données financières et l'absence de test de sensibilité par rapport à la compréhension du concept de mutualité dans la santé auprès des enquêtés.

PL 04/3

Système du Tiers Payant en Afrique : de la théorie à l'évidence, étape suivante

Araoyinbo, Idowu D.¹, Ataguba, John E.²

¹ Medical Research Council (MRC) Cape Town South Africa

² Health Economics Unit, University of Cape Town (UCT)

Le système du tiers payant est défini comme des montants prélevés sur les consommateurs des biens ou services du gouvernement en relation avec leur consommation. Ils sont également des sommes d'argent prélevés sur les individus pour l'utilisation des biens et services pour lesquels ils reçoivent des "avantages spéciaux" (Duff, 2004). Les arguments en faveur du système du tiers payant sont entre autres : (i) augmentation de l'efficacité économiques par lequel des ressources rares sont allouées à leur utilisation les plus valables dans le secteur public et entre les secteurs publics et privés ; (ii) les prélèvements déduits permettent d'améliorer la transparence du secteur public, ce qui lui permet de réagir à différentes préférences et changement dans la demande pour des biens et services fournis au public ; (iii) le recouvrement des frais et l'augmentation de l'équité ; et (iv) l'idée de la taxation proportionnelle aux avantages de contrepartie est appliquée sur la base de la "l'impartialité" car chaque client paie uniquement pour les biens et services qu'ils ont utilisé.

Pour les détracteurs du système du tiers payant, il pourrait constituer un fardeau plus lourd sur les pauvres qui auront probablement à supporter des fardeaux plus lourds de maladie (Nyanator and Kutzin, 1999; Gilson, 1997) alors que dans ce cas, la fourniture des soins de santé publiques sur la base de ces frais est une contradiction de l'objectif premier pour lequel la fourniture public des soins de santé est réalisée et la flexibilité budgétaire sera limitée là où les revenus sont affectés pour les dépenses des services de santé fournis au public, budgets desquels les revenus sont retirés. Ceci a conduit à une réduction soutenue de l'utilisation des services (Nyanator and Kutzin, 1999). Les comportements des individus vis-à-vis des frais peuvent négativement affecter les revenus du gouvernement et leur viabilité politique.

Sur la base de la théorie économique et de l'efficacité, l'imposition du tiers payant dans les centres de santé publics est justifiée seulement lorsque la valeur du service fourni au public qui est financé par le tiers payant excède la valeur des services de soin de santé que le client pourra autrement obtenir dans le secteur privé. Ceci implique seulement que le tiers payant n'est approprié que lorsque la valeur marginale d'un dollar supplémentaire du tiers payant sur les services de santé dans le secteur public excède la valeur marginale d'un dollar supplémentaire dans le secteur privé (Duff, 2004). Les preuves ont montré que l'augmentation du tiers payant agit comme un signal pour les prestataires du secteur privé pour augmenter leurs frais (Jacobs et Price, 2004).

Au début des années 80, des études ont montré que les prix peuvent ne pas être des éléments déterminants de la demande des soins de santé, ou pire, un impact positif sur la demande (Akin *et al.*, 1984). D'autres études ont démontré que les études préalables sont dépourvues de données de qualité et que les prix ont un impact significatif sur la demande pour les soins de santé, principalement dans les pays en développement (Gertler and van der Gaag, 1988; Mwabu, 1986) et sur les pauvres. Des études menées en Afrique ont démontré que le tiers payant n'est pas viable en prenant plus de 15 pays Africains pendant une durée de temps (Vogel, 1991). Ceci est dû au fait que les pauvres sont d'habitude très sensibles aux petits changements dans les prix mêmes pour des biens qui sont des nécessités tels que les soins de santé. Avec la relation forte qui existe entre la santé et la pauvreté, il n'y a aucun doute que le système de tiers payant pourra probablement inciter le phénomène de piège de pauvreté médicale. Ceci parce que les pauvres qui ne peuvent pas se payer les services de soins de santé privés à cause des coûts élevés ne peuvent pas non plus se permettre d'utiliser les structures publiques. Ceci conduit à une morbidité non traitée, un accès réduit aux soins de santé, un appauvrissement à long terme, une utilisation irrationnelle des médicaments (Whitehead *et al.*, 2003). Des preuves ont également démontré l'augmentation des inégalités liées au système de tiers payant (Nyanator and Kutzin, 1999).

Des expériences menées dans certains pays Africains tels que l'Ouganda où le système du tiers payant a été supprimé de façon soudaine en 2001, l'Afrique du Sud en 1994 pendant la période de transition vers la démocratie a conduit d'autres pays tels que le Rwanda, la Zambie, le Burundi, la République Démocratique du Congo et le Niger à mettre en œuvre des réformes similaires par le biais des structures ou de services sélectionnés. Ceci a été instructif dans l'augmentation du taux d'utilisation de services de santé public (Yates, 2007) et les femmes peuvent également bénéficier de la réduction du tiers payant (Lawson, 2004). Dans d'autres pays, tels que le Ghana, il est difficile de faire un suivi des impacts de ces frais sur la population car les responsables des structures reproduisent et établissent leur propre système de fixation des prix et de collecte des frais (Nyanator and Kutzin, 1999).

La suppression du système du tiers payant dans certains pays Africains a été principalement basée sur des motivations politiques pour maximiser les voix conformément à la présentation de William Nordhaus¹. Même au cours de ces instances, le taux d'utilisation a augmenté. Il est fort probable que les pauvres fassent preuve d'un ressentiment "interne", mais à cause de leur faible représentation, il est souvent difficile que leur opinions soient prises en compte en Afrique. Un cas d'efficacité pourra être soulevé si les revenus des tiers payant sont canalisés vers la fourniture des soins de santé de bonne qualité, l'augmentation de la disponibilité des médicaments, et la promptitude des services qui doivent réduire les effets néfastes créés par le manque d'accès aux soins de qualité (Nyanator and Kutzin, 1999). Cependant, il est souvent le cas que ces revenus ne soient bien justifiés. Dès fois, certaines conditions et mesures politiques doivent être mises en

¹ This is based on the theory of political business cycle.

place pour la mise en oeuvre du système du tiers payant pour avoir des effets non désirables minimum (Gilson, 1997) mais ceci pourra en lui-même renforcer les effets néfastes du système du tiers payant dont souffrent les pauvres. Pendant que certaines des politiques sont bonnes, elles sont souvent ouvertes aux abus qui les rend inefficaces dans la réalisation des objectifs dans les structures Africaines. En dehors de l'Afrique, l'expérimentation du système du tiers payant a été également une expérience sans succès.

En Afrique principalement, le noeud du problème est le financement des soins de santé pour les pauvres et les populations rurales. Alors que les pauvres très sensibles aux prix facturés, cela ne veut pas dire que l'utilisation des services de soins de santé soient "gratuits". En terme purement économique, dans le cadre de la concurrence, chaque agent économique doit supporter les coûts différentiels de ses actions. Le cas des soins de santé est spécial étant donné que les soins de santé constituent un droit, un besoin et possède des coûts sociaux. Les personnes pauvres ne peuvent pas supporter leurs coûts privés et les coûts sociaux. A cet effet, l'utilisation de l'assurance maladie communautaire ou les régimes de remboursement ont été connus comme étant viables même sur la base des expériences faites dans des régions de l'Afrique et sont avantageux et viables lorsqu'ils sont intégrés dans des perspectives plus grandes de régimes d'assurance maladie nationale ou des institutions de microfinance.

L'idée d'une couverture universelle est susceptible d'augmenter l'accès des pauvres aux soins de santé, principalement lorsque le système d'interfinancement est possible. Ceci parce que le système du tiers payant a créé des questions d'équité et d'efficacité et nous avons besoin de perspective d'avenir. Tout en arguant qu'il y a une solution passe partout pour la plupart des problèmes de la société, il est probable d'avoir des solutions qui augmentent l'achat d'office auprès de la plupart des acteurs. Nous avons par conséquent besoin des méthodes autochtones et innovantes de financement des soins de santé qui puissent imposer le financement des soins de santé conformément à la capacité de payer, mais au même moment distribuer les avantages sociaux et renforcer l'accès au soins selon les "besoins" de soins. Ceci impliquerait une forme de négociation privée "interne" telle que celle réalisée dans le cadre du Coase Theorem pour la demande en soins de santé ne dépendent pas de la distribution des revenus². Ceci est plus lié à la solidarité sociétale qui probablement peut produire des résultats valables dans les structures Africaines.

Conflit d'Intérêt (COI) Le Professeur Diane McIntyre a été enseignant des auteurs et également un collègue de l'un des auteurs.

Références

AKIN, J., GRIFFIN, S. C., GUILKEY, D. K. & POPKIN, B. M. (1984) *The Demand for Primary Health Care in Developing Countries*, Totowa, NJ, Littlefield, Adams.

² This simply imply that we assume that consumers' preferences are quasi linear.

- DUFF, D. G. (2004) Benefit Taxes and User Fees in Theory and Practice. *The University of Toronto Law Journal*, 54, 391-447.
- GERTLER, P. & VAN DER GAAG, J. (1988) *Measuring the willingness to pay for social services in developing countries*, World Bank, Washington, DC, USA.
- GILSON, L. (1997) The Lessons of User Fee Experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12, 273-285.
- JACOBS, B. & PRICE, N. (2004) The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19, 310-321.
- LAWSON, D. (2004) Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda - Is it Just Income and User Fees that are important? , An unpublished manuscript, University of Manchester, UK.
- MWABU, G. (1986) Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya. *Social Science and Medicine*, 22, 315-319.
- NYANATOR, F. & KUTZIN, J. (1999) Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14, 329-341.
- VOGEL, R. J. (1991) Cost Recovery in the Health-Care Sector in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 6, 167-191.
- WHITEHEAD, M., DAHIGREN, G. & EVANS, T. (2003) Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358 833-836.
- YATES, R. (2007) The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries. UK Department for International Development - Human Development (Abstract).
-

PL 04/4

Système du Tiers Payant pour les Services de Santé en Afrique

Anne Kangethe Pharm. D, International Graduate Student, University of Georgia, Athens, Georgia

Le concept du tiers payant continue d'être "d'actualité" dans les forums et débats de financement de la santé en Afrique. Récemment, certains pays Africains tels que l'Ouganda ont supprimé le paiement des frais. D'autres ont modifié leurs politiques. Par exemple, la Zambie a supprimé les frais seulement dans les structures sanitaires rurales, au Burundi, les frais ont été supprimé pour les services de soins maternels et infantiles alors qu'en République Démocratique du Congo, le Rwanda et le Niger, les frais ont été supprimés dans des structures sélectionnées (Yates 2007).

La controverse a commencé en 1987, lorsque la Banque Mondiale a recommandé que le principe de recouvrement des coûts soit incorporé dans le programme de financement des services de santé publiques dans les pays en développement (Shaw and Griffin 1995). Les détracteurs dus système de tiers payant ont soutenu l'idée selon laquelle les services de santé n'ont pas été utilisés principalement les communautés vulnérables telles que les femmes et les enfants dans les sociétés pauvres. En outre, les paiements directs constituent une forme de régression de financement des soins de santé car ils prennent une grande proportion des revenus des ménages les plus pauvres contrairement aux ménages les plus riches (Gilson and

McIntyre 2005). L'élimination des frais de partage de coûts a coïncidé avec l'augmentation des soins de santé fournis par le Gouvernement aux femmes en Ouganda (Lawson 2004).

Il existe peu d'exemples disponibles venant des défenseurs de la politique du tiers payant. Peut être ceci est due au fait que par le passé, trop d'accent a été mis sur la mobilisation des revenus et peu d'accent sur comment le partage des coûts qui constitue le tiers payant peut contribuer à l'efficacité, à l'équité et la pérennisation des systèmes nationaux de santé (Shaw and Griffin 1995). L'objectif de cet exposé est de présenter un cas pour l'utilisation continue du tiers payant pour les services de santé en Afrique.

Au Kenya, le partage des coûts a été introduit en Décembre 1989 (Ngugi 2000). Sur la base des expériences de la Kenyatta National Hospital (KNH) un centre hospitalier universitaire à Nairobi, Kenya, le partage des coûts a permis d'avoir une source complémentaire de fonds. Les revenus ont augmenté de 1% des bénéfices récurrents de KNH en 1986/87 10% en 1993/94 (Collins, Njeru et al. 1999). Lorsque le financement augmente à partir du tiers payant, l'assistance financière qui a été initialement prévu par le Ministère de la Santé pour être alloué à l'hôpital, peut être maintenant re-affecté à d'autres structures de soins de santé primaire au niveau local et préfectoral. Ceci sera conforme avec le souci permanent des gouvernements et des bailleurs de fonds en Afrique à réaffecter les fonds du niveau tertiaire ou niveau primaire des soins de santé (Shaw and Griffin 1995).

Des études préalables ont proposé que les bailleurs de fonds doivent être utilisés pour soutenir la suppression du système du tiers payant (Gilson and McIntyre 2005). De façon générale, la plupart des bailleurs de fonds soutiennent les budgets des capitaux ou de développement au lieu de financer les dépenses de fonctionnement ordinaire telles que les salaires, les médicaments, les équipements et la maintenance (Shaw and Griffin 1995) que le système du tiers payant fournit. En outre, les bailleurs de fonds seront mieux utilisés pour des cas d'urgence ou de catastrophe tel que la violence intervenue récemment au cours des élections au Kenya en Décembre 2007. La violence a eu comme conséquence le déplacement des personnes à l'intérieur du pays qui ne peuvent pas fournir le tiers payant pour leurs soins, et dans ce cas c'est l'utilisation du financement des bailleurs qui est le plus appropriée.

Pendant que le système du tiers payant a été taxé comme étant inapproprié à cause de l'exclusion des communautés les plus pauvres, ils ont également permis de réduire le phénomène de risqué moral dans les hôpitaux. Avant la mise en œuvre du système du partage des coûts au KNH, il n'était pas fréquent de voir des malades potentiels se présenter pour les soins parce que le traitement était "gratuit". Bien que les statistiques ne soient pas disponibles, l'on peu supposer que la l'utilisation des soins de santé a augmenté parce qu'il a été subventionné (Feldstein 1998). Ceci a aboutit à une utilisation non appropriée des médicaments prescrits et à conduit à une augmentation des coûts de prescription et dans les cas des antibiotique, à une résistance des médicaments. Au même moment, ces "malades" qui n'ont pas réellement besoin d'une attention médicale demanderaient des absences autorisées

du travail parce qu'ils peuvent avoir des papiers pour prouver qu'ils ont été traités et ont reçu des médicaments. Ceci pourra tôt ou tard aboutir à une fréquentation excessive des structures, une réduction de la qualité des soins et un escalade des coûts des soins pour la société. Les coûts pour la société seront également calculés en relation avec l'absentéisme au travail.

Le tiers payant inclut dans le partage des coûts créé l'attente de meilleurs services (Ngugi 2000). Dans une étude récente menée en Ouganda où d'autres déterminants du comportement de ceux qui sont à la recherche des soins ont été analysés, le niveau élevé d'éducation a été associé à l'abandon de façon significative des soins de santé fournis par le gouvernement, ce qui indique que les soins de santé offerts par le gouvernement sont de qualité inférieure (Lawson 2004). L'étude a été menée après le récent changement de politique où le tiers payant a été supprimé. En outre, la baisse de la morale du personnel de la santé dont les salaires sont réduits suite à la suppression du système du tiers payant pourra offrir des soins de qualité médiocre à cause de la charge du travail due au taux d'augmentation d'utilisation du système..

Pour prévenir ces impacts négatifs liés à la suppression du tiers payant, il existe des options de fourniture des soins de santé aux pauvres tout en maintenant des sources de revenus pour les hôpitaux. A KNH, les malades qui ne peuvent pas payer le tiers payant sont envoyés aux travailleurs sociaux pour les aider dans la fourniture des soins. Ceci permet de s'assurer qu'aucun malade dans le besoin ne soit renvoyé et en même temps que les ressources ne soient gaspillées.

Une autre idée qui a été mise en œuvre par les systèmes sanitaires en Inde est la mise en place d'une assurance communautaire abordable. Dans la région de Karnataka, le régime d'assurance de Yeshasvini offre une assurance aux coopératives de production de lait, aux enseignants et à l'avenir aux familles qui vivent dans un endroit commun. Ce régime d'assurance aiderait à compenser le système du tiers payant et d'autres dépenses médicales et au même moment assurer la durabilité financière des systèmes sanitaires.

Bien que n'ayant pas pour objectif de servir de moyen de dissuasion à ceux qui ont besoin de soins de santé, le système du tiers payant a été critiqué comme étant une barrière aux soins de santé, cependant quelques études ont été conduites pour évaluer ces effets sur l'efficacité, l'égalité et la pérennité des systèmes de soins de santé. Alors que le système du tiers payant pourra créer des problèmes aux pauvres, il existe des solutions pour assurer la fourniture des soins aux malades qui se trouvent dans le besoin. Des solutions telles que l'utilisation des travailleurs sociaux et la mise en œuvre des projets d'assurance communautaire pourront offrir des moyens durables pour satisfaire aux besoins en soins de santé des communautés Africaines.

Références:

- Collins, D., G. Njeru, et al. (1999). "Hospital autonomy: the experience of Kenyatta National Hospital." *Int J Health Plann Manage* 14(2): 129-53.
- Feldstein, P. J. (1998). *Health care economics*. Albany, NY, Delmar Publishers.

- Gilson, L. and D. McIntyre (2005). "Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action." *BMJ* 331(7519): 762-5.
- Lawson, D. (2004). "Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda – Is it Just Income and User Fees That Are Important?" Retrieved 4/28, 2008, from <http://unpan3.un.org:8080/query.html?qt=mwea&charset=iso-8859-1>.
- Ngugi, R. (2000). "Health Seeking Behaviour in the Reform Process for Rural Households : The Case of MWEA Division, Kirinyaga District, Kenya." Retrieved 04/28, 2008, from <http://unpan3.un.org:8080/query.html?qt=mwea&charset=iso-8859-1>.
- Shaw, R. P. and C. C. Griffin. (1995). "Cost Sharing: Towards Sustainable Health Care in Sub-Saharan Africa" Retrieved 04/28, 2008, from <http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find63.htm>
- Yates, R. (2007). "The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries " Retrieved 4/28, 2008, from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=993482#PaperDownload.
-

PL 04/5

Lorsque le système du Tiers Payant est une nécessité de la vie : Quel rôle pour la politique en Ouganda ?

Birungi Charles, Student, Faculty of Health Sciences, Uganda Martyrs University, Nkozi

Introduction

Un soir à la fin du mois de Décembre 2007, j'ai eu une discussion intéressante avec mon ami, Alex. Il a insisté sur le fait que le système du tiers payant est un "mal nécessaire" et a donné plusieurs preuves tirés de l'expérience Ougandaise pour justifier sa position. Concernant ce raisonnement je n'ai aucune objection, ayant entendu ces preuves de la bouche des voix les plus autorisées qui ont soigneusement documenté les effets de cette réforme qui a échoué. Ensuite, la discussion a continué avec le "dilemme" que connaît le secteur de la santé en Ouganda, et les arguments de la stabilité macroéconomique – un moyen de gestion économique qui a amené tout le pays à croire qu'il n'existe qu'une seule voie de gestion de l'économie nationale.

Au moment où j'écris ce petit exposé, que je préfère appelé mon "point de vue", cette discussion mémorable m'est revenue à l'esprit. Etant donné que j'ai grandi dans un village rural au centre ouest de l'Ouganda, mes mémoires d'enfance des années 80 sont pleines de principaux acteurs sur la scène de la prestation des soins de santé en Ouganda : les structures étatiques de soins de santé et les structures religieuses de soins de santé. La plupart de la documentation sur le système du tiers payant se concentre sur ses impacts sur les services de soins de santé fournis (et financés) par le gouvernement. Cependant, je sais qu'il existe plusieurs acteurs dans le secteur des soins de santé en Ouganda. Ceci est mon point de départ dans le présent exposé où j'étudie le rôle que la politique peut (et doit jouer) pour le sous secteur privé à but non lucratif (PNFP) – une caractéristique principale du système de

prestation des soins de santé Ougandais, pour lequel le tiers payant est une nécessité pour la vie.

Qu'est ce que le PNFP (Système de soin de santé privé à but non lucratif) ?

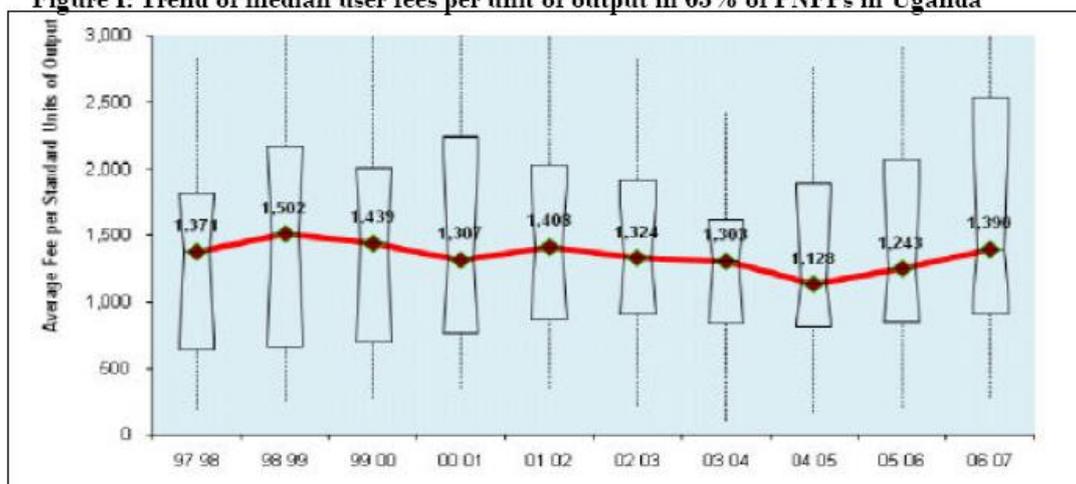
Le terme "PNFP" est utilisé pour décrire les structures jusque là appelées vaguement "mission" ou structure "volontaire" de soins de santé. En un mot, c'est un groupe de vastes réseaux constitués de points de prestation de service disséminés dans tout le pays qui ont commencé à travailler vers la fin du 19^{ème} siècle et ont continué à se développer au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, bien avant la création du système de santé. Ils sont les deux fondés sur des bases de structure et de non structure. Les premiers sont destinés à la grande majorité qui appartiennent aux dénominations religieuses, coordonnées par trois bureaux médicaux (Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda Protestant Medical Bureau and Uganda Muslim Medical Bureau). En terme de taille, ils détiennent 42,3% des hôpitaux, 22% des structures sanitaires de niveau inférieur et 70,7% des institutions sanitaires en Ouganda, avec 85% de ces institutions installées dans les zones rurales où vit la majorité des pauvres. En 2006/7 seulement, ce sous secteur a traité 17% des patients externes, fait 35% de accouchements et donné 35% des doses DPT3 de toutes les productions de secteur de santé au niveau national.

Système du tiers payant : une nécessité de la vie pour les PNFP en Ouganda

Sur la base de ce qui précède, il est clair que la mise en place de ces structures implique des investissements considérables de capitaux et d'effort. Je sais également que les fondateurs de ces structures ont l'intention de poursuivre un objectif spécifique et être en mesure de pérenniser leurs activités au delà des acteurs qui l'ont commencé. Ceci en soi signifie que les PNFP doivent fonctionner conformément aux objectifs originaux (c'est à dire, traiter des patients, promouvoir la santé, former les gens, etc., évoluer selon des objectifs sociaux) et, entretenir les biens, de peur que l'organisation ne commence à se détériorer et à mourir éventuellement.

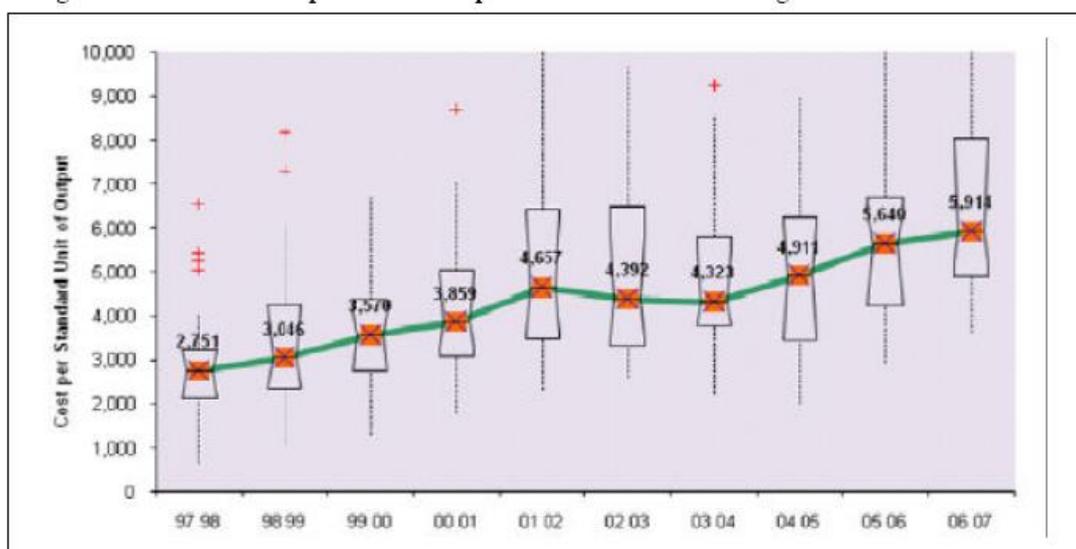
Pour la pérennisation organisationnelle, que ce soit au niveau des affaires ou des entreprises sociales, les éléments ci-dessus sont des *conditions sine qua non*. Les coûts et les prix sont deux principaux concepts économiques qui doivent être introduits à ce niveau. Du point de vue de PNFP, le coût est la valeur des ressources qu'une structure de santé utilise pour produire ses services alors que le prix constitue les frais payés par les patients pour bénéficier des services de santé de la structure. En théorie économique, le prix doit toujours être plus élevé que le coût, et cette relation intrinsèque doit être respectée à tout moment. Les graphiques I et II ci-dessous illustrent le statut de la relation dans les PNFP en Ouganda :

Figure I: Trend of median user fees per unit of output in 65% of PNFPs in Uganda



Source: Giusti D, 2008

Figure II: Trend of cost per unit of output in 65% of PNFPs in Uganda



Source: Giusti D, 2008

Selon ces graphiques ci-dessus, une réduction progressive dans les frais par unité de production pendant des années a été observée, en dépit des effets de l'inflation, de l'augmentation des coûts des services et de la réduction du budget d'assistance de l'Etat. Ceci est le résultat des efforts délibérés des structures du PNFP. La tendance modérée à la hausse des frais observée en 2004/5 reflète la pression sur le sous secteur de l'augmentation des coûts du service de production et de la réduction de l'aide du gouvernement (voir Fig. III ci-dessous). En me référant à l'économie de la santé fondamentale, je n'ai aucun doute que les gens paient moins que ce qu'ils payaient en 1997/98, même si sans ajustement dégressif sur le temps acheté. Au fait, à la lumière de la politique macroéconomique mise en œuvre par le pays, je n'ai aucun doute en ce qui concerne les perspectives pro-pauvres de PNFP.

La compréhension que j'ai eue pendant des années est que si la règle économique fondamentale selon laquelle les revenus doivent être plus élevés que les dépenses

n'est pas respectée ; le bilan montrera une perte de richesse de l'organisation, qui n'est que le signe qui annonce que cette organisation est malade. Il est évident que le "profit" est une nécessité pour la vie, sous réserve de la contrainte de "non distribution" (c'est-à-dire, le profit réalisé– s'il y en a – ne pourra pas être attribué aux propriétaires, aux dirigeants, etc., mais réinvestit pour développer l'organisation). Comme cela a été observé de diverses manières (Giusti D et al, 2004), toute tentative par les PNFP pour fixer le tiers payant à des niveaux égal aux coûts ou aux éléments ci-dessus devient une force de dissuasion à la consommation des biens/services qu'ils produisent.

A la lumière de ce qui précède et motivé par l'altruisme, les PNFP ont toujours essayé de trouver des "substituts des prix" pour financer leurs opérations. Ceci a pris la forme des subventions, des dons, et des fois des prêts. Lorsque ces "substituts des prix" ne sont pas ni financés ni suffisants, quelques options existent pour éviter d'abandonner les objectifs sociaux. La diminution de la "dotation" ou l'augmentation des frais du tiers payant (avec les impacts négatifs consécutifs sur l'accès, l'équité, l'efficacité, etc.) sont les mêmes.

Session parallèle 3 : Conséquences des paiements directs

PS 03/1

Examen de l'incidence des coûts avantages catastrophiques du traitement anti-rétroviral (TAR) subventionné au Sud-est du Nigeria

Obinna Onwujekwe, Nkem Dike, Benjamin Uzochukwu, Chinwe Chukwuka, Chima Onoka et Anselem Onyedum, Groupe de recherche de politique de santé, Institut de Médecine, Université du Nigeria, Campus-Enugu, Enugu, Nigeria

Justification

Il importe d'appréhender le poids que représente pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) le financement des soins et du traitement du VIH/SIDA, parce que le VIH/SIDA pourrait enfoncer plusieurs ménages, surtout ceux appartenant aux classes socio-économiques des pauvres (SES), dans le dénuement en raison de la perte de revenu et du coût élevé du traitement médical fréquent. S'il est important de déterminer si la nature catastrophique ou non des coûts des programmes de TAR, il est également important de déterminer les bénéficiaires des programmes subventionnés ou gratuits et de savoir si de tels programmes jouent contre les coûts catastrophiques éventuels qu'implique la recherche de traitement du VIH/SIDA.

Objectifs

La communication examine le niveau auquel les coûts des programmes de TAR subventionnés sont catastrophiques pour les différentes classes socio-économiques et pour les citadins/ruraux, ainsi que le niveau d'incidence des avantages propres aux différentes classes socio-économiques et aux citadins/ruraux.

Méthodologie

Les données ont été collectées auprès de tous les patients consentants qui fréquentent des dispensaires de TAR sur une période de trois mois ; elles sont collectées par des intervieweurs formés utilisant un questionnaire géré par eux-mêmes. Les patients ont été interrogés juste après s'être enregistrés pour la consultation au dispensaire mais avant de rencontrer l'équipe médicale.

Résultats

Plus de 95 % des personnes appartenant à tous les quartiles de SES ont dépensé de l'argent pour les ARV au cours du mois passé. En moyenne, les patients ont dépensé 990 Naira ((8,3 \$US) par mois pour les ARV. Ils ont également dépensé en moyenne 8,2 \$ pour d'autres médicaments le mois précédent. Toutefois, les personnes ayant acheté des ARV ailleurs que dans les centres de TAR ont dépensé en moyenne 88,8 \$ par mois. Les études ont porté sur les principaux postes de dépenses et les patients ont dépensé en moyenne 95,1 \$ par mois. Les dépenses totales dans le traitement (médicaments et tests) ont englouti plus de 100 % des revenus ou des dépenses totales des ménages. Dans l'ensemble, les ARV subventionnés ont représenté 9,8 %

des dépenses totales des ménages, d'autres médicaments ont épuisé 9,7 %, les ARV provenant d'autres sources ont pris 105 %, la part des tests est de 112,9 % et les dépenses totales ont été de l'ordre de 243,2 %. Généralement, le niveau de la catastrophe touchait plus les femmes, les ruraux et beaucoup plus les patients pauvres. Les femmes et les citadins connaissent une incidence des avantages plus que les hommes et les ruraux. Les SES vivaient indifféremment l'incidence des avantages.

Conclusion : Le programme de TAR subventionné réduit le coût des ARV étant donné que les médicaments achetés hors du programme ont des coûts dix fois supérieurs à ce que les patients dépensent dans les centres de TAR. Toutefois, d'autres coûts principaux sont également supportés dans les programmes de TAR, ce qui rend les coûts/dépenses totales de l'accès et de la consommation des programmes de TAR excessifs et catastrophiques. Une solution devrait être trouvée à l'incidence dissymétrique des avantages pour les femmes et les citadins de sorte que toutes les classes de la population ayant le VIH tirent des avantages égaux du programme de TAR.

PS 03/2

Poids économique du paludisme au Kenya : une enquête au niveau des ménages

Dr. Kioko, U.M

Contexte : Le paludisme est la plus importante cause infectieuse de morbidité et de mortalité au Kenya et représente 19 % des hospitalisations et entre 30 % et 50 % des cas de malades ambulatoires. Toutefois, malgré ses effets dévastateurs sur la santé, la preuve empirique de l'impact économique de la maladie sur la production agricole, le revenu des ménages et les salaires des personnes dans le pays demeure toujours inconnue. Cette communication présente une estimation du poids du paludisme aux niveaux des ménages et des individus, et fait une simulation des effets économiques des investissements pour la lutte contre le paludisme sur le rendement agricole et les revenus des ménages.

Méthodologie : Les données pour cette étude ont été obtenues à partir des enquêtes sur le suivi du bien-être réalisées par le Gouvernement kényan, le ministère du Plan et du développement national. Les modèles structurels de rendement des cultures, le revenu des ménages et les salaires ont été utilisés pour mesurer le poids économique du paludisme, en maîtrisant les co-variables dans ces modèles. Dans tous les modèles, le paludisme est une variable endogène mais des instruments pertinents sont utilisés pour en faire une variable exogène.

Résultats : L'analyse montre que le paludisme entraîne de lourds poids économiques pour les ménages kényans. Au début des années 90 et au cours de certaines saisons, les ménages ont perdu jusqu'à 70 % de leur rendement agricole et presque 93 % de leur revenu à cause du paludisme. En outre, les résultats montrent que le poids économique dû au paludisme est considérablement plus lourd que le poids causé par

d'autres maladies. L'analyse montre par ailleurs que le rendement agricole, le revenu des ménages et les salaires des personnes sont plus bas dans les ménages touchés par le paludisme par rapport aux ménages jouissant d'une bonne santé.

Une importante conclusion de cette thèse est que les dépenses du gouvernement pour la lutte contre le paludisme et la scolarisation ont un grand effet d'atténuation sur le poids du paludisme. Ainsi, les activités de lutte contre le paludisme peuvent largement contribuer à la réduction de la pauvreté dans les milieux impaludés du pays. En effet, les investissements dans les programmes de lutte contre le paludisme produisent d'importants résultats économiques. L'explication de ces résultats économiques est que la lutte contre le paludisme apporte une contribution immédiate au rendement ou au salaire en augmentant la quantité et la qualité de la main-d'œuvre, essentiellement à travers des réductions de la morbidité, de la débilite, et de l'absentéisme au travail.

Conclusions : La lutte contre le paludisme est économiquement avantageuse parce que les efforts de lutte contre le paludisme apportent une contribution immédiate au rendement agricole grâce à l'augmentation de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre. L'avantage lié à la lutte contre le paludisme devrait être un facteur de motivation pour le gouvernement et les partenaires au développement pour injecter des ressources supplémentaires dans la lutte contre le paludisme. Ainsi, les programmes de réduction de la pauvreté axés sur l'amélioration des revenus des personnes vivant dans les régions exposées au paludisme réduiront également le poids économique du paludisme et leur permettra d'atteindre un niveau de vie plus élevé.

PS 03/3

Les impacts du régime d'assurance maladie communautaire sur les frais ménagers pour l'accouchement institutionnel dans la Préfecture de Nouma, Burkina Faso

Dr Sennen Hounton¹, David Newlands²

¹ WHO Multi Disease Surveillance Centre

² University of Aberdeen, Scotland, United Kingdom

Objectifs

L'objectif du présent exposé est d'évaluer les effets du régime d'assurance maladie communautaire (RASMC) sur les frais ménagers et les taux d'accouchement institutionnel dans la Préfecture de Nouma, Burkina Faso.

Méthodologie

Une étude transversale a été menée en Avril-Mai 2007 sur le site de surveillance démographique de Nouma au Burkina Faso. Les participants à cette étude sont des femmes ayant une expérience dans l'accouchement pendant les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Le paiement direct des frais des soins prénataux par les femmes et leur famille, des kits, des examens au laboratoire, du transport et des frais

d'hospitalisation pour l'accouchement ont été enregistrés par le biais des questionnaires structurés. En outre, des données ont été collectées sur le nombre de ménage affilié au Régime d'Assurance Maladie Communautaire (RAMC) de Nouna, l'âge et le niveau d'instruction des mères, le taux de survie des enfants et l'accouchement dans les institutions, la distance moyenne entre le village et le centre de santé, l'appropriation des biens et le revenu des ménages. Les statistiques descriptives des frais de ménage et l'écart des prix à l'aide des caractéristiques socio-économiques, les membres du RASMC de Nouna et le revenu des ménages ont été calculés.

Résultats

251 femmes ont été interviewées parmi lesquelles, 43 (17%) sont affiliées au régime RAMC. L'accouchement institutionnelle parmi les femmes affiliées et non affiliées au RAMC était de 53.5% et 45.2% respectivement, mais la différence n'est pas statistiquement importante. Le coût moyen supporté par les femmes et leurs familles pour un accouchement institutionnel est de 8.7 (0 – 157.5) \$US. Les variations dans les frais de ménage d'accouchement ont été également analysées par âge, niveau d'instruction, revenu et lieu de résidence. Il existe des estimations qui prouvent que les frais d'accouchement représentent des dépenses catastrophiques pour les femmes et leur famille.

Conclusion: Etant donné qu'il n'existe pas pour le moment des preuves tangibles qui attestent que le régime RAMC de Nouna a conduit à une augmentation du taux d'accouchement institutionnel, cette analyse des coûts supportés par les ménages pour l'accouchement institutionnel permettra d'améliorer les capacité du régime à réduire les barrières financières à l'utilisation des services de santé et ainsi contribuer à des soins d'accouchement de qualité dans les zones rurales du Burkina Faso.

Mots clés : Frais de ménage, accouchement institutionnel, impact, assurance maladie communautaire, zone rural du Burkina Faso

Session parallèle 3 : Soins maternels et qualité des soins

PS 03/4

Evaluation d'un processus qualité au niveau communautaire : Programme Santé USAID Keneya Ciwara 2003 – 2008

Oumar Ouattara¹, Kwamy Togbey², Uwe Korus³

¹ Chief of Party Programme Santé USAID Keneya Ciwara II, Care International au Mali, ouattara@caremali.org

² Chief of Party PKC 2003 – 2008

³ Directeur adjoint des programmes Care International au Mali

Résumé

Dans le cadre de son appui au Mali, l'USAID finance le programme santé Keneya Ciwara. Ce programme est géré par un Consortium d'ONG autour de Care International qui est le leader. Keneya Ciwara (PKC) a apporté une assistance technique, matérielle et financière à 15 districts sanitaires au Mali. Le programme s'est déroulé d'octobre 2003 à septembre 2008. Le programme a fait l'objet d'une évaluation indépendante¹ en mars – avril 2008. La présente communication vise à partager les conclusions de cette évaluation.

Objet

L'objet de Keneya Ciwara vise à augmenter l'utilisation des services à haut impact et l'amélioration des comportements/pratiques en matière de santé. Ces services sont relatifs à la survie de l'enfant (la vaccination, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la nutrition et vitamine A).

L'enquête d'évaluation finale, qui s'est déroulée en avril – mai 2008 visait à mesurer les niveaux d'atteinte des indicateurs retenus par PKC.

Méthodologie de l'évaluation

2029 ménages ont été interrogés sur base d'un sondage aléatoire en grappe sur l'ensemble des 15 districts sanitaires. La même méthodologie a été suivie depuis l'évaluation de base, l'évaluation à mi-parcours et la présente évaluation. Ces 2029 ménages ont permis d'interroger 2750 femmes en âge de procréer et 2787 enfants âgés de moins de cinq ans.

Résultat

Parmi les principaux résultats enregistrés, nous pouvons noter :

1 Rapport d'évaluation PKC juillet 08 Mouhamadou GUËYE Démographe CAREF et Augustin Nikiéma Sociologue CERFODES

- Les principaux thèmes traités par les relais communautaires sont la vaccination des enfants (54%), la consultation prénatales (40%), la vaccination de la femme enceinte (32%) et la planification familiale (24%)
- Parmi les résultats encourageants enregistrés, nous pouvons citer entre autres deux exemples :
 - La promotion des services de planification familiale par les relais et les groupements féminins communautaires ;
 - L'initiative « CSCOM Ciwara d'or ».

a. La promotion des services de planification familiale par les groupements communautaires (relais communautaires et groupements féminins)

Le renforcement des capacités des relais communautaires et des groupements féminins constitue un élément efficace pour l'appui et la promotion des services de planification familiale. En effet, dans le cadre de la promotion et de l'offre des services à hauts impacts incluant la planification familiale, le rôle des relais communautaires et des groupements féminins s'avère très déterminant et a fortement amélioré l'utilisation de ces services. A titre d'exemple, dans un intervalle d'un mois, les leaders des groupements féminins du cercle de Bandiagara, après une formation de trois jours et dotés de supports éducationnels et de fiches de référence, ont pu référer 177 clientes vers les structures de santé essentiellement pour des services de planification familiale et d'autres services de santé maternelle.

Dans les zones d'interventions du Programme Santé USAID / Keneya Ciwara, il est noté une nette augmentation du nombre des nouvelles utilisatrices (NU) des services de PF durant le second semestre de l'année fiscale (AF05) : 16.574 nouvelles utilisatrices par rapport aux 12.141 du semestre précédent.

L'objectif annuel de 25.000 (NU) est largement dépassé puisque un total de 28.715 NU a été enregistré au cours des deux semestres, soit de 15%. Cette augmentation a pu être obtenue grâce à trois facteurs :

- (i) la disponibilité des produits contraceptifs au niveau des postes de prestation de services,
- (ii) les intenses activités de communication lors de la campagne PF au niveau communautaire et des ménages,
- (iii) les références effectuées par les relais communautaires et les groupements féminins.

Le rôle des réseaux communautaires était fortement visible pendant la campagne de PF dans les cercles. Cette visibilité est mise en évidence par le nombre de séances de mobilisation tant au niveau communautaire que des ménages, le nombre de produits contraceptifs vendus par les relais, et le nombre de demandes de services générées à travers les fiches de références distribuées aux clientes. Il apparaît évident qu'après une longue période de léthargie en matière d'interventions en PF, de rupture de stocks en produits contraceptifs, d'inactivité des agents de distribution à base communautaire, cette campagne qui vient repositionner la PF, ouvre une nouvelle aire pour le Mali dans le domaine de la PF et de la santé maternelle. Le

nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes et le nombre de femmes enceintes bénéficiant de la consultation prénatale sont en nette augmentation.

Par ailleurs, le renforcement des capacités des prestataires, ainsi que leur régulière supervision sont des éléments cruciaux non seulement pour leur engagement, mais aussi pour améliorer la promotion et l'utilisation des services de PF par un grand nombre de bénéficiaires.

b. Le « CSCOM Ciwara d'or », une initiative pour améliorer la qualité des services de santé au Mali

L'approche Ciwara d'or est une initiative en matière de qualité de services destinée à améliorer l'offre et la demande des services de santé de qualité au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCOM). Cette approche est mise en oeuvre dans 236 CSCOMs dans les zones d'intervention du Programme Santé USAID / Keneya Ciwara (11 Cercles et 2 Communes du district de Bamako). Il s'agit d'une initiative qui créant un dialogue permanent entre les communautés et les prestataires de services, permet à la communauté de définir ses normes en matière de qualité et de convenir avec les prestataires que cette qualité leur soit offerte. En conséquence les prestataires offrent des services performants et évitent les ruptures de stock des produits tels que le fer et l'acide folique qui combat l'anémie, la *sulfadoxine pyriméthamine* (SP), les moustiquaires imprégnées aux insecticides pour lutter contre le paludisme, et les produits contraceptifs pour espacer les naissances et lutter contre les grossesses indésirables.

Les représentants communautaires et les prestataires de services ont élaboré un guide de critères de sélection et d'accréditation du « CSCOM Ciwara d'or » au Mali. Une équipe de supervision de qualité constituée au niveau du district sanitaire et composée des représentants des communautés et des prestataires de services a classé les CSCOMs sur la base des critères précédemment établis. Dans chaque district sanitaire, les CSCOMs qui occupent les 5 premiers rangs entrent en compétition en améliorant la qualité de leurs services de santé. Le CSCOM qui aurait rempli les conditions d'excellence préétablies, serait accrédité par le Ministère de la Santé de « CSCOM Ciwara d'or ». Pour en arriver à cette étape ultime, chaque CSCOM a dû mettre en place une équipe locale de qualité à partir des groupes de dialogue des membres communautaires et des prestataires de services. L'équipe de qualité du CSCOM a : (i) fait l'analyse de la situation pour identifier, analyser et prioriser les problèmes sanitaires de l'aire de santé ; (ii) élaboré et validé un plan d'action pour résoudre les problèmes prioritaires liés à la qualité ; et (iii) mis en oeuvre le plan d'action. L'évaluation du degré de mise en oeuvre du plan se fait de concert avec l'équipe de supervision de qualité du district sanitaire. Le CSCOM qui va avoir le label de Ciwara d'or est une décision collégiale émanant de l'équipe de supervision de qualité du district sanitaire, ainsi que des autorités administratives et politiques du District / Cercle, de la Région, et de la Direction Nationale de la Santé.

Durant le programme 12 CSCOMs ont été accrédités « Ciwara d'Or ».

Conclusion

La mobilisation et la participation communautaire à travers les relais et les groupements féminins, et l'instauration d'un dialogue communautaire fécond en matière de qualité des services de santé ont fortement contribué à l'augmentation de la demande et de l'utilisation des services de santé de qualité au niveau communautaire et des ménages.

Les relais communautaires et les groupements féminins jouent un rôle déterminant dans la promotion et l'utilisation des services de planification familiale aux niveaux communautaires et des ménages.

L'approche « Ciwara d'or », en instaurant un dialogue permanent entre les communautés et les prestataires de services, contribue à améliorer l'offre et la demande des services de santé de qualité au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCOM).

PS 03/5

Les effets de la morbidité maternelle sur la productivité : une enquête de ménage au Ghana

David Newlands¹, Paul McNamee², Cornilius Chikwama, Felix Asante

¹ Impact, University of Aberdeen, Scotland, UK

² University of Aberdeen, Scottish Executive

³ University of Ghana

But : Enquêter sur les pertes de productivité liées à la morbidité maternelle au Ghana.

Objectifs : Evaluer l'ampleur des pertes de productivité liées au mauvais état de santé maternelle.

Evaluer l'ampleur des stratégies de prise en charge des ménages

Examiner l'ampleur de la variation des pertes de productivité selon le statut de pauvreté.

Méthodologie : Une étude a été menée dans trois préfectures de la Région Centrale au Ghana en 2005 parmi 233 femmes qui ont accouché au cours des quatre mois précédents. La morbidité maternelle, définie comme une maladie qui intervient pendant le puermerium, une période de six semaines après l'accouchement a été auto évaluée par les personnes interviewées. Les pertes liées à la productivité ont été évaluées par l'incapacité de mener pleinement les activités quotidiennes normales. Il a été demandé aux personnes interrogées d'estimer la période au cours de laquelle elles ont été incapables de travailler du tout, la réduction de leur capacité effective de travailler pendant qu'elles sont malades et la contribution des autres qui leur ont prêté assistance dans leurs activités normales. Les dépenses par ménage ont été utilisées pour évaluer le statut de la pauvreté.

Principaux Résultats : Plus de la moitié de l'échantillon (51%) a été incapable de mener pleinement leurs activités normales quotidiennes six semaines après l'accouchement. Les pertes liées à la productivité causées par la morbidité maternelle sont importantes et sont comparables aux pertes liées à d'autres types de maladies. En moyenne, 14,1 jours ont été perdus par l'absence au travail. 3,7 jours en moyenne ont été également perdus par la réduction de l'efficacité au travail pendant la maladie. Les stratégies de prise en charge des ménages, sous la forme d'une assistance venant d'autres ont permis de recouvrer environ le tiers des pertes totales de productivité. Les pertes de productivité estimées ont été moindres parmi les quintiles les plus pauvres des ménages, ce qui dénote de leur faible capacité à s'absenter pendant leurs activités normales lorsqu'ils sont malades. Ces estimations sont importantes parce que, si les pertes de production des biens et de services marchandes et de ménage sont prises en compte, les stratégies de soins maternels pourront en effet payer pour eux-mêmes en terme monétaire. La réduction des pertes de productivité pourra également contribuer aux objectifs de réduction de la pauvreté.

Mots clés : Morbidité maternelle, pertes de productivité, Ghana

PS 03/6

Evaluation économique de la politique d'exemption des frais d'accouchement sur les résultats de la santé maternelle et Infantile au Ghana.

Karen A. Grépin, Ph.D Candidate in Health Policy, Harvard University

Le système du tiers payant est considéré comme un obstacle important à l'accès aux services essentiels de soins de santé, et la suppression de ce système dans les services de maternité a été proposée pour améliorer la santé maternelle et infantile. Quelques études ont cependant permis d'évaluer les impacts de ce système du tiers payant sur l'utilisation des services de maternité dans les pays en développement. A la fin de l'année 2003, le Ghana a introduit une politique d'exemption de frais d'accouchement, qui a été initialement mise en oeuvre dans 4 des 10 régions, ce qui a permis de façon naturelle d'évaluer les effets du système du tiers payant sur l'utilisation des services de maternité. A l'aide des données d'enquête de ménage représentatives sur le plan national et des données administratives sur les services de santé de reproduction, j'ai mené une évaluation nationale de l'efficacité de cette politique en utilisant une étude de différence dans la différence pour comparer les régions qui ont bénéficié des interventions précoces avec les autres régions du pays. Mes résultats démontrent que cette politique a permis d'augmenter la proportion des naissances supervisées par le personnel médical qualifié et d'autres résultats de santé maternelle et infantile.

Session parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé

PS 03/7

Compléments de service de santé et émigration des agents de santé d'Afrique

Eric Keuffel, Université de Pennsylvanie, Wharton School

But/justification : Les cadres économiques identifient plusieurs facteurs qui influencent la décision des médecins et infirmiers d'Afrique à s'expatrier. Afin de prendre des décisions rationnelles et judicieuses, les décideurs souhaitent identifier au mieux les facteurs essentiels affectant l'émigration. Les récentes conclusions laissent supposer que les facteurs non liés au salaire peuvent jouer un important rôle dans la prise de décision (Vujicic et al., 2003). En raison du simple écart de salaires entre les pays développés et les pays en développement, des mécanismes alternatifs destinés à retenir les agents de santé sont en train d'être examinés par les organes décisionnels multilatéraux et nationaux. La recherche préliminaire présentée ici examine le rôle des compléments de production sanitaire sur la portée de l'émigration au niveau national. La première hypothèse soutient que les pays ayant de faibles niveaux de compléments par habitant aux soins du médecin (ou infirmier) connaissent les plus fortes proportions d'émigration, toute chose égale par ailleurs.

Objectif : Évaluer l'effet des compléments de production sanitaire, tels que les agents de santé complémentaires (infirmiers), les infrastructures sanitaires ou l'accès aux produits pharmaceutiques, sur la part totale d'émigration des agents de santé.

Données : Les mesures de la variable résultat, du pourcentage de médecins (infirmiers) s'expatriant au niveau national par rapport au nombre total de médecins (infirmiers), proviennent de la base de données du Centre pour le développement global (CGD) sur l'émigration de la profession de santé à partir de l'Afrique (Clemens et Patterson, 2006). Les variables indépendantes au niveau national sont tirées de la base de données sur les indicateurs du développement de la Banque mondiale (données financières nationales), l'ensemble des données sur les tarifs des produits pharmaceutiques et les importations de l'OMS (données sur les produits pharmaceutiques), le dossier documentaire mondial de la CIA (données spécifiques aux pays) et les données de la CGD. L'année de référence est l'année 2000.

Méthodologie : Au niveau national (n=48), j'ai effectué une régression linéaire pondérée de la proportion des médecins candidats à l'émigration par rapport aux compléments (infirmiers/1000 habitants, la valeur PPP en \$US des importations de produits pharmaceutiques), aux dépenses de santé par habitant, aux variables d'indicateur de la présence coloniale historique (RU, France), aux PIB par habitant (PPP \$US, 2000) et à la couverture de la vaccination DTP (assez représentative des compléments de santé publique). Les coefficients pondérateurs équivalent au nombre de médecins dans chaque pays. J'ai également effectué une description similaire pour les infirmiers.

Résultats clés : Les proportions de médecins candidats à l'émigration varient entre 5 % et 75 % (moyenne : 36 %). Dans le cas de base, une augmentation d'1 infirmier supplémentaire pour 1000 habitants (moyenne : 0,99 pour 1000) a réduit de 16 % l'émigration des médecins ($p < .01$). Une analyse similaire cherchant à expliquer l'émigration des infirmiers n'a révélé aucun effet d'entraînement. Cela est à prendre avec précaution eu égard à la nature transversale des données, mais ce résultat laisse supposer que l'amélioration de la rétention des infirmiers aura des effets d'entraînement dans la réduction de l'émigration des médecins. Une recherche future avec des données recueillies au moyen d'un panel améliorera l'interprétation causale.

PS 03/8

Évaluation de la motivation des agents de santé dans les hôpitaux de district au Kenya.

Patrick Mbindyo¹, Dr. Duane Blaauw², Prof. Lucy Gilson^{2,3}, Dr. Mike English^{1,4}

1. Institut kényan de recherche médicale, Centre de recherche médicale géographique, *Coast-Wellcome Trust Collaborative Programme*
 2. Centre de politique de santé, École de santé publique, Université de Witwatersrand
 3. Unité de politique de santé, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres
 4. Département de pédiatrie, Université d'Oxford, RU.
-

Contexte : Nombre d'influences affectant la performance des agents de santé peuvent être résumées par un degré de motivation des agents de santé. Bien qu'il soit possible que cette motivation influence directement la performance et transmette ou modifie l'effet des interventions visant à changer la performance, peu d'études ont été réalisées sur son effet sur le changement de pratique chez les agents de santé dans les milieux à faible revenu.

Objectifs : Nous avons souhaité tenter de justifier la motivation des agents comme un facteur clé pouvant affecter la réussite d'une intervention visant le changement de pratique en cours de mise en œuvre dans 8 hôpitaux de district au Kenya. En l'absence d'outils disponibles, nous nous sommes par conséquent efforcés d'élaborer un outil qui pourrait permettre une mesure rapide de la motivation à la base et à divers points au cours de l'étude de l'intervention de 18 mois.

Méthodologie : Après l'étude de la littérature, un questionnaire détaillé auto-géré destiné au personnel des hôpitaux publics du Kenya pour évaluer les résultats et les facteurs de la motivation a été élaboré. Ce rapport met l'accent seulement sur les données des résultats de la motivation qui ont été utilisées pour produire un outil rapide de mesure de la motivation. Un travail qualitatif parallèle a été entrepris pour évaluer la pertinence des questions choisies et la validité apparente de l'outil.

Nouveaux résultats : Les scores moyens de 10 hôpitaux d'environ 80 agents de santé de chacun des 8 sites étudiés ont laissé supposer une variabilité dans les niveaux globaux de motivation entre les hôpitaux non expliqués par le type d'agent de santé, le sexe ou le département clinique. Un travail qualitatif parallèle global a soutenu ces conclusions et ont contribué à notre compréhension des facteurs latents identifiés.

Conclusions : Le score de 10 points identifiés peut être utile pour suivre le changement de motivation dans le temps dans le cadre de notre étude ou pour des évaluations de motivation plus élargies et rapides au Kenya.

PS 03/9

Rémunération et de motivation du personnel de la santé au Burkina Faso

F. Y. Bocoum¹, S. Kouanda², R. Guissou³, C. Dao/Diallo⁴, B. Sondo⁵

1 Chercheur, Economiste de la Santé, Institut de Recherche en Science de la Santé

2 Chercheur, MD, PhD en Santé Public, Institut de Recherche en Science de la Santé

3 Assistant Chercheur, Economiste de la Santé, Institut de Recherche en Science de la Santé

4 Infirmier d'Etat, assistant chercheur, CHU Yalgado Ouédraogo

5 MD, en Santé Public, Directeur de l'Institut de Recherche en Science de la Santé

Contexte

Les ressources humaines vivent aujourd'hui une crise dans la plupart des pays en développement et en Afrique en particulier. Au Burkina Faso, l'un des problèmes majeurs demeure la motivation des professionnels de la santé qui constitue l'une des causes de la faible performance du système sanitaire. Bien que les motivations financières seules ne soient pas suffisantes, elles ont un rôle prépondérant à jouer. Elles sont importantes principalement lorsque les rémunérations ne sont pas suffisantes pour couvrir les besoins fondamentaux des travailleurs et de leurs familles. Est ce que cette situation explique le taux élevé de la demande en personnel de la santé dans les villes où ils ont l'opportunité d'exercer leur profession et aussi bien que dans le secteur public que privé ? Les objectifs de l'exposé sont (1) déterminer la tendance de rémunération de 1976 à 2006 et les facteurs qui influent sur cette tendance ; (2) analyser la perception que le personnel de la santé a de sa rémunération.

Méthodologie

Une étude sectorielle a été menée de Décembre 2007 à Février 2008 dans les zones rurales et urbaines dans 15 centres de santé publiques, privés, confessionnels et associatives. Nous avons collecté des données quantitatives par le biais des questionnaires administrés à différentes catégories de personnel de la santé et des données qualitatives par des interviews avec le personnel et les directeurs de la santé. Ces méthodes nous ont permis d'avoir des données sur la perception que le personnel de la santé a de sa rémunération. Nous avons également eu auprès du

département des ressources humaines du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des Finances, des informations sur la situation de la rémunération.

Résultats

De 1976 à 2007, le salaire mensuel des médecins a augmenté de 65.699 FCFA (\approx 140\$USD) à 96.437 FCFA (\approx 205 \$USD). En dépit de l'introduction des mesures de motivation financière (garde, indemnités de risque ...) et de l'augmentation des salaires, les professionnels de la santé du secteur public jugent le niveau de leur rémunération bas comparé à leurs collègues qui exercent dans le privé et dans les structures ONG. De même, en comparaison avec les fonctionnaires des secteurs de l'éducation, des finances et de la justice, et du coût de la vie, les professionnels de la santé estiment que le niveau de leur rémunération est bas. Dans les zones urbaines, la mobilité du personnel dans le secteur public est liée au niveau de leur rémunération et du sentiment du manque de reconnaissance.

Remerciements : Cette étude a été financée par l'Alliance pour la Politique Sanitaire et la Recherche et l'Alliance Mondiale des Professionnels de la (projet ID HWS 40)

Session parallèle 4 : Assurance maladie communautaire et nationale

PS 04/1

Dispositifs contractuels entre les régimes d'Assurance maladie communautaire et les prestataires de soins de santé comme un moyen visant à améliorer la qualité des soins : un aperçu en Afrique sub-saharienne.

Ndiaye Pascal, Lefèvre Pierre, Vanlerberghe Veerle, Criel Bart¹

¹ Département de Santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique

L'Assurance maladie communautaire (CHI) vise à améliorer l'accès aux soins de santé. La qualité des soins est l'un des plus importants facteurs de recrutement, ainsi qu'une condition pour le recyclage des membres. Ensuite, elle pourrait être le ciment du partenariat entre la CHI et les prestataires de soins de santé.

Les acteurs (gestionnaires de la CHI, prestataires de soins de santé, organisations apportant le soutien technique au développement de la CHI et les responsables des systèmes de santé) reconnaissent que la CHI a un rôle dans l'amélioration de la qualité des soins mais ils n'utilisent pas ou ne savent pas comment utiliser correctement le contrat pour définir et activer le rôle de chaque partenaire.

Les actions visant à impliquer la CHI dans l'amélioration de la qualité des soins devraient nécessairement passer par le soutien des prestataires des soins de santé afin de renforcer et d'entretenir le partenariat, et surtout les organisations qui offrent le soutien technique à la CHI pour qu'elles puissent préparer la CHI par ce moyen spécifique et les responsables du système de santé pour la surveillance du partenariat.

Les analystes des systèmes de santé soutiennent l'hypothèse selon laquelle la CHI, à travers le dialogue intense qu'elle implique entre les utilisateurs et les prestataires, pourrait être un levier capable d'influencer la qualité des soins. Ce partenariat est confirmé dans un dispositif contractuel (en français le terme *convention* est souvent utilisé). Plusieurs acteurs sont impliqués dans le développement, la gestion et le suivi de tels dispositifs contractuels : les gestionnaires des CHI, les prestataires de soins de santé, les organisations qui apportent le soutien technique pour le développement de la CHI, et les responsables des systèmes de santé au niveau national et au niveau local.

Nous avons réalisé une enquête intensive par courrier, enquête faite de questions ouvertes et fermées ainsi que d'une série de déclarations, dans 14 pays d'Afrique occidentale et centrale. Nous étudions de manière systématique le potentiel de ces dispositifs contractuels pour l'amélioration de la qualité des soins. Une analyse

contextuelle et comparative est réalisée à travers des méthodes qualitatives et quantitatives.

L'enquête par courrier a regroupé environ 400 personnes interrogées venant du Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Togo et Tchad. L'analyse pose la question de savoir si la qualité des soins est au centre de ces contrats ; elle montre la nature et la pertinence de l'expression utilisée pour décrire la qualité des soins, la perception que les diverses parties prenantes ont de la pertinence ou non de ces dispositifs contractuels comme outils convenables pour influencer la qualité des soins, l'existence des bonnes pratiques d'action conjointe pour améliorer la qualité des soins, et finalement, les recommandations de toutes les parties prenantes sur l'utilisation et la pertinence de ces dispositifs contractuels.

Trente ans après la Déclaration d'Alma Ata, l'accès aux soins de santé de qualité demeure un défi. La CHI contribue à un meilleur accès financier à travers la mise en commun des ressources. Toutefois, outre cette fonction financière, la CHI peut autonomiser la communauté dans sa relation avec le côté offre. Les résultats préliminaires de notre étude montrent que la qualité des soins est une exigence formelle des membres de la CHI. Dans sa nature en tant qu'interface entre l'offre et la demande pour les soins de santé, la CHI peut modifier la relation entre les deux. En tant que tel, la CHI est un nouvel acteur dans les systèmes de santé locaux avec lesquels il sera nécessaire de traiter des questions de soins de qualité.

PS 04/2

De l'assurance maladie communautaire à l'assurance maladie nationale : une nouvelle approche à l'assurance maladie sociale en Afrique ?

Bocar M Daff¹, Naomi Tlotlego², Chris Atim³, A Adomah⁴

¹ Projet villages millénaires, Dakar, Sénégal

² Lecturer, University of Botswana

³ Initiative vaccin contre le paludisme de PATH, France

⁴ Université Sheffield Hallam, Sheffield, Royaume Uni

Introduction :

Une forte dépendance vis-à-vis des menues dépenses réduit l'accès aux services de santé et enfonce souvent les familles dans la pauvreté. Certains pays ont récemment aboli les frais, complètement au moins pour certains services. Il est de notoriété que les pays suivants ont modifié l'exploitation des frais d'utilisation, en les supprimant pour certains services (habituellement au moins la santé maternelle et infantile) : Ouganda, Zambie, Afrique du Sud, Burundi, Niger, Kenya, Burkina Faso et Soudan.

D'autres pays ont piloté ou mis en œuvre différentes innovations y compris l'assurance maladie communautaire (CBHI) ou les mutuelles. Dans certains pays

africains, ces régimes semblent avoir servi de régimes pilotes ou de tremplin pour l'introduction de régimes ou de caisses nationaux d'assurance maladie (NHIS/NHIF). Nous examinons cette approche apparemment nouvelle à l'introduction de l'assurance maladie sociale (SHI) en Afrique et comparons les avantages et les limites de cette approche.

But et objectifs :

Le but global de l'étude est d'analyser l'introduction de l'assurance maladie sociale à travers les régimes d'assurance maladie communautaire dans un certain nombre de pays africains, y compris le Ghana, le Rwanda, le Nigeria et la Tanzanie.

Méthodologie utilisée :

Nous utilisons une combinaison de données préliminaires (à partir des thèses de Doctorat), des dossiers administratifs, des données du système, et une revue de littérature pour analyser la montée de ces formes apparemment nouvelles de SHI en Afrique. L'étude examine les conditions qui ont favorisé leur développement, leurs différences avec les régimes d'assurance maladies sociales classiques qui ont prévalu en Afrique au moment des indépendances et au moins jusqu'à l'ère de l'ajustement structurel des années 80, ainsi que leurs avantages, limites et perspectives vis-à-vis des régimes classiques de SHI dans le passé.

Les dimensions examinées comprennent : l'appropriation et le contrôle communautaires, la couverture de la population, l'équité, l'intérêt pour les citoyens par rapport à celui des ruraux et la pérennité.

Résultats :

L'étude apporte une compréhension de la performance des régimes de NHIS en Afrique, y compris la mesure dans laquelle ils sont reconnus par la communauté, constituent une solution en matière d'équité et de couverture sanitaire rurale, ainsi que de pérennité financière.

PS 04/3

Financement des soins en consultation externe - l'Expérience du Kenyan

Chacha Marwa, Senior Planning Officer

Résumé :

Le Fonds National d'Assurance Hospitalisation (NHIF) existe depuis 1966 et n'a permis de financer que les soins en consultation externe sur une base de per diem. A partir de 2005, le Fonds a commencé à chercher les voies et moyens pour améliorer l'ensemble des avantages sociaux au membres et est présentement en mesure d'étendre la couverture des soins en consultation externe pour prendre en compte ses deux millions de membres principaux et de 7.500.000 des personnes en charge.

Objectifs :

- Donner des exemples sur comment un prestataire de service de santé national pourra co-payer les frais des consultations externes
- Analyser les risques réels que le financement des soins en consultation externe rencontre en Afrique sub-saharienne (le cas du Kenya)
- Montrer les voies et moyens possibles pour réduire ce risque, prévenir la fraude et réduire autant que possible les effets néfastes
- Assurer la durabilité financière du NHIF pendant la phase de mise en application et dans le long terme.

Méthodologie :

- Revue de la documentation et analyse des données
- Revue des différentes études commandées sur l'analyse des coûts des services de soins de santé
- Revue d'autre littérature

Principaux résultats :

- L'adoption d'un taux forfaitaire est le plus indiqué pour un régime national tel que le NHIF ; de cette manière, l'organisation fixe les coûts des soins en externe et limite le nombre de visites.
- Les soins en consultation externe peuvent être donnés ensemble avec un système bien établi de soins en consultation interne.
- Il faut accorder suffisamment d'importance à la nécessité d'augmenter les cotisations pour prendre en charge les patients externes. L'augmentation des cotisations sera entre 20% - 300% sur la base du niveau de revenu et conformément au principe de solidarité

L'utilisation de la technologie est importante pour réduire la fraude ; l'utilisation des cartes à bande magnétique pour l'identification, la notification et le traitement des demandes permettra à l'organisation d'amortir le risque de majoration des coûts et le risque moral.

Session parallèle 4 : Recherche Economique et Politique pour Améliorer la lutte contre le Paludisme

Organisateur de la Session – Catherine Goodman, KEMRI-Wellcome Programme, Kenya and Health Policy Unit, LSHTM.

Il existe des outils efficaces de traitement et de prévention du paludisme, mais leur couverture demeure bien en deçà de l'objectif de 80% fixé par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Seuls 23% des enfants dorment sous moustiquaire imprégnés (ITN), et seuls 3% des enfants atteints de fièvre sont traités avec une Thérapie Combinée d'Artemisinin (ACT). La présente session présente des données venant de 3 études sur l'économie et la politique de la santé en Afrique, dont le but est d'étudier des stratégies pour améliorer l'accès à la prévention et au traitement du paludisme.

Deux études ont examiné l'impact des subventions : Jessica Cohen a fait une évaluation sur comment le niveau de subvention des ITN affecte son utilisation par les femmes enceintes au Kenya, et Catherine Goodman a évalué l'impact d'un ACT subventionné sur le prix au détail et l'utilisation en Tanzanie. Plusieurs stratégies pour améliorer la couverture par le biais du secteur de la vente au détail impliquent une forme de formation des commerçants : Timothy Abuya a montré comment la nature de la mise en œuvre de ces programmes de formation peuvent influencer leur efficacité. Ensemble, ces exposés soulèvent plusieurs questions importantes autour du renforcement efficace du programme de lutte contre le paludisme nécessaire pour réaliser les OMD.

PS 04/4

Distribution gratuite ou partage des coûts ? Témoignage d'une Expérience Aléatoire de Prévention du Paludisme

Jessica Cohen and Pascaline Dupas*

* Présentateur - Global Economy and Development, Brookings Institution; jcohen@brookings.edu

Il existe toujours un débat autour de la question selon laquelle le partage des coûts – facturer des prix subventionnés positifs – pour les produits de santé est nécessaire pour éviter perdre des ressources sur ceux qui ne vont pas utiliser ou qui n'ont pas besoin du produit. Nous avons étudié cet argument dans le contexte d'une expérience sur le terrain au Kenya au cours de laquelle nous avons rendu aléatoire le prix auquel les cliniques prénatales pourront vendre aux femmes enceintes des moustiquaires imprégnés antipaludéens durables (ITN). Nous n'avons trouvé aucun témoignage selon lequel le partage des coûts réduit la perte sur ceux qui ne vont pas utiliser les produits : les femmes qui reçoivent gratuitement les ITN sont moins susceptibles de les utiliser que ceux qui ont payé des prix positifs subventionnés. Nous avons également eu des témoignages selon lesquels le partage des coûts

implique la sélection des femmes qui ont beaucoup plus besoin du moustiquaire : ceux qui paient des prix élevés n'apparaissent pas plus malades que les patients de cliniques prénataux dans le groupe de contrôle en terme d'anémie mesurée (un indicateur important du paludisme). Cependant, le partage des coûts freine considérablement la demande. Nous avons découvert que la prise a chuté de 75% lorsque le prix des ITN augmente de zéro à 0,75\$ (par exemple, de 100 à 87,5% de subvention), le prix auquel les ITN sont aujourd'hui vendus aux femmes enceintes au Kenya. Nous avons mis ensemble nos estimations dans une analyse de coût-efficacité des prix de ITN sur la mortalité infantile qui a pris en compte les avantages sociaux et privés de l'utilisation des ITN. En général, étant donné la vaste externalité positive liée à l'usage à grande échelle des moustiquaires imprégnés, nos résultats démontrent que dans certains sites, la distribution gratuite sera aussi rentable que le partage des coûts si non plus.

PS 04/5

Piloter la subvention globale : L'impact des distributions subventionnées des thérapies combinées à base d'artémisinine par les pharmacies privées sur la prise du consommateur et les prix au détail dans les zones rurales de la Tanzanie

*Oliver Sabot, Alex Mwita, Margareth Ndomondo-Sigonda, Justin Cohen, Megumi Gordon, David Bishop, Moses Odhiambo, Yahya Ipuge, Lorryne Ward, Catherine Goodman**

*Présentateur – KEMRI-Wellcome Programme, Kenya and Health Policy Unit, LSHTM.

INTRODUCTION : La Tanzanie a piloté une subvention de Thérapie Combinée à base d'artémisinine (ACT) au niveau de la vente en gros dans le secteur privé. Démarré en Octobre 2007, l'ACT a été distribué dans deux préfectures rurales avec les premières zones de distribution étant les pharmacies. Une troisième préfecture a servi de site de contrôle. Le projet pilote était conçu pour évaluer l'impact d'une subvention sur les prix et les prises d'ACTs, et les effets d'un Prix au Détail Proposé (SRP) sur ces résultats.

METHODOLOGIES : Des données ont été collectées à la base de référence en Août 2007 et quatre fois au cours de l'année de l'intervention. Quatre méthodes ont été utilisées : sondage de fin d'entrevue, relevé au point de vente, les clients mystérieux et audit des installations publiques. Chaque pharmacie a reçu un indice de concurrence basé sur le nombre d'autres pharmacies dans un rayon d'un kilomètre, avec des catégories allant de 0 à 5.

RESULTATS : Il y a eu une augmentation notable dans la proportion des pharmacies qui ont stocké l'ACT dans les préfectures d'intervention, de zéro en Août 2007, à 72,2% en Août 2008, mais il n'y a pas eu de changement dans le site de contrôle. Les pharmacies avec une ou deux autres pharmacies dans leur rayon de concurrence avaient beaucoup plus de possibilité de stocker l'ACT en Août 2008 que celles qui n'ont pas de concurrent ou un seul concurrent (54.0%). La proportion de

consommateurs de produits antipaludéens dans les préfectures d'intervention qui ont acheté les ACTs a augmenté de façon vertigineuse, de 1.0% en Août 2007 à 44.2% en Août 2008, avec un taux d'application aussi élevé que 53.0% pour les enfants de moins de 5 ans. Le prix moyen payé pour une dose complète d'ACT est de 0,35\$ pour les enfants de moins de 5 ans et 0.70\$ pour les adultes. De façon générale, les prix de l'ACT sont similaires à ceux des anciennes monothérapies antipaludéennes et n'ont pas varié de façon significative soit par le statut socio-économique du consommateur ou la catégorie de concurrence de la pharmacie. Contrairement aux attentes, les consommateurs paient plus pour les ACT dans les préfectures avec SRPs.

DEBAT : Ce projet pilote prouve que, lorsque les ACT sont subventionnés au niveau de la vente en gros, la prise du produit pourra augmenter rapidement, principalement pour les enfants de moins de 5 ans. Les avantages de la subvention ont été transférés au client avec des prix des ACT subventionnés qui sont restés comparables à d'autres antipaludéens. Cependant, les SRP doivent être calculés avec beaucoup de précaution pour éviter une inflation artificielle des prix. Des interventions complémentaires pourront être nécessaires pour augmenter l'accès aux ACT pour les plus pauvres des pauvres, étant donné que les patients semblent utiliser moins fréquemment les pharmacies privées et pour assurer l'accès dans les zones rurales les plus reculées, car le stockage des ACT a été asymétrique dans les villes et dans d'autres agglomérations.

PS 04/6

Importance de la gestion stratégique dans la mise en oeuvre des programmes de vente en détail des médicaments : étude de cas dans trois préfectures au Kenya

Timothy Abuya, Greg Fegan, Abdinasir Amin, Abdisalan Noor, Sassy Molyneux , Simon Akhwale, Robert Snow, Lucy Gilson, Vicki Marsh*

*Presenting author - Kenya Medical Research Institute/Wellcome Trust Centre for Geographic Medicine Research-Coast, Kilifi, Kenya

Contexte : Le secteur de la vente au détail a un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accès au traitement approprié du paludisme. Dans le cadre du renforcement de la stratégie de gestion des soins à domicile du paludisme, le Kenya a mis en oeuvre un certain nombre d'interventions de vente en détail privé des médicaments (PMR). L'étude du processus de mise en oeuvre est importante pour comprendre les résultats de l'intervention. Cette étude a examiné les facteurs qui ont influencé les expériences du programme de renforcement de trois différentes interventions du PMR. Ce sont une formation du Ministère de la Santé pour les PMR participantes ayant une compétence dans la préfecture de Kwale ; une formation d'une Organisation Non Gouvernementale pour les PMR participantes ayant une compétence dans la préfecture de Kisii central et une approche de marketing social ayant pour des groupe cibles, les grossistes et les vendeurs mobiles financée par l'USAID/AMREF dans la préfecture de Bungoma.

Méthodologie : Les résultats sont basés sur des données collectées dans 26 groupes de discussion avec des clients et des PMR et 19 interviews détaillées avec les acteurs d'exécution. Un programme des événements sur le terrain, des discussions informelles et une étude documentaire ont permis d'avoir une compréhension détaillée des expériences de mise en œuvre. L'utilisation de l'approche inductive et déductive, une grande variété d'analyses ont été menées pour examiner les expériences au sein et sur les sites y compris l'analyse des acteurs. La dernière étape de l'analyse d'interprétation s'est basée sur des cadres conceptuels sur le renforcement des innovations en matière de soins de santé et la dissémination de ces innovations.

Résultats : La mise en œuvre de la formation de l'ONG pour les PMR participantes au Kisii a été soutenue par une bonne relation entre l'équipe des ressources et l'organisation bénéficiaire, la flexibilité dans le budget et le processus de prise de décision ce qui a fait que le processus soit réceptif aux contextes locaux et l'utilisation du protocole d'accord pour gérer les réseaux inter-organisationnels. La formation du Ministère de la Santé pour les PMR à Kwale a été caractérisée par un système de financement complexe et inflexible, des changements de leadership et une mauvaise communication entre les acteurs. Bien que l'approche du marketing social à Bungoma ait été caractérisée par un système de financement flexible, le manque de transparence dans la gestion des fonds, une mauvaise gestion des relations inter-organisationnelles et une réaction passive aux changements contextuels ont conduit à des problèmes de mise en œuvre.

Conclusions : L'étude a mis en exergue l'importance d'accorder une attention à la gestion du processus de mise en œuvre pendant le renforcement des interventions PMR. Les principales questions de gestion sont entre autre un système fort et transparent de gestion avec un processus flexible de prise de décision qui réagisse rapidement aux caractéristiques contextuelles immédiates, la gestion des relations entre les acteurs et la stabilité du leadership de la préfecture. Ceci dénote de la complexité de travailler avec les équipes préfectorales de la santé pendant le renforcement des interventions d'innovation de la santé publique, principalement là où elles sont en concurrence avec les programmes conventionnels existants.

Session parallèle 4 : VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé

PS 04/7

Prévision des Produits de Base pour le renforcement de l'ART dans le traitement du VIH/SIDA dans le secteur public et privé au Kenya.

Korir, J and Kioko, U.

Contexte

La mise en oeuvre et l'expansion des services de Thérapie Antiretrovirale (ART) dépendent de la disponibilité continue des médicaments antiretroviraux de grande qualité, de la fourniture d'une grande variété de produits de base liés au VIH/SIDA. Le Gouvernement du Kenya a fait preuve d'un engagement politique de haut niveau dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA. L'une des principales contraintes dans le renforcement de l'ART est l'incapacité des programmes nationaux à assurer la sécurité des produits. Le principal objectif de l'étude est de quantifier les produits ARV en vue de fournir de façon efficace des ART pour augmenter la qualité de la vie et de la survie des patients.

Méthodologie

Le processus de quantification comprend quatre étapes : demande prévisionnelle des ART au Kenya, estimation des demandes et calcul du coût de fourniture des ART et l'estimation des ressources financières disponibles pour identifier les déficits de financements. Le nombre de patients qui ont besoin des ARV dans les différents produits a été estimé sur la base des données d'utilisation de service auprès du Système de Gestion de l'Information et de la Logistique (LMIS) à l'Agence Nationale des Fournitures Médicales (KEMSA), au service d'utilisation de PEPFAR et de MSF. Le modèle de fixation de prix des Antiretroviraux de Cape Town a été utilisé pour évaluer le nombre de patients du traitement de la première et deuxième ligne. Le modèle a permis d'estimer le nombre de patients qui feront partie du traitement de la première et de la deuxième ligne, par le biais d'une série de suppositions à propos de la survie des patients, des patients perdus dans le programme de suivi et le taux d'échec du traitement. Le protocole national des normes de traitement et les directives d'essai ont guidé le processus de quantification.

Résultats : Le coût estimé des médicaments ARV pour les patients adultes et de la chaîne associée de fourniture est de 106.9 million Dollar US, 148.5 million Dollar US, et 185.9 million Dollar US pour 2007/08, 2008/09 et 2009/10 respectivement. Le coût des médicaments ARV pour les enfants est de 6.63 million Dollar US, 8.82 million Dollar US et 10.85 million Dollar US, alors que le coût des réactifs CD 4 et de la chaîne associée de fourniture est de 45.49 million Dollar US, 50.12 million Dollar US et 51.59 million Dollar US pendant la période 2007/08, 2008/09 et 2009/10 période respectivement. Le déficit de financement général est estimé à 74.2 m Dollar US, 115.58 m Dollar US et 285.55m Dollar US en 2007/08, 2008/09 et 2009/10 respectivement.

Conclusions

Les résultats des prévisions permettront au gouvernement et aux partenaires en développement de calculer les commandes de quantité des ARV et de planifier les échéanciers d'expédition pour la planification à court terme des approvisionnements pour aider la planification du programme à moyen et à long terme et mobiliser les ressources financières pour les produits ART.

PS 04/8

Suivre les dépenses en matière de VIH et SIDA en Afrique : une étude comparative de différents pays

Guthrie, T., Kioko, U.

Contexte :

Au cours de la dernière décennie, il y a eu des augmentations considérables d'allocations de fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA aux niveaux international et national pour répondre efficacement et de manière efficiente aux demandes, particulièrement dans le passage à l'échelle de la fourniture du traitement. Toutefois, le principal défi est d'établir le montant dépensé sur le VIH et le SIDA dans les pays, celui qui dépense les fonds, sur quels fonds ils sont dépensés et qui bénéficie de ces dépenses. Au Botswana, Ghana, Swaziland et en Zambie, les objectifs de l'étude étaient de : 1) déterminer les flux totaux de financement et des dépenses pour le VIH/SIDA, de toutes les sources internationales et publiques (nationales) de financement et 2) identifier le flux des dépenses par source, les fonctions des agents, les prestataires de services, et la population cible et 3) formuler des recommandations pour une amélioration de l'efficacité et l'établissement d'échelle de priorité dans les dépenses pour le VIH et le SIDA, et pour une amélioration des systèmes d'information financière. Cette communication présentera une comparaison par pays des résultats nationaux.

Méthodologie :

L'approche d'Évaluation des dépenses nationales pour le SIDA (NASA) a été utilisée pour suivre le flux des ressources, de leur origine à l'activité finale et aux groupes bénéficiaires. La méthodologie saisit toutes les dépenses sur le VIH/SIDA suivant les priorités présentées dans le cadre stratégique national, et permet ainsi aux pays de suivre leur évolution vers les engagements nationaux et internationaux.

Résultats :

Au Swaziland, les résultats indiquent que les dépenses totales sur le VIH/SIDA ont augmenté d'environ 40 millions de dollars US en 2005/06 à 51 millions de dollars US en 2006/07, représentant une augmentation de 25,7 % du total des dépenses sur le VIH/SIDA de 2005/2006. Au Botswana, les dépenses totales pour le VIH/SIDA étaient de 1.138 millions de pula en 2005/06 avec le secteur public contribuant pour une large part aux fonds totaux dépensés. Au Ghana, les dépenses totales pour les activités sur le VIH/SIDA sont passées de 28.414.708 dollars en 2005 à 32.067.635 en 2006, ce qui représente une augmentation de 11,4 %. Les résultats montrent par

ailleurs que le total des dépenses n'atteint pas les ressources prévisionnelles nécessaires pour une réponse efficace à l'épidémie du VIH/SIDA.

Conclusions :

Dans l'ensemble, les bailleurs de fonds ont contribué pour la plus grosse part aux dépenses totales pour le VIH/SIDA, représentant plus de 70 % de la moyenne des dépenses totales. Par conséquent, il est impératif qu'un mécanisme durable et novateur de financement des soins de santé soit envisagé. Une attention doit être accordée au renforcement de l'efficacité des mécanismes de financement existant dans les pays.

PS 04/9

Affectation des ressources pour le VIH/SIDA au Ghana "Conformité avec les Priorités Stratégiques Nationales

Asante, F., Pokuu, A., Ahiadeke, C., Guthrie, T.

Contexte :

La Commission Nationale sur le VIH/SIDA du Ghana a lancé une Evaluation Nationale des Dépenses liées au VIH/SIDA pour les années 2005/6 et 2006/7.

Les objectifs de la NASA sont :

1. Comparer les niveaux de dépenses au niveau national international pour le VIH/SIDA au Ghana ;
2. Evaluer les dépenses conformément aux priorités nationales ;
3. Identifier les bénéficiaires de ces dépenses ;
4. Faire des recommandations pour améliorer les mécanismes de financement et accroître l'efficacité des dépenses.

Méthodologie :

La présente étude applique l'approche NASA, qui fait le suivi des fonds à partir de la source, par le biais des agences de financement, vers les prestataires et en fin de compte, les activités et les bénéficiaires des dépenses. Les données ont été analysées en logiciel Access et Excel.

Résultats :

Les dépenses totales liées aux activités de VIH/SIDA au Ghana ont augmenté de 28.414.708 \$ en 2005 à 32.067.635 \$ en 2006, ce qui représente une augmentation de 11,4 %. Les sources externes ont contribué environ 70% des dépenses totales chaque. En ce qui concerne les priorités de dépense des sources publiques et externes, les dépenses pour la prévention représentent 23%, la prise en charge, 22%, le dépistage volontaire, très peu, 1%, 10% pour la recherche et la grande partie de (40%) pour le développement des programmes et des systèmes de renforcement des activités. En 2006, les PVVIH ont bénéficié seulement de 30% des dépenses, alors que la plus grande partie (56%) est allée à la population en général (principalement à cause des dépenses des activités de prévention).

Plusieurs obstacles ont été identifiés dans l'utilisation des fonds et dans l'affectation équitable des ressources.

Conclusions: les résultats de l'étude ont fait plusieurs recommandations en ce qui concerne les priorités des dépenses sur le VIH/SIDA afin d'améliorer l'efficacité du financement et pour accroître les informations financières et ainsi renforcer la prise de décision basée sur les preuves au Ghana en ce qui concerne le financement du VIH/SIDA.

Plénière 5 : Les nouveaux mécanismes internationaux de financement de la santé

PL 05/1

Allocations de ressources pour le VIH et le SIDA en Afrique australe ~ Les fonds sont-ils alignés sur les priorités stratégiques nationales ? Une étude comparative à travers les pays

Guthrie, T.¹, Kioko, U., Chitama, D., Banda, P., Chitsomia, A., Madadume, B.

¹ Centre pour la Gouvernance économique et le SIDA en Afrique (CEGAA), Le Cap, Afrique du Sud

Contexte : Avec l'accroissement des ressources financières pour la lutte contre le VIH/SIDA au cours des dernières années et l'accent sur l'harmonisation et l'alignement (depuis la Déclaration de Paris), plusieurs gouvernements d'Afrique australe prennent des mesures pour suivre le degré d'alignement des dépenses réelles des fonds domestiques et extérieurs pour le VIH et le SIDA. Le Botswana, le Mozambique, le Swaziland, le Lesotho et la Zambie ont récemment entrepris des Évaluations nationales des dépenses pour le SIDA (NASA) pour 2005/06 et 2006/07.

Cette étude cherchait à comparer les résultats des NASA réalisées au Botswana, Lesotho, Swaziland et Zambie.

Les **objectifs** étaient : de comparer les niveaux de dépenses, tant domestiques qu'internationales, pour le VIH/SIDA dans le quatre pays.

5. prendre en compte la suffisance et l'alignement des fonds pour la réalisation de leurs Plans stratégiques nationaux (NSP).
6. mesurer l'absorption de ces fonds en fonction des différents mécanismes de financement.
7. comparer les coûts unitaires des interventions clés (lorsque les données sur les résultats sont disponibles – la méthodologie des NASA ne pourrait pas fournir des données pour une évaluation économique complète pour comparer l'efficacité des dépenses).

Méthodologie : Cette étude s'est appuyée sur des données recueillies par les études dans les pays et qui ont utilisé l'approche de NASA, ce qui suit les fonds à partir de la source, à travers l'agent de financement, jusqu'au prestataire et finalement aux activités et aux bénéficiaires des dépenses. L'étude a utilisé les indicateurs comparatifs quantitatifs, utilisant Access, Excel et Stata pour plus de recherche.

Résultats : Les résultats ne sont pas encore prêts étant donné que les NASA nationales ne sont pas achevées. Toutefois, il est probable que les résultats apporteront la preuve en ce qui concerne :

1. les niveaux d'engagement de financement national et international et des dépenses réelles pour la lutte contre le VIH/SIDA au Swaziland, Lesotho et Zambie en

2005 et 2006. Les premiers résultats montrent une moyenne de 70 % provenant de sources extérieures.

2. la comparaison des dépenses avec des coûts anticipés pour l'introduction de leurs NSP étant donné que les NSP sont mal évaluées rendant par conséquent difficile une comparaison significative. Toutefois, de manière proportionnelle, des priorités à prendre en compte apparaissent.

3. le fait qu'il y ait des améliorations franches dans l'harmonisation et l'alignement chez les bailleurs de fonds, avec l'exception de quelques sources de financement spécifiques.

4. le fait que les mécanismes de financement semblent influencer le niveau d'absorption des fonds, parmi plusieurs autres facteurs.

5. la difficulté de la comparaison des coûts unitaires des interventions clés au sein de la région de la SADC en raison des indicateurs de résultats mauvais ou non comparables.

Conclusions : les résultats de l'étude renforceront la prise de décision basée sur la preuve dans la région de la SADC sur les questions relatives au financement de la lutte contre le VIH/SIDA.

PL 05/2

Les initiatives actuelles d'allègement de la dette constituent-elles une option pour le passage à l'échelle du financement de la santé dans les pays bénéficiaires ?

Mr Miloud Kaddar¹, Ms Eliane Furrer²,

¹ Économiste de santé, Département des vaccins et matières biologiques, Organisation mondiale de la santé

² Consultant, Organisation mondiale de la santé

33 pays d'Afrique subsaharienne sont actuellement éligibles pour bénéficier d'une réduction de la dette dans le cadre de l'initiative renforcée des PPTe et de la récente initiative multilatérale d'allègement de la dette (IMAD). Beaucoup d'espéros et de promesses avaient accompagné le lancement de ces initiatives. Pour la première fois, l'allègement de la dette a été explicitement lié à l'objectif de réduction de la pauvreté : des ressources budgétaires non indispensables pour les services de la dette sont destinées à faire passer à l'échelle les dépenses favorables à la réduction de la pauvreté et à la réalisation des ODM. Vu l'important rôle de la santé dans la réalisation des ODM, il était attendu que ce secteur bénéficie d'importantes ressources supplémentaires. Dix ans après le lancement de l'initiative PPTe et deux ans après la mise en œuvre de l'IMAD, il est apparu clairement que les choses sont beaucoup plus compliquées. La remise d'une dette d'un dollar ne signifie pas nécessairement la dépense d'un dollar supplémentaire en faveur des pauvres (ou même de la santé). La réussite de la réalisation de l'objectif de l'initiative en ce qui concerne les dépenses accrues en faveur de la lutte contre la pauvreté dépend de plusieurs facteurs.

La présente communication vise à faire la lumière sur les opportunités et les défis qui se posent aux récentes initiatives d'allègement de la dette en vue de passer à l'échelle le financement en faveur de la santé dans les pays bénéficiaires. Nous nous focalisons essentiellement sur les questions suivantes : quel est l'espace fiscal créé par an dans le budget gouvernemental en conséquence de l'allègement de la dette ? Quelle est la part de ressources allouée au secteur de la santé ? Quels sont les mécanismes et procédures mis en place pour gérer les ressources générées par l'allègement de la dette et comment les responsables sanitaires peuvent-ils les utiliser pour leur plaidoyer ? Et plus important, les fonds de l'allègement de la dette sont-ils supplémentaires aux niveaux national et international ? Des études de cas ont été entreprises en 2007 dans 9 pays : Burundi, Cameroun, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Tanzanie, Ouganda et Zambie. Le principal résultat est que les pays ont choisi différentes approches pour gérer et intégrer les économies potentielles provenant des initiatives d'allègement de la dette dans leurs systèmes de dépenses publiques. Les questions soulevées ci-dessus ne sauraient trouver de réponse systématique pour tous les PPTTE bénéficiaires, mais elles doivent être analysées dans le contexte national spécifique. La communication présente par conséquent une typologie composée de trois cadres types qui peuvent être trouvés parmi les pays déjà qualifiés pour l'initiative PPTTE. Notre capacité de savoir si les ressources de l'allègement de la dette sont en train d'être consacrées au secteur de la santé et de connaître les conséquences politiques qui en résultent pour les fonctionnaires (de la santé) sont intimement liées au type de cadre dans lequel opèrent les pays.

Mots clés : Allègement de la dette, PPTTE, IMAD, financement de la santé.

Session parallèle 5 : Questions relatives à l'assurance et à la viabilité financière

PS 05/1

La distance influence l'effet de la levée des barrières financières à l'accès aux soins : résultats d'un essai contrôlé sur échantillon aléatoire effectué au Ghana

Evelyn Ansah¹, Kara Hanson², Solomon Narh Bana¹, Brian Greenwood², Anne Mills², Christopher Whitty²

¹ Direction de la santé du district ouest de Dangme, Dodowa, Ghana

² École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, UK

Contexte :

Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, plusieurs pays cherchent à améliorer l'accès financier aux soins de santé. En 2005, le Ghana a voté une loi visant à la création d'un régime national d'assurance maladie (NHIS) qui harmonise un certain nombre de systèmes existants au niveau des districts. Les études d'observation de l'impact de l'introduction de l'assurance maladie dans l'utilisation des services de santé manquent d'objectivité en raison du choix du risque, surtout lorsque la couverture générale est faible. Cette étude a utilisé un essai contrôlé sur échantillon aléatoire (RCT) conçu pour évaluer l'impact de l'assurance maladie sur l'utilisation des services. L'étude a été réalisée dans le District ouest de Dangme, au sud du Ghana, et s'inscrivait dans le cadre d'une plus vaste étude destinée à examiner l'effet d'un meilleur accès financier sur l'anémie de l'enfance.

Buts et objectifs :

Évaluer l'impact de la couverture de l'assurance maladie sur l'utilisation des services de santé chez les enfants âgés de moins de 5 ans et les interactions avec la situation socio-économique et la distance géographique.

Méthodologie :

L'étude s'est servie d'un modèle contrôlé choisi au hasard à deux volets. Avant l'étude, la couverture de l'assurance était de 10,8 %. Tous les ménages des sous-districts de Dodowa et de Prampram ayant au moins un enfant âgé de 6 à 59 mois et n'ayant pas encore souscrit au régime d'assurance pour l'année étaient qualifiés pour participer à l'étude. 2194 ménages comptant 2592 enfants ont été sélectionnés au hasard parmi les ménages n'ayant pas souscrit au régime d'assurance. Les ménages du groupe d'intervention étaient inscrits dans un plan de prépaiement opérant dans la région. Le groupe de contrôle a continué à verser frais d'utilisation pour les services de santé. Une enquête initiale réalisée en mai 2004 a relevé les caractéristiques des ménages et la propriété de biens. Une étude de suivi fut conduite en décembre 2004. Le statut socio-économique a été mesuré sur la base d'un indice de biens construit à partir d'un ensemble de possession de biens et des caractéristiques des logements.

L'utilisation des services de santé a été évaluée à l'aide d'une fiche de contrôle remplie chaque mois par la mère de l'enfant, indiquant la maladie dont a été victime l'enfant au cours du mois et l'origine des soins administrés. Les options pour les maladies comprenaient la fièvre, la diarrhée, le vomissement, la convulsion, la perte de connaissance et la difficulté ou la rapidité de la respiration. Les sources de soins de santé comprenaient le dispensaire ou l'hôpital qui étaient classés soins officiels. Les soins à domicile, le traitement chez un guérisseur traditionnel ou un vendeur de produits chimiques étaient classés soins informels. Les fiches remplies étaient ramassées à la fin du mois par un agent travaillant sur le terrain et un autre ensemble de fiches était remis à la maman pour le mois suivant. Ceci s'est fait pendant les six mois de la saison de pointe de la transmission du paludisme. La régression logistique a servi d'analyser l'effet d'un meilleur accès financier aux soins de santé sur l'utilisation des services.

Résultats :

Dans les deux groupes, l'utilisation globale des services de santé a baissé avec l'augmentation de la longue distance aux formations sanitaires. Bien que les ménages d'intervention résidant à 5 Km d'un centre de santé aient plus utilisé les services de soins de santé primaires que les ménages de contrôle dans les mêmes environs, ceci était juste à la limite de l'importance statistique. Par contre, les ménages d'intervention vivant à environ 5 Km d'un centre de santé ont beaucoup moins utilisé les sources informelles. À une distance de 5 à 10 Km du centre de santé le plus proche, les ménages ayant fait l'objet de l'intervention ont beaucoup plus utilisé les services de soins de santé primaires que de contrôle et bien qu'ils aient tendance à moins utiliser les sources non formelles de soins, la différence entre les groupes n'était statistiquement pas considérable. Toutefois, chez les ménages résidant à plus de 10 Km d'un centre de santé, il n'y avait pas une grande différence entre les ménages d'intervention et de contrôle dans l'utilisation des services de soins primaires ou dans l'utilisation des sources non formelles de soins. Ces résultats indiquent que les barrières financières ont une importante influence sur la recherche de soins dans cet environnement.

PS 05/2

Une comparaison des exonérations de frais et l'assurance maladie afin d'assurer un accès financier aux soins cliniques primaires aux enfants âgés de moins de cinq ans au Ghana

Richard A Nagai & Irene Akua Agyepong, Service de santé du Ghana, Direction régionale de la santé de la région d'Accra

Les menues dépenses du secteur de la santé à l'usage au point de service au Ghana ont amélioré le financement des services de santé du secteur public, mais ont démontré une barrière à l'accès aux services essentiels, surtout pour les couches démunies. Pour résoudre le problème, plusieurs exonérations de frais, y compris les exonérations pour les soins cliniques primaires aux enfants âgés de moins de cinq ans ont été introduites au cours des années 90, suivies de l'assurance maladie en

2003. La présente communication compare l'efficacité des politiques d'exonération et d'assurance maladie dans la garantie d'un accès financier aux soins cliniques primaires aux enfants. Des données ont été recueillies à partir d'une évaluation des données d'utilisation de l'OPD, des discussions de groupe, des entretiens approfondis et un questionnaire structuré.

Les groupes cibles étaient les principaux prestataires de soins aux enfants, les prestataires de services et les ménages ayant des enfants âgés de moins de cinq ans. Les ménages étaient bien informés des exonérations et de l'assurance maladie mais ne savaient pas grand-chose des détails des programmes et des avantages qu'ils offraient. Les usagers qui savaient ou soupçonnaient leurs droits à l'exonération ne l'exigeaient pas souvent parce qu'ils craignaient les réactions hostiles des prestataires de soins. Pour justifier leur comportement, les prestataires ont avancé comme argument des problèmes avec la politique d'exonération. Les retards, le remboursement irrégulier et incertain du gouvernement central les a rendu réticents à mettre en œuvre pleinement le programme d'exonération qui était perçu comme une menace à leur viabilité financière.

Le résultat de la combinaison de ces facteurs client, prestataire et payeur fut que la plupart des enfants âgés de moins de cinq ans payaient totalement ou en partie pour les services exonérés malgré l'existence de la politique. Le programme d'assurance semble plus offrir aux assurés une protection financière parce que les prestataires avaient plus confiance en la possibilité de remboursement. La souscription a été toutefois faible en raison de la nouveauté du régime, de l'absence d'informations, et des problèmes administratifs et ainsi que de paiement des primes. Seule la moitié des enfants des sites ruraux et le quart des sites métropolitains ayant fait l'objet de l'étude ont été couverts. Sans un remboursement rapide et assuré aux prestataires, ainsi qu'une vaste éducation et autonomisation des clients, il est peu probable que les plans d'exonération soient efficacement mis en œuvre. Le régime d'assurance maladie doit tenir compte des leçons apprises des échecs du plan d'exonération et veiller à ce qu'il comporte des dispositions réalistes de paiement du prestataire qui donne à ce dernier la confiance au plan. En raison de la nature volontaire de la souscription au régime d'assurance maladie, il est indispensable de bien éduquer la communauté et d'explorer les voies permettant d'élargir la couverture, surtout auprès des pauvres et des couches vulnérables.

Mots clés : Financement des soins de santé, Afrique, frais d'utilisation, exonération des frais, assurance maladie.

PS 05/3

Détermination du coût de la prestation des soins de santé pour tous dans les zones rurales de la Tanzanie et du Ghana et implications pour le calcul des primes d'assurance sociale maladie

Joel Negin (école de santé publique de l'Université de Sydney), Maame Nketsiah, Samuel Afram, Eric Akosah, Deusdedit Mjungu, Gerson Nyadzi

La santé pour tous est restée une utopie pour les communautés rurales d'Afrique subsaharienne depuis la déclaration d'Alma Ata. Le projet Villages du Millénaire, opérationnel dans 14 communautés de 10 pays africains s'est engagé à garantir à tous l'accès aux services de santé primaire sur les sites couverts par leur projet. Dans ces pays, un certain nombre de méthodes de financement de la santé communautaire ont été adoptées, l'assurance sociale maladie étant l'un des régimes les plus fortement favorisés. Toutefois, la prime de membre aux régimes d'assurance est interdite pour la plupart des habitants des zones démunies et rurales, ce qui a entraîné un faible taux de souscription.

Le présent exposé vise à communiquer les expériences en matière d'assurance des services de soins de santé primaire à tous, ainsi qu'une détermination rigoureuse des coûts de l'intervention. La détermination des coûts de la prestation des services de santé primaire à tous les membres de la communauté et une bonne compréhension du financement de la santé de la communauté a ensuite servi à proposer une bonne détermination des primes d'assurance dans les zones rurales. L'étude a été réalisée sur des sites au Ghana et en Tanzanie avec des leçons d'autres sites pour apporter des informations supplémentaires.

L'étude utilise des données chronologiques de centres de santé comparables sur chacun des sites avec au moins un des centres dans chaque pays servant de contrôle. Les taux d'utilisation, les données épidémiologiques et les taux de couverture de l'assurance maladie ont été recueillis tous les mois de chacun des centres de santé et de chaque communauté. De vastes interventions de soins primaires ont été conduites sur les sites des Villages du Millénaire et leurs coûts étaient rigoureusement calculés.

L'assurance de l'accès à de simples interventions efficaces en terme de coûts a conduit à une fréquentation plus accrue des dispensaires et à l'amélioration des objectifs du système de santé, y compris la lutte contre le paludisme et des services institutionnels plus accrus. La prestation de services s'est effectuée à travers une utilisation plus efficace des fonds existants et l'ajout de fonds supplémentaires dans les limites par habitant proposées par le Projet des Nations Unies pour le Millénaire.

Il faudrait beaucoup de talents pour un meilleur accès aux services de santé, ce qui n'est pas le cas dans les communautés où peu de gens peuvent souscrire à l'assurance maladie. Selon une analyse rigoureuse des coûts et des voies de financement, une réduction des primes d'assurance en faveur des zones rurales en Tanzanie et au Ghana serait réalisable et durable, et devrait conduire à des taux de souscription beaucoup plus élevés. Ceci offre un modèle pour des primes d'assurance plus réalistes pouvant soutenir les services sanitaires ruraux. La complexité et le coût des régimes d'assurance maladie dans les communautés rurales d'Afrique ont entravé l'assurance gratuite de soins à tous. Les leçons apprises des sites ayant réussi sont précieuses pour les décideurs et les médecins.

Session parallèle 5 : Techniques et questions micro-économiques

PS 05/4

Effet de substitution dans la demande de moustiquaires antipaludiques des ménages dans les zones rurales du sud du Mozambique

Claire Chase¹, Elisa Sicuri², Charfudin Saco³, Ariel Nhacolo³, Clara Menéndez^{2,3}

1. ¹ École de santé publique d'Harvard, Boston, MA
 2. ² Centre de recherche internationale en santé de Barcelone (CRESIB) – Centre hospitalier – Université de Barcelone, Barcelone, Espagne
 3. ³ Centro de Investigaçao em Saude da Manhiça (CISM), Maputo, Mozambique
-

La présente communication vise à présenter les nouvelles preuves de la bonne volonté des ménages à payer les moustiquaires antipaludiques dans une région rurale du sud du Mozambique, et à attirer l'attention sur les potentiels effets de substitution des interventions combinées de lutte contre le paludisme telles que la pulvérisation résiduelle à domicile (PRD) et les moustiquaires imprégnées. La volonté de payer est examinée pour les ménages ayant reçu la PRD dans le cadre du programme gouvernemental.

Un échantillon aléatoire des ménages de la zone d'étude du Site de surveillance démographique de Manhiça a été invité à participer à un court questionnaire conçu pour obtenir la volonté hypothétique à payer, la connaissance du marché et l'appropriation des moustiquaires et les comportements passés d'achat, ainsi que des entretiens tenus durant les tournées de recensement périodiques au cours d'une période de trois semaines en août 2007. Le questionnaire était distribué aux chefs de ménage ou à un représentant âgé de plus de 18 ans. Les données de l'enquête ont été complétées par les données de la surveillance démographique régulièrement recueillies dans la zone ayant fait l'objet de l'étude et comprennent une indication de la fumigation du ménage par la pulvérisation résiduelle à domicile (PRD). Au total 983 observations de ménages ont été utilisées dans l'analyse.

La régression de Tobit a été utilisée pour étudier les variations et les déterminants de la volonté des ménages à payer les moustiquaires antipaludiques en présence de méthodes alternatives de lutte contre les moustiques. L'analyse de régression multiple a été utilisée pour étudier les autres déterminants de l'appropriation des moustiquaires, les comportements en matière d'achat et la volonté hypothétique à payer. La régression ordinaire des moindres carrés a été utilisée pour expliquer la variation dans le nombre de moustiquaires achetées et le montant payé. Tous les modèles étaient soumis à un test rigoureux.

La substitution par des méthodes alternatives de lutte contre les moustiques a semblé avoir joué un rôle dans la demande des moustiquaires chez les ménages

utilisant les méthodes alternatives et ceux ayant reçu la pulvérisation résiduelle à domicile (PRD) qui tous souhaiteraient payer un peu moins en moyenne pour les moustiquaires ($p=0,048$ et $0,088$ respectivement). En terme de volonté déclarée à payer, les ménages ayant reçu la PRD étaient disposés à payer $0,18$ \$ moins en moyenne pour une moustiquaire, après inclusion des covariables. L'ampleur de l'effet est similaire pour les ménages ayant signalé l'utilisation d'une méthode alternative de lutte contre les moustiques durant la précédente saison des moustiques, tels que les serpentins, les pulvérisateurs, ou les méthodes traditionnelles telles que la brûlure d'herbes. Ces découvertes semblent indiquer que les programmes de lutte contre le paludisme reposant sur une combinaison de méthodes de prévention pour réaliser l'efficacité du programme devraient tenir compte des effets potentiels de substitution de ces stratégies. Il faudrait rapidement initier une recherche plus poussée sur les effets de substitution des méthodes combinées de prévention du paludisme.

PS 05/5

Optimiser les gains en efficacité – une analyse de la situation de l'efficacité technique des hôpitaux au Ghana

Caroline Jehu-Appiah, Service sanitaire du Ghana, Frank Nyonator, Martin Adjuik, Selassi D'Almeida, James Akazili, Charles Acquah, Eyob Zere

Contexte :

La présente étude avait pour objectif principal de mesurer et d'analyser l'efficacité technique des hôpitaux de district (Publics, quasi-gouvernementaux, privés et missionnaires) au Ghana.

Méthodologie :

L'analyse de l'enveloppe de données a été utilisée pour évaluer l'efficacité/inefficacité des 74 hôpitaux de district appartenant à l'État, 43 à des missionnaires, 7 au secteur privé et 6 quasi-hôpitaux au Ghana.

Résultats :

De tous les hôpitaux de district évalués, 64 % étaient techniquement efficaces. Sur ces hôpitaux, 15 (13 %) étaient classés inefficaces. Les hôpitaux quasi-gouvernementaux avaient une moyenne d'efficacité de 80,5 % et une déviation standard (STD) de 22 %, les hôpitaux publics 64 % avec une STD de 24 %, les hôpitaux missionnaires 61 % et une STD de 23 % et les hôpitaux privés 43 % et une STD de 9 %. Il est possible d'accroître l'OPD de 27 %, les admissions de 12%, les services laboratoires de 19 %, de réduire les lits de 3 % et le personnel non clinique de 2 %.

Conclusion :

L'étude a prouvé la souplesse du DEA aux décideurs dans l'évaluation de l'inefficacité des hôpitaux par l'appropriation. Les résultats servent de puissant guide à la décision en matière de soins de santé sur les moyens pratiques d'accroître l'efficacité technique dans le secteur hospitalier.

PS 05/6**Le Régime national d'assurance maladie du Ghana encourage-t-il le risque subjectif ? Une approche utilisant une estimation paritaire**

Eugenia Amporfu, Kwame Nkrumah Université des Sciences et Technologies

Le programme de financement des soins de santé au Ghana est actuellement en train de passer du système des menues dépenses à un système de prépaiement. La raison en est l'effet d'appauvrissement du système de menues dépenses. Dans le système de prépaiement, les membres enregistrés peuvent avoir accès aux soins de santé sans aucune obligation financière. Les membres ont donc une certaine envie d'utiliser massivement les soins de santé. La présente étude a utilisé des données de maternité pour rechercher l'existence de risque subjectif dans les demandes du service de césarienne. L'approche d'estimation paritaire utilisée pouvait répartir au hasard les données et faire ainsi une comparaison impartiale des malades assurés et non assurés. Les résultats ont montré qu'il existe un risque subjectif. En outre, l'étude a également découvert une étroite corrélation entre le service de césarienne et l'assurance maladie quel que soit le type de risque du patient. L'étude a fait quelques recommandations pour aider à améliorer le bon fonctionnement du régime.

PS 05/7**Une analyse empirique de la demande en cigarette au Kenya : Nouvelle perspective de la politique sanitaire**

Scholastica Achieng Odhiambo

University of Malawi (Malawi)/ Regional Institute of Business Management (Nairobi, Kenya)

Le lancement d'une campagne rigoureuse contre le tabagisme et les produits dérivés du tabac est l'un des défis majeurs du millénium pour le Kenya et l'Afrique en général. Les politiques sanitaires en ce qui concerne cette question doivent étudier dans les détails les impacts socio-économiques et sanitaires de l'adoption des politiques restrictives contre le tabagisme au Kenya. La présente étude met l'accent sur le modèle de demande étroite du comportement de la dépendance (sur la base de l'hypothèse selon laquelle la consommation antérieure de cigarettes par habitant à un effet positif sur la consommation actuelle de cigarette par habitant) en ce qui concerne la consommation de la cigarette au Kenya. Des facteurs tels que le prix des cigarettes (influencés par l'augmentation des taxes au fil du temps), les revenus et les réglementations sur la publicité ont été utilisés pour évaluer les réponses de la demande. L'augmentation des prix des cigarettes au fil du temps s'est avérée avoir un impact négatif significatif sur la consommation de la cigarette. L'augmentation des revenus a eu un impact négatif sur la consommation par habitant des cigarettes, ce qui signifie pour un fumeur que la cigarette constitue un bien de catégorie inférieure et l'augmentation des revenus ne signifie pas forcément l'augmentation de la consommation de la cigarette au fil du temps. La consommation dans le passé

des cigarettes a un impact positif sur la consommation actuelle des cigarettes qui soutient la théorie de dépendance myope. La publication a également un impact significatif sur l'augmentation de la consommation par habitant des cigarettes. Des analyses des séries chronologiques ont été utilisées dans l'évaluation empirique de la demande en cigarette de 1970 à 2005 avec l'application des Méthodes OLS et de Vraisemblance Maximale de ARCH.

L'étude a renforcé la nécessité d'augmenter les prix dans le cadre du programme de réglementation de la consommation de la cigarette, de l'interdiction de la publicité et de l'utilisation des messages alarmistes de santé qui aboutiront à des résultats de santé positifs pour la population du Kenya.

Session parallèle 5 : Médicament : économie et politique

PS 05/8

Offrir des médicaments essentiels abordables aux ménages africains : Les politiques et institutions qu'il faut pour réduire les prix.

Ebenezer Kwabena Tetteh, London School of Economics, UK – London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, RU

Les médicaments font partie intégrante de tout système de soins de santé, et un accès limité aux médicaments sape les objectifs d'équité, d'efficacité et de développement sanitaire des systèmes de santé. Dans les pays africains, où l'on estime que 50 à 60 % de la population n'a pas "accès" aux médicaments essentiels, les problèmes de santé associés aux avantages limités en matière de médicaments sont plus préjudiciables. Toutefois, en raison de ses multiples dimensions, il n'y a aucune solution au problème d'accès aux médicaments : disponibilité, admissibilité, caractère abordable et accessibilité.

La communication étudie le caractère abordable de l'accès aux médicaments et se concentre uniquement sur les politiques réglementaires et les structures institutionnelles dont les décideurs politiques nationaux et internationaux peuvent tenir compte dans la détermination des prix des médicaments essentiels compatibles avec le pouvoir d'achat des ménages africains. Le thème principal est l'application du concept de dépendance bilatérale à la création d'acheteurs attentifs aux prix pour exercer un pouvoir compensatoire sur le marché en matière de détermination des prix du marché dans les systèmes de soins de santé africains.

La communication soutient la thèse selon laquelle les organismes d'achat de médicaments "qui négocient bien", propres à chaque pays, sensibles aux prix représentent un mécanisme plus viable pour rendre les médicaments essentiels abordables aux ménages africains ; contrairement aux coopératives multinationales extérieures d'achat qui peuvent trouver leur utilité se limiter à un groupe restreint de nations africaines "similaires" en ce qui concerne les besoins en médicaments, l'épidémiologie, les conditions macroéconomiques, les procédures de réglementation, la langue et le contexte culturel.

La communication adopte la méthodologie suivante : la première partie, à travers une recherche littéraire et une analyse quantitative sur les politiques de réglementation des prix, note que l'état actuel de la détermination des prix des médicaments dans les systèmes de santé africains peut mieux être caractérisé comme "une libre détermination non imposée des prix" avec son inflation associée et les coûts et les difficultés organisationnels dans la mise en œuvre des contrôles des prix, la prochaine option de réglementation de la détermination des prix est une "libre détermination imposée des prix" qui se fonde sur la création et le maintien des conditions souples de demande des prix pour contrôler les prix des médicaments :

une approche adoptée par les sociétés de gestion des programmes de médicaments (PBM) aux USA.

Selon la communication, les activités commerciales de la PBM aux États-Unis sont conformes au modèle économique du monopole bilatéral, et les théories de concurrence et de discrimination dans les prix. Il poursuit en développant le concept de dépendance bilatérale et discute les moyens relativement moins encombrants de segmentation du marché indispensables pour rendre réalisable la discrimination dans les prix. La seconde partie traite de l'application de la solution de dépendance bilatérale au processus de fourniture des médicaments dans les nations africaines et souligne dans une certaine mesure les similitudes et la cohérence avec les politiques de fourniture recommandées ailleurs, pour lesquelles des preuves empiriques montrent des effets appréciables de réduction sur les prix des médicaments.

PS 05/9

Les coûts économiques liés à la prescription irrationnelle chez les enfants : Implications sur la réduction de la mortalité infantile au Sud-est du Nigeria

Dr BSC Uzochukwu, Onwujekwe OE, Nwobi EA, Ezeoke U, Chukwuogo OI.

Health Policy and Management unit, Department of Community Medicine, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu-campus

Contexte :

Au Nigeria, plusieurs enfants âgés de moins de 5 ans continuent de mourir d'infection respiratoire aigüe (IRA), des maladies diarrhéiques (MD), du paludisme et d'autres maladies évitables ou traitables avec des médicaments à faible coût achetés essentiellement auprès des vendeurs de médicaments brevetés (VMB). Ces services auxquels essentiellement les pauvres ont accès sont également le premier choix dans les soins de santé et une principale source reconnue des médicaments conventionnels pour ces maladies de l'enfance dans la plupart des communautés rurales et urbaines. L'une des raisons pour lesquelles les gens préfèrent les VMB est le faible coût et les politiques souples de détermination des prix. Toutefois, dans la plupart des cas, les VMB ne connaissent pas les doses normales et la durée du traitement, ce qui entraîne une prescription irrationnelle. Tout en reconnaissant leur important rôle, peu de choses ont été rapportées sur les coûts économiques liés à la mauvaise prescription des médicaments contre les maladies des enfants.

Objectifs :

Évaluer les coûts économiques de la mauvaise prescription des médicaments par les vendeurs de médicaments brevetés contre le paludisme, l'IRA et les MD.

Méthodologie :

Une étude transversale descriptive impliquant des entretiens de départ avec 395 prestataires de soins primaires qui ont sollicité des soins dans les officines de médicaments brevetés contre le paludisme chez l'enfant, l'IRA et les MD dans des communautés rurales du Nigeria.

Résultats :

Près de 80 % des prestataires de soins ont reçu un traitement contre le paludisme par présomption, 12 % contre les MD et 8 % contre l'IRA. Le nombre moyen de médicaments par prescription était de 6,8, le taux moyen de prescription avec injections était de 72,5 %, le taux moyen des prescriptions avec au moins un antibiotique était de 59,7 % et le taux de prescription avec des médicaments non essentiels était de 45,9 %. Les coûts supplémentaires au traitement standard étaient de 255 Naira par prescription contre le paludisme, 350 Naira par prescription contre l'IRA et de 175 Naira par prescription contre les MD. Les pertes imputables à la prescription irrationnelle avoisinaient les 4.500 Naira.

Considérations politiques :

La prescription irrationnelle impose un poids économique considérable de coûts inutiles sur les usagers des soins de santé, surtout sur les pauvres qui sont les plus touchés par le paludisme, l'IRA et les MD. Un plaidoyer est en cours en faveur des efforts visant à la formation des VMB en prescription rationnelle des médicaments afin d'améliorer la qualité de la prescription de médicaments, donc de réduire le coût du traitement pour les soignants. Ceci est nécessaire si nous voulons atteindre les ODM en matière de réduction de la mortalité infantile au Nigeria d'ici à 2015.

PS 05/10**Vendeurs de médicaments brevetés – une ressource pour la détection des cas de tuberculose.**

By Dr. Obi, Ikechukwu Emmanuel¹, Professor Onwasigwe C. N.²

¹ Senior Registrar. Department of Community Medicine, University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH), P. M. B. 01129, Enugu, Nigeria.

² Lecturer/Consultant. Department of Community Medicine, University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH), P. M. B. 01129, Enugu, Nigeria.

But :

Former les vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés à reconnaître les cas suspects de tuberculose pulmonaire et à les référer à un service de diagnostique et de traitement de la tuberculose.

Objectifs :

Déterminer la contribution des vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés sur les nouveaux clients qui présentent des symptômes de toux dans les services de diagnostique et de traitement de la tuberculose comme une base de référence.

Former les vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés à reconnaître les cas suspects de tuberculose pulmonaire et à référer ces cas aux services de diagnostique et de traitement de la tuberculose.

- Déterminer les effets de cette formation sur la connaissance des vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés des cas suspect de tuberculose pulmonaire.
- Observer les contributions de post intervention des vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés sur les nouveaux clients qui présentent des symptômes de toux au service de diagnostique et de traitement de la tuberculose.

Méthodologie :

Un programme pour les vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés dans une zone de la municipalité comme groupe de travail, avec des vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés dans une autre zone de la municipalité du même Etat comme zone de contrôle. La période de l'étude a été de six mois de Juin à Décembre 2007. Les données sur les sources de référence de nouveaux clients avec des symptômes de toux ont été collectées auprès de chaque centre de service de diagnostique et de traitement de la tuberculose dans l'étude et les zones de contrôle pendant une période de deux mois. Les connaissances sur la reconnaissance des cas suspects de tuberculose pulmonaire ont été évaluées au cours de l'étude et dans les groupes de contrôle. Les groupes d'étude ont été ainsi formés (par les exposés et les jeux de rôle) sur la reconnaissance et la référence des cas suspects de tuberculose pulmonaire et l'émission des avis de présentation au centre de diagnostique et de traitement de la tuberculose dans la zone de l'étude. Le groupe de contrôle a suivi un exposé sur la reconnaissance de la diarrhée, les avantages et les méthodes de la réhydratation précoce avec le sel de réhydratation orale ou un soluté salin ou sucré. Des données sur la référence de nouveaux clients qui présentent des symptômes de toux ont été collectées auprès des mêmes centres de service de diagnostique et de traitement de la tuberculose pendant l'étude et dans les zones de contrôle pendant une autre période de trois mois. Les connaissances sur la reconnaissance des cas suspects de tuberculose pulmonaire ont été re-évaluées aussi bien au cours de l'étude que dans les groupes de contrôle. Les contributions de renvoi venant d'autres sources dans les deux zones et tout changement dans la connaissance des cas suspects de tuberculose pulmonaire ont été analysées entre l'étude et les groupes de contrôle et au sein des groupes.

Résultats:

Les vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés ne référaient pas au départ les nouveaux clients ayant des symptômes de toux aux centres. La post-intervention, une contribution de référence de 8.2% du nombre total de nouveaux clients venaient des vendeurs de médicaments brevetés et spécialisés dans la zone de l'étude ($\chi^2 = 5.53$; Fisher's Exact $P = 0.018$). 71,4% de ces clients étaient positifs au frottis de crachat. La connaissance d'un cas suspect de tuberculose a augmenté d'un pourcentage total de 49.2% à 77.7% post intervention.

Session parallèle 6 : Nouvelles tendances et débats au sein des institutions internationales de financement de la santé

PS 06/1

Vers des systèmes équitables et viables de financement de la santé à travers un effort international coordonné. Voies proposées par l'initiative 'Assurer des soins' (Providing for Health (P4H))

Dr. Varatharajan Durairaj (WHO)

Les raisons qui sous-tendent le développement de systèmes nationaux équitables et viables de financement de la santé afin de permettre aux populations défavorisées de rechercher les soins de santé nécessaires sans risque de catastrophes financières et d'appauvrissement sont maintenant bien établies. Souvent, les systèmes consistant à se procurer des ressources nécessaires, à les rassembler et à s'assurer que les fonds sont utilisés de façon efficace et équitable font défaut dans plusieurs pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, principalement en Afrique et en Asie. La forte dépendance de ressources de menues dépenses, en plus de refuser l'accès aux soins adéquats de santé aux couches les plus vulnérables, rend complexe la gestion du financement en faveur de la santé.

Tout en reconnaissant la nécessité d'un financement supplémentaire, plusieurs pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont en train de se rendre compte que la mobilisation des ressources qu'il faut en faveur du secteur de la santé constitue une condition indispensable mais insuffisante pour l'amélioration de la santé. La fragilité des systèmes de financement de la santé les empêche de dépenser entièrement les ressources mobilisées et de tirer les résultats pour la santé souhaités des ressources absorbées. En conséquence, les pays ont de plus en plus sollicité un soutien technique pour développer leur système de financement de la santé et de la sécurité sociale afin d'accroître le niveau et le caractère adéquat de l'accès au soins de santé. Ces demandes ont souvent dépassé la capacité des diverses organisations internationales et bilatérales à répondre. De plus, le fait de traiter avec plusieurs organisations internationales et bilatérales a occasionné plusieurs nouveaux problèmes pour les pays récipiendaires.

Plusieurs partenariats mondiaux de la santé ont vu le jour en réponse à ce scénario. Beaucoup d'entre eux sont spécifiques aux maladies et visent à améliorer les systèmes de santé de façon à permettre l'expansion des services visant leurs maladies cibles. La disponibilité de plus en plus croissante de fonds pour des interventions spécifiques à l'échelle mondiale appelle au renforcement horizontal efficace des systèmes sanitaires nationaux et de leur organisation ainsi qu'à une meilleure efficacité de l'aide. Des mécanismes doivent être envisagés en vue d'un bon acheminement des interventions internationales ciblées à travers les structures existantes et de leur combinaison effective avec une action nationale visant à développer les systèmes de santé au niveau des usagers, afin d'assurer des services

cohérents de santé qui répondent efficacement aux priorités nationales en matière de santé.

La présente communication donne un aperçu des partenariats internationaux en matière de santé et discute des principes, de la conception et des activités proposées de l'initiative Assurer des Soins (P4H). Les voies de l'initiative P4H sont définies autour des objectifs des récentes réponses mondiales telles que la Déclaration de Paris, la Campagne mondiale sur les ODM en matière de santé et le Partenariat mondial en faveur de la santé. Les raisons qui les sous-tendent résident dans les efforts complémentaires pour mobiliser davantage de fonds en aidant les pays à développer leur propres politiques nationales de financement de la santé, des systèmes et des institutions pouvant réaliser et maintenir la couverture universelle et en les mettant en relation avec un soutien international coordonné.

PS 06/2**Priorités Africaines en matière de santé et nouveaux mécanismes internationaux de financement de la santé**

Moustapha Sakho

Introduction: Avec 10% de la population mondiale, l'Afrique représente 25% du poids des maladies et 60% de la population vivant avec le VIH/SIDA et détient également le pourcentage le plus élevé en matière de tuberculose et de paludisme dans le monde. Cependant, l'Afrique représente moins de 1% des dépenses totales en matière de santé et ne dispose que de 2% du personnel de la santé dans le monde.

Quelque soit la mesure mise en place, la plupart des pays Africains dépensent moins de ressources pour la santé qu'il n'est nécessaire pour soit assurer un ensemble de services de priorité raisonnable pour les populations, ou pour atteindre les objectifs fixés par les leaders Africains. Etant donné les estimations du montant des ressources nécessaire pour réaliser les Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) qui sont des sommes faramineuses, au delà desquelles les pays à faible revenu auront des difficultés pour aller, la question est de savoir de quelle source proviendra les ressources complémentaires ?

Au sommet de l'UA de 2001, les pays ont fixé l'objectif d'Abuja : investir 15% des budgets nationaux dans le secteur de la santé. Bien qu'aucun délai n'ait été fixé pour réaliser cet objectif, il est important de noter que en 2005, (selon les propres données de l'UA), seul environ le tiers de pays de l'Afrique sub-saharienne ont été en mesure d'allouer 10% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé. Mais, même si l'objectif d'Abuja ait été atteint, quel sera son impact sur les priorités nationales de la santé et les besoins en financement ? De même, dans ce même ordre d'idées, quelle est la pertinence de la recommandation de la Commission sur la Macroéconomie et la Santé (CMH) qui vise à utiliser 34% des dépenses par habitant pour la santé ?

Depuis une date récente, la communauté internationale augmente de façon constante les ressources allouées au secteur de la santé en Afrique par le biais de ces mécanismes tels que GAVI, le Fonds Mondial, PEPFAR, etc. Est-ce que ces investissements ont été ciblés comme étant des priorités pour l'Afrique et comment ont-ils été utilisés pour résoudre le problème du financement de la santé ? Quelle est la durabilité de ces investissements ?

Buts et objectifs :

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la situation financière du secteur de la santé en Afrique aujourd'hui en terme de lien entre les priorités de la santé (y compris le financement) en Afrique et les nouveaux mécanismes de financement qui constituent la base de plusieurs partenariats internationaux récents en matière de santé. De façon plus significative, nous allons examiner la pertinence des objectifs internationaux de financement de la santé et le rôle des nouveaux mécanismes de financement de la santé tels que GAVI, PEPFAR et le Fonds Mondial. L'analyse étudiera les écarts dans le financement de la santé et le lien entre les nouveaux mécanismes de financement et les priorités et besoins des pays Africains.

Méthodologie :

Nous avons analysé les données financières disponibles dans les institutions internationales (telles que l'OCDE-DAC, l'OMS, le WBI, le FMI, l'Union Africaine, etc.) et l'ensemble des données nationales disponibles. Les données disponibles sur les sites web des nouveaux organes de financement tels que GVAI et le Fonds Mondial seront également étudiées pour avoir un aperçu général du thème de l'exposé.

Résultats :

- Bien que la réalisation de l'objectif d'Abuja soit importante pour prouver l'engagement vers l'augmentation croissante des dépenses publiques pour le secteur de la santé dans plusieurs pays Africains, ceci ne serait pas suffisant pour assurer un ensemble de services adéquats de santé à la population. Il n'est même pas sûr que l'objectif de la CMH d'allouer au moins 34% des dépenses par habitant à la santé soit suffisant, cependant, c'est une approche supérieure de penser à ce qu'il faut au-delà de l'approche d'Abuja. Ce qui est le plus important par contre, est la nécessité de se départir de ce système universaliste uniformisé pour aboutir à une analyse de la spécificité des pays à propos de ce qui est nécessaire pour fournir des services adéquats de santé à leurs populations.
- L'avènement de nouveaux partenariats internationaux en matière de santé et l'augmentation de l'aide bilatérale et multilatérale pour les interventions spécifiques en santé a été critiqué pour avoir accentué certains problèmes liés à l'architecture de l'aide internationale : caractère imprévisible et volatile des financements des bailleurs, prolifération des maladies et des programmes spécifiques d'intervention, qui ne sont pas le plus souvent intégrés dans aucun programme particulier en cours d'exécution dans les pays,

Session parallèle 6 : Financement des structures de santé, détermination des coûts et budgétisation des services de santé

PS 06/4

Costing et planification des ressources dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé en RD Congo

Dieudonné KWETE¹, Dheepa Rajan², Narcisse TONA³, Joseph BULAKALI⁴, Mathias MOSSOKO⁵

¹ Master professionnel d'économie de la santé dans les pays en développement et en transition, CERDI, Université d'Auvergne, Clermont 1, France ;

² Médecin de Santé Publique, Département de développement des systèmes de santé, OMS/Genève ;

³ Médecin de Santé Publique, Ecole de Santé Publique de Kinshasa ;

⁴ Médecin de Santé Publique, DEP/SANTE ;

⁵ Epidémiologiste, Direction de l'épidémiologie, grandes endémies et pathologies dégénératives.

1. Contexte

La RD Congo sort d'une guerre qui a fait près de 3,9 millions de décès, cette guerre est la plus meurtrière au niveau mondial depuis la deuxième guerre mondiale. Pendant ce temps, selon l'enquête démographie et santé (EDS) de 2007, la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est estimée à 148 pour 1000 naissances vivantes pour la période de 2002-2006, la malnutrition chronique chez les moins de cinq ans a également augmenté : elle était de 31% en 2001 et en 2007 elle est passé à 45%. S'agissant de la mortalité maternelle, les estimations disponibles sont parmi les plus élevées au monde : 1289 pour 100 000 naissances (Enquête Nationale sur la situation des enfants et des femmes de 2001, MICS2). La prévalence de l'anémie modérée ou grave chez les femmes de 15-49 ans était de 18% en 2001.

En 2006, la RD Congo a défini et adopté, sa stratégie de renforcement du système de santé dont l'un des axes prioritaires est le développement des zones de santé. De nombreux partenaires qui s'alignent à la stratégie sectorielle, ont besoin d'informations sur les coûts du Paquet Minimum et du Paquet Complémentaire d'Activités dans le cadre de la mise en œuvre de leurs projets et programmes de santé. Il en est de même dans le cadre de l'intégration de programmes verticaux dans le plan global de développement des ZS où certains partenaires sont intéressés à savoir le supplément de coûts qu'apporte le VIH/SIDA au PMA et au PCA.

Pour répondre à toutes ces préoccupations, le Ministère de la santé, a choisi l'outil iHTP (Integrated Health care Technology Package) mis au point par l'OMS. Une équipe de 4 consultants dont un Economiste de la santé, deux Médecins de Santé Publique et un informaticien ont été formé sur l'utilisation de cet outil. Ce travail a

été suivi par une expertise perlée des experts de l'OMS Genève et de l'expert concepteur de l'outil iHTP.

2. Objectif général

Estimer les coûts des ressources nécessaires pour développer une zone de santé.

3. Méthodologie

Elaboration de la base des données du Paquet Minimum d'Activités (PMA) à partir des ordinogrammes de soins de santé primaire (5^{ème} Direction, Direction des soins de santé Primaire) et du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) sur base des entretiens et échanges avec les cliniciens et infirmiers titulaires des Formations sanitaires (Fosa), le document des normes de fonctionnalité de la Zone de Santé, constitution du profil épidémiologique de chaque scénario et identification de son groupe cible, alimentation des scénarii avec les technologies spécifiques à la RDC (salaires et primes pour les ressources humaines, prix des médicaments et des consommables médicaux, prix des petits matériels et des équipements médicaux, prix des mobiliers et de divers consommables de bureau, etc.).

L'outil iHTP mis au point par l'OMS a été utilisé pour estimer ces coûts. Pour l'élaboration de scénarii, nous nous sommes également référés à la base de données de l'OMS et de scénarii de l'Afrique du Sud sur le VIH/SIDA.

4. Résultats

Les résultats de l'étude pour un Centre de Santé (CS) ayant un taux d'utilisation de services de 40% se situent à 6.05\$/hab./an dont pour un centre de santé qui offre seulement « les soins de base » sans VIH/SIDA et sans Centre de Dépistage Volontaire (CDV), le coût est de 4.41\$/hab./an et pour un centre de santé avec « soins de base » plus les soins VIH/SIDA et qui a un CDV le coût est de 9.13 \$/hab./an tandis que pour un centre de santé offrant les soins de base plus les soins VIH/SIDA sans CDV le coût est de 7.90 \$/hab./an.

Pour un Hôpital Général de Référence (HGR) qui assure un PCA complet (y compris le VIH/SIDA et la THA [Trypanosomiase Humaine Africaine), les coûts se situent à 11.86 \$/hab./an avec un taux d'utilisation de 20% dans une ZS ayant 100 000 habitants. Globalement, pour une Zone de Santé dont l'HGR a un taux d'utilisation de services de 0.20 contacts/hab./an et un CS dont le taux d'utilisation de services est de 0.4 contacts/hab./an, le coût par habitant par an est de 17.91\$ dont 11.86\$ pour le PCA et 6.05\$ pour le PMA.

Ces résultats permettent d'engager des discussions avec les partenaires du secteur de la santé, sur la hauteur du financement par habitant par an nécessaire pour le développement des ZS. En RD Congo, l'appui extérieur des partenaires du secteur de la santé se situe autour de 3\$ par habitant par an tandis qu'au budget de l'Etat, la moyenne de dépenses publiques de santé par d'habitant par an se situe à 0.67\$ (2003-2007). Les résultats du costing indiquent qu'en moyenne, il faut 17.91\$ par habitant par an pour développer une Zone de Santé. Des études sur l'accessibilité

aux soins, indiquent qu'en moyenne les paiements directs de ménages se situent à 7.5\$ par personne par épisode maladie par an.

Alors le gap de 6.43\$ pourrait susciter de discussions, sur les initiatives à mettre en place pour mobiliser le financement complémentaire. L'autre option, est la révision des priorités sectorielles, la fixation des hypothèses réalistes sur l'extension de la couverture sanitaire afin d'offrir de soins globaux, continus et intégrés permettant d'améliorer le volet santé des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

PS 06/5

Evaluation de la mise en oeuvre et des effets du financement direct des infrastructures dans les centres de santé et dispensaires dans la Coast Province, Kenya

¹ Catherine Goodman, Antony Opwora, Margaret Kabare and Sassy Molyneux

¹ Kenya Medical Research Institute/Wellcome Trust Research Programme and London School of Hygiene and Tropical Medicine

Contexte

Les centres de santé et les dispensaires sont les principales sources de prestation de soins de santé primaire pour les populations pauvres dans les zones rurales du Kenya, mais il existe un certain nombre de problèmes liés à la performance de ces structures sanitaires. Ceci est partiellement dû à l'insuffisance des ressources dans ces structures, principalement depuis la réduction des frais officiels. De plus, des préoccupations ont été soulevées concernant le fait que la réduction des fonds a à son tour réduit l'engagement de la communauté par le biais des comités d'établissement.

Afin de trouver des solutions à ces questions, un financement direct des infrastructures (FDI) a été mis en place depuis 2006 dans toutes les structures gouvernementales dans la Coast Province. Très peu d'exemples de mécanismes similaires de financement existent sur le plan international pour ces structures périphériques de santé. Les fonds peuvent couvrir les dépenses de fonctionnement et d'entretien de base au niveau des structures. L'argent est transféré directement dans le compte bancaire de la structure, et chaque structure prépare un plan de travail et un budget. Autant que possible, les comités de gestion des structures (composé des membres de la communauté et des responsables de la structure) doivent être impliqués dans la planification et l'utilisation des fonds.

Objectif

Etudier les effets liés à la mise en œuvre des financements directs des infrastructures dans les centres de santé et les dispensaires.

Méthodologie

L'étude est basée sur un cadre conceptuel qui élabore une stratégie d'hypothèses du FDI pour accroître l'utilisation, améliorer la qualité des soins et réduire le poids

financier des soins de santé sur les ménages. L'étude vise à documenter ces pistes d'hypothèses et toute défaillance dans la chaîne, et identifier également d'autres conséquences imprévues du financement des infrastructures.

L'étude a été menée en 2007-8 dans deux préfectures dans la Coast Province, qui ont été intentionnellement sélectionnées pour prendre en compte un prestataire de service faible et un autre fort sur la base des perspectives de gestion. La collecte des données quantitatives à partir d'un échantillonnage aléatoire de 30 centres de santé publique et de dispensaires y compris une interview avec les responsables, une étude des registres et des sondages de fin d'entrevue avec 10 patients par structure. En outre, des entrevues détaillées ont été menées avec les responsables, et les membres du comité de la structure sanitaire avec un échantillonnage de 12 structures de santé choisies de façon intentionnelle et d'autres acteurs.

Principaux Résultats

Les résultats seront présentés sur

- Les revenus et dépenses du IDI et comment cela complète les ressources des structures
- Les principales activités financées par le IDI et leurs impacts signalés sur les performances du personnel de la santé, la qualité des soins et leur accessibilité
- Le tiers payant facturé
- La connaissance et l'expérience des patients des comités de gestion des structures et d'autres mécanismes d'engagement communautaire
- Les défis rencontrés dans la mise en oeuvre du IDI

Les implications de la mise en oeuvre sur le plan national de l'IDI seront débattues.

PS 06/6

Estimations des coûts de ménage en matière de soins hospitaliers pour les enfants à faible poids à la naissance

Elisa Sicuri¹, Claire Chase³, Ariel Nhacolo², Charfudin Sacoora², Delino Nhalungo², Maria Maixenchs², Clara Menéndez^{1,2}

1. Barcelona Centre for International Health Research (CRESIB) - Hospital Clinic - Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain
2. Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM), Maputo, Mozambique
3. Harvard School of Public Health, Boston, MA

Résumé

L'objectif du présent exposé est de combler le déficit dans la littérature de l'Economie de la Santé en ce qui concerne l'estimation des coûts de ménage liés aux soins hospitaliers des enfants à faible poids à la naissance dans les pays en développement. Notre objectif principal est d'estimer le coût total engagé dans le cas où le poids du nouveau-né se trouve entre 1,5 et 2,5 kilogrammes. Notre objectif secondaire est d'analyser l'ampleur des relations entre le coût total des ménages pour les soins des enfants à faible poids à la naissance et le poids à la naissance.

C'est une évaluation à court terme : seuls les frais engagés immédiatement après la naissance jusqu'au moment où l'enfant pèse 2,5 kg, sont inclus dans l'analyse.

L'étude a été menée au Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM) dans la Préfecture de Manhica, au Sud de la Mozambique. Un échantillon de 90 personnes ayant la garde des enfants à faible poids à la naissance, qui n'ont pas d'autres complications et quelque soit la cause du faible poids, ont été interviewés au Centre de Santé de Manhica (MHC), une structure sanitaire à 110 lits contiguë au CISM. Des questionnaires ont été remis aux personnes ayant la garde des enfants en deux situations différentes :

- Lorsqu'ils quittent l'hôpital après l'accouchement (dans le cas où l'enfant à faible poids à la naissance est libéré tout de suite après la naissance et dans le cas où il/elle est hospitalisé quelques jours après la naissance) ;
- Lorsqu'il quitte la clinique des externes pour le contrôle du poids quelques semaines après la naissance.

Les coûts directs et indirects des ménages ont été collectés et étudiés au cours de l'analyse. Le poids économique des décès comme conséquence du faible poids des enfants à la naissance n'est pas par contre étudié. Le coût total engagé par chaque famille est calculé conformément aux caractéristiques générales des soins que reçoivent les enfants à l'hôpital (patient internes et externes) jusqu'au moment où les enfants atteignent le poids normal.

Les résultats ont prouvé que le coût total engagé par les familles a une variation élevée (signifie = 145 MZN; Std. Dev. 120 MZN; Min = 17 MZN; Max: 745 MZN) sur la base de deux facteurs principaux :

- admission à l'hôpital et pour quelle durée ;
- nombre de fois qu'un enfant doit être amené à l'hôpital pour un contrôle de poids jusqu'au jour où il/elle atteint le poids normal (cela dépend du poids à la naissance et de la vitesse de prise de poids après la naissance).

L'estimation de l'ampleur de la relation entre le coût total des ménages et le poids à la naissance (dans une fourchette de 1.5 - 2.5 kgs) montre que :

- les familles doivent engager des frais fixes quelque soit le poids de l'enfant à la naissance ;
- une augmentation de 100 grs du poids de l'enfant permet à la famille de réduire les dépenses en soins hospitaliers de l'enfant de 25%.

Les résultats ont permis de trouver d'autres raisons économiques pour amener les décideurs à investir et à promouvoir toutes les interventions et comportements possibles qui pourraient permettre d'augmenter le poids des enfants à la naissance, telles que l'amélioration des consultations prénatales, la prévention du paludisme pendant la grossesse, la prévention et le traitement du VIH maternel, l'amélioration de la nutrition maternelle.

PS 06/7

Le défi de l'évaluation du besoin de soins de santé dans les enquêtes auprès des ménages

F. Meheus^{1,2}, D. McIntyre³, M. Aikins⁴, J. Goudge⁵, O. Okorafor³, M. Ally⁶, N. Nxumalo⁵, B. Garshong⁷

¹ Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique

² Institut tropical royal, Amsterdam, Pays-Bas

³ Unité d'Économie de la santé, Université du Cap, le Cap, Afrique du Sud

⁴ Académie des sciences de la santé, Université du Ghana, Accra, Ghana

⁵ Centre pour la Politique de santé, Université de Witwatersrand

⁶ Ministère de la Santé et du bien-être social, Dar es-Salaam, République unie de Tanzanie

⁷ Services de santé du Ghana, Accra, Ghana

Contexte : Un nombre croissant d'analyses des ensembles de données d'enquêtes auprès des ménages dans les pays africains (et autres pays à faible revenu et à revenu intermédiaire) ont soulevé des problèmes avec l'utilisation de la pratique qui consiste à signaler soi-même la maladie comme un indicateur de besoin de soins de santé. En particulier, ces analyses ont montré que, dans la plupart des cas, la situation dans laquelle les ménages signalent eux-mêmes la maladie produit le résultat paradoxal selon lequel les groupes socio-économiques les plus pauvres signalent moins la maladie au cours d'une période de rappel (habituellement deux semaines ou un mois) que les groupes les plus riches. Par contre, d'autres indicateurs qui sont parfois inclus dans les enquêtes auprès des ménages, tels que les mesures anthropométriques et la mortalité infantile et juvénile, montrent un gradient socio-économique très clair avec la plus forte présence dans les groupes socio-économiques les plus bas. Toutefois, l'inclusion de ces indicateurs dans les enquêtes auprès des ménages est difficile et prend du temps.

Les objectifs de cette recherche étaient :

- De chercher à savoir si la pratique consistant à auto-évaluer son état de santé traduit un gradient socio-économique plus clair que celle qui consiste à signaler soi-même la maladie comme un indicateur du relatif besoin de soins de santé ; et
- D'étudier des raisons sous-jacentes aux résultats paradoxaux de la pratique consistant à signaler soi-même la maladie.

Méthodologie : Cette recherche s'inspire de trois ensembles de données d'enquête auprès de ménages réalisées dans le cadre d'un vaste projet de recherche au Ghana, en Afrique du Sud et en Tanzanie. Les ménages sont divisés en quintiles utilisant un indice composite spécialement conçu de statut socio-économique. Le gradient socio-économique de ceux qui auto-évaluent l'état de santé est comparé à celui de ceux qui signalent eux-mêmes la maladie. L'interprétation de ces analyses est défendue par une étude de la littérature y afférent.

Résultats clés : Bien que l'analyse de ces enquêtes auprès des ménages ne soit pas achevée au moment de la soumission de l'abrégé, nous émettons l'hypothèse (sur la base de la recherche préliminaire en Afrique du Sud) que cette recherche

démontrera que le groupe de ceux qui auto-évaluent présente un gradient socio-économique qui est plus en phase avec les mesures utilisées pour la morbidité (telles que les mesures anthropométriques) et la mortalité (telles que la mortalité infantile et juvénile) que la classe de ceux qui signalent eux-mêmes la maladie. Il existe de plus en plus de littérature sur la plus forte probabilité de 'l'ignorance' de la maladie chez les groupes socio-économiques les plus élevés, ce qui a un impact sur la fiabilité de l'utilisation de la pratique consistant à signaler soi-même la maladie comme un indicateur du relatif besoin de services de santé. Sur la base de cette recherche, nous suggérons que la priorité soit accordée à l'utilisation de la pratique de l'auto-évaluation de l'état de santé par rapport à celle consistant à signaler soi-même la maladie dans les enquêtes auprès des ménages, pour promouvoir une estimation plus précise du relatif besoin de soins de santé.

PS 06/8

Programme de Lutte contre l'Onchocercose au sein des communautés agricoles dans l'Etat de Benue : une évaluation des distributeurs communautaires de l'ivermectine dans le Centre Nord du Nigeria.

UMEH, J.C. AND AMUTA, R.

Department of Agricultural Economic, University of Agriculture, Makurdi, Benue State, Nigeria

RESUME

L'onchocercose constitue un problème très sérieux de santé et par conséquent un problème socio-économique aux populations des zones rurales en Afrique et particulièrement sur la côte Ouest Africaine. La population totale de meso et hyper endémicité au sein du site de l'étude est de 2.779.524 en 2007. Les problèmes de santé liés à la maladie sont la cécité, la peau de léopard, les nodules, etc. L'utilisation de l'ivermectine pour lutter contre la maladie est économique car elle est offerte gratuitement aux communautés qui ont sélectionné et formé certains de leurs sujets (connus sous le nom de Distributeurs Communautaires, CDDs) pour l'administration du médicament.

L'étude a analysé les opinions des communautés agricoles dans la région Centre Nord du Nigeria en ce qui concerne leurs CDDs. Il a également examiné les problèmes des CDDs ensemble avec les solutions proposées par les responsables communautaires, le personnel de la santé du gouvernement et les CDDs également. Un total de 186 personnes sélectionnées au hasard comprenant 94 membres communautaires, 42 CDDs, 25 travailleurs de la santé du gouvernement et 25 responsables communautaires qu'on pourra retrouver sur les lieux de l'interview. Les données ont été analysées à l'aide de tableau, de pourcentages, de fréquences et de test de ch-carrés. Bien que les membres communautaires aient perçu les CDD comme étant efficaces dans la distribution de l'ivermectin, les CDD ont cependant identifié des problèmes de manque de mobilité (42%), manque de motivation (24%), comportements peut coopératifs de la part des bénéficiaires des médicaments (29%)

dans l'exécution de leur travail. Ces problèmes pourront menacer la pérennité du Programme de Traitement Communautaire à l'Ivermectin (CDTI) dans la lutte contre l'onchocercose dans les zones endémiques. La majorité des personnes interviewées ont proposé que les CDD pourront bénéficier de motivation en espèce de la part du Gouvernement (17.6%) ou par le biais des efforts communautaires (28.7%).

PS 06/9

Inégalité dans la couverture de vaccination des enfants au Sud-est du Nigeria

Pharm. Nzewi Ifeoma¹, Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Ezeoke U, Chukwuogo OI

¹ Pharmacy unit, University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH) Enugu, Nigeria

Background:

Le programme de couverture vaccinale universelle de l'enfant s'est amélioré au cours des deux dernières années. Cependant, les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques de la population qui utilise ces services et le statut d'immunisation de leurs enfants ne sont pas bien connus.

Méthodologie :

Un système d'échantillonnage en grappe a été adopté comme méthode d'échantillonnage pour sélectionner les préfectures et les personnes à interviewer. Les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques de la population, l'utilisation des services de vaccination et le statut d'immunisation de 685 enfants de moins de 5 ans de 462 ménages ont été déterminés par le biais des questionnaires d'interviews administrés à 462 mères d'enfants de moins de 5 ans. Des ratios bizarres des caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques ont été évalués comme étant des facteurs secondaires possibles avec les taux de couverture vaccinale pour les enfants de moins de 5 ans et de moins d'un an par la méthode d'élimination en amont dans la régression logistique.

Résultats:

La couverture vaccinale a été faite de la façon suivante : diphtérie, tétanos, coqueluche troisième dose (DPT3), 65.3%; vaccin antipolio oral troisième dose (OPV3), 78.0%; rougeole, 55.8%; Le taux de vaccination total pour les enfants de moins de 5 ans et de moins d'un an sont de 49.8 et 65.2%, respectivement. Un statut socio-économique élevé est lié à un taux élevé de vaccination totale des enfants de moins de 5 ans.

Conclusions:

Les taux de vaccination totale pour les enfants de moins d'un an sont plus faibles que le taux national et il existe des différences dans le taux de couverture vaccinale entre les différents groupes socio-économiques dans la zone. Un programme d'intervention doit être par conséquent étudié pour réaliser les objectifs nationaux principalement dans les groupes désavantagés sur le plan socio-économique

PS 06/10

Santé Infantile au Nigeria : Une Enquête Empirique des Facteurs Déterminants

Ataguba, John E^{1,2}; Ichoku, Hyacinth E²; and Okorafor, Okore¹

¹ Unité d'Economie de la Santé, Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud

² Département d'Economie, Université du Nigeria, Nsukka

Contexte/Objectifs

La pauvreté, les inégalités et les statistiques de la santé du Nigeria donnent une image horrifiante de la situation. Il existe de grandes inégalités dans le système de répartition des ressources et plus de la moitié de la population sont pauvres avec des statistiques de santé très faibles. Il est possible que les enfants des ménages les plus pauvres soient privés de l'accès aux soins primaires. Sur cette base, les auteurs ont essayé de développer un indice agrégatif sur les variables de santé infantile sélectionnés et d'évaluer les indicateurs prévisionnels et les facteurs déterminants du refus à l'enfant ou du manque d'accès de l'enfant aux services de soins de santé primaires.

Méthodologie

Les principaux composants d'analyse ont été utilisés pour développer un indice sur les variables de la santé infantile sélectionnés qui est utilisé pour évaluer la privation de l'enfant des services de soins de santé de base. Sur la base de la mesure des composants, sans imposer aucune hypothèse distributionnelle, l'estimation de la densité du logiciel d'évaluation est utilisée pour expliquer les inégalités dans la distribution de l'indice par opposition à l'hypothèse de linéarité traditionnelle. Les estimations par la méthode de probit et la méthode classique des moindres carrés sont en plus utilisées pour obtenir des prévisions et des facteurs déterminants de manque d'accès des enfants aux services de soins de santé de base des enfants.

Les données de base du Questionnaire des Enquêtes sur les Indicateurs de Bien Etre obtenues par le Bureau National des Statistiques sur les enfants ont été utilisées pour l'analyse. Ces données contiennent des informations sur plus de 42.000 enfants des 36 Etats du Nigeria y compris Abuja.

Résultats Préliminaires

Bien que l'étude ne soit pas terminée au moment où ce résumé est préparé, les informations sur les facteurs déterminants et les prévisions possibles du manque d'accès de l'enfant aux soins de santé donnent une idée sur le chef de famille qui peut être la maman, sur le temps d'allaitement de l'enfant, sur l'âge et le sexe de l'enfant, son poids à la naissance, le lieu de naissance et celui qui a réellement donné naissance à l'enfant.

Présentations en poster

Posters

Code	Titre	Auteurs
PT 01	Rendre l'assurance maladie communautaire équitable et abordable pour les pauvres - les leçons tirées du programme d'assurance maladie de Dangme West	<i>Irene Akua Agyepong, Solomon Narh Bana, Evelyn Ansa, Edward S. Bruce and Margaret Gyapong</i>
PT 02	Les réformes du secteur de la santé dans les pays en développement : une étude des dynamiques financières, institutionnelles et sociales des Organisations de Mutuelle de Santé au Ghana	<i>Augustine Adomah-Afari</i>
PT 03	Analyse de l'incidence du financement des soins de santé en Afrique : l'expérience du Ghana, de la Tanzanie, et de l'Afrique du Sud	<i>James Akazili, Gemini Mtei, John Ataguba, Di McIntyre, Jahangir Khan Clas Rehnberg</i>
PT 04	Faisabilité et défis de la mise en place d'une association nationale d'économie de la santé, le cas de l'Ouganda	<i>Robert Basaza, Arthur Rutaro and Isa Makumbi</i>
PT 05	Méthodes probables pour l'évaluation économique ensemble avec les essais multi-pays en Afrique sub-saharienne : une étude cas de la clinique d'essai de GlaxoSmithKline Biologicals' RTS,S/ASO1 candidat au vaccin anti paludisme	<i>Chris Atim, Damian G Walker, Louis Niessen, (+ Principal Investigators from the sites in Africa)</i>
PT 06	La situation du contrôle du tabac en Afrique sub-saharienne : forces, opportunités, faibles et menaces	<i>Evan Blecher</i>
PT 07	Atteindre les pauvres avec des programmes de maladies infectieuses : revue des concepts et des preuves disponibles	<i>Mariana Castillo-Riquelme and Michael Thiede</i>
PT 08	Supprimer les frais utilisateurs pour les soins de santé primaire au Kenya : Théorie ou pratique ?	<i>Jane Chuma, KEMRI, Vincent Okungu, Janet Musimbi, Catherine Goodman, Catherine Molyneux</i>
PT 09	La variation des coûts reportés du traitement du paludisme : implication pour les résultats du CEA	<i>Lesong Conteh, Valerie Crowell, Fabrizio Tediosi, Elisa Sicuri, Damian Walker</i>
PT 10	Réaliser une couverture universelle en matière de santé afin de promouvoir l'égalité et la redistribution en Afrique du Sud : leçons tirées des pays qui sont une "réussite".	<i>Di McIntyre and Gabila Fohlung</i>
PT 11	Une évaluation économique commune du Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez les enfants (IPTi)	<i>Elisa Sicuri, Fatuma Manzi, Benson Obonyo, Prosper Bio, Paul Masika, Fred Matovu, Fabrizio Tediosi, Guy Hutton, Lesong Conteh</i>
PT 12	Normes Sociales, Réglementation et Demande en Cigarettes	<i>Nazmi Sari</i>
PT 13	Motif d'Anticipation de l'Épargne du VIH : Une Analyse empirique en Afrique du Sud	<i>Judith Lammers, Gijs van de Kuilen</i>
PT 14	Étude de l'impact de l'introduction des frais utilisateurs pour les services de la santé de reproduction au Archipelago Zanzibar: Défis et opportunités	<i>Njau JD & Mwisongo AJ</i>
PT 15	Une étude des outils de calcul du prix de revient : un exercice pour préparer la conception d'un outil de calcul du prix de revient	<i>L Nkonkii, E Daviadi, J Lawnii</i>
PT 16	Une comparaison des pratiques de prescription pour le traitement du paludisme dans les structures publiques et privées de santé au Sud Est du Nigeria	<i>Pharm. Nzewi Ifeoma, Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Ezeoke U, Chukwuogo OI</i>
PT 17	Surpoids et obésité en Afrique sub-saharienne : Une menace existante partiellement couverte par le VIH/SIDA	<i>Darjusch Tafreschi</i>
PT 18	Production des indices diversifiés comme indicateur de dépenses à la consommation	<i>Okore Okorafor, James Akazili, Josephine Borghi, Evan Blecher, John Ataguba, Di McIntyre, Jahangir Khan, Filip Meheus</i>
PT 19	Distribution géographique des travailleurs de Soins de Santé Primaires (SSP) et les déterminants des variations dans leur distribution au Sud Est du Nigeria	<i>Chukwuogo, Ogoamaka, I Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Umeh DC</i>

PT 01

Rendre l'Assurance Maladie Communautaire Equitable et Abordable pour les Pauvres – les Leçons tirées du Régime d'Assurance Maladie de Dangme West

Irene Akua Agyepong¹, Solomon Narh Bana, Evelyn Ansah¹, Edward S. Bruce and Margaret Gyapong¹

¹ Service de Santé du Ghana, Direction Régionale de la Santé, Région de Greater Accra

² Direction Préfectorale de la Santé de Dangme West, Service de Santé du Ghana, Région de Greater

³ Centre de Recherche en Santé de Dangme West, Service de Santé du Ghana, Région de Greater Accra

Il existe présentement au Ghana, une politique gouvernementale dont l'objectif est de remplacer les frais remboursables au point d'accès au service de santé par l'assurance maladie à l'aide des régimes d'assurance maladie préfectoraux. Sur la base des résultats des enquêtes de ménage et des conclusions des discussions de groupe communautaire sur les rendements du Régime d'Assurance Maladie de Dangme West, le présent exposé tente d'étudier les possibilités et les perspectives d'avenir pour s'assurer que l'assurance maladie dans un pays en développement comme le Ghana est abordable aux pauvres et est équitable. Des indicateurs indirects du statut économique des ménages sélectionnés au cours d'une enquête montrent que les ménages les moins pauvres s'inscrivent au régime d'assurance dans un nombre disproportionnellement élevé comparé aux ménages les plus pauvres. L'option de l'assurance maladie – même avec des primes subventionnées – ne pourra pas être suffisante pour améliorer l'équité et rendre l'assurance maladie abordable aux pauvres, si les efforts déployés pour amener les ménages les plus pauvres à se joindre au régime ne sont pas couronnés de succès. D'autres interventions spécifiques sont nécessaires pour réaliser cet objectif et elles doivent être menées de façon simultanée. Les interventions pour améliorer l'accès géographique aux services de santé pour les familles les plus pauvres qui vivent dans les zones démunies les plus reculées, la circulation de l'information et le renforcement du système de communication pour aider les gens à mieux comprendre et à s'inscrire volontairement aux régimes d'assurance, l'amélioration des services de santé et la convivialité de ses services sont nécessaires pour encourager les gens (les pauvres et les non pauvres) à s'inscrire au régime d'assurance.

Mots clés : Assurance maladie communautaire, Abordable aux pauvres, Equité, Pays en Développement, Ghana

PT 02

Les Réformes du Secteur de la Santé dans les Pays en Développement : Une Etude de la Dynamique Financière, Institutionnelle et Sociale des Organisations de Mutuelle de Santé au Ghana.

Augustine Adomah-Afari

PhD Student - Sheffield Hallam University, U.K.

Introduction

L'enthousiasme avec lequel les pays en développement, principalement les pays en Afrique sub-saharienne ont accepté le concept des régimes d'assurance maladie communautaire comme étant une disposition nouvelle émergente pour le financement et l'amélioration de l'accès aux services modernes de qualité des soins de santé au cours des deux dernières décennies dans le cadre des réformes du secteur de la santé a été considérable. Cet enthousiasme a été renforcé par le fait que les gouvernements croient que les régimes d'assurance maladie pourront être facilement utilisés comme plateformes pour développer des stratégies d'Assurance Maladie Sociale pour atteindre les populations économiquement démunies qui pourront être autrement catapultées dans une pauvreté abjecte parce qu'elles doivent disposer d'une richesse familiale pour traiter un membre de la famille qui tombe malade.

Cependant, pendant que le gouvernement cherche à mettre à la disposition de la population des soins de santé équitables, il existe de grandes difficultés flagrantes, principalement à cause de l'absence de structures administratives sociales et publiques bien développées. Cette situation constitue la base de la réalisation de la présente étude qui traite des questions liées à la viabilité financière, au cadre institutionnel, à la dynamique sociale et aux effets que tout ceci a sur la pérennisation générale des Organisations de Mutuelle de Santé. Le Ghana, un pays en développement de l'Afrique de l'Ouest a introduit un régime d'assurance maladie qui a fusionné l'assurance maladie sociale et les régimes d'assurance maladie communautaire. Il est important d'élaborer des plans proactifs pour traiter de la question de la viabilité financière des régimes afin d'éviter qu'ils ne soient insolubles.

Objectifs de l'Etude

L'étude vise généralement à réviser les réformes du secteur de la santé dans le contexte des pays en développement et du Ghana en particulier. Plus spécifiquement, notre objectif est d'analyser les problèmes de l'accès financier à la santé dans les pays en développement et d'évaluer la dynamique financière, institutionnelle, et sociale des Organisations de Mutuelles de Santé comme étant des mécanismes innovants et émergents pour aider à résoudre ces problèmes avec une référence au Ghana.

Méthodologies de l'Etude

Quatre Régimes de Mutuelle d'Assurance Maladie Préfectoraux et un Régime de Mutuelle d'Assurance Maladie Privé opérationnels ont été sélectionnés sur base de localisation géographique, entre autres critères, et ont été utilisés comme études de cas. Des données ont été collectées par des interviews avec des membres et des non membres de ces régimes d'assurance maladie, les gérants, les décideurs politiques, les militants politiques, les ONG et les organisations représentatives, les dirigeants traditionnels, le clergé et d'autres acteurs du secteur de la santé. Des données secondaires sont également basées sur l'analyse des preuves documentées y compris les rapports, les états financiers et les registres de présence des structures de santé. Les résultats de l'étude empirique sont analysés sur la base du développement des thèmes et des caractéristiques qui ont émergés des rapports d'interviews et interprétés par le biais des politiques sociales et des théories communautaires régionaux avec le soutien des documents disponibles.

Principaux résultats

Les résultats de l'étude ont généralement montré que, pendant que l'intervention du Gouvernement (mise en œuvre du NHI) a augmenté et a atteint les membres des différents régimes d'assurance maladie : les petits groupements et les populations des préfectures sous les auspices des Assemblées préfectorales, cette intervention a également conduit à la réduction des initiatives communautaires dans le cadre de la mise en place d'une part des régimes de petits groupements originaux et d'autres parts au déclin total de ces régimes.

L'étude a également prouvé entre autres que les régimes sont financièrement viables aussi longtemps qu'ils sont subventionnés par le Gouvernement. Cependant, il se peut qu'ils ne soient pas financièrement viables au-delà des subventions à cause de l'utilisation incontrôlée de ces subventions, de la fraude, des risques moraux et des revendications exorbitantes faites sur ces subventions par les prestataires de soins de santé. Il existe des problèmes liés au retard dans le déblocage des fonds de remboursement pour l'autorisation de sortie avec réclamation par le Gouvernement central étant donné que ceci a eu des impacts sur la gestion financière et stratégique et sur le processus de prise de décision des institutions sanitaires dans les préfectures d'activité. Les Directeurs de la santé ne sont pas en mesure de satisfaire à leurs obligations contractuelles vis-à-vis de leurs fournisseurs étant donné que leurs capitaux sont bloqués au sein des organisations de mutuelle de santé qui sont également incapables d'avancer des fonds aux prestataires de soins de santé même jusqu'à une période de trois mois de leurs exigences financières opérationnelles. Il existe alors une tension perceptible entre les régimes et les institutions sanitaires étant donné que les institutions sanitaires préfèrent traiter les clients qui viennent et qui paient directement leur consultation à la réception parce qu'ils paient au comptant au détriment des clients assurés dont le remboursement est retardé, ce qui cause aux institutions un blocage de fonds. Ceci nécessite une attention immédiate.

PT 03

Analyse de l'incidence financière sur les soins de santé en Afrique : le cas du Ghana, de la Tanzanie et de l'Afrique du Sud.

James Akazili¹, Gemini Mtei, John Ataguba, Di McIntyre, Jahangir Khan Clas Rehnberg

¹Unité de Recherche de la Santé du G

Introduction

L'étude des mécanismes de financement des soins de santé pour établir leur niveau de progressivité et l'évaluation des facteurs qui influencent l'incidence du financement des soins de santé sont importantes pour la réalisation des objectifs de l'équité dans le système sanitaire. Cependant, des études limitées ont été menées sur la répartition du poids du financement des soins de santé sur les populations des pays à revenu faible et intermédiaire, particulièrement dans le contexte Africain.

Objectif

L'étude vise à évaluer les impacts de la répartition du financement des soins de santé par spécialement le biais de l'évaluation de la progressivité relative et de la progressivité générale des principaux mécanismes de financement des soins de santé au Ghana, en Tanzanie et en Afrique du Sud.

Méthodologie

L'exposé se base sur les données des enquêtes de ménage pour estimer le poids des différents mécanismes de financement de soins de santé sur les groupes socio-économiques du Ghana, de la Tanzanie et de l'Afrique du Sud. Les détails des données sur le paiement des impôts fonciers généraux (impôt sur le revenu personnel, impôts des sociétés, TVA, taxe sur le carburant, droits d'importation et d'exportation) sont estimés sur la base des données d'enquête de ménage et distribuées aux ménages dans les groupes socio-économiques (à l'aide des approches de dépenses de consommation et de l'indice composé provisoire pour évaluer le statut socio-économique par l'analyse de composants principaux). Le même principe est appliqué à d'autres mécanismes de financement tels que l'assurance maladie privée, l'assurance maladie nationale et le paiement direct des frais. Les chiffres estimés sont triangulés avec des revenus perçus auprès des Trésors publics ou des ministères des finances, des organisations d'assurance maladie et d'autres principales sources. L'étude a principalement employé les indices de Kakwani et de Suits pour évaluer la progressivité du financement des soins de santé. Une autre analyse approfondie sera utilisée pour décomposer l'indice Gini typique sur tous les différents mécanismes de financement.

Résultats

L'analyse des données de l'enquête des ménages n'est pas encore terminée au moment de l'élaboration du présent résumé et étant donné que l'incidence est affectée par tout un ensemble de facteurs (mécanisme de contribution, taux de mise en commun et d'achat) qui pourront être différents d'un pays à un autre, il serait difficile de prédire la progressivité des différents mécanismes de financement des

soins de santé dans ces pays. Cependant, ces résultats joueront un rôle décisif dans le cadre de l'identification du mécanisme de soins de santé qui est progressif ou régressif et ainsi, celle des mécanismes qui sera priorisée pour promouvoir un système de soins de santé équitable.

PT 04

Faisabilité et les défis de la mise en place d'une association d'économie de la santé, le cas de l'Ouganda

Robert Basaza¹, Arthur Rutaro and Isa Makumbi

¹ Ministère de la Santé, Ouganda et Institut de Médecine Tropicale, Belgique.

L'objectif du présent exposé est de présenter la mise en place d'une association nationale d'économie de la santé en Ouganda ; l'Association de l'Economie de la Santé de l'Ouganda (UHEA) afin de partager les expériences nationales et si possible de permettre aux pays qui ont déjà une association nationale ou ceux qui ont l'intention d'en créer, d'en tirer des leçons.

L'inscription à UHEA est ouverte à tous ceux qui ont une formation en économie de la santé. Présentement les membres viennent du Ministère des Finances, de la Santé, des Ressources en Eau, des Universités, du secteur privé, de l'association des bailleurs de fonds et du bureau national de l'OMS. L'UHEA est un organisme doté de la personnalité morale est ces objectifs principaux sont : (a) agir comme une entité à but non lucratif légale dédiée à la promotion de l'économie de santé (b) sensibiliser les décideurs, le personnel de la santé et d'autres acteurs sur l'application de l'économie de la santé (c) renforcer les capacités et le développement institutionnel. L'UHEA dispose d'une base de donnée sur l'économie de la santé en Ouganda et organise régulièrement des rencontres de présentation et de consultation sur les domaines clés d'intervention.

La méthodologie utilisée dans le présent exposé est l'étude des registres et les interviews. Qu'est ce qui a été le détonateur pour lancer UHEA ? (1) L'idée qu'il existe une association internationale appelée l'Association Internationale d'Economie de la Santé, (2) Certains Ougandais en formation au Royaume Uni ont entendu parlé de l'économie de la santé, (3) L'enseignement de l'économie de la santé dans les programmes de premier cycle et de second cycle des Universités de l'Ouganda, (4) Une communication venant du Bureau national de l'OMS et du Ministère de la Santé sur la mise en œuvre d'un projet de "l'Avenir de la Santé" qui vise à développer une vision de long terme pour le secteur de la santé. L'UHEA a été créé pour faire ce travail. L'UHEA est confronté à un certain nombre de défis ; pour l'instant, l'enthousiasme est en suspens. Ceci est le résultat de trois situations : les caractéristiques du projet qui ne se sont jamais matérialisées, deuxièmement, HPNET, un groupe régional qui a financé des programmes et troisièmement le manque de fonds.

Perspectives d'avenir : (1) Le Bureau National de l'OMS et le Ministère de la Santé de l'Ouganda pourront soutenir cette initiative nationale. (2) Cette première rencontre régionale de ce type permettra de revigorer et stimuler les membres actuels et potentiels au niveau national. (3) Le groupe des bailleurs de fonds intéressé par l'économie de la santé pourra travailler par le biais des mécanismes nationaux existants. (4) Des visites d'échange pendant les congés sabbatiques entre les associations nationales d'économie de la santé qui sont opérationnelles dans le Nord et en Afrique, pourront améliorer la fonctionnalité des Associations Africaines.

PT 05

Méthodes probabiliste d'évaluation économique avec un essai mené dans plusieurs pays en Afrique Sub-Sahara : une étude de cas de l'essai clinique à la GlaxoSmithKline Biologicals RTS,S/ASO1 pour un candidat au vaccin antipaludéen

Chris Atim¹, Damian G Walker, Louis Niessen, (+ Principal Investigators from the sites in Africa)

¹ PATH Malaria Vaccine Initiative, catim@path.org

Introduction

Les preuves des évaluations économiques peuvent aider les décideurs politiques à identifier les interventions qui représentent une optimisation des deniers publics. Par conséquent, étant donné que PATH Malaria Vaccine Initiative (MVI) et les partenaires commencent à préparer la phase 3 des essais cliniques du RTS,S dans sept pays en Afrique Sub-saharienne, il est nécessaire de planifier la collecte des données économiques et financières ensemble avec ces essais, qui permettrait que cette évaluation économique et une analyse de l'impact budgétaire des candidats au vaccin soit menée s'il doit atteindre avec succès le niveau d'autorisation d'exercer.

But et objectifs

L'objectif général de l'étude est de développer un protocole pour estimer la rentabilité et faire l'analyse de l'impact budgétaire du candidat au vaccin antipaludéen RTS,S/ASO1.

Méthodologie

La première perspective de l'analyse sera sociétale, mais d'autres perspectives clés incluront celles qui probablement intéresseront les décideurs politiques, exemple : le système de soin de santé et les patients et les familles. Le coût différentiel des vaccins sera estimé en dehors des essais à l'aide des directives standard de l'OMS. Les données seront collectées sur les coûts médicaux directs et les coûts indirects. Les principales caractéristiques de l'approche sont entre autres :

- l'utilisation d'une étude d'utilisation des soins de santé pour collecter des informations sur les coûts de ménages liés aux cas qui n'ont pas besoin de soins formels (exemple : les guérisseurs traditionnels, les pharmacies ou les soins à domicile) ;

- les Informations sur l'utilisation des ressources en soin de santé (visites, médications, diagnostiques) seront collectées à l'aide d'un formulaire séparé de collecte basé sur les registres cliniques. Les informations sur les coûts liés aux conséquences à long terme (déficit nutritionnel, développement cognitif endommagé) enregistrées dans un questionnaire de suivi seront également étudiées ;
- les coûts unitaires liés à chaque intervention (médication, test, visite, hospitalisation) seront déterminés par des approches normalisées de fixation de prix ;
- Le coût total par cas sera calculé à l'aide des informations données par les prestataire de soins, l'utilisation des ressources en soin de santé, et les coûts unitaires de ces ressources ;
- Les coûts par enfant et les coûts annuels nationaux seront déterminés par la combinaison des coûts par cas avec des informations épidémiologiques sur les incidences dans les différents groupes d'âge.

Principaux résultats

Alors que la validité externe est une considération importante pour les évaluations économiques, le principal avantage de mener une évaluation économique ensemble avec un essai clinique de vaccin est que, il permet de collecter auprès des participants testés des données sur les patients liées aux coûts différentiels et aux effets du vaccin. Ces données de distribution spécifiques aux patients sont attrayantes pour des raisons de validité interne liées à la conception de l'essai clinique et également permet une analyse statistique de l'incertitude et de la variabilité sur les coûts, les effets et interaction entre eux, y compris les effets au niveau national.

PT 06

L'Etat du Programme de Lutte contre le Tabagisme en Afrique subsaharienne : Forces, Opportunités, Faiblesses et Menaces

Evan Blecher

Unité d'Economie de la Santé, Université de Cape Town

De façon générale, la lutte contre le tabagisme a été l'un des plaidoyers de santé publique les plus efficaces pendant les 30 dernières années. Le succès de ce programme est ressenti par la baisse des indicateurs de consommation du tabac et la promotion de la Convention Cadre sur la Lutte contre le Tabagisme, le premier traité international sur la santé publique. Le succès du programme de lutte contre le tabagisme dans les pays développés a conduit à la baisse du volume des ventes de l'industrie du tabac. Ceci a amené l'industrie du tabac à prêter une plus grande attention aux pays en développement où les taux de vente sont toujours relativement bas et les perspectives de croissance positives.

Etant donné que l'industrie du tabac prêter une plus grande attention au pays en développement, il est nécessaire de développer des stratégies efficaces de lutte

contre le tabagisme pour limiter cette épidémie croissante. Les stratégies développées par l'industrie du tabac sont entre autre la réduction des prix et le marketing qui vise à augmenter le nombre de fumeurs et le nombre de cigarettes fumées. Il est possible que ces industries utilisent des stratégies similaires qui leur ont apporté ce succès éclatant dans les pays développés. Afin de contrecarrer cette pratique, plusieurs nations en développement sont en train de mettre en œuvre de façon effective de vastes programmes de lutte contre le tabagisme. Cependant, l'Afrique est toujours à la traîne en ce sens que plusieurs pays Africains mettent ces soi-disant considérations "économiques" au dessus des considérations de santé publique. De forts lobby industriels sont en train d'annihiler les efforts du programme de lutte contre le tabagisme.

Le présent exposé essaie d'étudier le *statut quo* de ce programme sur le continent Africain. Même si le taux de prévalence de consommation du tabac demeure relativement bas, les économies émergentes et les forces des multinationales du tabac font de l'Afrique l'un des futurs marchés les plus importants du tabac. Nous allons étudier ce que les Gouvernements Africains sont en train de faire pour mettre en œuvre les stratégies de lutte par l'évaluation de l'état du programme de lutte contre le tabagisme dans un ensemble de pays Africains. Les données étudiées sont entre autre le taux de prévalence de la consommation du tabac, la consommation de la cigarette, le prix de la cigarette, les taxes et l'abordabilité aussi bien que les interventions hors prix y compris les limites sur la publicité et les interdits, les zones non fumeurs et les pratiques restrictives de vente.

PT 07

Atteindre les Pauvres avec les programmes d'éradication des maladies infectieuses : étude des concepts et des preuves disponibles

Marianela Castillo-Riquelme¹ and Michael Thiede¹

¹ Unité d'Economie de la Santé, Département de la Santé Publique et de la Médecine Familiale, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Cape Town

Mots clés : équité, pauvreté, maladies infectieuses, analyse documentaire, utilisation

Résumé

Contexte : Aujourd'hui, il est de notoriété publique que les programmes de lutte contre les maladies infectieuses dans le contexte des inégalités socio-économiques ne soient pas suffisamment avantageux pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables. En matière de soins de santé, les défis liés au fait d'avoir pour population cible les pauvres sont également liés au contexte socio-économique et démographique complexe autour des ménages pauvres et la nature technique des programmes de soins de santé. Une recherche précédente a souligné les problèmes d'accès équitable aux interventions, évalués par les comportements nés de l'utilisation des services de santé.

Objectif

L'objectif de l'étude est de deux sortes. D'abord, développer un cadre conceptuel qui pourra aider dans la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre les maladies destinés aux pauvres. Deuxièmement, évaluer de façon critique comment les programmes de lutte contre les maladies infectieuses atteignent et sont bénéfiques aux pauvres.

Méthodologie : Une étude systématique de la documentation sur les programmes de lutte contre les maladies infectieuses qui produit un rapport sur la population pauvre des pays en développement a été menée. Le développement du cadre conceptuel est basé sur une synthèse des leçons tirées des recherches précédentes. Nous avons évalué de façon critique le succès des programmes spécifiques de lutte contre les maladies qui atteignent les pauvres. Ces maladies sont le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA et également le groupe des maladies appelées "les maladies négligées des pauvres".

Résultats

Les preuves de la distribution des avantages liés aux programmes de santé au sein des groupes socio-économiques sont très peu. Les programmes qui ciblent une "seule" maladie infectieuse ou qui sont mise en oeuvre de façon verticale n'arrivent pas à atteindre les pauvres. La pauvreté elle même pourra devenir l'une des contraintes majeures pour les pauvres en ce qui concerne l'utilisation des services et des avantages à long terme liés à l'utilisation des services. L'utilisation des comportements n'est pas nécessairement un indicateur de regain de la santé car ils varient d'un groupe socio-économique à un autre.

Conclusions

La pauvreté en tant que cause fondamentale de maladie ne doit pas être ignorée. La pauvreté influence la rechute, le manque d'adhérence du traitement et maintient les effets sur le résultat de la santé. Les approches pro pauvres peuvent être systématiquement évaluées et leur efficacité suivies en rapprochant les caractéristiques des programmes aux besoins des malades. Les approches intersectorielles ou structurelles pourront facilement être bénéfiques pour les pauvres.

PT 08

Suppression du système du tiers payant pour les soins de santé primaire au Kenya : Politique sur Papier ou Politique Réelle ?

Jane Chuma, KEMRI¹, Vincent Okungu, Janet Musimbi, Catherine Goodman, Catherine Molyneux

¹ Wellcome Trust Research Programme

Contexte : La suppression du système du tiers payant pour les soins de santé primaire est l'une des plus importantes questions politiques à être étudiée dans les pays Africains. Le Kenya a supprimé le système du tiers payant dans les structures de soins de santé primaire en Juillet 2004, et a introduit un frais d'inscription forfaitaire

qui prenne en compte tous les services. Les enfants de moins de cinq ans qui souffrent de certaines maladies spécifiques sont exonérés du paiement des frais d'inscription. Une évaluation préliminaire de la politique, six mois après sa mise en oeuvre a révélé un taux élevé de respect des frais recommandés. La pérennisation de la nouvelle politique reste un autre problème.

Objectifs : L'étude a essayé de mener des enquêtes pour savoir dans quelle mesure les structures de soins de santé primaire au Kenya adhèrent à la politique de suppression du système du tiers payant 3 ans après la mise en oeuvre de cette politique. Il relevé les défis auxquels sont confrontés les agents de la santé dans leur tentative de respecter la nouvelle politique, et a recenser les perceptions et les compréhensions des communautés sur les frais avant et après la mise en oeuvre de la politique de suppression du tiers payant. Les impacts possibles de la suppression du système du tiers payant sur la création des revenus et la fourniture des services ont été également étudiés.

Méthodologies : L'étude a été menée dans les préfectures de Makueni et de Kwale au Kenya. Les méthodes de collecte des données sont entre autres : des interview semi structurées avec le personnel de la santé et les comités d'installation (n=14 structures sanitaires à Kwale ; 20 Makueni) ; sondage de fin d'entrevue (n=175 Kwale; 184 Makueni) ; décisions des groupes d'entretien (n=16) ; et une enquête de ménage (n=184 Kwale ; 141 Makueni).

Résultats : Le taux d'adhésion à la nouvelle politique dans les deux préfectures est faible. Seules 4 structures à Kwale et 10 à Makueni ont facturé les frais recommandés. A Kwale, 57% des participants au sondage de fin d'entrevue ont déclaré avoir payé des frais qui sont plus élevés que les taux officiels, comparés à 11% à Makueni. Les raisons avancées pour la facturation des frais supplémentaires sont entre autres : générer des fonds pour résoudre les problèmes de pénurie de médicaments et payer les frais de services de laboratoire ; permettre aux structures de continuer à payer le personnel d'appui ; et parce que les clients pensent que les taux réduits sont un signe de mauvaise qualité du service. Les centres de santé étaient peu enclins à adhérer à la politique contrairement aux dispensaires parce qu'ils offrent une grande variété de services y compris les services d'hospitalisation et les services de maternité. La sensibilisation de la communauté sur les tarifs recommandés dans le cadre de la nouvelle politique a été relativement faible.

Conclusions : La suppression du système du tiers payant au Kenya est une politique sur le papier. Nous recommandons qu'il faudra faire beaucoup attention lorsqu'il faut prendre la décision de supprimer ou non les frais et qu'il faut étudier dans les détails toutes les conséquences possibles ; que les directives de politique soient clairement définies pour permettre au personnel de la santé d'appliquer la politique de façon appropriée ; et que la sensibilisation sur les tarifs recommandés au sein de la communauté soit renforcée.

PT 09

Variation dans les frais de traitement du paludisme : implication pour les résultats des Analyses Coût-Efficacité (ACE)

Lesong Conteh, Valerie Crowell, Fabrizio Tediosi, Elisa Sicuri, Damian Walker

Swiss Tropical Institute,

But et Objectifs : Les coûts de traitement par cas de paludisme, principalement lorsque les données de morbidité ne sont pas disponibles et qu'il n'est ni possible ni convenable d'utiliser DALYs comme une mesure de résultat, sont d'une importance capitale pour plusieurs Analyse Coûts-Efficacité (ACE) du traitement du paludisme. Le paludisme est normalement classé soit comme maladie "grave", soit maladie "bénigne" ou alternativement, comme soins aux "hospitalisés" ou soins "ambulatoire" avec des algorithmes de traitement unique et des coûts unitaires liés à chaque traitement. Le coût peut être basé sur les dépenses effectuées par le prestataire seul ou dans certaines études, le poids du ménage est également inclus. Le but du présent exposé est de chercher à comparer la méthodologie et les coûts finaux par cas de traitement de paludisme à travers les études, et les pays et finalement à travers l'ACE. Ceci est important étant donné que l'ACE continue de se développer et d'influencer la prise de décision en matière de santé publique.

Méthodologie : L'analyse utilise les données primaires venant des évaluations que les auteurs ont directement utilisées pour leur calcul et des données d'une recherche documentaire extensive des sources secondaires ; ceci inclut la documentation et les rapports sur les prix de la littérature publiée et de la littérature officielle.

Principaux Résultats : Il est souvent difficile d'avoir des informations désagrégées à propos de ce qui se trouve derrière le coût moyen de traitement "hospitalisation" ou de traitement "ambulatoire". Le coût du traitement du paludisme intégré dans les ACE n'utilise pas toujours les approches comparables. La perspective du temps diffère d'une étude à une autre ; certaines suivent les patients au cours d'une "visite" dans une structure de santé, d'autres les suivent par "épisodes" pour évaluer les coûts du système de santé et les ménages à traitements multiples. En comparant les interventions alternatives ou les stratégies de prestation de service, plusieurs études ont adopté une approche progressive pour la détermination des coûts, qui ne décrit pas la valeur totale des ressources utilisées pour produire un résultat sanitaire donné. Des différentes catégories de coûts sont incluses/exclues dans différentes études. Cette différence dans la méthodologie n'est pas toujours due à une approche utilisée, mais à un manque de données disponibles dans les structures de santé sur les coûts et les ressources utilisées. Il existe moins de variation lorsqu'on identifie les coûts des ménages du traitement du paludisme, mais cette approche comporte également des défis. L'estimation du coût unitaire varie également à cause des quantités et prix disparates des intrants nécessaires dans les structures épidémiologique, économiques et opérationnelles.

PT 10

Réaliser la couverture universelle en matière de santé pour promouvoir l'équité et la redistribution en Afrique du Sud : les leçons des pays qui ont connu le "succès".

¹ *Di McIntyre and Gabila Fohlung*

¹ Unité d'Economie de la Santé, Université de Cape Town

L'Afrique du Sud dispose d'un système de santé à deux vitesses, divisé selon les critères socio-économiques, avec la minorité riche ayant accès aux structures sanitaires privés pour tous leurs besoins, et sont couverts par une assurance maladie privée (projet médical), et la majorité de la population qui utilisent des structures sanitaires du secteur public, relativement sous équipées, financées par les impôts (McIntyre et al, 2006:81). L'absence d'un ensemble d'avantages sociaux des services de santé accessible à tous, sans tenir compte de la capacité de payer, est le principal défi en ce qui concerne l'équité en matière de prestation de services de santé en Afrique du Sud. Le fait que le statut socio-économique d'une personne détermine souvent le niveau de la qualité des soins de santé qu'il est en mesure de se procurer est la preuve de la présence d'une grande inégalité au sein du système sanitaire du pays qui nécessite des actions de redressement politique.

En prenant en compte le contexte, le présent exposé vise à développer des arguments pour que l'Afrique du Sud adopte la couverture universelle comme objectif principal de la politique sanitaire. La couverture universelle en soins de santé dépeint une situation où la population d'un pays a accès à de bons services de qualité selon les besoins et les préférences, sans tenir compte de leur revenu, de leur niveau social ou de leur lieu de résidence. L'application des caractéristiques de 'égalité d'accès', 'protection contre les risques financiers' et l'égalité dans le financement, signifie que des contributions soient faites sur la base de la capacité à payer (Mills, 2007:6). Cet objectif sera réalisé en tirant des leçons de l'expérience des pays qui ont réalisé la couverture universelle en matière de soins de santé telle que définie plus haut. L'accent ne sera pas exclusivement mis sur le système sanitaire et son évolution, mais également sur le contexte économique, politique et social (et sur les autres facteurs déterminants) dans chaque pays au moment de l'adoption de la couverture universelle et pendant la période de l'adoption de la couverture universelle. Ceci est supposé relever les indicateurs clairs de la situation en Afrique du Sud pour mettre en place un cadre par lequel il pourra se préparer à évoluer vers la politique de couverture universelle et les domaines et les facteurs qui doivent être priorisés en adoptant une telle politique. Il est supposé que les résultats obtenus contribueraient au débat sur l'adoption des politiques qui permettraient de promouvoir l'équité et la redistribution en Afrique du Sud.

PT 11

Evaluation économique en commun du Traitement Préventif Discontinu du Paludisme chez l'Enfant (IPTi)

Elisa Sicuri¹, Fatuma Manzi, Benson Obonyo, Prosper Bio, Paul Masika, Fred Matovu, Fabrizio Tediosi, Guy Hutton, Lesong Conteh

¹ CRESIB (Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona)

Buts et Objectifs :

Cet exposé se focalise sur l'évaluation économique de l'IPTi (Traitement Préventif Discontinu du Paludisme chez l'Enfant). L'IPTi est la fourniture de dose de traitement d'un médicament antipaludéen pendant la première année de la vie au moment de recevoir les vaccins EPI (Programme Elargi de Vaccination). Cet exposé vise à faire une évaluation économique en commun de l'IPTi, d'une partie du Consortium de l'IPTi (www.ipti-malaria.org). Les essais IPTi ont été menés dans plusieurs pays en Afrique Sub-saharienne (Mozambique, Kenya, Tanzanie et Gabon) et dans un pays du Pacifique Sud (Papouasie Nouvelle Guinée).

Méthodologie :

Une variété de questions de coût-efficacité et de mise en oeuvre a été étudiée à l'aide des résultats efficaces venant de divers sites. Des informations sur les coûts du prestataire et des ménages (patients hospitalisés et patients externes), ensemble avec des données sur la capacité potentielle d'absorption de l'IPTi en système sanitaire ont été analysés. Une analyse de sensibilité a été menée sur les différentes caractéristiques des sites d'essai et la façon dont ils influencent les coûts. Ces questions se réfèrent entre autre aux différents médicaments antipaludéens utilisés ; aux différents niveaux d'incidence du paludisme ; et aux différents niveaux de capacité de l'EPI pour intégrer l'IPTi.

Résultats:

Les résultats précédents de deux essais de fourniture de SP à Manhiça, Mozambique et Ifakara, Tanzanie ont montré l'efficacité et la sûreté de l'IPTi et l'évaluation économique des deux sites est également apparue hautement rentable. D'autres analyses prouvent que cette rentabilité s'étend à une grande variété d'autres scénarios et de sites.

Principaux résultats:

Les résultats présents ont prouvé la potentialité de l'IPTi en tant qu'intervention en matière de santé. En tant qu'intervention préventive, sa mise en oeuvre est moins cher à cause de l'accouchement ensemble avec l'EPI ; ceci permet de minimiser les coûts d'opportunité des ménages et l'augmentation des coûts du système de santé est, dans plusieurs cas, marginale.

PT 12

Les normes sociales, les Règlementations et la Demande en Cigarette

Nazmi Sari

Associate Professor, University of Saskatchewan. Department of Economics.
Saskatoon, Canada

Résumé

Cette étude examine l'efficacité des réglementations telles que les interdictions de publicité et les restrictions de la consommation du tabac ou l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur la demande en cigarette, lorsqu'une influence ou les normes sociales sont prises en compte. L'exposé utilise les données de panel des pays de l'OCDE pendant la période de 1990 et 2004, et a évalué les impacts de ces réglementations sur la demande en cigarette.

Les résultats prouvent que les interdictions fortes de fumer dans les lieux publics ont des impacts continus sur la demande en cigarette. La mise en oeuvre des interdictions fortes dans un pays réduit le taux de tabagisme de 6,6%. Il est également possible que la mise en oeuvre des interdictions complètes changerait les comportements ; et auraient ainsi des impacts directs sur la demande. Les résultats ont prouvé que ces effets indirects de la consommation de la cigarette seront réduits de 1,3% chaque année que les interdictions seront en place.

Mots clés : fumer, demande en cigarette, politiques anti-tabac, normes sociales

JEL Classification: D12, I18

PT 13

Les raisons de l'anticipation de l'épargne lié au VIH : une analyse empirique en Afrique du Sud

Judith Lammers¹, Gijs van de Kuilen, Judith Lammers

University of Amsterdam, Amsterdam Institute for International Development

Résumé

Le présent exposé étudie les effets de la pandémie du VIH/SIADA sur les comportements d'épargne. Deux caractéristiques importantes du VIH aboutissent à des forces d'opposition en ce qui concerne l'épargne : augmentation du taux de mortalité qui réduit les épargnes et l'augmentation du risque de la maladie dans le long terme qui renforce les épargnes. Nous utilisons un modèle de période de double cycle avec une approche de cycle de vie incertain y compris le risque perçu de contamination du VIH pour illustrer les effets d'opposition de la pandémie du VIH sur les épargnes des individus et avons testé les prévisions de notre modèle avec des données obtenues à partir de l'expérience économique avec des motivations monétaires réelles réalisées en Afrique du Sud. Les résultats empiriques démontrent que l'augmentation du taux de mortalité réduit le montant des épargnes et que avoir une opinion élevée du risque de contamination du VIH augmente les épargnes. Les derniers effets confirment l'hypothèse d'anticipation de l'épargne liée au VIH.

PT 14

Etude des impacts de l'introduction du système du tiers payant dans les services de santé de la reproduction en Archipelago Zanzibar : Défis et opportunités

Njau JD¹ & Mwisongo AJ²

¹ Ifakara Health Research and Development Centre (IHRDC)

² National Institute for Medical Research in Tanzania (NIMR)

But : Evaluer les principaux facteurs physiques, économiques, socio-culturels et liés au genre qui handicapent l'accès aux services de santé de reproduction de qualité (du point de vue du prestataire de service et des utilisateurs) avec un accent particulier sur le système du tiers payant et le partage des coûts à archipelago Zanzibar.

Objectifs : Etudier les pratiques existantes de partage des coûts pour les services de santé de reproduction ; évaluer la volonté et la capacité des ménages à payer pour les services de santé de la reproduction sur toute l'île de Zanzibar. L'étude a également examiné l'existence des mécanismes de dispense pour les groupes vulnérables sur le plan socio-économique tout en analysant les impacts du système du tiers payant sur l'utilisation des services de santé de la reproduction.

Méthodologie : L'étude a principalement utilisé la revue des documents existants sur le partage des coûts et les services de santé de la reproduction au Zanzibar et également la collecte des données qualitatives et quantitatives brutes. Un total de cinq outils de collecte de données ont été conçus et utilisés pour la collecte des données brutes. Ces outils sont entre autres des questionnaires structurés et semi-structurés pour les ménages, pour les utilisateurs de services de santé et le personnel de la santé. D'autres outils sont le guide FGD, la liste de contrôle des structures et les questionnaires pour les programmes des responsables et les principaux décideurs des questions de santé. La collecte de données brutes a été faite dans les ménages, pendant les sondages de fin d'entrevue, avec le personnel de la santé, les responsables des politiques et des programmes et finalement au sein de la communauté par le biais des FGD.

Cinq préfectures ont été sélectionnées sur la base de leur statut socio-économique et de leur situation géographique pour constituer les sources de collecte des données brutes. Ces préfectures sont, les préfectures urbaines, du Nord A et du Centre sur l'île de l'Ouganda et les préfectures de Chakechake et de Micheweni sur l'île de Pemba. Dix structures de santé ont été choisies de façon aléatoire dans chacune des préfectures dont au moins, deux sont des centres de santé ou des hôpitaux. Pour chaque préfecture, 10 shehias ont été sélectionnés pour être inclus dans l'étude dont 10 ménages ont été interviewés et au moins deux FGDs ont été retenus dans chaque shehia.

Résultats : Moins de 50% des femmes en âge de procréer interviewées ont déclaré avoir déjà bénéficié des soins à ANC ou accouché dans les structures officielles de

santé, alors que 51.4% ont déclaré avoir accouché à la maison par le biais des TBAs. En dépit du fait qu'à la date d'aujourd'hui il n'y a aucune politique officielle de partage des coûts au Zanzibar, les services de santé de la reproduction ont été fournis après paiement des frais et les frais de service de soins ont été collectés dans plusieurs structures sanitaires publiques. Plus de 86% des personnes interviewées ont déclaré qu'elles ont payé pour les services de soins de santé de la reproduction. Les soins de santé de reproduction qui sont facturés comprennent les soins liés à l'achat de gant de chirurgie et d'autres matériels sanitaires nécessaires pendant l'accouchement dans les structures de santé. D'autres paiements liés aux fiches d'inscription des enfants, aux services de laboratoire, à l'admission dans les unités des Centres de Santé Maternelle et Infantile, etc. Il n'a pas eu un régime de paiement standard et les tarifs mentionnés varient d'un endroit à un autre et d'une population à une autre.

La majorité des personnes interviewées avait la volonté de payer pour des présumés services de soins des maladies constituant un danger de mort telles que la césarienne et les soins post avortement. Plus de 60% des personnes interviewées n'étaient pas enclin à payer pour les soins prénatals et postnatals. Le montant d'argent que les utilisateurs de services de soins de la reproduction voulaient payer varie d'un endroit à un autre et reflète souvent les tarifs déjà facturés pour obtenir les services similaires à Pemba et à Unguja.

Conclusion : Le taux d'utilisation des services de santé de reproduction au Zanzibar reste toujours faible pour plusieurs raisons. Les principales raisons sont les pratiques non officielles de partage des coûts, ce qui amène à des fluctuations sporadiques des coûts rendant ainsi difficile pour les utilisateurs de ces services la possibilité de prédire les coûts réels qu'ils auront à payer. La qualité des soins demeurent un autre obstacle principal aux services de la santé de la reproduction dans l'île avec une prestation de service de santé de reproduction faible dans les structures de santé officielles ajouté au manque de personnel de la santé formé et au manque de médicaments et de matériel médical.

Afin de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement, il y a nécessité d'attaquer le problème de goulot d'étranglement des services de soins de santé de la reproduction afin de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile, principalement dans des endroits pauvres en ressources tels que le Zanzibar.

PT 15

Une étude des outils de fixation des prix : un exercice pour guider le développement des outils de fixation des prix.

L Nkonkiⁱ, E Daviaud^j, J Lawnⁱⁱ

ⁱ Health Systems Research Unit, Medical Research Council.

ⁱⁱ Save the Children

Contexte et objectif

L'étude des prix permet de collecter, d'analyser et de produire de diverses manières des informations liées aux prix. Parce que la collecte des données dépend beaucoup des facteurs contextuels, elle ne peut pas être généralisée. Les comparaisons des interventions similaires au sein et entre pays sont limitées. L'étude des prix doit cependant être transférable à des structures similaires. Notre objectif est d'étudier les outils de détermination des prix en vue d'identifier les manquements et les forces dans les méthodes utilisées pour collecter les informations liées au prix pour les interventions de soins de santé. Les informations collectées par le biais de cet exercice ont été utilisées pour concevoir un outil de détermination de prix qui a pour but de collecter des données comparables pour les interventions communautaires qui visent à améliorer la santé néonatale dans sept pays Africains.

Méthodologie

Nous étions intéressés par des outils qui sont centrés sur le VIH ; ou sur la santé maternelle ou infantile, et qui ont été développés récemment (2000-2005). Nous avons ainsi de façon délibérée sélectionné des outils par l'examen de quatre grandes catégories convenues à l'avance. Premièrement, nous avons examiné l'audience cible pour l'outil et comment les données seront collectées par le biais de cet outil. La deuxième catégorie a traité des attributions de l'outil de détermination des prix, telles que les perspectives de détermination des prix, si l'outil évalue les coûts totaux ou les coûts différentiels, et s'il inclut un aspect communautaire. Troisièmement, nous avons évalué les contributions que l'outil pourra générer, par exemple les coûts financiers et économiques, les coûts d'investissement et les charges récurrentes. Finalement, nous avons identifié d'autres forces et faiblesses, telles que les questions liées à l'évaluation du temps du personnel.

Résultats

Le contenu des différents outils, principalement le niveau de détail inclus, a reflété leurs différents objectifs. Deux outils ont été conçus pour les gestionnaires de programmes alors que les autres sont des outils de recherche. Une restriction commune liée à l'approche de l'évaluation du temps du personnel, par conséquent, celui des coûts. Trois outils ont été examinés et différenciés entre le temps d'intervention et le temps de non intervention, seule justifiant le temps passé sur l'intervention. Cette approche pourra aboutir à une sous estimation du temps du personnel. En outre, il ne permet pas d'expliquer les différences de temps du personnel. Une autre défaillance notoire dans la relation avec les interventions du personnel de la santé a été le fait que l'attrition n'a été ni mesurée ni calculée.

Conclusion

L'exercice a prouvé l'importance de l'étude de la détermination des prix puisqu'elle guide la conception et la conduite des évaluations économiques. L'étude des outils a été utile dans l'identification des chevauchements et des défis. En outre, nous avons été en mesure d'identifier les domaines qui nécessitent le renforcement tels que la collecte des données sur les importants aspects liés au CHW et les approches de collecte des données sur le temps du personnel.

PT 16

Comparaison des pratiques de prescription pour le traitement du paludisme dans les structures publiques et privées de santé au Sud-est du Nigeria

Pharm. Nzewi Ifeoma¹, Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Ezeoke U, Chukwuogo OI

¹ Pharmacy unit, University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH) Enugu, Nigeria

Background:

Les problèmes liés à l'utilisation des médicaments tels que la poly pharmacie et les prescriptions irrationnelles d'antipaludéen et des injections sont des indications des pratiques irrationnelles de prescription et peuvent conduire à la résistance des médicaments. Les pratiques de prescription dans les structures publiques et privées de santé pour le traitement du paludisme ne sont pas bien connues au Nigeria. La présente étude vise par conséquent à déterminer les pratiques de prescription pour le traitement du paludisme dans les structures publiques et privées de santé dans une zone urbaine au Sud-est du Nigeria.

Méthodologie :

Les registres des traitements des centres de santé primaire ont été sélectionnés au hasard et les prescriptions des cliniques privées ont été prospectivement collectées auprès des malades officiels. 100 ordonnances ont été collectées dans 4 centres de santé et quatre ont été collectées chacune dans 10 cliniques privées à Enugu, au Sud-est du Nigeria. Ces ordonnances ont été analysées pour savoir le pourcentage de médicaments qui sont convenablement prescrits ; le pourcentage des antibiotiques prescrits et la moyenne de médicament par cas.

Résultats :

Les prescriptions étaient vraiment très faibles dans les structures privées de santé comparées aux structures publiques. Plus d'injections de chloroquine (87.7 contre 45.6%) et plus d'antibiotiques (64.3 contre 23.4%) ont été prescrits dans le privé que dans le public ($p < 0.05$). La poly pharmacie et les prescriptions irrationnelles de vitamines et d'autres combinaisons de préparations sont communes dans les structures privées que publiques. Cependant, les centres de santé publiques ont une moyenne de 6,2 médicaments par ordonnance contre 3,2 dans les structures privées.

Considération des principes :

Les pratiques de prescription par le personnel des structures publiques et privées de la santé sont très irrationnelles et plus prononcées dans le privé. Ceci nécessite la formulation des stratégies appropriées et une prescription rationnelle de médicaments entre le personnel de la santé dans les structures publiques et privées de santé.

PT 17

Surcharge pondérale et obésité en Afrique Sub-saharienne : Une menace existante partiellement couverte par le VIH/SIDA

Darjusch Tafreschi

Swiss Institute for Empirical Research (SEW), St. Gallen, Switzerland
darjusch.tafreschi@unisg.ch

Résumé

Les recherches en Economie de la Santé sont souvent focalisées uniquement sur la menace de l'obésité dans les sociétés développées, et néglige le plus souvent l'existence du phénomène dans les pays en développement. Par exemple, l'obésité est un problème croissant en Afrique Sub-saharienne. Pendant que la malnutrition constitue toujours une préoccupation majeure, l'on peut également observer le déclin dans la malnutrition et l'augmentation du nombre d'obèses respectivement. Au même moment, plusieurs pays de la région continuent de souffrir d'un taux élevé de prévalence du VIH/SIDA où les taux élevés sont fréquents de façon constante parmi les femmes et les personnes riches respectivement. Un phénomène bien connu lié au VIH/SIDA est la perte de poids, un syndrome qui conduit à la perte involontaire de plus de 10% du poids d'une personne (qui implique la réduction de l'Indice de Masse Corporelle "IMC").

Cette recherche a étudié trois autres questions à l'aide du DHS des données des économies du Zimbabwe, du Lesotho, et du Malawi. Tout d'abord, la distribution de l'IMC pour les femmes dans plusieurs pays en Afrique sub-saharienne est analysée en soi. Elle a prouvé que chaque économie montre de façon consistante une proportion significative de surpoids et d'obésité avec plus de 20% de la sous population ayant un IMC au-delà de 25. Deuxièmement, nous avons utilisé les statistiques de description pour identifier les principaux déterminants de la prise de poids et de l'obésité. Tel que nous l'avons escompté, la richesse et l'éducation se révèlent être les principales variantes liées à l'IMC individuel. En d'autres termes, les femmes pour lesquelles la probabilité d'être séropositives est élevée sont également susceptibles de souffrir de l'obésité car les deux sont positivement liés à la richesse. La troisième partie vise à avoir un aperçu de la distribution de l'IMC dans un environnement hypothétique sans VIH/SIDA, toutes choses étant égales par ailleurs, en utilisant les méthodes d'ajustement semi paramétrique. Dans un tel scénario, la distribution de l'IMC connaîtra un changement significatif, par conséquent, le VIH/SIDA est de facto lié à l'obésité. De plus, avec une régression inconditionnelle du traitement quantile, nous avons évalué la moyenne du poids perdu lié au VIH/SIDA désagrégé par les niveaux de richesse. Nous avons prouvé que ce n'est pas seulement la moyenne globale de l'IMC qui doit être grande en l'absence du VIH/SIDA, mais l'on doit également s'attendre à ce que le ratio surcharge pondérale-insuffisance pondérale augmente de façon drastique (car ce dernier est disproportionnellement affectés par le VIH).

Notre analyse prédit qu'un meilleur système de contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA conduirait à une augmentation de la pression sur le système sanitaire en Afrique

sub-saharienne à cause d'une répartition plus prononcée des maladies non transmissibles de l'obésité. Par conséquent, les décideurs politiques doivent augmenter la sensibilisation du public sur les risques liés à l'obésité et adapter les systèmes sanitaires pour traiter des problèmes imminents liés à l'obésité.

PT 18

Production des indices diversifiés comme indicateur de dépenses à la consommation

Okore Okorafor¹, James Akazili², Josephine Borghi³, Evan Blecher¹, John Ataguba¹, Di McIntyre¹, Jahangir Khan⁴, Filip Meheus⁵

¹ Health Economics Unit, University of Cape Town, South Africa

² Ghana Health Research Unit, Ghana

³ Ifakara Health Research and development Centre, Tanzania

⁴ Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Sweden

⁵ Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium and Royal Tropical Institute, Amsterdam, The Netherlands

Introduction

L'évaluation du statut socio-économique est souvent utilisée pour identifier les groupes spécifiques de la population (tels que les démunis) dans le cadre des objectifs politiques. Dans le secteur de la santé, ces évaluations ont également fourni des bases pour évaluer l'égalité dans la répartition de l'accès, l'utilisation, le financement et les avantages sociaux des services de soins de santé. L'évaluation juste du statut socio-économique dans des ménages à faible revenu présente des défis. Le système de déclaration des revenus par les intéressés n'est pas crédible et le coût de l'évaluation des dépenses totales des ménages peut être prohibitif et absorber beaucoup de temps. Par conséquent, les indices de la richesse sont devenus récemment très populaires et utilisés comme indicateur d'évaluation du Statut Socio-économique facilitant ainsi le classement des ménages en terme de richesse. Ces indices ont de façon traditionnelle mis l'accent sur l'inclusion des biens et des détails du foyer sous la forme de variables catégoriques. Cependant, il y a des preuves selon lesquelles les indices obtenus de cette manière ne sont pas en corrélation avec les dépenses de consommation.

Objectif/Méthodologie

L'objectif de cette étude est de déterminer une approche alternative à l'évaluation du statut socio-économique en utilisant un indice composé qui constitue une meilleure approximation des dépenses de consommation vis-à-vis des indices de richesse traditionnelles. L'étude compare la performance des deux indices qui évaluent le Statut Socio-économique. Le premier comprend les biens conventionnels et les détails du foyer, évalués comme variables catégoriques. Le deuxième indice prend en compte une portée plus large des variables socio-économiques et démographiques (telles que le niveau d'instruction et le sexe du chef du ménage), qui sont couramment collectés dans les enquêtes de ménage. Les deux indices seront produits par le biais de l'Analyse des Composants Principaux et comparés en

termes de force d'association avec les dépenses de consommation et la crédibilité du classement consécutif des ménages en quintiles. L'analyse sera menée pour l'échantillon en général pour les populations urbaines et rurales. Les données proviendront des enquêtes nationales de ménage récemment menées au Ghana, en Tanzanie et en Afrique du Sud et les résultats seront comparés dans les pays.

Résultats

L'analyse des données a commencé et les résultats sont par conséquent préliminaires. Cependant, nous supposons qu'en utilisant une grande variété de variables pour la production des indices composés du Statut Socio-économique relative et que nous réalisons une variabilité en hausse par utilisation de certaines variables continues, cela permettra d'avoir une plus grande corrélation entre les indices et les dépenses de consommation, principalement dans des ménages à faible revenu où la variabilité dans l'appropriation des biens est plus limitée.

PT 19

Répartition Territoriale du Personnel de Soins de Santé Primaire (SSP) et les facteurs déterminants les variations dans leur répartition au Sud-est du Nigeria

Chukwuogo, Ogoamaka¹, I Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Umeh DC

¹Département de la Médecine Communautaire, Centre Hospitalier Universitaire de, Enugu, Nigeria.

Contexte : La répartition territoriale du personnel de la santé se réfère à l'affectation dans l'espace et elle détermine les services, les quantités et qualité qui seront disponibles. Le déséquilibre dans cette répartition soulève des problèmes d'égalité et d'efficacité. Au Nigeria, le personnel des SSP joue un rôle prépondérant dans la fourniture des interventions de santé publique, mais leur répartition et les raisons qui sous-tendent cette répartition ne sont pas bien connues. Ceci est nécessaire parce que les OMD liés à la santé ne peuvent pas être réalisés si les populations vulnérables n'ont pas accès au personnel qualifié.

Objectifs : Etudier la répartition du personnel des SSP et les facteurs responsables de leurs variations et de leur répartition dans le système de SSP au Nigeria.

Méthodologie : Ceci est une étude croisée d'exploration menée dans l'Etat d'Anambra au Sud-est du Nigeria qui a utilisé une revue documentaire, les IDI avec 5 décideurs politiques et une enquête questionnaire avec 610 travailleurs de la santé pour obtenir des informations sur la répartition territoriale du personnel des SSP et les facteurs déterminants de la variation de cette répartition.

Résultats : Plus de 60% du personnel des SSP se trouvent dans les zones urbaines où vivent moins de 30% de la population. Les résultats ont également démontré que les variations sont le résultat d'un mélange de décisions et d'hésitations prises par des individus, des communautés et des gouvernements, qui sont à leur tour influencées

par des facteurs personnels, professionnels, organisationnels, économiques, politiques et culturelles.

Implications Politiques : Une bonne compréhension de la dynamique et des facteurs déterminants de la répartition du personnel de la santé est nécessaire pour réaliser une répartition équitable et efficace. Il est nécessaire de créer des motivations financières et non financières pour attirer les professionnels de la santé dans des endroits autrement peu attrayants. Le gouvernement doit également recruter des travailleurs dans leurs régions d'origine et les former dans des écoles de technologie de la santé et dans écoles d'infirmier/sage femme avec l'obligation signée de travailler dans leurs régions d'origine pendant une période spécifique après leur diplôme.