The Sustainable Development Goals (SDGs), the Grand Convergence and Health in Africa

Les Objectifs de Développement Durable (ODDs), la Grande Convergence et la Santé en Afrique

RABAT
Maroc,
du 26 au 29 Septembre
HÔTEL SOFITEL, JARDIN DES ROSES
2016
Les Objectifs de Développement Durable (ODDs) et de la Grande Convergence et la Santé en Afrique

Sofitel Jardin des Roses (Rabat-Morocco)

26\textsuperscript{th} - 29\textsuperscript{th} September 2016

\textbf{4\textsuperscript{ième} Conférence de AfHEA – 2016}

Livre du programme et résumés des présentations
La quatrième conférence de AfHEA est organisée en partenariat avec le Ministère de la Santé, l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et le Réseau Maghrébin d'Economie et des Systèmes de Santé (RESSMA).

AfHEA est reconnaissante à toutes les organisations qui ont donné un appui financier pour la réalisation de cette conférence.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 1 : Sessions Organisées</th>
<th>8</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Organisée 1 : L’impact du pouvoir et de la politique sur la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique sub-saharienne : une perspective multi-pays</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Organisée 2 : Performance du système de santé à la lumière des réformes : l’expérience Algérienne</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 1</th>
<th>11</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Parallèle 1 : Coût et financement de la santé maternelle</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 1 : Le paiement direct des soins</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 1 : Modèles et expériences d’assurance-maladie</td>
<td>22</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 2 : Sessions Organisées</th>
<th>27</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Organisée 3 : Progresser vers la CSU - Comment les partenariats public-privé entrent dans le cadre ?</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Organisée 4 : La Grande Convergence et l’éligibilité des pays aux mécanismes de financement internationaux : implications budgétaires pour la santé en Afrique</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 2</th>
<th>34</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Parallèle 2 : Rapport coût efficacité : études de cas</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 2 : Défis de la Couverture Sanitaire Universelle</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 2 : Données pour la gestion et la prise de décision politique</td>
<td>45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 3 : Sessions Organisées</th>
<th>53</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Organisée 5 : Développer et évaluer les progrès, vers des systèmes de santé universels dans le cadre des ODD</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Organisée 6 : Votre système CSU est-il un système apprenant ? Résultats d’une étude collaborative multi-pays</td>
<td>57</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 3</th>
<th>59</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé : approches innovantes</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 3 : Economie de la vaccination</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 3 : Mécanismes de paiement et qualité des soins</td>
<td>69</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 4 : Sessions Organisées</th>
<th>75</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Organisée 7 : Quelle formation et recherche en économie de la santé dans le contexte de la CSU ?</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Organisée 8 : Les maladies cardiovasculaires et de l’impact médico-économique en Tunisie</td>
<td>78</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 4</th>
<th>81</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Parallèle 4 : Systèmes de santé en transition</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 4 : Politique de la santé</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Parallèle 4 : Accès aux services de santé maternelle</td>
<td>89</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 5 : Sessions Organisées</th>
<th>93</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Organisée 9 : Atteindre les ODDs : Quel sera le coût, et comment pouvons-nous y arriver ?</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Organisée 10 : Économie de l’introduction de nouveaux vaccins en Afrique</td>
<td>96</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Session Parallèle 5</th>
<th>100</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Session Parallèle 5 : Ressources humaines pour la santé : expériences nationales</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Session Parallèle 5 : Suivi et évaluation de la Couverture Sanitaire Universelle........ 105
Session Parallèle 5 : Financement basé sur les résultats........................................ 113

**Session Parallèle 6 : Sessions Organisées .......................................................... 118**

Session Organisée 11 : Mon financement du système de santé de soutient-il la CSU et
les soins de santé primaires ? Une analyse des résultats nationaux qui aide à
comprendre comment utiliser des données sur les dépenses de santé...................... 118
Session Organisée 12 : Dispositions institutionnelles pour l’établissement des
priorités : Quels sont les principaux facteurs que les pays doivent considérer en
institutionnalisant l’Évaluation des Technologies de la Santé (HTA) .......................... 119

**Session Parallèle 6 .......................................................... 122**

Session Parallèle 6 : Analyses macroéconomique des OMDs et ODDS en Santé........ 122
Session Parallèle 6 : Économie du paludisme......................................................... 127
Session Parallèle 6 : Les inégalités en santé ............................................................ 132

**Session Parallèle 7 : Sessions Organisées .......................................................... 137**

Session Organisée 13 : Utilisation des indicateurs de surcharge de travail comme
méthode d’instauration des normes nationales de dotation en personnel des
structures de soins de santé primaires dans le Sultanat d’Oman............................... 137
Session Organisée 14 : Les défis de la mise en œuvre de l’évaluation des Technologies
sanitaires dans les pays du Maghreb (Algérie, Maroc et Tunisie)............................. 138

**Session Parallèle 7 .......................................................... 141**

Session Parallèle 7 : Financement de la santé dans le contexte des OMDs et ODDS.. 141
Session Parallèle 7 : Accès aux prestations pour le VIH/SIDA et intégration........... 148
Session Parallèle 7 : Ménages : soutien et perceptions............................................. 151

**Session Parallèle 8 : Sessions Organisées .......................................................... 156**

Session Organisée 15 : «Achats stratégiques» dans différents modèles de financement
de la santé - quatre études de pays africains subsahariens trois cas.......................... 156

**Session Parallèle 8 .......................................................... 161**

Session Parallèle 8 : Services de santé communautaires : dimensions financières et
politiques.................................................................................................................. 161
Session Parallèle 8 : L’établissement des priorités et de l’évaluation économique... 166
Session Parallèle 8 : Financements innovants de la santé ....................................... 169
Session Parallèle 8 : Politique de la santé et réformes ............................................. 175

**Session Parallèle 9 : Sessions Organisées .......................................................... 181**

Session Organisée 15 : Financement Basé sur les Résultats évoluer des projets vers les
systèmes............................................................................................................. 181

**Session Parallèle 9 .......................................................... 186**

Session Parallèle 9 : Déterminants sociaux, coûts et financement de la santé mentale
.................................................................................................................................. 186
Session Parallèle 9 : OMDs et ODDS en santé : expériences nationales................. 190
Session Parallèle 9 : Contexte de fragilité des pays et des systèmes de santé.......... 194
Session Parallèle 9 : Les services de santé communautaires................................... 199

**Présentations Posters .......................................................... 204**

Poster sessions 1........................................................................................................ 205
Poster sessions 2........................................................................................................ 214
Poster session 3.......................................................................................................... 223
Poster session 4.......................................................................................................... 231
Poster session 5.......................................................................................................... 243
# Aperçu global de l'agenda

## Dimanche 25 septembre 2016

**Atelier bilingue**

Pourquoi et Comment aborder la Couverture Maladie Universelle d’un point de vue des finances publiques en Afrique ?

**Facilitateurs:** Joe Kutzin, Helene Barroy, Laurent Musango, Ogochukwu Chukwujekwu, Tania Bissouma-Ledjou, Ousmane Kolle, Olivier Basenya, Grace Kabanja

## Lundi 26 septembre 2016

**Atelier de Préconférence (PRICELESS SA et IDSI partners)**

L’Évaluation des technologies sanitaires’ pour la définition du paquet de prestations de la Couverture Sanitaire Universelle

**Facilitateurs:** Dr Ijeoma Edoka, Mr Tommy Wilkinson, Dr Ant Kinghorn, Ms Laura Morris

**Atelier bilingue**

Pourquoi traquer les dépenses de santé ?

**Facilitateurs:** Joe Kutzin, Hapsa Toure, Tessa Tan Torres Edejer

### Cérémonie d’ouverture officielle

<table>
<thead>
<tr>
<th>16:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Enregistrement</td>
</tr>
<tr>
<td>Mise en place</td>
</tr>
<tr>
<td>Informations pratiques</td>
</tr>
<tr>
<td>Réception des officiels</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Cérémonie d’ouverture officielle

<table>
<thead>
<tr>
<th>19:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>COCKTAIL DINATOIRE DE BIENVENUE</td>
</tr>
</tbody>
</table>

## Mardi 27 septembre 2016

### Plénière 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>08:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Enregistrement</td>
</tr>
<tr>
<td>Mise en place</td>
</tr>
<tr>
<td>Informations pratiques</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>09:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Principale salle de conférence : Salle Royale</td>
</tr>
<tr>
<td>Liminaire - introduction technique</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>10:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PAUSE / PHOTO DE GROUPE / PRESENTATIONS POSTERS (Pt-01)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Sessions Parallèles 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>11:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : ROYALE</td>
</tr>
<tr>
<td>L’impact du pouvoir et de la politique sur la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique sub-saharienne : une perspective multi-pays (OS 1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>12:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : Celsiana</td>
</tr>
<tr>
<td>Performance du système de santé à la lumière des réformes : l’expérience algérienne (OS 2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>12:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : CELSIANA</td>
</tr>
<tr>
<td>La Grande Convergence et l’éligibilité des pays aux mécanismes de financement internationaux : implications budgétaires pour la santé en Afrique (OS 4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>15:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : ROYALE</td>
</tr>
<tr>
<td>Progresser vers la CSU - Comment les partenariats public-privé entrent dans le cadre ? (OS-3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Session Parallèles 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>14:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : CELSIANA</td>
</tr>
<tr>
<td>Rapport coût efficacité : études de cas de la Couverture Sanitaire Universelle</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Session Parallèles 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>16:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : ROYALE</td>
</tr>
<tr>
<td>Développer et évaluer les progrès, vers des systèmes de santé universels dans le cadre des ODD (OS 5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>17:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : CELSIANA</td>
</tr>
<tr>
<td>Vos systèmes CSU est-il un système apprenant ? Une évaluation collaborative dans 6 pays (OS 6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Sessions Parallèles 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>16:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : ROYALE</td>
</tr>
<tr>
<td>Développer et évaluer les progrès, vers des systèmes de santé universels dans le cadre des ODD (OS 5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>17:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : CELSIANA</td>
</tr>
<tr>
<td>Voici le système CSU est-il un système apprenant ? Une évaluation collaborative dans 6 pays (OS 6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Sessions Parallèles 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>16:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : ROYALE</td>
</tr>
<tr>
<td>Développer et évaluer les progrès, vers des systèmes de santé universels dans le cadre des ODD (OS 5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>17:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Salle : CELSIANA</td>
</tr>
<tr>
<td>Voici le système CSU est-il un système apprenant ? Une évaluation collaborative dans 6 pays (OS 6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Sessions Parallèles 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>17:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Principale salle de conférence : Salle Royale</td>
</tr>
<tr>
<td>Session Plénière 2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Plénière 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>18:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Réseautage</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Plénière 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>19:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PAUSE / PRESENTATIONS POSTERS (Pt-02)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Association Africaine d’Economie et Politique de la Santé**

**African Health Economics and Policy Association**

**4ème CONFERENCE INTERNATIONALE**

**Rabat - Maroc 26 - 29 Septembre 2016**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Heure</th>
<th>Salle</th>
<th>Session Plénière 3</th>
<th>Sessions Parallèles 4</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 09:00 | ROYALE | Principale salle de conférence : Salle Royale | Salle : ROYALE  
Quelle formation et recherche en économie de la santé dans le contexte de la CSU ? *(OS 7)*  
Salle : CELSIANA  
Systèmes de santé en transition  
Salle : ALBA MAXIMA  
Politique de la santé  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Accès aux services de santé maternelle |
| 10:30 | ROYALE | Session Plénière 3 | Salle : ROYALE  
Quelle formation et recherche en économie de la santé dans le contexte de la CSU ? *(OS 7)*  
Salle : CELSIANA  
Systèmes de santé en transition  
Salle : ALBA MAXIMA  
Politique de la santé  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Accès aux services de santé maternelle |
| 12:00 | ROYALE | Principale salle de conférence : Salle Royale | PAUSE / PRESENTATIONS POSTERS (Pt-03) |
| 12:30 | ROYALE | PAUSE / PRESENTATIONS POSTERS (Pt-04) | Session Plénière 5 |
| 14:00 | ROYALE | Principale salle de conférence : Salle Royale | Sessions Parallèles 5 |
| 14:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 5 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 15:00 | ROYALE | Session Plénière 5 | Sessions Parallèles 6 |
| 15:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 6 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 16:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 6 | Sessions Parallèles 7 |
| 16:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 7 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 17:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 7 | Sessions Parallèles 8 |
| 17:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 8 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 18:00 | FONDATION | Sessions Parallèles 8 | Sessions Parallèles 9 |
| 18:30 | FONDATION | Sessions Parallèles 9 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 19:00 | FONDATION | Sessions Parallèles 9 | Sessions Parallèles 10 |
| 20:30 | FONDATION | Sessions Parallèles 10 | Sessions Parallèles 11 |
| 21:00 | FONDATION | Sessions Parallèles 11 | Sessions Parallèles 12 |
| 21:30 | FONDATION | Sessions Parallèles 12 | Sessions Parallèles 13 |
| 22:00 | FONDATION | Sessions Parallèles 13 | Sessions Parallèles 14 |
| 22:30 | FONDATION | Sessions Parallèles 14 | Sessions Parallèles 15 |
| 23:00 | FONDATION | Sessions Parallèles 15 | Sessions Parallèles 16 |

Mercredi 28 septembre 2016

**Plénière 3**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Heure</th>
<th>Salle</th>
<th>Session Plénière 3</th>
<th>Sessions Parallèles 4</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 09:00 | ROYALE | Principale salle de conférence : Salle Royale | Salle : ROYALE  
Quelle formation et recherche en économie de la santé dans le contexte de la CSU ? *(OS 7)*  
Salle : CELSIANA  
Systèmes de santé en transition  
Salle : ALBA MAXIMA  
Politique de la santé  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Accès aux services de santé maternelle |
| 10:30 | ROYALE | Session Plénière 3 | Salle : ROYALE  
Quelle formation et recherche en économie de la santé dans le contexte de la CSU ? *(OS 7)*  
Salle : CELSIANA  
Systèmes de santé en transition  
Salle : ALBA MAXIMA  
Politique de la santé  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Accès aux services de santé maternelle |
| 12:00 | ROYALE | Principale salle de conférence : Salle Royale | PAUSE / PRESENTATIONS POSTERS (Pt-03) |
| 12:30 | ROYALE | PAUSE / PRESENTATIONS POSTERS (Pt-04) | Session Plénière 5 |
| 14:00 | ROYALE | Principale salle de conférence : Salle Royale | Sessions Parallèles 5 |
| 14:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 5 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 15:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 5 | Sessions Parallèles 6 |
| 15:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 6 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 16:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 6 | Sessions Parallèles 7 |
| 16:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 7 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 17:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 7 | Sessions Parallèles 8 |
| 17:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 8 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 18:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 8 | Sessions Parallèles 9 |
| 18:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 9 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 19:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 9 | Sessions Parallèles 10 |
| 19:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 10 | Salle : ROYALE  
Salle : CELSIANA  
Salle : ALBA MAXIMA  
Salle : JARDIN EXOTIQUE  
Salle : JARDIN OUDAYAS |
| 20:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 10 | Sessions Parallèles 11 |
| 21:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 11 | Sessions Parallèles 12 |
| 21:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 12 | Sessions Parallèles 13 |
| 22:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 13 | Sessions Parallèles 14 |
| 22:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 14 | Sessions Parallèles 15 |
| 23:00 | ROYALE | Sessions Parallèles 15 | Sessions Parallèles 16 |
| 23:30 | ROYALE | Sessions Parallèles 16 | Sessions Parallèles 17 |

Vendredi 30 septembre 2016

**Atelier de Post-conference (WHO/HQ)**

**Atelier bilingue**

De la rentabilité à l'équité : orientation et des outils sur le chemin de Couverture maladie universelle
**Facilitateurs:** Tessa Tan-Torres Edejer, Melanie Bertram

**Programme social (organisé par l'agence événementielle)**
Présentations orales
Session Organisée 1 : L'impact du pouvoir et de la politique sur la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique sub-saharienne : une perspective multi-pays

Dr. Boroto Hwabamugu, University of the Western Cape  
Gina Teddy, Health Policy and Planning Division, SOPHFM, Univ of Cape Town, Anzio Road, Observatory, 7925, Cape Town  
Martina Lembani, School of Public Health, Univ of the Western Cape, Private Bag X17, Belleville, 7535, Cape Town  
Dintle Molosiwa, Health Policy and Planning Division, SOPHFM, Univ of Cape Town, Anzio Road, Observatory, 7925, Cape Town

Introduction  De plus en plus, les programmes de santé dans les pays en développement cherchent à améliorer la santé sur la base de l'agenda des politiques internationales de santé. Ces politiques sont généralement accompagnées par un financement incitant les gouvernements à hiérarchiser les programmes et leur mise en œuvre. Cependant, ces programmes n'atteignent toujours pas les objectifs escomptés en raison de processus complexes associés à leur mise en œuvre et le manque de capacités pour soutenir ces programmes. La mise en œuvre de ces programmes, sont fortement influencée par la politique et la dynamique du pouvoir, ainsi que par des pressions extérieures. Cette étude vise à explorer l'impact croissant du pouvoir et de la politique sur la mise en œuvre des politiques de santé dans les pays en développement en utilisant les expériences de quatre pays africains: le Botswana, le Malawi, le Ghana et l'Afrique du Sud.

Méthodologie  L'utilisation d'une synthèse interprétative de quatre politiques de santé sous l'influence des politiques internationales de santé au Botswana, au Malawi, au Ghana et en Afrique du Sud. Une évaluation des processus de mise en œuvre a été entreprise pour mettre en exergue les éléments complexes comme la dynamique du pouvoir et la politique qui influencent les résultats des programmes. Une synthèse de données thématiques d'études antérieures a été utilisée pour analyser le processus de mise en œuvre suivant un processus itératifs systématiques et multiples tout en capturant des expériences multi-pays.

Résultats  L'impact du pouvoir et de la politique sur la mise en œuvre des programmes de santé se révèle sous différentes formes et à différents niveaux. Cela se manifeste à travers la prise de décision, les hiérarchies bureaucratiques, le contrôle des allocation des ressources, la volonté et le soutien politique, le pouvoir discrétionnaire des premiers responsables et la dynamique du pouvoir représentée par les capacités, les compétences, les connaissances et l'expertise des acteurs. Leur implication est variée et se situe dans la fixation des objectifs souvent irréalistes, ingénierie d'une politique forte, influence du financement extérieur des programmes, manque d'appropriation, faible pérennisation de ces programmes, manque de confiance et le devoir de rendre compte. Cette étude a conclu que le pouvoir et la dynamique politique sont des éléments inhérents à l'élaboration des politiques et sont intégrés dans les systèmes de santé. Pour ce qui est des programmes conduits sous l'influence de l'agenda international, ils permettent parfois ou limitent les résultats escomptés, bien que dans la plupart des cas, le pouvoir et la politique entravent la réalisation des objectifs à long terme. Il est donc important que la poursuite des délibérations le long de la dynamique du pouvoir soient discutées au cours de la conférence de sorte que ceux qui ont le pouvoir d'influencer les résultats des politiques soient conscients des impacts de leurs comportements sur la mise en œuvre des programmes de santé.
Session Organisée 2 : Performance du système de santé à la lumière des réformes : l’expérience Algérienne

Brahim Brah
Brahmia University Constantine 2-Algeria brahamia@gmail.com +213662866637

Le système de santé algérien a fait l’objet de réformes successives depuis les années 1980 afin de palier à des dysfonctionnements et des points faibles endogènes, notamment des inéquités dans l’accès aux soins, et des problèmes inhérents à l’efficacité et à la qualité des soins.

L’action sanitaire reposait en grande partie sur le recours aux services hospitaliers, dont le taux d’occupation des lits demeurait cependant particulièrement bas : 44 % dans les hôpitaux des secteurs sanitaires, et 63 % dans les CHU et hôpitaux spécialisés. La hiérarchie des soins n’était pas observée à cause de la faible attractivité des structures de soins de base. Les services de santé primaires et secondaires sont sous utilisés ; les demandeurs de soins préfèrent s’orienter directement vers les centres hospitaliers universitaires ou bien les hôpitaux spécialisés, à la recherche d’un accueil adéquat et des prestations sanitaires à la hauteur de leurs espérances. Malgré les investissements considérables consentis dans l’extension de l’infrastructure sanitaire et dans la formation des professionnels de la santé, l’accès aux services de santé dans les zones rurales révélaient l’existence de nombreux obstacles : manque de praticiens, équipements en pannes, pénurie de médicaments. Des pannes dans les équipements hospitaliers d’imagerie médicale sont récurrentes incitant les patients capables de payer à recourir aux centres privés de radiologie, et ceux dont les ressources sont modestes à attendre la réparation de la panne dont les délais sont aléatoires.

Les problèmes d’accès aux services de santé du secteur public incitent les usagers à s’orienter vers les prestataires privés dont le réseau est en pleine extension. Le système de santé offre un aspect dualiste et non coordonné : d’une part, un secteur public très étendu et diversifié mais en manque de performance, et un secteur privé des soins fort dynamique, concentré dans les grands centres urbains du nord, produisant des services de qualité, mais pratiquant des honoraires hors de la portée des détenteurs de faibles revenus. Cette situation génère des disparités dans l’accès aux soins et témoigne de l’inefficacité de la gouvernance globale du système de santé. La couverture médicale révèle des inégalités dans sa répartition : alors que l’indice national était de 1,34 médecin pour 1000 habitants en 2004, certaines wilayas éloignées ou désenclavées avaient un faible indice de couverture : El Oued, 0.4/1000 hab. Djelfa moins de 0.4/1000 hab. De nos jours la couverture médicale s’est nettement améliorée grâce à la formation de milliers de praticiens chaque année, issus d’une dizaine de facultés de médecine. L’indice de couverture se situe en 2012 à 1,21 médecin pour 1000 hab. Mais il existe encore des régions sous médicalisées où les patients sont confrontés à des difficultés dans l’accès aux soins à cause des disparités dans la répartition de l’offre. « Même si globalement les indicateurs de santé sont relativement bons, le pays est cependant confronté à un défi majeur de santé publique lié aux fortes inégalités territoriales en matière de santé des populations et de répartition de l’offre de soins ».

De nombreux services de soins des hôpitaux publics, souffrent du manque de spécialistes - y compris des CHU du Nord du pays Sétif, Constantine, Batna - malgré la formation chaque année entre 1200 et 1500 diplômés dans différentes spécialités.

Nous relevons des inégalités aussi en ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile et les taux de vaccination des enfants en bas âge. Les facteurs explicatifs résident dans la répartition géographique des ménages, et les conditions économiques et sociales.
En Algérie près de 97% des naissances survenues au cours des deux années précédant l’enquête ont eu lieu avec l’assistance d’un personnel qualifié. La mortalité des enfants de moins 5 ans s’établit à 24 % dans l’ensemble avant l’enquête (21012-2013). La mortalité infantile passe de 14% chez les enfants résidant dans le Nord Centre à 32% parmi ceux qui résident au Sud. Elle est également plus élevée en milieu rural (25%) par rapport au milieu urbain (19%). La vaccination complète des enfants à l’âge d’un an a été administrée à 66% de ces enfants dans les Hauts Plateaux Centre contre 89% dans le Nord Est. Ce taux est de 76% lorsque la mère n’a aucun niveau d’instruction et de 84% lorsqu’elle a un niveau d’instruction supérieur. Il est de 76% dans le quintile de richesse le plus pauvre et de 83% dans le quintile le plus riche. Des réformes successives ont été engagées en vue d’accroître la performance du système de santé et d’améliorer l’accès aux soins. Les réformes introduites en 2007 visaient la décentralisation du système de santé et le rapprochement des services de santé des usagers, en vue de l’adaptation à la transition sanitaire, caractérisée par la prévalence croissante des maladies non transmissibles. Des spécialités médicales localisées dans les services hospitaliers, sont désormais implantées dans des structures de santé extra hospitalières, telles les polycliniques et rapprochées de la communauté (soins de proximité).

L’instauration du médecin traitant vise la rationalisation du parcours du patient et la maîtrise des coûts de traitement. L’introduction du tiers d’un système numérique du tiers payant tend à la rationalisation des dépenses et à la maîtrise des coûts des médicaments ; l’accent est mis sur la prescription des génériques. Une nouvelle caisse de la sécurité sociale a été mise en place pour le recouvrement des charges, (La Caisse Nationale de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale (CNRSS)).

Le constat révèle, tout chose égale par ailleurs, une nette amélioration de l’état de santé dans le pays, traduit notamment par l’atteinte par l’Algérie et de façon précoce, des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Du point de vue du développement humain, notre pays, classé 93e en 2013, s’est hissé au 83e rang en 2014. L’Algérie, à l’instar de la Communauté internationale, se prépare à la réalisation de nouveaux objectifs : les ODD. Or le système de santé, reflète encore des insuffisances, malgré les progrès notables accomplis. Comment surmonter les difficultés qui se posent aujourd’hui au niveau de l’accès aux soins, du financement, de la performance et de la gouvernance globale su système de santé, afin que les ODD, qui constituent un véritable challenge, puissent être atteints, dans les délais impartis. Après avoir passé en revue les progrès accomplis dans le domaine de la santé et mis en évidence les nombreuses lacunes inhérentes à notre système de santé, nous tenterons d’esquisser les alternatives susceptibles d’améliorer son fonctionnement et d’en accroître l’efficacité, en espérons engager un débat autour des questions essentielles de la gouvernance et de la maîtrise des coûts.
**Session Parallèle 1**

**Session Parallèle 1 : Coût et financement de la santé maternelle**

**PS 01/1**

*Les coûts et conséquences de l'avortement sur les femmes et leurs ménages : une étude transversale à Ouagadougou, Burkina-Faso*

Patrick G. C. Ilboudo1, 2, 3, *, Giulia Greco4, Johanne Sundby3 and Gaute Torsvik5

1Département de Santé Publique, Unité de Recherche sur les Politiques et Systèmes de Santé, Centre Muraz, 2054 Avenue Mamadou Konaté, 01 BP 390 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2Agence de Formation, de Recherche et d’Expertise en Santé pour l’Afrique (AFRICSancté), 773 Rue Guillaume Ouédraogo 01 BP 298 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

3Department of Community Medicine, University of Oslo, Post Box 1130 Blindern, 0317 Oslo, Norway

4Health Economics and Systems Analysis Group, Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine 15-17 Tavistock Place, London, WC1H 9SH, United Kingdom

5University of Bergen and Chr Michelsen Institute, P.O.Box 6033 Bedriftssenteret, N-5892 Bergen, Norway

Nous savons peu de choses sur les coûts et conséquences des avortements sur les femmes et leurs ménages.

Notre objectif était d’étudier à la fois les coûts et les conséquences des avortements provoqués et spontanés et leurs complications.

Nous avons effectué une étude transversale entre Février et Septembre 2012 à Ouagadougou, capitale du Burkina-Faso. Les données quantitatives portent sur 305 femmes dont les grossesses se sont terminées soit par un avortement provoqué soit spontané. Ces femmes étaient prospectivement sélectionnées en fonction de leurs profils sociodémographiques, leurs possession de biens matériels, leurs dépenses médicales et de santé incluant les coûts pré-référentiels selon le goût de chaque patient. Les analyses descriptives et de régressions des coûts ont été réalisées.

Nous avons montré que les femmes qui ont des avortements provoqués étaient souvent célibataires ou n’avaient jamais été mariées, elles étaient plus jeunes, mieux éduquées et avaient des grossesses plus précoces que celles ayant fait des avortements spontanés. Elles étaient le plus souvent sous surveillance parentale par rapport à celles qui ont des avortements spontanés. Les femmes avec des avortements provoqués, comparé à l’autre groupe de femmes, paient plus non seulement pour avorter mais aussi pour les frais liés aux complications: soit 89$ US (44 252 CFA), le franc de la communauté financière Africaine, contre 56$US (27 668 F CFA). Les résultats montrent aussi que les paiements liés aux avortements provoqués étaient catastrophiques puisqu’ils consommaient près de 15% du PIB par tête. De plus, 11 à 16% du total des ménages semblent recourir à des stratégies d’adaptation pour faire face aux coûts.

Les deux types d’avortements peuvent occasionner des dépenses supplémentaires ayant des répercussions drastiques sur l’état de pauvreté des ménages. Les actions utiles doivent être entreprises afin de réduire le fardeau financier du coût des avortements et promouvoir l’utilisation effective des contraceptifs.
**PS 01/2**

**Dans quelle mesure une franchise sociale peut couvrir ses coûts ? Une analyse économique de la franchise PROFAM de santé maternelle en Ouganda**

Manon Haemmerli, London School of Hygiene & Tropical Medicine, manon.haemmerli@gmail.com  
(1) Dr Andreia Santos, London School of Hygiene and Tropical Medicine, andreia.santos@gmail.com, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH.  
(2) Alex Aliga, Makerere University, aligaalex@yahoo.com  
(3) Dr Fred Matovu, Makerere University, frmatovy@gmail.com  
(4) Dr Isabelle Lange, London School of Hygiene and Tropical Medicine, isabelle.lange@lshtm.ac.uk, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH.  
(5) Dr Loveday Penn-Kekana, London School of Hygiene and Tropical Medicine, loveday.penn-kekana@lshtm.ac.uk, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH.  
(6) Dr Catherine Goodman, London School of Hygiene and Tropical Medicine, catherine.goodman@lshtm.ac.uk, 5-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH.

**Contexte :** Les modèles de franchisage sociaux ont connu une croissance rapide dans le secteur privé des pays en développement, visant à améliorer la qualité et l'augmentation de l'utilisation des services franchisés. Une question clé pour le développement durable est l'impact financier global sur les services sanitaires, mais cela est rarement étudié. En Ouganda, le réseau de franchise sociale, PROFAM, comprend la fourniture de soins de santé maternelle à travers 134 établissements de santé privés. Nous avons évalué les implications du modèle pour les établissements inclus dans l'étude en termes de charge de patient, revenus des structures et de coûts.

**Méthodologie :** Quinze (15) établissements utilisant la méthode des franchises sociales ont été choisis au hasard comme des études de cas. Des analyses rapides des dossiers, un questionnaire adressé aux prestataires et des entretiens auprès des gestionnaires et agents de la santé ont été utilisés pour recueillir des données sur les soins prénataux (ANC). Le nombre d'accouchement, les revenus et les coûts ont été calculés en utilisant une approche de micro-coûts. Nous avons comparé le volume des patients, les recettes et les coûts de l'exercice précédent et ceux de l'exercice suivant l'adhésion des établissements à la PROFAM, et nous avons aussi exploré d'autres raisons qui pourraient expliquer les changements dans ces variables.

**Résultats :** Les données presque complètes de 13 établissements, étaient disponibles. Parmi ceux-ci, 5 ont connu une augmentation du nombre de visites prénatales après avoir rejoint la PROFAM, tandis que 7 structures ont connu une baisse. Huit établissements ont connu une augmentation du nombre d'accouchements normaux alors que 5 ont enregistré une diminution. Les coûts moyens des prestataires par visite prénatale et par'accouchemnement normale étaient, respectivement de 1,34 $ et 7,3 $. Les coûts moyens de la tarification étaient de 2,55 $ pour une visite de SP et de 12,0 $ pour un accouchement normal. Certaines structures ont vendu des kits d'accouchement à un coût moyen 1,5 $ chacun. Alors que des établissements à but lucratif ont facturé environ 3 fois plus, les structures à but non lucratif ont subventionné leur coût des CPN et des accouchements. Les établissements sanitaires en se joignant à la franchise ont engagé des coûts minimaux. Le coût de la franchise était seulement de 7,4 $ par année. Le changement total moyen dans l'ensemble des profits, a augmenté de 349 $ en 2015, bien qu'il y ait d'importantes variations.

**Discussion :** Aucune évolution claire du nombre de patients n’a été pas identifiée suite à l’adhésion des structures à la PROFAM, malgré les campagnes de sensibilisation lancé par le programme pour l'accès à la santé, la communication et l'éducation (APCE) et le travail ardu des agents de santé communautaires associés. A l'inverse, la variation dans le volume des patients semble surtout refléter, les caractéristiques spécifiques des établissements, telles que la présence d'une sage-femme ou sa réputation au sein de la communauté. Toutefois, la vente de kits d’accouchement a conduit à une augmentation des revenus. Il est difficile de savoir si l'adhésion à la franchise augmentera suffisamment les revenus afin de justifier les frais considérables de la franchise supportés par les structures. Le défi qui consiste non seulement, à atteindre les populations à faibles revenus et la réalisation des profits restent une tension centrale pour la viabilité du programme.
PS 01/3

Les dépenses de santé et les investissements en faveur des femmes ont-ils un impact sur les résultats de la santé au Nigeria ?

George Eluwa, Marie Stopes International Organization, dreluwag@gmail.com
Prof. Allyala K. Nandakumar, Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University, 415 South Street (MS 035), Waltham, MA 02454, aknkumar@brandeis.edu
Dr. Adeniyi F. Fagbamigbe, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria, franstel74@yahoo.com
Francis Ukwije, MS, Healthcare Financing and Equity Unit, Department of Planning, Research and Statistics, Federal Ministry of Health, Nigeria, fukwuije@yahoo.com
Babatunde Ahonsi, PhD. United Nations Population Fund, Accra, Ghana. bahonsi@unfpa.org
Dr. Marwa Farag, PhD. School of Public Health, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK S7N5E5. marwa.farag@usask.ca

But et Objectif : Déterminer les facteurs associés aux résultats de santé aux niveaux micro et macroéconomique reste un processus imparfait autant que l'établissement de la causalité est complexe et influencée par des facteurs endogènes et exogènes. Cette étude examine la relation entre les dépenses de santé, l'autonomisation des femmes (éducation et main-d’œuvre) et les résultats de santé (mortalité infantile et mortalité des moins de cinq ans) au Nigeria, en utilisant des données fournies par l'Etat pour les années 2003, 2004 et 2005.

Méthodes : Les données sur les dépenses de santé ont été obtenues à partir des comptes nationaux de la santé tel que prévu par le ministère Nigérian de la Santé. Nous avons utilisé le PIB réel par habitant de 2004 à un taux constant en dollar pour estimer la part des dépenses de santé sur le PIB. La méthode Brass a été utilisée pour estimer la mortalité infantile et celle des moins de cinq ans au niveau de l’état et les sources de données sont les enquêtes nationales sur le SIDA et la santé de la reproduction. Les variables sociodémographiques comprenaient l’éducation des femmes, l’emploi de main-d’œuvre féminine, obtenus à partir des enquêtes nationales sur le SIDA et la santé de la reproduction et l'inégalité des revenus obtenus à partir du rapport des Nations Unies sur le programme de développement du pays. Les variables ont été transformées en formule logarithmique qui a permis des résultats de régression qui vont être reportés comme élastiques. Le test Hausman a été mené pour déterminer lequel des modèles, effets fixes ou aléatoires, était le plus approprié. Nous avons utilisé un modèle à effets fixes, qui contrôle les déterminants spécifiques inobservables et invariables dans le temps et qui ont des incidences sur les résultats de la santé tels que la culture, la religion et l'origine ethnique.

Résultats En utilisant des modèles à effets fixes, nos résultats montrent que les dépenses de santé ont un effet significatif sur les résultats de santé avec des élasticités de -0,43 et -0,37, pour la mortalité infantile et celle des moins de cinq ans respectivement, sachant que ces modèles ne tiennent pas compte d'autres variables. Toutefois, lorsque l'autonomisation des femmes est ajoutée au modèle, les dépenses de santé perdent leur signification. La mortalité infantile et celle des moins de cinq ans sont significativement associées à la proportion de femmes employées dans la main-d'œuvre. Une augmentation de 1% de la proportion de femmes employées est associée à une diminution de 0,4% de la mortalité infantile et des moins de cinq ans.

Conclusion : Notre étude a montré que les questions d’autonomisation des femmes ont un impact dans la réduction de la mortalité infantile et de celle des moins de cinq ans au Nigeria. Ces résultats ont des implications politiques importantes et fournissent de nouvelles preuves empiriques de l'importance d'investir en faveur des femmes pour obtenir des réductions significatives de la mortalité néonatale et infantile au Nigéria.
Déploiement du programme de gestion des sages-femmes pour accroître l'accès aux soins maternels essentiels dans le système de santé décentralisé du Nigéria : Concevoir de stratégies.

Dr Akudo Ikpeazu, National Agency for the Control of AIDS, aikpeazu@yahoo.com
(1) Chima Onoka, Institute of Public Health, University of Nigéria, Enugu Campus, Nigéria. chima.onoka@unn.edu.ng
(2) Melissa Martínez-Alvarez, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Melissa.martinez-alvarez@lshtm.ac.uk
(3) Dina Balabanova, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, dina.balabanova@lshtm.ac.uk.

Contexte Le Nigéria enregistre l’un des pires indicateurs de santé maternelle et infantile dans les pays pauvres ou à revenu intermédiaire (545 / 100.000 naissances vivantes et 213 pour 1000 naissances vivantes) et fait face à de multiples contraintes dans l’élargissement de l’accès aux services essentiels. Le programme phare de gestion des sages-femmes, mis en œuvre dans les 36 états, a été introduit en 2009 pour améliorer la rétention du personnel en milieu rural en offrant des motivations financières et des facilités d’hébergement aux sages-femmes rurales et en améliorant les infrastructures. Cette étude examine la conception du système et la façon dont il a tenu compte du contexte des systèmes de santé, des ressources, des besoins et des préférences de la population.

Méthodes Une étude qualitative a été menée, comprenant 87 entretiens approfondis et 8 discussions de groupe avec les décideurs, les exécutants, les sages-femmes et les membres de la communauté au niveau fédéral et dans deux états. L’analyse s’est basée sur la nouvelle dynamique d’ajustement de l’intervention en tenant compte : i) du leadership et de l’engagement ii) du contexte politique et financier iii) de la capacité de gestion des ressources humaines et iv) de la participation des partenaires. Les thèmes ont été identifiés et synthétisés sur une base séquentielle.

Résultats Le principe général du régime a été largement soutenu par les gestionnaires de programmes et les décideurs politiques pour tous les trois niveaux du système de santé. Cependant, sa conception a été basée sur le niveau de connaissance de la santé maternelle et des obstacles rencontrés par les travailleurs de la santé, et sur le constat objectif du manque de décentralisation du système de santé. L’allocation d’une enveloppe financière uniforme dans les différents états quelle que soit la structure a fortement compromis le principe d’équité. La mise en œuvre a été entravée par la mauvaise gestion et la faible capacité logistique pour faire face à la nature complexe du régime, la faible capacité d’absorption des sages-femmes enregistrées, l’absence de supervision, et les questions de bien-être qui ont affecté les sages-femmes. En outre, une mauvaise appréciation de la nature du système de santé et des facteurs économiques et culturels a eu comme conséquence la faible implication et l’engagement timide des ressources locales.

Discussion / Conclusion La gestion des services des sages-femmes était un programme ambitieux qui impliquait plusieurs interventions dans l’accès aux travailleurs qualifiés pour les communautés rurales. Dans le processus d’élaboration d’une stratégie efficace de rétention des ressources humaines, notre analyse souligne l’importance de concevoir ces programmes en fonction des structures et de leurs modes de fonctionnement, des décisions de décentralisation et la participation aux programmes nationaux, en tenant compte des facteurs sous régionaux à savoir les préférences et les caractéristiques culturelles des travailleurs locaux. Dès lors que la décentralisation modifie de façon critique l’espace de prise de décision, un processus inclusif où les acteurs sous - régionaux participent au choix des options de conception devrait être une condition préalable.
**PS 01/5**

**Disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de la planification familiale en Afrique de l'Ouest : le cas de la Côte d'Ivoire**

Simone Djah, Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique de Côte d’Ivoire, djahsimone@gmail.com, 20 BP 664 Abidjan 20
Pauline Abou Nankan, UNFPA- CIV, abou@unfpa.org
Atse Seka Simplice, Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique, seka_simplice@yahoo.fr
Yao Koffi Edmond, Institut National de la Statistique- CIV, kofedyao@yahoo.fr

**Objectif** : L’étude vise à mettre à la disposition des décideurs et des planificateurs des informations détaillées et une cartographie actualisée des établissements sanitaires offrant la PF et les SONU afin de mener des actions efficaces en faveur de la mère et du nouveau-né.

**Méthodologie** : Les informations ont été collectées, en octobre-novembre 2014, auprès de tous les établissements sanitaires publics, parapublics, confessionnels et privés susceptibles de réaliser les accouchements ou la PF. Les données collectées, ont été apurées avant la production des tableaux d'analyse. Des cartes ont été réalisées à l’aide du logiciel ARCGIS.

**Résultats de l'étude** : Le pays dispose de 5 personnels de santé qualifiés pour 10 000 habitants. Ainsi, par rapport à la norme de l’OMS, un gap de 18 médecins, sages-femmes et infirmiers pour 10 000 habitants est-il constaté au plan national.

En outre, 80,2% des 1 584 établissements sanitaires enquêtés offrent la PF. Une progression significative de 12,8 points par rapport à 2010 est ainsi constatée. Les services de PF sont faiblement disponibles dans le Cavally-Guemon (59,6%) et le Worodougou-Bère (66,7%).

Par ailleurs, 62,6% des 107 établissements sanitaires de premier niveau de référence disposent d’au moins un bloc opératoire.

Parmi les établissements sanitaires enquêtés, 1 727 sont potentiellement SONU de base, soit 87,5%. Les fonctions essentielles SONU les moins pratiquées sont l’accouchement assisté par ventouse (2,1%) et l’évacuation des restes d’avortements (17,0%). En revanche, l’administration des antibiotiques par voie parentérale et l’administration des utérotoniques par voie parentérale sont les fonctions SONU les plus pratiquées, dans respectivement 93,4% et 91,9%. Actuellement, le pays dispose de seulement 19 établissements sanitaires qui offrent toutes les sept fonctions de SONU de base, et 14 qui offrent les SONU complets. Ainsi, le gap en SONUB est-il de 223 et en SONUC de 46.

Comparativement à 2010, des progrès significativement importants sont enregistrés au niveau de l’extraction manuelle du placenta et de la transfusion sanguine avec respectivement +5,5 points et +2,4 points de pourcentage.

L’offre de certaines fonctions essentielles a malheureusement connu un recul significatif en l’espace de quatre ans. Le constat est criard pour l’évacuation des restes d’avortement, avec une baisse de 14,2 points de pourcentage.

**Conclusion** : L’insuffisante offre des SONU et de la PF en Côte d’Ivoire serait l’une des causes du fort taux de mortalité maternelle qui est de 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2012.
Introduction

Un programme PF national fort procure à un pays de nombreux avantages tant du point de vue sanitaire que socio-économique, et permet aux familles d’avoir le nombre d’enfants qu’ils désirent en assurant une meilleur qualité de vie. Cette étude a évalué les coûts et les avantages de l'augmentation des investissements en PF par le gouvernement gabonais pour la période 2014-2050.

Méthode

Les outils Onehealth et Rapid ont été utilisés. 2 scénarii : 1) envisage une évolution tendancielle du taux de prévalence contraceptive pour atteindre 56% en 2050, et 2) envisage une augmentation substantielle du TPC pour atteindre un niveau de 50,6% en 2025 puis 75% en 2050 (objectifs stratégiques). Les coûts comprennent les coûts directs des prestations des services; les activités vers les populations, le suivi évaluation et d'autres coûts importants de programmes

Résultats

En 2050, la population totale sera de 3,4 millions pour le scénario 3 contre 4,4 millions scenario 2. Le scenario 3 permet de réduire les décès maternels, cela reflète bien un niveau appréciable de l'espacement des naissances conjugué à une baisse des grossesses précoces et de maternités tardives qui constituent des facteurs de risque importants. La PF aura contribué à éviter 16 748 décès néonataux et infantiles et 1024 décès de mères en union.

La PF permettra de faire des économies de ressources soit un gain de 8,1 millions $ soit 4,050 milliards de CFA en 2050. Une nette amélioration de la productivité et des conditions de vie des populations.

Le coût en 2014 de la PF est estimé à 1,37 millions de dollars avec 54% accordée aux coûts de programme. Les Ressources humaines 21% et les produits contraceptifs 25%, etc.

L'investissement dans la PF est porteur pour un pays en ce sens qu'elle garantit un retour sur investissement. Jusqu'en 2040, pour chaque dollar dépensé sur la PF, le Gabon pourra économiser 4 $ dans les deux secteurs (éducation primaire, la santé); et ce gain peut atteindre $ 10 en 2050

Conclusion

L’analyse montre que les coûts associés à la mise à l’échelle de la couverture de la PF au Gabon sont largement supportables. Des recommandations pour accroître l'utilisation des méthodes contraceptives ont été proposées.

Mots clés (≤5) Coût, Bénéfices, investissement, planification familiale
Evaluation des dépenses de soins ambulatoires pour soutenir le programme de couverture sanitaire universelle: Résultats de base d'une évaluation d'impact quasi-expérimentale d'un projet de renforcement des systèmes de santé en République démocratique du Congo

Samia Laokri slaokri@ulb.ac.be1,2, Rieza Soelaeman3, David R. Hotchkiss4
1Global Community Health and Behavioral Sciences, School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, U.S.A
2Belgian American Educational Foundation, Yale University, U.S.A
3Health Policy and Systems – International Health, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Belgium
4Global Health Management and Policy, School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, U.S.A

Contexte En RDC, les ménages consacrent des dépenses de paiements directs importantes et souvent lourdes pour leur santé, avec des mécanismes limités de partage des coûts. Cependant, il existe des preuves limitées disponibles par rapport aux éléments de coûts désagrégés engageant pour les soins ambulatoires et les facteurs d’encourir à des coûts anormalement élevés. Objectif: Décrire les distributions désagrégées des coûts de soins de santé primaires et déterminer si des coûts excessifs sont associés à la situation géographique, aux comportements des malades, à des indicateurs liés au système de santé ou à des caractéristiques socio-économiques des membres du ménage.

Méthodologie: Dans le cadre d’une étude de recherche quasi-expérimentale pour évaluer l’impact du projet de renforcement des systèmes de santé en RDC financé par le DFID, une enquête auprès des ménages basée sur une population initiale a été conduite dans quatre provinces en 2014. Le volet relatif aux soins ambulatoires de l’enquête a recueilli des informations sur le type, le niveau et l'utilisation des soins ambulatoires, l’accessibilité aux soins, la satisfaction des patients et les dépenses des paiements directs. Les scores de richesse ont été calculés en utilisant l'analyse en composantes principales. Les dépenses excessives liées aux paiements directs pour les soins ambulatoires ont été définies comme des dépenses plus que le double du coût médian. Ce seuil nous a permis d’explorer l’incidence et les déterminants des coûts anormalement élevés encourus par les individus. Le test de Cuzik pour la tendance de la richesse et de la régression logistique multivariée des coûts excessifs a été effectué. Le choix du modèle logistique a été basé sur l'utilisation des résultats de l'analyse univariée. Toute variable avec une valeur (p) inférieure à 0,20 dans l’analyse univariée a été inclus dans le modèle multivarié. Les ratios sont présentés après avoir testé la covariance dans les variables explicatives.

Résultat: Sur les 2427 personnes déclarant une maladie durant les quatre semaines de l'enquête, 71,1% ont demandé des soins ambulatoires avec une moyenne de 1,0 visite par épisode de maladie. Les dépenses moyenne globale par visite s'élève à 3,70 $US (95% IC 3,20 à 4,10 $ US) et varie de 2,30 $ US en Equateur à 5,30$ US au Maniema/Oriental. Les dépenses moyennes sont respectivement de 5,90 $US, 6,10$US et 3$US dans les secteurs public, privé et informel. Le ratio de fonds propres des dépenses médicales et non médicales sont respectivement de 2,7 et 14,0 fois plus élevé chez les plus riches (p <.001). Les résultats du modèle multivarié indiquent que l'utilisation des services du secteur public (par rapport au secteur privé ou informel), à la zone urbaine, au lieu de résidence de Maniema/Oriental, est dans le quintile le plus riche. Les jours encourus perdus pour cause de maladie, et le recours à des stratégies d'adaptation ont été tous les prédicteurs de l’augmentatation des coûts excessifs (p <.001). Conclusion: Les dépenses externes globales et détaillées sont significatives et variées dans une large mesure à travers les régions, les quintiles de richesse et la recherche des voies d'accès aux soins. Le coût substantiel de la prise en charge de la maladie associée aux soins ambulatoires devrait être davantage documentée et adressée pour améliorer l’accès équitable aux soins de santé primaires et préparer la couverture sanitaire universelle.
PS 01/8

Dépenses de santé observées selon le milieu de résidence en Côte d’Ivoire en 2015

Attia A R1, Oga S S1, Touré A2, Tapé C2, Kouadio K L1
1: Laboratoire d’Hygiène, de l’Environnement et de Santé Publique- Université Félix Houphouët Boigny
2: Institut National de la Statistique de Côte d’Ivoire

Introduction
Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les services de santé sont faiblement utilisés surtout dans le milieu rural du fait des paiements directs, des obstacles géographiques et socioculturels. Pour améliorer l’offre de soins, on assiste au développement du secteur privé, à l’intégration de la médecine traditionnelle au système de santé moderne et à la mise en place de couverture maladie universelle, Afin d’actualisation les connaissances sur les dépenses de santé, notre étude avait pour objectif de mesurer la distribution des dépenses de santé selon le milieu de résidence.

Matériel et Méthode
Les données proviennent de l’enquête sur le niveau de vie des ménages ENV 2015. Ces données ont été collectées du 23 janvier au 25 mars 2015 sur un échantillon stratifié comportant 12900 ménages et 47635 individus. Les dépenses de santé mesurées concernaient les différents postes de consommation des services de soins soit la consultation, d’un personnel de santé moderne ou d’un tradipraticien, l’hospitalisation, les médicaments modernes et traditionnels, au cours des 3 derniers mois précédant la date de l’enquête. L’analyse des données a été réalisée selon le milieu de résidence. Le seuil de signification des tests statistiques a été fixé à 0,05.

Résultats
La répartition de l’échantillon était de 55% (7030), 35% (4523), 10% (1346) dans les ménages et 55% (26227), 34% (16164) et 11% (5244) d’individus résidant en milieu rural, urbain et dans la capitale économique Abidjan. 13%, 14% et 16% des individus en milieu rural, urbain et Abidjan avaient effectué des dépenses de santé. Les dépenses médianes de consultation étaient estimées à 1,82 $ (363,64$- 0,18$), 1,82$ (181,82$ - 0,18$) et 3,64$ (909,09$- 0,55$) en milieu rural, urbain et à Abidjan. Les dépenses médianes d’hospitalisation et de médicaments étaient estimées à 34,55$ (1090,91$- 0,36$) et 18,18$ (3636,36$- 0,18$) en milieu rural, à 21,82$ (9091,77$- 0,91$) et 18,18$ (7272,73$- 0,18$) en milieu urbain et à 45,45$ (2727,27$- 1,82$) et 21$ (1818,18$- 0,18$) à Abidjan. Les dépenses médianes de consultation et de médicaments chez le tradipraticien étaient de 3,64$ (363,64$- 0,19$) et 4,55$ (2272,73$- 0,18$) en zone rurale, de 3,64$ (145,45$- 0,19$) et 3,64$ (818,18$- 0,18$) en zone urbaine et de 4,55$ (90,91$- 0,91$) et 3,64$ (363,64$- 0,18$) à Abidjan.

Conclusion
Les dépenses d’hospitalisation constituaient le 1er poste de dépenses de santé. Les écarts de consommation des services et produits de santé pourraient servir de base d’estimations pour un système de couverture maladie universelle en Côte d’Ivoire.

Mots clés : Dépenses de santé, Consultations, Hospitalisations, Médicaments, Tradipraticiens, Côte d’Ivoire
PS 01/9

Suppression des paiements directs (Dépenses Catastrophiques de santé) des services de santé dans les collectivités rurales au Ghana - La politique Nationale de financement des soins de santé (NHIS) a-t-elle fait la différence ?

Doris Sarpong¹, Welaga Paul ², Dalinjong Philip², Kwarteng Anthony³, Odouro Abraham ², Gyapong Margaret¹, Arthur Samuelina ⁴, Bangha Martin⁴, Goudge Jane ⁵, Akazili James²
¹ Dodowa Health Research Centre, Ghana ² Navrongo Health Research Centre, Ghana ³ Kintampo Health Research Centre, Ghana ⁴ INDEPTH Secretariat, Ghana ⁵ Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, South Africa

Buts : Cette étude cherche à savoir comment l'introduction NHIS a amélioré l'accès aux soins de santé ; et réduit l'appauvrissement dû aux dépenses catastrophiques de santé au sein des communautés rurales du Ghana et à explorer les facteurs prédictifs liés aux paiements directs des soins de santé.

Objectifs : Le paiement direct des soins de santé conduit à un fardeau économique des ménages et l’introduction du financement de la santé est de permettre à ce que tous aient accès à des services de santé efficaces. Au cours des dernières années, de nombreux pays en développement ont essayé de faciliter l’accès de leurs citoyens aux soins de santé adéquat et à un coût abordable. L’introduction de NHIS est un outil essentiel pour échapper aux obstacles financiers aux soins de santé ; et aussi permettre aux individus d’avoir une protection contre les dépenses catastrophiques de santé. Pour supprimer le paiement direct au point d’utilisation des services, et d’assurer un accès universel équitable pour tous les résidents du Ghana aux services de santé de qualité acceptable ; le NHIS a été opérationnalisé en 2004. Cependant, la manière dont les ruraux sont protégés contre les dépenses catastrophiques de santé n’est pas clair.

Méthodologie : Les données provenaient de plusieurs centres d’enquête de ménages transversale composées d’environ 12.000 ménages issus des communautés rurales du nord du Ghana. Les questionnaires utilisés prennent en compte la période Juillet 2012 et Décembre 2012, les questions portent sur les besoins en matière de soins de santé et leur utilisation ; le revenu des ménages et les dépenses de santé des ménages ont été déterminées. Le paiement des dépenses catastrophique de santé a été estimée en utilisant le nombre de dépense catastrophique par tête. Les données ont été analysées en utilisant le test du Khi carré pour tester les différences de proportions ; et plus tard par le modèle de régression multiple.

Résultats : Les résultats montrent que respectivement qu’une personne sur deux, une sur cinq et une sur trois était inscrite au NHIS, précédemment inscrite et n’a jamais été inscrite dans le mécanisme. Cinquante-trois pour cent avaient une assurance de type informel, 2,7% inscrites à l’assurance formel / SSNIT et le reste étaient exemptés (ce sont, femmes enceintes, pauvres, personnes âgées et de moins de 18 ans). 27,0% de ces personnes ont eu des dépenses catastrophiques et élevées dans les soins ambulatoires et en hospitalisation dans des zones rurales. Le fardeau des coûts de transport était plus élevé pour les soins en milieu hospitalier (23,4%) que les soins en ambulatoires (4,0%). Le fait d’avoir, une maladie chronique, une carte NHIS valide, un besoin de santé et d’éducation étaient associés au paiement direct des services de santé. La réalisation de la couverture maladie universelle équitable, serait une solution qui permettrait de protéger les individus et les ménages contre les effets pervers du paiement direct des services de santé ; sans oublier d’aborder les déterminants, sociaux, structurels et politiques de la maladie et des inégalités de santé.

Mots clés : paiement direct, fardeau des soins de santé, l’utilisation des soins de santé, NHIS, Ghana
**PS 01/10**

**Effet des dépenses Catastrophiques de santé des ménages sur la vulnérabilité à la Pauvreté au Ghana.**

*Hagar Adomah Bandoh, Department of Health Policy, Planning and Management School of Public Health, University of Ghana, Legon habandoh@st.ug.edu.gh*

*Genevieve Cecilia Aryeetey, Department of Health Policy, Planning and Management, School of Public Health, University of Ghana, Legon gcaryeetey@ug.edu.gh*

**Introduction :**

La protection financière contre la pauvreté est un élément essentiel dans la fourniture des soins de santé. Alors que le Ghana fait des progrès importants dans la réalisation de la couverture maladie universelle, le paiement direct (OOP) des services de soins de santé continue de se pratiquer. Le bien-être des ménages peut être atteint, suite au paiement direct des services de soins de santé. Plusieurs études ont analysé, l’effet des dépenses catastrophiques de santé sur la pauvreté, cependant l’effet sur la pauvreté future (c’est-à-dire, la vulnérabilité à la pauvreté) reste toujours manquant.

**Objectif :**

Dans cette étude, nous entendons estimer l’effet des Dépenses Catastrophiques de Santé (DCS) sur la vulnérabilité à la pauvreté dans des ménages au Ghana.

**Méthodologie :**

D’après l’Organisation mondiale de la santé, la DCS est définie comme étant les dépenses totales de santé dépassant 40% du revenu, non de subsistance d’un ménage, disponible après réalisation des besoins de base. La vulnérabilité à la pauvreté a été définie comme étant la probabilité de la pauvreté future et elle est estimée en utilisant la procédure des moindres carrés réalisables et généralisés. Les données provenaient de la sixième enquête sur les normes de vie au Ghana qui est un échantillon représentatif d’envergure national de 16 772 ménages. L’effet de la DPS sur la vulnérabilité des ménages à la pauvreté sera estimé en utilisant un modèle Probit comme variable dépendante transformée en variable fictive.

**Résultats :**

L’analyse préliminaire montre que près de 51.4% des ménages sont exposés aux DPS. Les ménages des zones rurales ont enregistré une forte incidence à la DPS par rapport à ceux des zones urbaines. Près de 34.5% des femmes chefs de ménages ont eu à faire face à des DPS, ce taux est de 65.5% chez les hommes chefs de ménages. En nous basant sur le niveau actuel de pauvreté, estimé à 24.2%, nous projetons que la vulnérabilité à la pauvreté sera de 36.09%. Dans notre analyse, nous prévoyons trouver une relation significative et positive entre la DPS et la vulnérabilité à la pauvreté.

**Conclusion :**

Les estimations prévoient que la dépense Catastrophique de Santé et la vulnérabilité à la pauvreté seront supérieures au niveau actuel de la pauvreté. Au terme de l’étude, nous pensons que les résultats seront pertinents et contribueront à la mise en œuvre de stratégies pour la réalisation de la couverture Universelle en Santé au Ghana.

**Mots clés :** Dépense Catastrophique, Vulnérabilité à la pauvreté, dépense de santé, Ghana
**PS 01/11**

**Dépenses de santé catastrophiques des ménages ruraux tunisiens: Quels sont les déterminants avant et après la mise en place du système d'assurance ?**

*Khouloud Khemiri, Cité Enoour II n°247, khemiri.khouloud@gmail.com*

Bien que la preuve soit faite sur l'impact (ou l'évolution) des dépenses de santé dans les pays développés, peu d'évidences empiriques ont été rapportées pour les pays en développement. Ce document vise à analyser l'évolution des dépenses de santé dans les pays en développement en se basant sur le cas particulier de la Tunisie qui est un cas intéressant. Le pays a connu une transition démographique et épidémiologique rapide au cours des dernières décennies (en particulier depuis les années 1970).

Il est bien connu qu'il est assez difficile de réduire les dépenses de santé. Aujourd'hui, il est de plus en plus défendu que ces efforts devraient se concentrer sur des mesures pour contrôler l'augmentation exponentielle des dépenses de santé. Ceci est particulièrement urgent pour les pays qui ont des ressources limitées comme la Tunisie. En effet, le système de santé en Tunisie souffre de plusieurs problèmes. Par exemple, plusieurs réformes ont été entreprises pour ajuster les différentes composantes des dépenses de santé, dans le but d'augmenter la proportion des dépenses directes effectuées par les ménages sur fond propre. Cette dernière source de financement des soins de santé est connue pour avoir des effets catastrophiques sur l'appauvrissement des ménages.

En utilisant le modèle « logit », nous allons essayer de déterminer les facteurs qui peuvent générer des dépenses catastrophiques pour les ménages tunisiens vivant dans les zones rurales.


Les résultats montrent que les variables socio-économiques regroupaient les dépenses totales. Les dépenses alimentaires et les dépenses d'éducation sont importantes dans notre modèle si l'on compare 2005 et 2010. Les variables démographiques de notre modèle expliquent une partie des paiements sur fond propre.
Session Parallèle 1 : Modèles et expériences d'assurance-maladie

PS 01/12
Prise en compte des préférences pour la mise en œuvre d'une Assurance Maladie Communautaire en Éthioipe: Un modèle à choix discret

Amarech Obse, am2000ec@yahoo.com, Health Economic Unit, School of Public Heath and Family Medicine
(2) Prof. Mand Ryan, Health Economics Research Unit, University of Aberdeen, m.ryan@abdn.ac.uk
(3) Mr Sebastian Heidenreich, Health Economics Research Unit, University of Aberdeen, sebastian.heidenreich@abdn.ac.uk
(4) Prof. Charles Normand, Center for Global Health, Trinity College Dublin, normande@tcd.ie
(5) Prof. Damen Hailemariam, School of Public Health, Addis Ababa University, damen_h@hotmail.com

Etant donné que les pays à bas revenus sont encouragés à instaurer des mécanismes d'assurances maladies, l'Éthiopie aussi, prévoit de passer du paiement direct à l'assurance maladie. Le succès d'une telle politique dépend de la compréhension et la prévision des préférences potentiels des adhérents. Cela, parce qu'une faible allocation du budget aux services de santé, force les producteurs et les consommateurs à faire des arbitrages entre d'autres types d'assurance maladie qui ont de potentiels avantages. Une évaluation des préférences potentiels des adhérents peut apporter des informations nécessaires pour une allocation optimale des ressources dans le processus l'établissement d'une assurance maladie.

Nous avons utilisé un modèle de choix discrète (DCE) pour déterminer les préférences des employés du secteur formel pour l'assurance sociale de santé (SHI) en Éthiopie. Nous avons présenté aux participants 18 choix possibles d'assurance de santé communautaire (SHI) de type binaires. Chaque type d'assurance a présenté huit caractéristiques que sont: la prime, la souscription, les exclusions, les prestataires et le paquet de services couvert en hospitalisation et en ambulatoires, les médicaments et tests pris en charge.

Nous avons estimé un modèle de logit mixte pour déterminer la disposition des participants à payer (WTP) pour les différents paquets de services. Nous avons également prévu la possibilité d’utilisation d’alternatives. Des paquets de services ' sans exclusion, ' des prestataires publics et privés, le bas taux des primes et la couverture complète de tests et des médicaments, a été très appréciée et a fortement influencé le choix des participants.

Toutes choses étant égales par ailleurs, les répondants étaient prêts à contribuer à hauteur de 1,52 % (avec 95%CI: 0,71 ; 2.32) de leur salaire pour des paquets de service sans d'exclusions et qui emploient des prestataires aussi bien publics et privés. Cette option, est considérablement plus faible que la prime de 3 % proposée dans la première monture du projet de stratégie (d'assurance Santé communautaire (SHI)).Le paquet normal de service proposé par la stratégie de SHI, prévoyait une probabilité d’utilisation de 29 % (avec 95%CI : 0,25 ; 0,33).

La faible probabilité d’utilisation et la disposition à payer le paquet des services SHI proposées, suppose la prise en considération des préférences des potentiels adhérents dans la révision du projet en vue de l’instauration d’un système d’options dans le programme d’assurance (SHI).
Le régime d’assistance médicale (RAMED), un bilan d’étape

Dr Hassan SEMLALI, Ministère de la santé, semlalihassan@gmail.com

L’adoption de la loi 65-00, promulguée en 2002 et entrée en vigueur en 2005, des progrès importants ont été réalisés dans la mise en place de la couverture médicale de base, à travers l’extension de L’assurance médicale obligatoire (AMO) et la généralisation du régime d’assistance médicale pour les personnes démunis (RAMED).

4 ans après sa généralisation, le RAMED a franchi une phase d’évolution caractérisée essentiellement par l’immatriculation de plus de 9 millions de bénéficiaires et la dispensation de plus de 11 millions de prestations par les hôpitaux du Royaume allant de simples consultations à de véritables interventions hautement spécialisées dont les greffes d’organes.

Toutefois et hormis les avancées enregistrées, certaines contraintes nécessitent d’être traitées en profondeur pour qu’elles soient surmontées et permettre ainsi au RAMED d’atteindre les objectifs. Pour ne citer que celles qui sont les plus significatives et qui impactent son évolution à savoir :

- La sécurisation du financement du régime ;
- La gestion des ressources affectées au régime ;
- L’amélioration de la gouvernance du régime.

Conscient de la nécessité de pallier à ces insuffisances et pour assurer sa pérennité, plusieurs efforts sont en cours, notamment en termes de financement, de la mise à niveau des structures de soins et du plateau technique et de sa gouvernance. Aussi, des contraintes de type opérationnel ont fait l’objet du constat dressé suite à une analyse de situation après la 4ème année de la généralisation du RAMED et qui a suscité l’intérêt des différents acteurs sont en rapport avec le manque de communication et de sensibilisation des bénéficiaires sur leurs droits et leurs obligations.
PS 01/14


Stephen Kwasi Opoku-Duku \textsuperscript{a, }b, \textsuperscript{c}, Francis Asenso-Boadi \textsuperscript{d}, Edward Nketiah-Amponsah \textsuperscript{e}, Daniel Kojo Arhinful

\textbf{Contexte:} L'utilisation des services de santé dans le cadre du nouveau Régime National d'Assurance Maladie du Ghana (National Health Insurance Scheme - NHIS) a augmenté depuis son lancement en même temps que la clause sur les grands contentieux qui menacent la stabilité financière du système. Ce document cherche à mettre en évidence les conditions défavorables en évaluant l'effet et la fréquence de l'utilisation des soins de santé dans le renouvellement ou non de la souscription.

\textbf{Méthode:} Deux régions du Ghana ont été analysées à travers les données de 2008 à 2013 sur les souscriptions de routine et la fréquence d'utilisation. Nous avons utilisé le test de Pearson Chi-square pour vérifier si le nombre d'adhérents qui utilisent les services de santé sur une année quelconque et qui renouvellent leur souscription l'année suivante était très différent de ceux quiutilisent les services et ne souscrivent plus. La baisse du nombre d'assurés a été évaluée pour étudier la relation entre la fréquence d'utilisation de l'année précédente et les renouvellements pour l'année en cours.

\textbf{Résultats:} Nous avons trouvé des preuves de conditions défavorables. La majorité des assurés qui utilisent les services de santé ont tendance à renouveler leur adhésion alors que ceux qui n'utilisent pas les services abandonnent souvent la souscription. La probabilité de renouvellement s'est avérée nettement plus élevée pour ceux qui utilisent les services que pour ceux qui ne le font pas. Ce taux est encore plus important pour ceux qui fréquentent assez régulièrement les structures de santé.

\textbf{Conclusion:} La clause du NHIS sur les grands contentieux est lourde parce que les individus à haut risque qui choisissent eux-mêmes le régime auquel ils souhaitent souscrire fréquentent davantage les structures de santé et créent de ce fait des problèmes de stabilité financière. Les décideurs devraient prendre des mesures plus concrètes pour imposer l'inscription obligatoire afin que les personnes à faible risque demeurent inscrites et développer des moyens durables d’accroître les recettes tout en veillant à ce que les objectifs sociaux du régime ne soient pas compromis.
PS 01/15

Micro-assurances maladie et Accès durable aux soins : entre anti sélection et aléa moral en Côte d'Ivoire

Memon Fofana : Université PGC-Korhogo - fofanamemon20@yahoo.fr
(1) Dr ALLY Yao Lanzeli, Ministère d'État, Ministère du plan et de développement, allylanzali@yahoo.fr: 08BP1295 Abidjan08.
(2) Kamagaté Vahama, juriste-communicateur, consultant indépendant; kmahama2008@yahoo.fr
(3). Mlle Kouamé Affoué Mariam, Master II économie, Université du Nord (Abidjan). kouamaf@yahoo.fr

Pour espérer vive longtemps à défaut de prétendre à l'éternité, la population préfèrent une bonne couverture médicale. C'est dans cet ordre d'idée que l'on assiste depuis plusieurs décennies à l'émergence des systèmes d'assurance maladie. Le principe des systèmes d'assurance est une sorte de solidarité qui se caractérise par le paiement d'une cotisation et la gestion collective des risques maladies. Dans ce jeu de rapport, l'assuré a pour objectif la maximisation de son état de santé et la maximisation des coûts de soins prescrits. Dès cet instant, l'assureur veille à ce que l'assuré soit satisfait en lui proposant une bonne prime d'assurance. Or sur le marché on y trouve deux catégories de clients : ceux qui représentent un grand risque de maladie et ceux qui présente un moindre risque. Les plus petits risque auront tendance à payer des primes moins élevé pour une petite couverture. Poussé à l'extrême ce constat pose un problème d'anti-sélection du côté de l'assureur et un problème d'aléa moral du côté de l'assuré. Cette situation est susceptible d'affaiblir la viabilité du système.

L'objectif de la présente étude est de comprendre les facteurs sociaux susceptibles d'affecté ou non la durabilité du système. L'étude est basé sur une approche qualitative a visé comprehsensive axée sur les entretiens semi-structurés auprès des assureurs et assurés du district d'Abidjan.

Les faits observés ont permis de débouché sur le résultat selon lequel la nature des relations assureurs-assurés limite l'accès de la population aux soins de santé de qualité et fragilise aussi la viabilité financière du système. En effet, le risque aléa moral et l'anti-sélection produit à la fois par la population et le système assurance constituent des facteurs de non viabilité du système de santé et conséquemment limite l'accès durable de la population aux services de santé de qualité. Par exemple, les entretiens montrent qu'au niveau des risques moraux, les assureurs imposent à leur client de se prévenir contre les endémies, ce qui engendre un coût supplémentaire pour ces derniers. Et si les assurés parviennent à respecter cette condition en cas de maladie, ceux-ci vont consommer plus de soin que prévus. Sans développer toute la richesse du débat contemporain sur les maisons d'assurance, à travers la présente étude, l'on retrouve la double face de l'assureur. Autant de faits perçus, qui peuvent remettre en cause la viabilité des systèmes d'assurance et l'accès durable de la population aux soins de santé.
Une évaluation de la mutualisation en Ethiopie rurale.

Mr Awel Abayengo, Ethiopian Economic Association, awelmeti@yahoo.com


On constate qu’en 2012, 41% des ménages ciblés étaient favorables au régime de mutuelle, pourcentage qui est passé à 58% en 2015. Le renouvellement de l’adhésion est de plus de 80% des ménages initialement inscrits. L’expérience Ethiopienne d’enrôlement et de rétention des inscrits est impressionnante en comparaison à d’autres pays africains. En ce qui concerne l’enrôlement, il existe des différences importantes entre les régions pilotes. On constate que Amhara est la région qui enregistre le meilleur taux (68%) et Tigray avec 49% est la région où la couverture est la plus faible. Des différence de l’ordre de l’appropriation et de l’engagement des organes administratifs locaux dans l’effort concerté de mobilisation pendant les périodes prédéfinies de renouvellement, le temps d’attente, le calendrier de renouvellement, et le paiement des subventions pour les groupes indigents ont contribué aux disparités dans la couverture à travers les régions pilotes.

Les résultats de l’analyse multivariée montrent que, de façon identique à l’expérience de nombreux autres pays, les ménages les plus pauvres sont plus susceptibles d’être exclus du régime, principalement parce que les pauvres sont incapables de payer la contribution des membres. Cependant, la participation dans le programme de coopération productive qui cible les ménages en insécurité alimentaire augmente la possibilité de pouvoir adhérer au régime d’au moins 13%. Cela est dû à un meilleur accès aux connaissances sur la mutuelle de santé et des mécanismes de mise en place. L’augmentation de la taille du ménage augmente le taux d’acceptation du régime dès lors que la prime est constante et basé sur le nombre de membres du ménage, quelle que soit la taille de la famille.

Dans l’ensemble, cette étude démontre que le régime éthiopien peut jouer un rôle crucial pour atteindre les objectifs de la Couverture Maladie Universelle. Cependant, il y a un certain nombre d’obstacles à la mise en œuvre qui méritent l’attention des instances concernées. Entre autres, l’engagement politique limité à mobiliser les ménages cibles, le manque de services de soins de santé de qualité et la pénurie de médicaments dans les structures, l’attitude des agents de santé envers les patients inscrits, les comportements à risque dans l’utilisation des services, la faible capacité financière et la difficulté à régler les demandes de remboursement aux structures sanitaires sous contrat, et les connaissances limitées sur les caractéristiques de la conception du régime.
Session Parallèle 2 : Sessions Organisées

Session Organisée 3 : Progresser vers la CSU - Comment les partenariats public-privé entrent dans le cadre ?

Dr Gwenaël Dhaene, Health systems Adviser-P4H Co-ordination Desk, Health systems Governance and Financing Department (HGF), World Health Organization (WHO/OMS), 20 Avenue Appia - CH1211 Geneva, T:+41 22 791 4364, E: dhaeneg@who.int

Contextualisation L’un des moyens d’engager le secteur privé sur des objectifs conformes à la stratégie de santé publique pour lutter et progresser vers la Couverture Saintaire Universelle (CSU) passe par le biais des arrangements contractuels complexes de types « partenariats public-privé » ou PPP pour faire participer le secteur privé dans la prestation des services publics ou la facilitation d’un flux de services en relation avec la fourniture d’infrastructures, de services cliniques et non cliniques (par exemple auxiliaires), les équipements, les soins, ou une combinaison de ces services. La variété des modèles PPP nécessite des éclaircissements sur les éléments de base de ces contrats innovants, qui peuvent être résumés comme des projets de coopération entre les acteurs publics et privés visant à mieux répondre à un besoin public clairement défini par l’allocation appropriée des ressources, des risques et des avantages.

Buts et objectifs Cette session vise à offrir un aperçu neutre des projets de PPP dans le secteur de la santé et formuler des conseils opérationnels pour les décideurs et les gestionnaires de systèmes de santé pour les aider à faire des choix éclairés en ce qui concerne la pertinence, l’adéquation et le type potentiel des PPP qui peuvent les aider à construire des systèmes de santé résilients. Afin d’atteindre cet objectif, la session s’attellera à:

- Explorer comment les PPP avec un ensemble d’engagements pris avec le secteur privé de la santé peuvent contribuer efficacement à des systèmes de santé resilients et de transformateurs qui apportent une valeur ajoutée pour la CSU.
- Définir des modèles de PPP adaptés pour répondre aux besoins du secteur de la santé fondée sur des études et des cas d’expériences” reussies” ou sur des cas d’expériences “d’échecs”.
- Faire des recommandations et fournir des indications sur la manière dont il faut concevoir, mettre en oeuvre et gérer les règles de PPP sur la durée du projet ou du cycle de vie.
- Puir dans les expériences opérationnelles de l’OMS et s’appuyer sur des spécialistes de PPP ainsi que sur des experts institutionnels et de gouvernance pour formuler les recommandations pour une meilleure utilisation des contrats complexes et répondre aux besoins des décideurs et des administrateurs de santé publique.

Résultats attendus Les 40 participants (décideurs de santé, directeurs d’hôpitaux, spécialistes de la gouvernance, cadres des systèmes de santé) pourront appréhender l’ampleur et la profondeur des modèles de PPP et la meilleure façon de répondre aux besoins et aux défis des systèmes de santé et de la CSU avec des instruments de passation de marchés pour mobiliser les intervenants de santé privés afin de renforcer la performance des prestations des services de soins et rendre les services disponibles.

Résultats Les sujets potentielles seront qui seront débattus au cours de la sessions sont:

- Présentation de la valeur ajoutée des partenariats public-privé en matière de santé et en ce qui concerne les options d’achat: Contribution à la performance des systèmes de santé, en particulier dans le domaine des infrastructures de santé et le développement des services de santé
- Comprendre la diversité des modèles de PPP: Adaptation des modèles de transformation de l'engagement avec le secteur privé pour répondre aux besoins de santé dans le contexte de la CSU (disponibilité, accessibilité, équité et qualité des services de santé)
- Assurer l'optimisation des ressources et l'efficacité des attentes de partenariat dans le secteur de la santé,
- Développer les PPP: Comment assurer l'attractivité du cadre juridique pour les investisseurs et la croissance de l'investissement du capital? Comment générer des projets et des opportunités pour le marché du travail national?
- Techniques de passation de marchés polyvalents pour le secteur de la santé: Comment le PPP peut aborder la question de la technologie, de la conception et de l'innovation pour des changements dans le secteur la santé?

**Justification et portée**

Avec le progrès de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour un accès equitable et des soins de qualité et adéquats pour tout le monde, la question alléchante demeure: Comment concevoir des politiques de CSU de sorte que non seulement la protection financière soit assurée pour tout le monde mais que la prestation de services soit de haute performance et également possible. Dans ce contexte, la question sous-jacente concernant la CSU liée à la gouvernance, aux institutions et à une gestion agile et efficace pour des systèmes de santé résilients et transformateurs peuvent fournir des soins appropriés à tout le monde.

Dans ce contexte, la participation du secteur privé à faire en sorte que la diversité des parties prenantes impliquées dans la prestation des soins sont rationalisées et soutenir des besoins de santé publique définis est nécessaire et dans certains cas, il constitue la clé de l'efficacité dans la progression vers la CSU. Tel est le cas lorsque les autorités de santé publique ont besoin de puiser dans le secteur privé l'expertise qui fait défaut dans le secteur public (par exemple la gestion des infrastructures, le développement de la chaîne d'approvisionnement) ou les réseaux de densification des infrastructures sanitaires à chaque fois que les services de soins de santé existants sont en retard sur ce plan.

L'un des moyens d'engager le secteur privé sur des objectifs conformes à la stratégie de la santé publique passe par le biais d'arrangements contractuels complexes de “type” « partenariats public-privé » ou PPP. Derrière le terme “type”, il faut entendre un ensemble d'instruments de passation de marchés qui permet la participation du secteur privé dans la prestation des services publics ou la facilitation d'un flux de services en relation avec la fourniture d'infrastructures, de services cliniques et non cliniques (par exemple auxiliaires), des équipements, des soins, ou une combinaison de ces services.

La variété des modèles PPP nécessite des éclaircissements sur les éléments de base de ces contrats innovants, qui peuvent être résumées comme des projets de coopération entre les acteurs publics et privés visant à mieux répondre à un besoin public clairement défini par une allocation appropriée des ressources, des risques et des avantages.

Bien que le terme PPP a été inventé pour désigner à long terme (durée moyenne des contrats de PPP est de 25 à 30 ans) des contrats globaux fondés sur le partage des risques entre les secteurs public et privé, matérialisées par des paiements fondés sur des objectifs de performance prédéfinis, la gamme de contrats illustrent polyvalent possibilités souvent représentés par une « soupe alphabet » de acronymes qui encapsulent les services fournis (par exemple, le plus célèbre type d'infrastructure PPP étant le DBFOM, qui signifie design Build Finance Operate et maintenir).

Le PPP peut potentiellement permettre d’obtenir des gains d’efficacité pour le secteur public dans la gestion des services et / ou des infrastructures en matière de santé. Si cela est bien géré avec un bon encadrement, il permet aux gestionnaires des systèmes de santé de benficier des connaissances et de transfert de compétences et cela contribuera apporter une performance dans la disponibilité et la qualité des infrastructures et des services de santé. Cependant, les conditionnalités des PPP pour contribuer positivement à la CSU nécessitent
des recherches supplémentaires, des preuves de bonnes pratiques et le renforcement des capacités des gestionnaires de la santé publique.

Cette session examinerait comment les PPP avec un ensemble d'engagement avec le secteur privé de la santé peuvent contribuer efficacement à une plus grande étran formation de la performance des systèmes de santé et mobiliseront des ressources pour la CSU.

Le session définira des modèles de PPP adaptés pour répondre aux besoins du secteur de la santé fondée sur la base des études et des expériences “reussies” ou “d’échec”.

Elle fera des recommendation et de fournira des indications quant à la la manière de concevoir, de mettre en oeuvre et gerer les regles de PPP sur la durée ou du cycle de vie du projet.

La session va s'appuyer sur les experiences opérationnelles de l'OMS et de son cadre juridique. Elle s'appuiera sur ses spécialistes de PPP ainsi que sur des experts institutionnels et de gouvernance pour formuler des recommandations pour une meilleure utilisation des contrats complexes et répondre aux besoins des décideurs et des administrateurs de santé publique.
Session Organisée 4 : La Grande Convergence et l'éligibilité des pays aux mécanismes de financement internationaux : implications budgétaires pour la santé en Afrique

Dr. Justice Nonvignon, University of Ghana
Ms. Naomi Beyeler, University of California, San Francisco; naomi.beyeler@ucsf.edu; 550 16th St. San Francisco, CA, USA

CONTEXTE DE LA SESSION

En 2013, la Commission “Investir dans la santé” (CIH) a publié dans le Lancet un document intitulé “Santé mondiale d’ici 2035: Une Converge mondiale pour une génération.” Le rapport montre que des investissements accrus pour améliorer les nouveaux outils de santé et ceux existants, des pays à faible et à revenu intermédiaire, pourraient parvenir à une "grande convergence" en matière de santé à travers la réduction des taux de maladies infectieuses, de décès maternelle et infantile observés actuellement dans les pays à revenu intermédiaire.

La santé mondiale d’ici 2035 estime que combler l'écart de l'équité en santé coûterait 70 milliards $ par an de 2016 à 2035. Le rapport a constaté que la plupart de ces investissements supplémentaires pourraient provenir de la dépense intérieure des de ces pays, à condition qu’ils consacrent une partie de leur croissance économique au cours des 20 prochaines années au secteur de la santé. Le rapport plaide pour des investissements accrus en matière de santé, ce qui montre que le rendement de l'investissement pour une «grande convergence» serait impressionnant-avec un rapport coûts-avantages d’environ 9-20 à 1.

L’appel de la commission “Investir dans la santé” pour un investissement accru est particulièrement important pour les pays à faible et à revenu intermédiaire et ceux en transition vers les pays à revenu intermédiaire, où l’aide au développement pour la santé est en déclin ou devrait diminuer. Par exemple, les seuils utilisés par les grands bailleurs de fonds multilatéraux tels que le Fonds mondial et GAVI ont tendance à exclure les pays à revenu intermédiaire. Alors que les pays atteignent ces seuils de revenu, ils devront trouver de nouvelles ressources pour remplacer la réduction de l'aide extérieure, et mobiliser des revenus supplémentaires pour respecter les engagements nécessaires afin de parvenir à une convergence. Afin de veiller à ce que le financement actuel de la santé et le programme de la grande convergence ne soient pas compromis, les pays doivent explorer des sources alternatives de financement. En 2015, l’Association Africaine d’Economie et de Politique de santé (AFHEA) a commandé un projet visant à évaluer les implications budgétaires sur le secteur de la santé du Ghana et du Kenya due à leur nouveau statut de pays à revenu intermédiaire. Ce projet a évalué les conséquences de la réduction du financement sur les résultats en matière de santé. Il a également estimé les besoins de financement, exploré des sources alternatives de financement pour combler les gaps de financement de la santé afin de réaliser la grande convergence. Des options pour réaliser des gains d'efficacité au sein du système de santé pour étendre l'espace budgétaire pour la santé ont été explorées. Dans cette session, AFHEA et la commission “Investir dans la santé” présenteront une voie possible pour le Ghana et le Kenya pour atteindre la grande convergence en décrivant les besoins de financement de la santé au cours des prochaines années, les stratégies et les opportunités pour répondre au gap de financement et aux priorités des pays en matière de dépenses de santé nationale dans la perspective de parvenir à une convergence.
Présentation 1. L'agenda de la Grande Convergence : Implications du rapport de la Commission “Investir dans la santé” pour le Ghana et le Kenya

Présentateur: Commissaire Dr. Helen Saxenian de CIH

Contexte: Cette présentation donnera un aperçu du rapport de la Commission “Investir dans la santé”, en mettant en évidence les principales conclusions de la Commission et discutera principaux implications pour le financement de la santé au Ghana et au Kenya. Cette présentation mettra également en évidence les principales conclusions de la Commission et discutera principaux implications pour le financement de la santé au Ghana et au Kenya, si les pays priorisent les investissements du secteur de la santé afin de renforcer les capacités du système de santé et étendre les prestations de services à haut impact rentables pour la mère et l’enfant.

Objectifs de la session: Définir les niveaux et priorités investissements nécessaires dans la santé d’ici 2035 pour atteindre la grande convergence au Ghana et au Kenya et estimer le retour sur ces investissements;

- Définir les améliorations de la santé qui pourraient être réalisées au cours des 20 prochaines années grâce à des investissements ciblés;
- Discuter des principaux rôles que les différentes parties prenantes (à savoir les gouvernements des pays, les agences de financement internationales et les partenaires au développement, les groupes de la société civile) pourraient jouer pour assurer les progrès vers la grande convergence.

Méthodologie: Les chercheurs ont utilisé l’outil OneHealth de l’Organisation Mondiale de la Santé pour estimer les projections de coûts et les avantages de la convergence.

L’analyse des coûts a ensuite été effectuée pour évaluer les retours sur investissement. Toutes les analyses ont été faites sur la base de la méthodologie utilisée dans le rapport de la commission “Investir dans la santé d’ici 2035.”

Principaux résultats: Les investissements stratégiques pour le secteur de la santé pourraient se traduire par des améliorations rapides.

En augmentant les dépenses publiques pour la santé d’environ 566 millions $US par an, le Ghana pourrait éviter en moyenne plus de 55 000 décès par an à partir de maintenant jusqu’à 2035, avec des réductions durables dans le future. Dans le cas du Kenya, les estimations suggèrent que 18,6 milliards $US d’investissements annuels dans le secteur de la santé pourraient éviter en moyenne plus de 80 000 décès par an à partir de maintenant jusqu’en 2035. Ces investissements auraient également un impact positif sur la croissance économique. Pour chaque dollar investi pour la convergence au Ghana et au Kenya, environ entre 10-14 $US serait le gain enregistré en terme d’investissement au cours de la période 2016-2035, ce qui indique des retombées économiques importantes pour l’investissement dans la santé. Ces retours sur investissements très élevés constituent une preuve suffisante pour augmenter l’allocation des ressources nationales pour la santé.

Présentation 2. Obtention du statut de pays à revenu intermédiaire : Implications budgétaires pour la santé au Ghana

Présentateur: Dr. Justice Nonvignon / Dr. Geneviève C. Aryeetey

Contexte: La réalisation de la Grande Convergence telle que proposée par la commission “Investir dans la santé” dépend, dans une large mesure, du financement durable de la santé dans les pays à faible revenu, dont beaucoup continuent de dépendre fortement des sources de financement externes (principalement des bailleurs de fonds internationaux) pour financer le système de santé. Cependant, certains pays à faible revenu sont entrain de basculer dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire. Le niveau des fonds des donateurs est en baisse, ce qui entraîne de nouvelles contraintes et de nouveaux défis de financement de la santé pour ces pays. AfHEA a évalué les implications fiscales de l’obtention du statut de pays à revenu intermédiaire du Ghana en ce qui concerne le financement de la santé, et a exploré d’autres sources de financement telles que les impôts.
indirects, les primes d'assurance maladie, les fonds générés par les hôpitaux et d'autres initiatives de financement locales qui pourraient être utilisées pour combler le Gap de ressources nécessaires pour financer la santé, résultant de la transition vers l'indépendance de l'aide extérieure.

**Objectifs de la session**

- Résumer le déficit de financement estimé pour le système de santé du Ghana, en insistant particulièrement sur les besoins de financement par rapport aux objectifs de résultats de santé,
- Définir les approches prometteuses pour augmenter l'espace budgétaire pour le secteur de la santé,
- Discuter des options pour réaliser des gains d'efficacité au sein du système de santé.


**Présentation 3. rebasage du PIB: implications fiscales pour le financement de la santé au Kenya, une étude de cas de pays**

**Présentateur**: Dr Bernadette Wanjala

**Contexte**: Le Kenya a récemment été classé pays à revenu intermédiaire à la suite du rebasage de son PIB en 2014. Parallèlement à la nouvelle désignation de pays à revenu intermédiaire, le Kenya est potentiellement confronté à de nouveaux défis en matière de financement de la santé d'autant plus que les partenaires internationaux peuvent réduire le volume de l'aide au développement accordée pour la santé. AFHEA a entrepris une analyse pour évaluer les repercussions financière sur le secteur de la santé de cette transition et a identifié les opportunités pour le Kenya pour continuer à améliorer les performances du secteur de la santé avec le changement des sources de financement de la santé.

**Objectifs de la session**:

- Résumer le déficit de financement estimé pour le système de santé du Kenya, en particulier en mettant l'accent sur les besoins de financement par rapport aux objectifs de résultats de santé,
- Discuter des implications de la baisse du financement des bailleurs de fonds sur les interventions de santé prioritaires au Kenya,
- Définir des approches prometteuses pour augmenter l'espace budgétaire pour le secteur de la santé.

**Principaux résultats:** Similaires à l’analyse du Ghana, l’étude de cas du Kenya a cherché à estimer le Gap de financement dans le secteur de la santé du Kenya, ainsi qu’à identifier les sources probables de revenus supplémentaires pour le secteur de la santé. Les résultats montrent que le Kenya fait face à un déficit total de financement du système de santé d’environ 207 561 millions de francs Kenyan. Ce gap aura des répercussions importantes sur la capacité du Kenya à assurer la convergence. Plus précisément, notre analyse montre que les domaines de la santé infantile, maternelle, le VIH / SIDA, la prévention et la prise en charge de la tuberculose devraient tous, être affectés négativement par le déficit de financement. Notre analyse a identifié trois possibilités de générer des ressources additionnelles qui pourraient être allouées au secteur de la santé. Ceux-ci comprennent: les recettes (i) d’impôt bonifié (ii) l’efficacité du système de santé amélioré et (ii) le renforcement des partenariats public-privé.

**Présentation 4. Implications politiques de classification de revenu du pays et de transition pour les systèmes de santé et de la finance en Afrique**

**Présentateurs:** Des représentants du ministère de la Santé du Ghana, et du Kenya

**Présentation:** Au cours de la prochaine décennie, de nombreux pays à faible revenu devraient atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire en raison de la hausse des revenus nationaux. Avec cette transition, le rôle de l’aide au développement pour le financement des systèmes de santé va changer et l’importance du financement national de la santé va croître. Cette transition aura des répercussions importantes sur la façon dont les services de santé seront financés dans les pays à revenu intermédiaire. Des questions spécifiques comprennent: Comment les pays peuvent-ils augmenter et allouer les ressources nécessaires pour le secteur de la santé? Comment les pays peuvent-ils faire de sorte que les investissements en matière de santé sont efficaces et ciblés pour les interventions prioritaires pour soutenir les progrès réalisés dans l’amélioration des résultats de santé? Comment les ministères de la Santé peuvent-ils travailler avec les principaux intervenants y compris le secteur financier et les partenaires internationaux pour assurer un financement durable pour la santé? En utilisant les leçons apprises et les recommandations des analyses issues des études cas du Ghana et du Kenya, nous discuterons des implications politiques sur le financement de la santé, des implication sur le financement de la santé du statut de pays à revenu intermédiaire et la réalisation de la grande convergence en santé en Afrique.

**Objectifs de la session:**

- définir les implications politiques de la santé pour le Ghana et le Kenya du passant du statut de pays à faible revenue à pays revenue intermédiaire y compris les implications pour le financement de la santé
- discuter des implications politiques plus larges de la santé liées aux transitions de l’aide au développement de la santé pour les ministères de la santé et des finances en Afrique
- discuter des voies politiques prometteuses pour atteindre une Grand Convergence en santé en Afrique

**Principaux résultats** A travers la recherche conduite par AfHEA et la commission “investir dans la santé” (CIS), ainsi que des engagements pris par AfHEA et la CIS avec les responsables des ministères de la Santé et des Finances du Ghana et du Kenya, nous avons identifiés des opportunités prioritaires pour la politique de santé pour assurer un investissement adéquat dans le secteur de la santé afin d’atteindre la convergence. Il s’agit: des stratégies de mobilisation des ressources et des possibilités d’efficacité pour augmenter l’espace budgétaire pour la santé, identification et priorisation des interventions à haut impact et les plates-formes pour des investissements ciblés; recommandations pour les organismes donateurs sur des investissements stratégiques pour atteindre la convergence, des possibilités d’engagement entre les gouvernements, les donateurs et les autres parties prenantes du secteur de la santé pour assurer des gains en matière de santé et maintenir cela comme des sources de financement de la santé dû au changement de statut dans les pays.
Session Parallèle 2 : Rapport coût efficacité : études de cas

PS 02/1

Analyse coût-éfficacité de la lutte contre le paludisme à Madagascar

Voahirana Tantely ANDRANANTOANDRO, Université Catholique-Madagascar, anntantely@yahoo.fr
Martine AUDIBERT, CERDI, CNRS, Université d'Auvergne, martine.audibert@udamail.fr

Contexte

La lutte contre le paludisme à Madagascar a connu de gros progrès depuis les années 2000, le nombre de cas et de décès a régulièrement diminué sur la période 2000 – 2011 et en 2013, le profil épidémiologique du paludisme indiquait que plus de 70% de la population était soumise à un risque de faible transmission (0-1 cas pour 1000 habitants) contre moins de 30% à un profil de forte transmission (>1 cas pour 1000 habitants). Cependant, cette tendance à la baisse s’est inversée à partir de 2011 et s’est poursuivie jusqu’en 2013, conduisant l’OMS à appeler à maintenir la vigilance et les financements dans la lutte contre le paludisme jusqu’à son élimination définitive.

L’objet de cet article est d’estimer l’efficacité (coût-éfficacité) de la lutte contre le paludisme à Madagascar sur la période 2009-2013.

Méthode

Les données de coût ont été recueillies sur la période 2009-2013 (correspondant à la mise en œuvre de deux plans stratégiques) auprès des agents et institutions impliqués dans la lutte contre le paludisme à Madagascar, soit le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Fonds monétaire, le President Malaria Initiative via l’USAID, l’OMS et l’Unicef. La méthode suivie est celle classique de l’analyse des coûts décomposés par stratégie, activité et intrants. Le coût total de la lutte contre le paludisme est ensuite estimé.

Les données sur l’efficacité (nombre de cas, nombre de cas évités) sont issues des World Malaria Report et d’enquêtes de terrain.

Le ratio coût-éfficacité est le coût net actualisé de la lutte contre le paludisme (coût de la lutte moins les coûts des soins des cas simples et compliqués évités) divisé par le nombre de cas évités actualisés sur la période étudiée.

Résultats

Le ratio coût-éfficacité s’élève à 2405$, ce qui représente 8 fois le PNB par tête de Madagascar.

Conclusion

Si le coût-éfficacité de la lutte contre le paludisme est relativement élevé comparé au PIB par tête, la lutte contre le paludisme est toutefois essentiellement financée par les partenaires techniques et financiers. Par ailleurs, les résultats obtenus sont considérés comme bons, en 2014, plus de 88% de la population malgache vivait en zone de faible transmission contre 70% en 2012.

PS 02/2
Rentabilité des stratégies de diagnostic thérapeutique de la leishmaniose viscérale pédiatrique au Maroc.

Mr Sergi Alonso, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) and Manhiça Health Research Center (CISM), sergi.alonso@isglobal.org
(1) Mr. Sergi Alonso, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) and Manhiça Health Research Center (CISM), sergi.alonso@isglobal.org, Vila da Manhiça, Bairro Cambeve, Rua 12, Distrito da Manhiça, CP 1929, Maputo-Moçambique.
(2) Tachfouti Nabil, Sidi Mohamed Ben Abdillah University, tachfoutinabil@yahoo.fr, BP 1893, Route Sidi Harazem, Km 2,2, Fez, Morocco.
(3) Najdi Adil, Sidi Mohamed Ben Abdillah University, najdi.adil@yahoo.fr, BP 1893, Route Sidi Harazem, Km 2,2, Fez, Morocco.
(4) Dr. Elisa Sicuri, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) and Imperial College, elisa.sicuri@isglobal.org, C/ Rosselló 132, 4a planta, CP 08036 Barcelona, Spain.
(5) Dr. Albert Picado, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), albert.picado@isglobal.org, C/ Rosselló 132, 4a planta, CP 08036 Barcelona, Spain.

Contexte et objectifs
La Leishmaniose Viscérale (LV) est une maladie parasitaire négligée qui est mortelle si non traitée. Elle est endémique au Maroc et d'autres pays d'Afrique du Nord et affecte principalement les enfants des zones rurales. Au Maroc, l'observation directe des parasites Leishmania par aspiration de moelle osseuse est utilisée pour diagnostiquer la LV et le Glucantime® (SB) est la première ligne de traitement. Dans cette étude, nous évaluons le coût et la rentabilité des stratégies alternatives de diagnostic thérapeutique de la Leishmaniose Viscérale au Maroc. Nous évaluons en particulier l'utilisation du « liposomal amphotericin B » (L-AmB), le médicament le plus sûr et le plus efficace contre la Leishmaniose.

Méthodes
Un modèle d'analyse de décision a été utilisé pour apprécier le rapport coût-efficacité de l'utilisation du TDR et / ou l'administration à courte durée du L-AmB pour traiter les cas pédiatriques de LV au Maroc, comparé aux pratiques cliniques actuelles. Les coefficients de rentabilité, exprimés en coût par décès évité, ont été estimés en comparant les coûts et l'efficacité des méthodes alternatives et les pratiques actuelles. En outre, une analyse initiale a été entreprise pour évaluer la rentabilité de l'introduction des deux traitements L-AmB à des prix différents.

Résultats
Cette étude montre que l'utilisation du TDR et / ou l'administration à courte durée du L-AmB serait rentable dans le contexte marocain, selon l'Organisation Mondiale de la Santé: les coefficients de rentabilité étant moins de trois fois inférieurs au produit intérieur brut (PIB) par habitant. Lorsque le L-AmB est acheté à un prix préférentiel (18$US par flacon) l'utilisation de ce médicament pour traiter les cas de LV pédiatriques serait encore moins coûteux que le Glucantime (SB).

Conclusions
Les résultats de cette étude devraient encourager l'utilisation des TDR et / ou l'administration à courte durée de L-AmB pour le traitement pédiatrique de la LV au Maroc et d'autres pays d'Afrique du Nord qui font face aux mêmes défis, et les gouvernements et organisations internationales devraient négocier la réduction du prix du L-AmB afin d'adopter ce médicament comme traitement de première ligne de la LV pédiatrique.
**PS 02/3**

**Évaluation du Coût de la maladie pour le choléra et du coût de la campagne de vaccination des populations portuaires du lac Chilwa et des zones environnantes.**

_JB Le Gargasson (1), XX Huang (1), Bagrey Ngwira (2), Abel Mwanyungwe (2), P. Cavailler (1)_  
1 : Agence de Médecine Préventive, 2 : The Malawi Polytechnic of Blantyre

**Background :**

Le coût de la maladie du choléra fournit une référence importante pour l’évaluation du coût-éfficacité de la campagne de vaccination. La population rurale autour du lac Chilwa, au Sud du Malawi, contrairement aux autres populations de l’intérieur, ont un accès particulièrement limité aux structures de santé pendant leur séjour au bord du lac. Cela augmente le coût de la maladie et le risque de décès. Cette étude a pour objectif de révéler des évidences supplémentaires sur le coût de la maladie du choléra pour une population qui accède difficilement aux services de santé. Une campagne réactive a été menée sur le lac Chilwa et les zones environnantes.

**Objectifs :**

1. Mesurer le coût du traitement du choléra pour les prestataires  
2. Mesurer le coût du choléra pour les patients et leurs familles  
3. Mesurer l’investissement supplémentaire (public et privé) en réponse à une épidémie de choléra  
4. Mesurer le coût d’une campagne de vaccination contre le choléra, y compris les frais de livraison

**Méthodes :**

Étude du Coût de la Maladie dans les foyers et les structures de santé ciblant les trois districts de Machinga, Zomba à l’aide questionnaires standardisés. Un échantillon de 100 ménages de patients et 15 structures ont été interrogés. Du côté des patients, les dépenses et les pertes de revenus encourues au cours d’un épisode de choléra ont été enregistrées et seront évaluées. Du côté des structures de santé, les données sur les services offerts pour l’hospitalisation et le traitement ambulatoire du choléra seront systématiquement collectées et chiffrées. Un outil normalisé sera utilisé pour évaluer le coût de la campagne de vaccination.

**Résultats**

- Les pertes financières de la famille du patient induites par un épisode de choléra seront calculées. Les principaux facteurs de coût, comme la distance par rapport à la structure de santé, les pertes de revenus, la gravité de la maladie, etc. seront analysés.  
- Le coût par cas de choléra pour les structures de santé sera évalué par service fourni et par jour d’hospitalisation.  
- Le coût de la réponse à la dernière épidémie de choléra autour du lac Chilwa sera évalué.  
- Le coût social total de la maladie du choléra sera la somme de tous les coûts mentionnés ci-dessus.  
- Une estimation du coût global de la campagne sera calculée.

**Conclusions :**

Ces résultats devraient fournir des évidences supplémentaires sur le coût du choléra et de la rentabilité de la vaccination contre le choléra pour les décideurs au niveau national et mondial.
PS 02/4

L’utilisation de formations spécialisées pour la rétention des médecins au Malawi : Une analyse coût-éfficacité.

Dr Kate Mandeville, London School of Hygiene and Tropical Medicine, kate.mandeville@lshtm.ac.uk
(1) Professor Adamson S. Muula, Department of Community Health, School of Public Health and Family Medicine, College of Medicine-University of Malawi, Mahatma Gandhi Road, Blantyre, Malawi, amuula@medcol.mw
(2) Dr Titha Dzowela, Christian Health Association of Malawi, Lilongwe, Malawi, tdzowela@yahoo.com
(3) Dr Godwin Ulaya, John Hopkins Project, Blantyre, Malawi, godwin.ulaya@gmail.com
(4) Professor Kara Hanson, Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 15-17 Tavistock Place, London, United Kingdom, kara.hanson@lshtm.ac.uk
(5) Dr Mylène Lagarde, Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 15-17 Tavistock Place, London, United Kingdom, mylene.lagarde@lshtm.ac.uk

Contexte Le peu d’écoles de médecine et la forte émigration ont conduit à un faible nombre de médecins dans de nombreux pays d’Afrique sub-saharienne. La possibilité d’entreprendre une formation spécialisée a constitué un argument particulièrement important parmi les facteurs qui pouvaient retenir les médecins. Par contre, la capacité de formation étant très limitée, les médecins sont souvent envoyés dans d’autres pays pour se spécialiser, ce qui augmente le risque qu’ils ne reviennent pas après leur formation. Accroître la formation interne, cependant, peut être limitée par la réticence des médecins à accepter la formation dans leur pays d’origine. Nous avons modélisé les différentes options politiques dans un pays, par exemple le Malawi, en vue d’examiner le rapport coût-éfficacité du développement des programmes de formation spécialisée pour retenir les médecins en Afrique sub-saharienne.

Méthodes Nous avons conçu un modèle Markov du marché du travail pour les médecins au Malawi, en intégrant les données des études de traçabilité, les préférences des médecins en termes de formations spécialisées et des données sur les coûts locaux. C’est la première fois, que nous sachions, qu’un tel modèle a été construit pour la main-d’œuvre médicale en Afrique sub-saharienne. Une perspective du gouvernement sur 40 ans a été prise en compte. Les programmes de formation spécialisée élargie au Malawi ou en Afrique du Sud avec différentes exigences des services obligatoires ont été comparés aux conditions de base. Les mesures de résultats étaient relatifs au le coût par année, par médecin et le coût par année, par spécialiste dans le secteur public du Malawi.

Résultats L’intervention la plus rentable était le développement de la formation spécialisée au Malawi. Une longue expérience professionnelle avant la formation était plus rentable, avec l’obligation d’avoir servi pendant au moins cinq ans qui a permis d’augmenter les valeurs en termes du nombre de médecins par année. A la fin des 40 années de formation élargie au Malawi, la main-d’œuvre médicale devrait avoir augmenté de 50% et il devrait y avoir 6 fois plus de spécialistes qu’à l’heure actuelle. Ces politiques, cependant, nécessiteraient beaucoup plus que les dépenses actuelles du gouvernement. Ce dernier devrait être prêt à payer au moins 3,5 fois plus par médecin et par an pour une augmentation minimale de 5% du nombre de médecin et au moins 6 fois plus par spécialiste et par an pour une augmentation de leur nombre actuel de plus de 50%. L’option la plus optimale diffère suivant les sous-groupes de médecins, avec une plus grande augmentation pour les groupes dont les préférences sont plus raisonnables.

Conclusions Un financement soutenu de formations spécialisées pourrait conduire à une meilleure rétention des médecins en Afrique sub-saharienne.
Évaluer les coûts et l'efficacité de l'intégration des services de planification familiale dans les services de traitement du VIH et du SIDA en Zambie.

Dr Sophie Faye, Abt Associates Inc, sophie_faye@abtassoc.com.
Dr Elaine Baruwa, Abt Associates Inc, Bethesda, MD USA, elaine_baruwa@abtassoc.com.
Kelley Ambrose, Abt Associates Inc, Bethesda, MD USA, kelley_ambrose@abtassoc.com.
Dr Benjamin Johns, Abt Associates Inc, Bethesda, MD USA, ben_johns@abtassoc.com.

Contexte:
L'intégration des services VIH / SIDA à d'autres services de santé est une stratégie incontournable pour parvenir à une génération sans sida. L'intégration du Planning Familial (PF) en particulier aux services VIH peut améliorer les résultats et la continuité des soins de santé, et assurer des prestations de meilleure qualité par l'utilisation efficace des ressources. À la demande du Bureau de l'USAID du VIH / SIDA et de la mission de l'USAID en Zambie, le projet de financement et de gestion de la santé a utilisé des indicateurs quantitatifs pour évaluer les coûts et l'efficacité de deux modèles d'intégration du PF et des services VIH en Zambie.

Méthodes:
Nous avons effectué une comparaison transversale, non aléatoire entre deux modèles d'intégration : la "référence interne" (RI), où les patients peuvent être conseillés sur le PF dans une section VIH, mais sont dirigés vers la section PF, dans la même structure, pour d'autres services, et le « one-stop-shop » (OSS), où les patients peuvent être conseillés et bénéficier des services de PF au sein de la section VIH. Les modèles ont été comparés à l'aide de trois indicateurs d'efficacité: le pourcentage des occasions manquées de PF dans la section VIH, le temps passé à conseiller les patients VIH sur la PF, et le coût unitaire par patient VIH qui a eu à bénéficier de conseil et de services PF. Les données ont été recueillies à partir des systèmes d'information et de gestion de la santé, des dossiers de patients et des entretiens de sortie sur dix sites en Zambie sur la période d'Octobre 2013 à Septembre 2014.

Résultats:
L'étude n'a trouvé aucune différence statistiquement significative sur l'efficacité entre les modèles OSS et RI pour aucun des indicateurs proposés, y compris pour les coûts. Les coûts supplémentaires de services PF étaient de 3 $US en moyenne par patient pour le « One-Stop-Shop », et de 8 $US pour la RI. Le service de conseil PF a rajouté 3 minutes en moyenne sur le temps de consultation VIH (p = 0,03), mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative quant au temps additionnel entre les deux modèles (p = 0,65). Il y avait une variation assez hétérogène dans la mise en œuvre de l'intégration suivant les sites et les modèles. Le système de référence inopérant et le manque de suivi des patients ont compromis les avantages potentiels de l'intégration.

Conclusions:
Fournir un ensemble complet de services VIH et PF aux femmes séropositives coûte relativement peu, quel que soit le modèle d'intégration adopté. Par contre, l'amélioration des systèmes de suivi et d'orientation des clients pourrait en accroître l'efficacité. Il est nécessaire de consacrer plus de temps et d'efforts à la collecte de données sur l'efficacité, les références et le suivi des patients.
Session Parallèle 2 : Défis de la Couverture Sanitaire Universelle

PS 02/6
La croissance des Organisations de Maintien de la Santé au Nigeria et leurs potentiels rôles dans la promotion des efforts pour l’atteinte de la couverture universelle

Chima Onoka, University of Nigeria, chima.onoka@unn.edu.ng
(1) Kara Hanson, Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK, kara.hanson@lshtm.ac.uk, 15 - 17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK
(2) Anne Mills, Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK, anne.mills@lshtm.ac.uk, 15 - 17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK

Introduction: Très peu d’études portent sur le rôle potentiel que joue les Assurances Privées de Santé (APS) et les organismes privés dans l’état de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans les Pays à Faibles Revenus et à Revenus Intermédiaires et (PFR-PRI). Cet article analyse l’évolution des Organisations de Maintien de la Santé (HMO) au Nigeria, la nature des plans des APS et les Programme d’Assurance de santé Communautaire et les conséquences de leurs pratiques sur le processus de la couverture Maladie Universelle.

Méthodologie: Une étude de cas intégrée, avec plusieurs sous-sections d’analyse (les HMO individuelles et les HMO regroupées) et des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), ont été utilisées. L’étude était guidée par le paradigme, structure-comportement-performance, une stratégie qui constitue le fondement de la théorie néo-classique de l’entreprise.

Résultats: Les HMO se sont développées au Nigeria, pour fournir des Assurances Privées de Santé, toutefois elles ont connu une véritable croissance en raison de leurs rôles d’acheteurs auprès du gouvernement. Cela s’explique par le fait qu’elles sont des mécanismes nationaux d’Assurances de santé en charge du financement des ASC et mais aussi à cause de leurs systèmes rapides d’accréditations. Les Organisations de Maintien de la Santé se caractérisent sur le marché, par une concurrence monopolistique avec plusieurs types de produits, créant ainsi un risque de sélection. De même, en tant que regroupement de plusieurs entreprises ayant chacune divers produits, elles créent des risques d’inefficiences et de mutualisations à cause des systèmes administratifs parallèles. Bien que la nature uniforme du programme de ASC du secteur formel, stipule que les HMO ne doivent pas promouvoir les produits, les institutions tertiaires, les programmes d’assurances santé communautaires, sont de plus en plus, devenus comme des structures privées d’Organisations de Maintien de la Santé (HMO).

Conclusions: Les régimes privés de HMO existants ont une faible capacité d’extension de la couverture des soins de santé au Nigeria, ce qui justifie l’adoption d’une position critique à l’égard des PHI dans les efforts visant à promouvoir la CMU dans de tels contextes. Les faibles systèmes de réglementation ont permis l’introduction de comportements de marché qui entravent l’atteinte des objectifs de la CMU;

Recommandations: Partout où les HMO et d’autres organisations privées similaires, jouent un rôle dans le système de financement de la santé dans les PFR-PRI, elles doivent être accompagnées d’institutions de régulations et de juridictions fortes pour guider leurs comportements, identifier et contrôler les pratiques commerciales indésirables, si elles veulent contribuer à l’atteinte des objectifs de la CMU.
PS 02/7

Affronter les défis de la fragmentation dans la marche vers la couverture sanitaire universelle : une évaluation de l’impact de la coexistence de diverses modalités de couverture du risque maladie pour les assurés de la CNAM Tunisienne

(1) Professeur Salma Zouari, Université de Carthage salma.zouari7@yahoo.fr, Avenue de la République BP 77 -1054 Amilcar
(2) Professeur Assistant Ines Ayadi, Université of Sfax Ayadines@gmail.com Route de l’Aéroport BP 1169 .3029 Sfax

Si les acquis du système de couverture du risque maladie en Tunisie sont notables (couverture légale pour la majorité de la population active et ses ayants droit complétée par un programme d’assistance médicale pour la population pauvre et vulnérable), les questions et défis liés à l’équité, à l’extension de la couverture et à l’efficacité restent encore présentes et celles relatives à la pérennité du système de financement de la santé et de l’équilibre de la caisse nationale d’assurance maladie deviennent de plus en plus aigües.

La réforme du système d’assurance maladie engagée en 2007 a permis d’unifier les multiples régimes d’assurance préexistants en un régime unique couvrant la quasi-totalité des assurés sociaux, géré par la CNAM.

Un taux de cotisation unique a été appliqué à tous les assurés. Ces derniers ont cependant le choix entre trois filières qui introduisent différentes modalités d’accès aux prestataires publics et privés en fonction de l’ampleur et des modalités de copaiement, générant de fait une fragmentation au sein d’un régime réputé unique.

La présente étude se propose d’évaluer l’impact de l’existence de ces trois filières sur les objectifs énoncés lors de la réforme : amélioration de l’accès, de l’équité, de la qualité, de la maîtrise des dépenses etc.

Une première section consiste en une analyse de la pertinence de la réforme assurance maladie. Elle comporte :

- une brève description du contexte de la création de la CNAM, des objectifs attendus par la mise en place de trois filières ;
- une analyse des choix à travers une synthèse des points de vue et des arguments des institutionnels et des usagers et un recensement des difficultés et opportunités rencontrées lors de la mise en œuvre des filières et du système de remboursement ;
- un rappel des arguments théoriques relatifs à la coexistence de diverses modalités de couverture du risque maladie débouchant sur un cadre d’analyse et un ensemble d’hypothèses à tester.

La seconde section est élaborée sur la base d’une analyse quantitative exploitant les statistiques de la CNAM et les données individuelles de l’enquête consommation 2010 de l’Institut National de la Statistique (INS). On y analyse les conséquences de la mise en œuvre de la réforme en faisant le bilan de l’utilisation effective des soins selon les régimes d’affiliation, en en questionnant les implications en termes d’équité et de solidarité et finalement en s’interrogeant sur l’efficience des mécanismes mis en œuvre et leurs conséquences sur l’équilibre de la CNAM.

En conclusion sont proposées des options pour l’amélioration de la couverture offerte.

(3) Pour toute correspondance, merci de bien vouloir contacter : M. Benoit Mathivet, Conseiller en Système de Santé, Bureau Pays de l’OMS en Tunisie. mathivetb@who.int
PS 02/8

Améliorer la capacité de réalisation de la Couverture Maladie Universelle: l’état de la situation des soins de santé dans le contexte de l’État de Lagos.

Akaoma Onyemeluoke; Abts Associate Partnership for transforming health systems Phase 2 (PATHS2)
Ibironke Dada, Abts Associate Partnership for transforming health systems Phase 2 (PATHS2); ibironke2000@yahoo.com; 17/19 Micheal Otedola Crescent Ikeja GRA Lagos

Contexte: La réalisation de la couverture maladie universelle est essentielle pour atteindre l’ODD en matière de Santé. La réglementation des soins de santé est une fonction essentielle de gouvernance pour assurer la fiabilité, l’efficacité, la qualité, la précision, tout en alliant disponibilité, accessibilité, abordabilité des soins de santé administrés dans les normes requises. Le gouvernement à travers son plan de développement (2012-2025) s’est engagé à assurer un accès allégé à des soins de santé de qualité à ses citoyens. Cela a nécessité l’élaboration d’un cadre législatif pour une réforme de la santé et l’amélioration du financement. Le succès de ce plan est tributaire de la capacité à réglementer les prestations aussi bien pour les structures publiques que privées.

But et objectifs: Cette recherche visait à évaluer l’état actuel du cadre réglementaire en vue de fournir des éléments d’appréciation de la situation quant aux lacunes identifiées, d’établir un score de base pour observer les améliorations et élaborer des stratégies de renforcement des capacités de régulation dans ces organismes. Officiellement, le « Health Monitoring Facility and Accreditation Agency » (HEFAMAA) et le « Traditional Medicine Board » (TMB) ont plein mandat pour réglementer les services de santé dans les établissements publics et privés, formels et informels.

Méthodes: Pour cette recherche, une étude théorique des cadres législatifs existants a été faite. Des entrevues ont été menées avec les responsables gouvernementaux concernés. Une liste de contrôle a été adaptée à partir de la matrice d’évaluation des accréditations / réglementations des structures de santé. Elle a été utilisée pour établir un score de base quant à la réglementation des soins de santé à Lagos, sur une échelle de 0 à 2.

Principales conclusions: Les résultats montrent qu’un cadre législatif et des plans existent pour définir le contexte général de la réglementation des soins de santé au Nigeria et de l’État de Lagos, mais il existe des zones de chevauchement dans les fonctions réglementaires du Ministère de la Santé et de ses agences. De manière générale, les agences sont en sous-effectif et démontrent un manque de capacité technique pour des actions de réglementation. La portée réglementaire est limitée, fractionnée et comporte des lacunes dans la coordination et l’exécution des actions. Les méthodologies de réglementation se limitent aux certifications et autorisations d’exercer. Les outils de réglementation sont inadaptés et sans ligne directrice opérationnelle; Le système d’inspection est inopérant, le suivi et l’évaluation font face à des obstacles financiers. Les rapports d’évaluation ne sont pas toujours utilisés pour des visites de suivi et quelques cas de charlatanisme sont à déploquer.

Conclusion: Le cadre réglementaire imprécis aggrave les défis réels liés à une masse populaire importante, une demande en soins proportionnelle et des indices de santé insignifiants. Cela constitue un obstacle certain pour assurer des soins de qualité aux citoyens durant la période de validité de l’assurance maladie obligatoire, ou le paiement auprès de fournisseurs de services dans les structures de santé publiques ou privées. Il est essentiel de renforcer les systèmes de réglementation et de soutenir l’amélioration de la qualité des services.
Contexte: La santé, en raison de son rôle central pour l'humanité, est classée comme une catégorie «spéciale» du marché de biens et services. Pendant que certaines écoles de pensées croient qu'il est préférable de la laisser en dehors du domaine du marché (lois de l’offre et de la demande), d’autres ont des raisons tout aussi valables de ne pas rejeter les valeurs que les lois du marché pourraient apporter à la performance en particulier, la concurrence et la compétitivité. Cependant, dans la mouvance séduisante mondiale pour la collectivisation des soins de santé il y a nécessité de garantir l’accès aux soins pour tous, indépendamment du revenu ou de statut social, mais uniquement basé sur le principe normatif d’équité et de justice. Au-delà du rôle de premier plan sans cesse croissant des prestataires privés dont l'objectif premier est la maximisation du profit, le défi majeur pour les décideurs est donc de trouver l’équilibre optimal entre les lois du marché et les autres solutions alternatives.

Méthodes: Cette étude adopte une méthodologie mixte utilisant des données primaires pour triangular les données provenant de sources secondaires. Elle applique également des théories économiques existantes pour analyser le paysage de la santé et le contexte du Nigéria en tirant les enseignements qu’il faut à partir du comportement et des interactions des différents agents économiques impliqués dans le processus.

Résultat: L’analyse montre que, pris à l’extrême, aussi bien les lois du marché que les seules réglementations gouvernementales produisent des résultats peu recommandables. Les échecs du marché sont endémiques et il y a grande nécessité d’une réglementation. De même, les échecs du gouvernement sont non négligeables. Mais plus important encore, le marché ne dit rien quant à savoir si le résultat sera juste et équitable. Cependant, vu la complexité du domaine des soins de santé, un marché mixte public-privé peut offrir des avantages réels, mais seulement dans un environnement bien réglementé surtout, dans les pays en développement.

Conclusion: Sans mécanisme de gestion efficace pour accompagner, contrôler, inciter à la qualité, l'équité et l'accessibilité, le marché de la santé continuera à produire des résultats médiocres qui vont favoriser les couches les plus aisées de la population et pervertir ainsi le principe de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Mots-clés: Soins de santé, Marché, Couverture Maladie Universelle, Réglementation.
Design institutionnel et pratiques organisationnelles pour la prise en charge des groupes vulnérables et du secteur informel dans le cadre de la CSU : une analyse comparée des options dans l’espace CEDEAO (DIPO)

Pascal Ndiaye, Consultant (pascalnd@gmail.com); Werner Soors, Institute of Tropical Medicine; Justin Tine, Consultant; Oumar Ouattara, Consultant, Farba Lamine Sall (OMS-Sénégal), Miloud Kaddar, Consultant

La CSU est inscrite dans les agendas de la majorité des 15 pays de la CEDEAO. Les progrès sont variables selon le contexte socio-sanitaire, les capacités des pays et le sérieux des engagements politiques. Ces pays ont un niveau élevé de pauvreté et une prépondérance des activités primaires et du secteur informel. Plusieurs initiatives ont été entreprises pour réduire l’obstacle financier à l’accès aux soins de santé, notamment pour les groupes vulnérables et ceux du secteur informel. Elles sont loin d’être suffisantes et efficaces. Le cadre législatif et réglementaire de la CSU ainsi que les pratiques actuelles de fonctionnement des mécanismes et régimes censés aider atteindre la CSU constituent eux-mêmes des défis.

Objectif : Analyser les design/montages Institutionnels (DI) et les Pratiques Organisationnelles (PO) les plus fréquents dans les stratégies CSU pour la prise en charge des groupes vulnérables et ceux du secteur informel.

Méthode : Sur la base de mots clés comme design / montage institutionnel, CSU, CMU, organisationnel, UEMOA ... Aprés application de critères de sélection, nous nous avons retenu et analysé 23 documents stratégiques et techniques du Mali, Sénégal, Côte d’Ivoire, Burkina Faso (considérés comme ayant des avancées significatives dans la mise en place de la CSU).

Résultats La revue de la littérature nous a permis de considérer i) les institutions comme la combinaison de règles formelles ou informelles et ii) les pratiques organisationnelles, comme l’interprétation et l’application des règles formelles, la capacité organisationnelle et le capital de pratiques. Les définitions et études relatives au DIPO ont permis d’aller au delà du cadre d’analyse construit autour des fonctions du financement de la santé (collecte, mise en commun et achat de services) en ajoutant l’économie politique. Globalement, la plupart des pays de la CEDEAO ne disposent de cadres régaliens spécifiques à la CSU. Dans les pays étudiés, il a été noté une fragmentation des lois, règlements et modalités de fonctionnement par régime de couverture sociale. On aboutit au même constat avec les documents sous régionaux.

Les montages institutionnels pour prendre en charge des groupes vulnérables et ruraux (notamment l’assurance maladie communautaire, les initiatives d’ exemption et de subvention, qu’elles soient ciblées sur des catégories sociales ou sur des pathologies) sont également organisés par régimes. 80% des documents se réfèrent explicitement aux pratiques gestionnaires et administratives antérieures à la stratégie CSU. Les mécanismes politiques de concertation et d’articulation ne sont pas organisés. Au niveau régional, une harmonisation de pratiques gestionnaires et de législation est en œuvre, mais réservée seulement aux mutuelles de santé. Les dispositifs normatifs ne sont pas accompagnés de modalités d’application. Pour les autres mécanismes, il n’y a pas de dynamique communautaire.

Pour ce qui est des mécanismes de coordination technique et politiques, tous les pays disposent d’institutions par régime. Cependant, pour l’assurance, les points de collecte ne sont pas toujours accessibles, ni la méthode cohérente. Ceci révèle cinq points critiques :

- La collecte des ressources : tous les pays adoptent encore le caractère volontaire de l’adhésion à l’assurance maladie communautaire, ce qui laisse la place à certains risques tels que la sélection adverse.
- Toutes les initiatives de gratuité ne sont pas institutionnalisées et n’ont pas de plan crédible de pérennisation.
- L’achat de services : les méthodes de paiement des prestataires n’offrent pas une protection contre les risques catastrophiques pour les bénéficiaires ni une maîtrise de la trésorerie des formations sanitaires.
- D’importants lacunes et dysfonctionnements sont notés dans les relations entre bénéficiaires – payeurs – prestataires.

**Conclusion**

Cette étude constitue le début d’une analyse de DIPO. Une part importante est faite sur le DI, mais moins sur les PO (pour lesquels une approche sur les parties prenantes et l’analyse des discours est nécessaire). Le mode de fonctionnement des organisations, la faiblesse de leurs relations et mise en œuvre des normes et règles en place ne facilitent ni les progrès vers la CSU et leur mesure ni l’évaluation des performances des institutions et leur capacité d’adaptation. Les résultats de cette recherche initiale sur le DIPO de certains pays africains suggèrent l’urgente nécessité de peaufiner le cadre d’analyse du DIPO et les déterminants des progrès vers la CSU. Le dépassement du cadre administratif et la promotion d’un cadre communautaire produira un gain certain sur le plan économique et organisationnel et facilitera à terme le suivi et la mise en œuvre pour les ensembles régionaux d’une réelle démarche communautaire.
Session Parallèle 2 : Données pour la gestion et la prise de décision politique

PS 02/11
Rôle et utilisation des données scientifiques dans l'élaboration des politiques: une analyse basée sur des études de cas du secteur de la santé au Nigeria

Dr Enyi Etiaaba, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, enyi.etiaaba@unn.edu.ng

1. Prof. Obinna Onwujekwe, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, obinna.onwujekwe@unn.edu.ng.

2. Dr. Nkoli Uguru, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, nkuguru@gmail.com.

3. Dr. Giuliano Russo, Instituto de Higiene e medicina Tropical (IHMT), The Nova University of Lisbon, Lisbon, Portugal, grusso@ihmt.unl.pt

4. Dr. Chineme Mbachi, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, chinyme23ng@gmail.com.

5. Dr. Tolib Mirzoev, Nuffield Centre for International Health and Development, Leeds Institute of Health Sciences, University of Leeds, Leeds, UK, t.mirzoev@leeds.ac.uk.

6. Prof. Benjamin Uzochukwu, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, bsuzochukwu@gmail.com.

Contexte: L’élaboration des politiques de santé est un processus complexe et l’analyse de l’importance des données est encore un domaine en évolution dans de nombreux pays à faibles revenus ou revenus intermédiaires. Lorsque les données sont utilisées, elles sont fortement affectées par des spécificités cognitives et institutionnelles du processus politique. Cet article analyse le rôle des différents types d’études effectuées dans le développement des politiques de santé au Nigeria.

Méthodologie: Le rôle des données scientifiques a été comparé entre trois études de cas représentant différentes politiques de santé, à savoir (1) la Stratégie Intégrée de Santé Néonatale, Infantile et Maternelle (SISNIM); (2) la politique de Santé Buccale-(SB); et (3) la politique des Ressources Humaines pour la Santé (RHS). Les données ont été recueillies au moyen de revues documentaires et 31 entretiens individuels avec des acteurs politiques clés.

Un cadre d’approche a été utilisé pour analyser les données avec le logiciel NVIVO 10.

Résultats: La plupart des répondants perçoivent les données comme étant factuelles et concrètes pour soutenir une décision. Une donnée ou preuve scientifique est le plus souvent utilisée lorsqu’elle est perçue comme, accessible et rapide et tient compte du contexte. Les travaux du Lancet, reconnus comme étant de faibles coûts mais à haut impact, sont utilisés dans l’élaboration de la politique de SISNIM. Dans les politiques de SB et RHS, les données informelles telles que les expériences et avis d’experts, seraient utiles dans la phase d’élaboration des politiques. Des évidences scientifiques formelles et informelles sont mentionnées dans les politiques RHS et BS, tandis que le développement de la SISNIM, les données sont principalement de sources plus formelles. Dans l’ensemble, les répondants ont affirmé que les données ou études scientifiques formelles, telles que les rapports d’enquêtes et les publications de recherche, ont été les plus utiles dans la phase d’établissement de l’agenda, pour l’identification des besoins auxquels doit répondre la politique et partant, initier le processus d’élaboration de celle-ci. Les données scientifiques produites localement et internationalement sont utilisées pour déterminer les besoins, élaborer les politiques mais elles sont faiblement utilisées pour développer des stratégies de mise en œuvre de politiques.

Conclusion: La reconnaissance de la valeur des différents types de données scientifiques, la structure de collectes et leurs utilisations, peuvent favoriser le développement d’un processus décisionnel, fondé sur des données probantes en matière de politique de santé au Nigeria et dans d’autres contextes similaires.
PS 02/12

La recherche d'information en santé sur internet: une analyse sur données Camerounaises

BAKEHE Novice Patrick, P.O. BOX 4232 FSEGA-Université de Douala novicebakehe@yahoo.fr

D’un point de vue de santé publique, l’internet est rapidement apparu comme un outil potentiellement utile pour l’information des patients et la promotion de la santé. L’objectif de cette étude est de déterminer si au Cameroun, l’utilisation de l’internet pour s’informer en matière de santé bénéficie davantage à certaines catégories de la population. Pour ce faire, nous posons l’hypothèse que l’usage de l’internet pour des questions de santé repose principalement sur les caractéristiques socio-économiques des individus. Notre analyse empirique repose sur une spécification économétrique de type probit avec correction du biais de sélection et s’appuie sur une base de données originale et récente. L’échantillon concerne 2266 individus dans 5 villes (Douala, Yaoundé, Bafoussam, Limbe et Buea) et les enquêtes ont été menées en 2015 par le Groupe de Recherche en Economie Théorique et Appliquée de l’Université de Douala avec un appui financier du Consortium pour la Recherche Economique en Afrique (CREA).

En considérant les seules variables de type socio-économiques, il apparaît que la probabilité d’utiliser l’internet pour des questions de santé est plus importante chez les individus de sexe masculin qui ont un niveau d’étude et de revenu élevé et vivant en zone urbaine. Par contre, l’âge n’a aucune influence sur la recherche d’information de santé via internet. Si l’on incorpore le caractère technophile des individus, nos résultats montrent que la possession d’un ordinateur, d’un Smartphone ou d’une connexion internet à domicile influence positivement l’usage de l’internet pour la recherche d’information de santé.

Les résultats de cette étude pourraient permettre d’orienter les politiques de santé publique en regard de l’utilisation des TIC en général et de l’internet plus particulièrement pour s’informer en matière de santé.
Améliorer le financement des soins de santé primaires au Ghana: l'espace budgétaire potentiel de l'analyse de l'efficacité

Jacob Novignon, Economics Department, University of Ibadan - Ibadan, Nigeria - nonjake@gmail.com
Justice Novignon, Department of Health Policy, Planning and Management School of Public Health, University of Ghana, Legon-Ghana jnonvignon@ug.edu.gh

Contexte Suite à la Déclaration d'Alma-Ata, les prestations des soins de santé primaires sont devenues cruciales dans de nombreux pays. Dans les régions où les ressources sont limitées comme en Afrique subsaharienne, les établissements de soins de santé primaires essaient de combler le fossé de l'inégalité d'accès des soins de santé des communautés défavorisées et vulnérables. Cependant, la plupart des établissements de soins de santé primaires sont confrontés à l'insuffisance de ressources. Alors que les responsables politiques de la santé cherchent à accroître les ressources consacrées aux soins de santé primaires, il est important de comprendre la nature de l'inefficacité qui existe dans les établissements sanitaires. Les études qui analysent l'efficacité des établissements de soins de santé primaires sont très peu, en particulier en Afrique subsaharienne. De fait, les objectifs de cette étude seront : (I) Evaluer l'efficacité des établissements de soins de santé primaires (centres de santé), (ii) examiner l'espace budgétaire potentiel pour améliorer l'efficacité (iii) et enfin étudier les disparités en matière d'efficacité au niveau des établissements publics et privés de santé.

Méthodologie Les données utilisées sont de 2015 et extraites de “Accès Bottlenecks”, du projet coût et équité conduit par l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation. The Stochastic Frontier Analysis (SFA) a été utilisé pour évaluer l'efficacité des établissements de santé. Les scores d'efficacité ont ensuite été utilisés pour calculer les économies potentielles de l'amélioration de l'efficacité. Les visites ambulatoires ont été utilisées comme extrant tandis que le nombre de personnel, les lits d'hôpitaux, les dépenses d'investissement et celles de fonctionnement ont été utilisés comme intrants. Les disparités en matière d'efficacité entre les établissements publics et privés ont été estimées en utilisant l'approche correspondante de décomposition Nopo. Des contrôles robustes ont été effectués en utilisant différentes hypothèses de distribution et les formes fonctionnelles de la fonction de production.

Résultats En moyenne, l'efficacité dans tous les centres de santé échantillonnés a été estimée à 0,53. En outre, l'efficacité moyenne parmi les établissements de soins de santé primaires a été estimée respectivement à environ 0,61 et 0,52 pour les établissements publics et privés. Des disparités importantes en termes d'efficacité ont été identifiées dans les différentes régions administratives. En ce qui concerne l'espace budgétaire potentiel, nous avons constaté qu'en moyenne, les établissements pourraient économiser environ 46,5% du total des recettes si l'efficacité est améliorée. Les établissements ruraux et urbains pourraient économiser respectivement en moyenne 46,8% et 46,0% du total des recettes. De même, les établissements publics et privés pourraient économiser respectivement 38,8% et 47,4% du chiffre d'affaires, si les meilleures pratiques sont suivies. La décomposition correspondant a montré un écart d'efficacité de 0,23 entre les établissements publics et privés. En outre, la différence d'efficacité entre les deux types d'établissement est inexpliquée dans notre modèle.

Conclusion Il est nécessaire que les gestionnaires des établissements des soins de santé primaires améliorent la productivité grâce à une utilisation efficace et efficiente des ressources. Les efforts visant à améliorer l'efficacité devraient se concentrer sur la formation du personnel et l'amélioration de l'environnement des établissements avec des approches de suivi et d'évaluation efficaces.

Mots-clés: soins de santé primaires, efficacité, SFA, espace budgétaire pour la santé, décomposition Matching, Ghana
Utilisation des documents Audio/Vidéo pour l'analyse des politiques de santé en Éthiopie.

Mirkuzie Woldie (MD, MPH), Department of Health Policy and Management, Jimma University, e-mail: mirkuzie@yahoo.com, Tel: +251917804051
Tesfamichael Alaro, Bitiya Admasu, Kirstin Mitchell, Susannah Mayhew, Martin McKee, Dina Balabanova

Contexte L'utilisation des documents audio et vidéo pour recueillir des données sur les habitudes quotidiennes des participants à l'étude est riche d'enseignements, mais ce phénomène est relativement nouveau dans l'analyse des politiques de santé. Ces méthodes comportent des avantages significatifs: a) l’authenticité et la singularité de l'expérience individuelle du participant; b) la capture des expériences en temps réel, ce qui minimise les oubli; c) la stimulation et l'amélioration des réponses au fil du temps, et d) la motivation supplémentaire pour les répondants, en particulier pour les vidéos, qui sont considérées comme plus interactives.

Méthodes Nous évaluons l'utilité d'une méthode audio/vidéo comme outil d'analyse des politiques de santé; et surtout pour mieux comprendre le rôle des volontaires communautaires comme médiateurs pour une meilleure accessibilité aux soins de santé primaires en Éthiopie. Les filmages sont effectués sur 3 à 4 mois, sur un échantillon de 30 cellules sanitaires (une cellule comprend 5 familles), dans 3 « woredas » (districts) avec des niveaux de performance du système de santé différents et des contextes sociaux divers. Après l'engagement de la communauté et la formation, les participants reçoivent un téléphone crypté avec capacité d’enregistrement. Ils sont assistés par des chercheurs expérimentés à travers une communication régulière et des visites de terrain, pour établir la confiance et encadrer les préférences (par exemple pour l’audio), assurer la fiabilité des données et réduire les réponses inutiles et autres travers. Les participants peuvent consulter leurs fichiers et sont interrogés sur leurs impressions par rapport à cette expérience. Les vidéos et les données qualitatives sont analysées et comparées en utilisant MAXQDA 12. Un atelier de co-production avec les participants et les chercheurs est organisé dans le but d'améliorer l'interprétation des données.

Résultats Les résultats cherchent à identifier la valeur ajoutée potentielle de la méthodologie: capacité de capturer avec plus de précision la perspective des volontaires, plus grande possibilité de reconsulter les données, émergence de nouvelles idées ou suivi de thèmes abordés ultérieurement, motivation des répondants, et complémentarité avec d’autres méthodes, ce qui aide à une meilleure interprétation des résultats. La contribution de l'atelier theco-production pour l'interprétation et la hiérarchisation des thèmes récurrents a permis d'identifier des zones d'ombres, ce qui implique qu'elle doit être mieux analysée, dès lors que c'est un outil de promotion important. Certaines réponses inexploitables pourraient persister, surtout lorsqu'il y a des soucis d’anonymat ou de confidentialité des données ou encore de bouleversement des normes sociales. Fait important, l'analyse des données obtenues à travers les enregistrements, et leur spontanéité au fil du temps, pourrait en soi constituer une intervention, car elle est susceptible de changer les perceptions des répondants de leur propre réalité.

Discussion Nous pensons que l’Audio/Vidéo –dont le format serait adapté au contexte– pourrait être un outil intéressant pour soutenir le développement des politiques de santé. L'approche peut fournir des résultats en temps réel, saisir les points de vue des volontaires dans leur contexte spatio-temporel. Elle pourrait permettre aux participants de mieux comprendre leurs propres besoins et ceux de leur communauté, et veiller à ce que ceux-ci soient pris en compte dans l’élaboration de politiques de santé publique.
PS 02/15

Mise en œuvre d’une planification opérationnelle des soins de santé primaires à partir de données probantes: Enseignements d’un état du Nord Nigéria.

Ejemai Eboreime*, Usman Garba²
1 School of Public Health, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa, ejemaim@gmail.com
2 Kaduna State Primary Health Care Agency, Kaduna, Nigeria.

Contexte: Pour assurer une meilleure performance des interventions et une couverture équitable pour les soins de santé primaires (SSP), l'Agence Nationale Nigériane de développement des SSP a initié en 2011 une réorganisation du secteur. Elle consistait en une évaluation trimestrielle des performances, accompagnée d'un planning d'opérations élaboré par les responsables du secteur des soins de santé primaires sous le couvert des autorités locales, sur la base de données recueillies périodiquement.


Résultats / Discussion:

Des améliorations de la couverture effective ont été observées dans toutes les interventions avec le plus fort taux (11%) se produisant dans la couverture vaccinale, contrairement à l'accouchement assisté qui a connu une moindre amélioration (seulement 1%). Le manque de ressources humaines qualifiées a été identifié par toutes les administrations locales comme le principal obstacle pour toutes les interventions. Cette situation a persisté après un an, en dépit du développement des plans d'action pour répondre aux contraintes identifiées. La mauvaise qualité des services suivait juste après dans le classement, mais cela pouvait être attribuable en grande partie à des contraintes de ressources humaines.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action a montré que seulement 6 sur les 23 localités ciblées ont réalisé au moins 50% des activités prévues pour l’année. Sur les 1.562 activités prévues pour faire face aux obstacles liés aux SSP dans l'état, seulement 568 (36 %) ont été complètement réalisées.

Même si toutes les localités ont pu effectuer les étapes " Diagnostiquer - Intervenir ", la mise en œuvre de « Vérifier – Ajuster » était faible en raison principalement des contraintes en matière de financement et de volonté politique. Cela explique sans doute les faibles résultats observés. En outre, les feuilles de présence ont montré que, contrairement à l'esprit de sa conception, la communauté n'a pas été impliquée dans le processus.

Conclusion: L'innovation DIVA est prometteuse pour une planification basée sur des données probantes et efficace des SSP au Nigéria. Par conséquent, nous recommandons que le gouvernement et tous les partenaires fournissent un soutien adéquat à la mise en œuvre du processus complet car il pourrait améliorer la performance des SSP au Nigéria.
**Introduction et objectif**

Dans la dernière décennie, les décideurs politiques et les organismes internationaux ont consacré beaucoup d'attention à l’état de santé en Afrique sub-saharienne. L’aide au développement pour la santé dans la région a doublé au cours des années 2000 et une grande partie du financement a été destinée aux maladies graves telles que le VIH et le paludisme (Van de Maele et al, 2012). Ces efforts ont beaucoup contribué aux importantes réalisations avec des taux de prévalence du VIH et de la tuberculose qui ont diminué progressivement. Cependant, malgré ces améliorations, le système de soins de santé dans la région reste corrompu par le manque de personnel qualifié et d’innovations stratégiques. Étant donné le lien avéré entre la santé et le développement économique, il est impératif de bien comprendre les prestations de soins de santé dans les pays pauvres afin d’identifier les secteurs défaillants et d’élaborer d’éventuelles stratégies politiques ciblées.

La Banque mondiale a lancé une nouvelle série d'enquêtes; les indicateurs de prestation de services qui permettent d’évaluer la prestation de services dans l’éducation et la santé. Les Indicateurs de Prestation de Services (IPS) fournissent un ensemble de paramètres qui permettent de comparer la performance des structures de santé en Afrique et qui peuvent aussi être utilisés dans le suivi des progrès individuels et collectifs au fil du temps. Ils visent à améliorer la surveillance active de la prestation de services dans le but d’accroître la responsabilité publique et la bonne gouvernance. En dernière instance, le but de cet effort est d’aider les décideurs, les citoyens, les prestataires, les donateurs et autres partenaires à améliorer la qualité des services et partant d’accélérer le développement.

Dans ce contexte, notre étude vise à analyser comparativement les Indicateurs de Prestation de Services de Santé pour le Kenya, la Tanzanie et le Nigeria. D’autre part, nous cherchons aussi à combler le grand vide dans la documentation sur les sujets abordés dans les modules IPS (taux d’absentéisme, précision de diagnostic, disponibilité des équipements, gestion des affections maternelles et néonatales, respect des orientations médicales et des prescriptions / disponibilité de l’infrastructure). Notons que la plupart des études existantes dans ce domaine ont été menées sur une petite échelle, dans un même pays, et ne reflètent pas vraiment la situation par rapport à certains des indicateurs étudiés, en particulier la gestion des affections maternelles et néonatales et le respect des orientations médicales. Par conséquent, cet exercice de recherche s’attaque aux enquêtes IPS pour certains pays d’Afrique subsaharienne, afin d’évaluer la performance des secteurs de soins de santé primaires dans les pays sélectionnés par rapport aux indicateurs suivants: la charge de travail par agent de santé, les taux d’absentéisme, la précision du diagnostic, la qualité du processus (respect des orientations et gestion des affections maternelles et néonatales), ainsi que les fournitures aux structures de santé (disponibilité des médicaments, disponibilité du matériel et disponibilité des commodités de base).

**Principaux résultats**

Quelques messages émergent des résultats de notre analyse des données IPS.

1° Il y avait une grande différence dans la charge de travail d’un pays à l’autre. Le nombre de patients était plus élevé au Kenya (9), et autour de 3-4 en Tanzanie et au Nigeria. Dans tous les pays, la charge de travail était supérieure dans les structures privées. En Tanzanie, elle était plus élevée en zone rurale, contrairement au Nigeria et au Kenya où les agents des structures urbaines avaient une plus grande charge de travail.
2°. Le taux d’absentéisme variait considérablement selon les pays. Il était plus élevé au Nigeria (32%), suivi du Kenya (26%) et de la Tanzanie (environ 14%). En ce qui concerne les différences dans la localisation (rurale / urbaine) ou le statut (public / privé), les structures publiques avaient un taux d’absentéisme plus élevé au Nigeria et au Kenya. Ce phénomène était particulièrement marqué au Nigeria, où les taux d’absentéisme dans les structures publiques atteignaient 41%.


5°. Les données relatives à la gestion des complications maternelles et néonatales étaient également modestes. Elles étaient de 16% au Nigéria et 28% en Tanzanie. Les deux indicateurs de la qualité du processus étaient généralement plus élevés dans les structures privées par rapport aux publiques, et les zones urbaines ont largement dépassé les zones rurales. Comme dans le cas de la précision du diagnostic, les médecins avaient un taux plus élevé que les autres membres du personnel de santé quant à la conformité aux orientations médicales et à la gestion des complications maternelles et néonatales.

6°. L’étude a montré que la disponibilité des médicaments était aussi élevée que 75% en Tanzanie, contrairement au Nigéria (46%) et au Kenya (55%) qui ont été décevants. Encore une fois les structures privées ont surclassé les établissements publics. Les différences pouvaient être assez significatives. Par exemple au Kenya, la disponibilité des médicaments était de 61% dans le privé et seulement 53% dans le public. À l’exception du Kenya où il y avait peu de différence quant à la localisation, les structures urbaines avaient une plus grande disponibilité des médicaments que les structures rurales. D’autre part, dans tous les pays, les médicaments étaient plus largement disponibles dans les hôpitaux comparativement aux structures de niveau inférieur. Par exemple, en Tanzanie, la disponibilité des médicaments était de 83% dans les hôpitaux, mais seulement 69% dans les centres de santé.

7°. D’une manière générale, la disponibilité du matériel adéquat était élevée dans la plupart des pays et quel que soit le type de structure. En Tanzanie et au Kenya, par exemple, la disponibilité du matériel adéquat (balances, thermomètres, ...) était supérieure à 90% dans l’ensemble des structures quel que soit leur statut et leur localisation. La disponibilité du matériel en général était assez élevée en Tanzanie et au Kenya (respectivement 84% et 73%), alors que les indicateurs du Nigéria étaient beaucoup plus faibles. À l’image de la situation précédente, les structures privées ont encore surpassé les publiques. L’écart est particulièrement important au Nigéria où la disponibilité du matériel en général était de 63% chez les privés, mais seulement 2% dans les structures publiques. À l’exception du Kenya, le matériel a été plus largement disponible en milieu urbain comparativement aux zones rurales.

8°. La disponibilité globale de commodités était assez élevée au Kenya (57%) mais faible en Tanzanie (21%) et au Nigéria (17%). Généralement les commodités ont été plus largement disponibles dans les structures privées par rapport au public et dans les zones urbaines par rapport à la campagne. Des différences entre les pays ont également été observées. Par exemple au Kenya la disponibilité des toilettes et de
l'électricité était de plus de 90%. Au Nigéria par contre, la faible disponibilité des toilettes a occasionné un taux de seulement 32%.

En conclusion, alors que les données ont montré des différences assez marquées suivant les pays, la plupart des analyses désagrégées ont révélé que les structures de santé situées dans les centres urbains ont surpassé celles des zones rurales et le privé a souvent pris le dessus sur le public. En plus de l'analyse descriptive, nous avons également procédé à une analyse de régression qui a étudié les déterminants de l'utilisation des structures de santé. Dans notre modèle, nous avons procédé à la régression du nombre de consultations ambulatoires sur plusieurs paramètres de la qualité des soins de santé (à savoir l'absentéisme, la précision du diagnostic, la disponibilité des médicaments, du matériel et des commodités) et des caractéristiques de la structure (à savoir le statut, la localisation et le niveau de services offerts). Les structures privées, rurales et de niveau inférieur ont connu une utilisation significativement plus faible que d'autres prestataires. De plus, nos résultats ont révélé que la disponibilité des médicaments, du matériel et des commodités ont eu un impact positif et significatif sur l'utilisation. Au Nigéria, une plus grande précision de diagnostic a été associée à une plus grande utilisation. Les résultats d'ensemble suggèrent que des améliorations de certains aspects importants de la qualité des soins de santé peuvent avoir un impact significatif sur l'utilisation et donc sur l'accès aux soins de santé.

**Conclusion et recommandations**

Quelques recommandations découlent de notre analyse. Primo, dans chacun pays (Kenya, Nigéria et Tanzanie), il a été constaté que la charge de travail était plus élevée dans les structures privées. Ce constat pourrait permettre de dire que dans le secteur public, il y a probablement une mauvaise utilisation des capacités disponibles et qu’il serait possible d'augmenter la charge de travail des prestataires de soins de santé publics. Deuxio, au Nigéria et au Kenya, les structures publiques souffrent beaucoup de l’absentéisme élevé, ce qui pourrait avoir une incidence défavorable sur l’efficacité et la productivité globale du secteur de la santé. Par conséquent, des mesures appropriées devraient être prises pour non seulement accroître la surveillance, mais aussi fournir des motivations au personnel de santé. Cependant, étant donné que les données dont nous disposons ne fournissent aucune information sur le processus de surveillance des agents, ni sur le système de motivations (à savoir salaires et promotions), nous laissons cet aspect à une recherche future. Tertio, il y a de graves lacunes dans le diagnostic des maladies graves telles que le paludisme et la tuberculose. Encore une fois, cette situation prédomine dans les structures publiques. Plusieurs approches peuvent être adoptées pour améliorer la qualité des soins. Par exemple, l’investissement dans l’éducation et la formation du personnel de santé pourrait améliorer considérablement la qualité du diagnostic. En outre, il est nécessaire de renforcer le système de certifications, d’accréditations et autres réglementations qui contrôlent l'entrée dans la profession et de faire en sorte que seul le personnel qualifié soit habilité à dispenser des soins de santé. Enfin, comme nous l'avons souligné dans notre analyse de régression (mais aussi dans la revue de la documentation dans le chapitre précédent du rapport), l’amélioration de la disponibilité des commodités et des médicaments peut avoir un impact bénéfique sur la précision du diagnostic et donc sur la qualité globale des soins.
Session Parallèle 3 : Sessions Organisées

Session Organisée 5 : Développer et évaluer les progrès, vers des systèmes de santé universels dans le cadre des ODD

Dr. John Ataguba, University of Cape Town
Co-authors: Dr Jane Doherty, School of Public Health, University of the Witwatersrand; Dohertj@telkomsa.net;
Dr Marie-Gloriose Ingabire, International Development Research Centre, Ottawa, Canada; mingabire@idrc.ca;
Prof Di McIntyre, Health Economics Unit, School of Public Health & Family Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town; Diane.McIntyre@uct.ac.za;
Dr Bertha Garshong (tbc), Research and Development Division, Ghana Health Service, Ghana; berthagarshong@ghsmail.org;
Dr Gemini Mtei (tbc), Ifakara Health Institute, Tanzania; gemi78za@yahoo.com;
Dr Charlotte Muheki-Zikusooka (tbc), HealthNet Consult, Uganda; charlotte@healthnetconsult.com;
Dr Bona Chitah (tbc), Department of Economics, University of Zambia; bona.chitah@unza.zm

Contexte Il y a eu une bataille titanique autour de la formulation des Objectifs de Développement Durable liés à la santé (ODD3). Certains ont estimé qu’il devrait se concentrer sur le programme inachevé des OMD relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, à la prise en charge des maladies telles que le SIDA, la tuberculose et le paludisme et d’autres maladies émergentes comme les maladies non transmissibles qui devraient être prioritaires. Pour d’autres encore, l’accent ne devrait pas être mis sur des maladies spécifiques, mais sur le renforcement du système de santé et la promotion de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Les objectifs retenus finalement pour les ODD reflètent ce débat houleux. Il y a des cibles qui répondent aux préoccupations de chacun de ces domaines. Il y a eu encore un grand débat et une controverse autour de la façon de mesurer les progrès de certains de ces objectifs, en particulier ceux relatifs à la cible de la CSU. Les indicateurs des ODD finalement retenus pour mesurer la CSU ont été influencés non seulement par le cadre conceptuel, mais également par des considérations de disponibilité des données.

Cette session organisée sera conduite en rapport avec d’autres indicateurs pour mesurer l’état actuel d’un pays et les changements au fil du temps, par rapport aux objectifs de la CSU. La session se fonde sur le travail du Réseau mondial pour l’équité en santé (GNHE) et au-delà des indicateurs des ODD, qui se concentrent sur les classements mondiaux. La session considéra d’autres indicateurs de la CSU qui sont pertinents au niveau des pays et la manière dont les pays peuvent tirer une meilleure compréhension de ce qui contribue ou entrave les progrès vers la CSU dans leur contexte. La session est conçue sous une approche très interactive. Il y aura trois brèves présentations relatives aux principales questions clés pour stimuler le débat.

La première présentation examinera les questions relatives à la mesure de l’objectif de la CSU et la protection du risque financier, tandis que le second se concentrera sur l’objectif de l’accès aux soins essentiels de la CSU et présentera l’importance d’aller au-delà de la mesure de la “finalité” (réalisation de la CSU) pour explorer les « moyens » (catalyseurs pour atteindre la CSU). La dernière présentation rassemblera les principales conclusions des évaluations relatives à la CSU conduites dans sept pays africains par les partenaires de GNHE.

Une grande partie de la session sera consacrée à une discussion animée, qui sera structurée autour d’une série de questions clés. Les participants seront encouragés à exprimer leurs points de vue (plutôt que de poser simplement des questions aux présentateurs) et les présentateurs formeront un groupe spécial pour aider à enclencher un débat entre les participants.
**Article 1: Évaluation de la protection du risque financier dans le contexte de la CSU**

*Auteur présentateur: John Ataguba, Health Economics Unit, University of Cape Town*

L’une des dimensions de la CSU est d’assurer une protection des risques financiers (PRF) pour tous. Actuellement, la PRF est entendue comme la protection contre les difficultés financières, y compris un éventuel appauvrissement résultant de paiements directs pour les services de santé. À ce jour, deux grandes mesures traditionnelles sont utilisées dans la littérature pour évaluer la PRF: l’appauvrissement et les dépenses catastrophiques. De manière brève, une dépense catastrophique résulte d’une situation dans laquelle un ménage dépense plus d’une certaine proportion de sa consommation totale directement de sa poche pour assurer les frais des services de santé alors que l’appauvrissement se produit lorsque les paiements directs pour assurer les dépenses de santé poussent financièrement les individus non-pauvres à basculer dans la pauvreté. Il y a par exemple des débats autour du choix du seuil de pauvreté ou des seuils de dépenses catastrophiques.

Bien que ces débats se poursuivent, il y a d’autres problèmes conceptuels qui ont été négligés en termes de comment la PRF est appréhendée dans le cadre de la CSU. Cela concerne principalement la population sur laquelle la PRF est évaluée.

En utilisant les méthodes traditionnelles d’évaluation de la PRF, il est vrai que (i) les ménages ou les familles qui n’ont pas utilisé les services de santé et (ii) ceux qui utilisent les services de santé à des coûts «minimals» en payant peu ou en ne payant rien pour ces services sont considérés comme financièrement protégés. En ce qui concerne ces derniers, si certains ménages avaient utilisé des services à des coûts élevés, ils peuvent être re-classés comme des ménages manquant de PRF.

Il ne fait aucun doute que les mesures traditionnelles de PRF ont des avantages implicites. En effet, ils capturent la mesure dans laquelle les utilisateurs actuels de services de santé sont pauvres ou font face à une dépense catastrophique due aux paiements directs.

Cependant, nous soutenons et cherchons à débattre que s’il y a un intérêt substantiel dans de la CSU (PRF universelle), ces mesures doivent tenir compte de tout le monde et pas seulement les usagers actuels des services de santé qui paient des sommes importantes dû aux paiement directs soient appauvris ou conduits dans une catastrophe financière.

Ainsi, ce document vise à débattre et à mettre en évidence certains problèmes conceptuels avec la dimension de la PRF de la CSU qui ont été négligées en particulier dans le cadre du suivi de la CSU. Il vise également à explorer comment la PRF devrait être évaluée dans le contexte de la PRF universelle. Nous soutenons que la PRF universelle devrait être en mesure de répondre à la question essentielle qui est de savoir si tout le monde dans une zone géographique donnée, ne sera pas face à des difficultés financières liées à l’utilisation des services de santé. Nous croyons que la CSU est pour tous et en tant que telle, tout le monde devrait compter dans l’évaluation des progrès accomplis vers la CSU.

**Article 2: Accès et utilisation des soins essentiels: Évaluation des progrès vers la CSU: Comprendre le comment et le pourquoi**

*Auteur présentateur: Di McIntyre, Health Economics Unit, University of Cape Town*

Un élément clé de la CSU est celui de l'accès aux services de santé essentiels pour tous. Comme il est difficile de mesurer l'accès directement et globalement, l'utilisation effective des services est considérée comme la seule mesure de proxy possible au niveau national. Certains estiment que l'indicateur le plus approprié est la couverture des services de santé spécifiques, tels que la couverture vaccinale contre la rougeole. Malheureusement, cela réduit l'évaluation de la CSU à la mesure d'une gamme restreinte de services, qui est choisie sur la base de la disponibilité des données.

D’autres soutiennent que le total du taux d’utilisation des services de santé doit être mesuré. Ils peuvent être comparés à un seuil minimal, comme 5 visites ambulatoires par personne et
par an et 100 sorties pour 1000 habitants. Alternativement, chaque pays pourrait estimer les taux moyens d’utilisation « idéale » dans son contexte, en fonction du profil démographique et épidémiologique du pays et l’utilisation actuelle des différents services dans des structures sanitaires qui fonctionnent bien et/ou des protocoles de service. Cela permettrait à l’utilisation effective des services d’être comparée à l’utilisation prévue pour répondre aux besoins de la population.

Cependant, les taux globaux d’utilisation cachent des inégalités dans l’utilisation et surtout ne permettent pas de mettre en évidence le sort de ceux qui ne sont pas en mesure d’utiliser les services de santé dont ils ont besoin. Bien que les taux d’utilisation qui sont en dessous du seuil minimum soient susceptibles de refléter non seulement une utilisation peu fréquente des services, mais aussi l’existence de besoins non satisfaits, il n’évalue pas l’ampleur des besoins non satisfaits. En outre, il souligne simplement un problème et ne fournit aucune information sur la raison pour laquelle l’utilisation est insuffisante ou inéquitable et donc ne fournit pas d’indications sur la façon de relever ces défis. Les analyses de l’équité qui comparent les taux d’utilisation entre les différents groupes et à travers de petites régions géographiques peuvent aider à identifier les plus faibles taux d’utilisation, et dans les communautés où les besoins non satisfaits sont susceptibles d’être plus grand. Toutefois, une évaluation détaillée des obstacles à l’accès au sein des différentes communautés est nécessaire pour aider à identifier des moyens efficaces pour surmonter ces obstacles. Ces évaluations devraient tenir compte de toutes les dimensions de l’accès et en tirer non seulement des données quantitatives mais aussi qualitatives, par exemple pour comprendre la nature et la cause des obstacles liés à la dimension de l’acceptabilité de l’accès. Ce document met en évidence la nécessité d’utiliser non seulement des indicateurs pertinents pour les comparaisons au niveau mondial, mais aussi de compiler une série de données à des niveaux sous-nationaux qui peuvent fournir un aperçu des raisons pour lesquelles il y a ou non des progrès vers la CSU dans ces pays.

**Article 3: A quel niveau se situent les différents pays sur la voie de la CSU et qu’est ce qui contribue à différencier le statut de la CSU?**

_Auteur présentateur: Jane Doherty, School of Public Health, University of the Witwatersrand_

Les évaluations du niveau du système de santé par rapport à des objectifs de la CSU d’un pays ont récemment été entreprises dans plusieurs pays africains, dont le Ghana, l’Afrique du Sud, la Tanzanie, l’Ouganda, la Zambie, le Kenya et le Nigeria dans le cadre des activités du Réseau mondial de l’équité en santé (GNHE). Chaque évaluation comprend des indicateurs clés de la protection des risques financiers (tels que les dépenses de santé catastrophiques et l’appauvrissement) et l’utilisation des services de santé par rapport aux besoins (tels que la comparaison des distributions entre les quintiles socio-économiques et les indices de concentration), ce qui permet des comparaisons entre pays en ce qui concerne les principaux objectifs de la CSU.

Un large éventail d’autres indicateurs ont été inclus dans ces évaluations, comme les indicateurs de dépenses et de financement tirés d’un ensemble de données issues des comptes nationaux de la santé et des estimations de l’incidence du financement (indices Kakwani). Ils comprennent également une évaluation critique de la structure du système de financement de la santé, en tenant compte des questions liées à la mobilisation des ressources, à la mise en commun et aux fonctions d’achat.

Ce document donne un bref aperçu des principales conclusions de ces évaluations nationales, et les leçons des comparaisons entre pays en ce qui concerne les progrès de la CSU dans le contexte africain. Il examine également les questions ci-dessous qui ont découlé de la réalisation de ces évaluations:

- L’évaluation du système de santé d’un pays par rapport à l’objectif de la CSU n’est pas un exercice simple, parce qu’il ne s’agit pas simplement de regarder un ou deux indicateurs et d’être en mesure de tirer une conclusion.
Cela met en évidence l'importance cruciale de compléter les indicateurs liés aux ODD-CSU avec analyses détaillée au niveau national.

- Les compétences pertinentes d'analyse sont nécessaires pour procéder à une évaluation qui identifie le système de santé et les facteurs contextuels qui contribuent ou limitent les progrès de la CSU. Par exemple, chaque indicateur doit être interprété en tenant compte d'une série d'autres indicateurs.
- Cela nécessite une compréhension de ce que la combinaison d'indicateurs fournira les connaissances nécessaires. La Comparaison des indicateurs de son propre pays avec d'autres pays contribue également à fournir des informations clés, mais encore une fois, cela exige des compétences dans l'identification des pays pour des comparaisons appropriées.
- Bien que le développement des capacités et des compétences d'analyse critique n’est pas une tâche simple, il est important que les évaluations des systèmes de santé par rapport à la CSU, soient entreprises par des analystes locaux, étant donné leur grande compréhension du système de santé et du contexte spécifique du pays.

Il est important d'analyser à la fois de façon critique le système de santé public et privé. Il y a souvent un manque d'informations détaillées sur la taille, la nature et les opérations
Session Organisée 6: Votre système CSU est-il un système apprenant ? Résultats d’une étude collaborative multi-pays

Houcine El-Akhnif, Secrétariat Général, Ministère de la santé, Morocco and UCL, Louvain, Belgium
Kelley, Allison, Health economist & Facilitator of the FAHS Community of Practice, askellego514@yahoo.com;
Meessen, Bruno, ITM-Antwerp & Facilitator of the PBF Community of Practice, bmeessen@itg.be;
Njoumeni, Zakariaou, Département de Santé Publique Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales - Université de Yaoundé, Cameroon, njoumeni@gmail.com;
Adam, Zakillatou, Responsable de l’Unité Prise en charge médicale, Point Focal Capitalisation de l’exemption du paiement des soins, Ministry of Health, Togo, zakya2adam@gmail.com

Description de la session

S’insérant dans l’esprit du projet, la session serait basée sur une approche participative. Deux facilitateurs des Cops qui sont familiers avec le contenu de la recherche vont assurer l’animation de cette session, Allison Kelley (accès financier aux services de santé CoP) et Bruno Meessen (financement basé sur le performance CoP).

Durant 50 minutes un panel sera organisé et qui est composé de 3 experts de la Cop impliqués dans la recherche collaborative et vont faire les présentations suivantes :

- Pourquoi regarder le système CSU en Afrique à travers l’angle des organisations apprenantes ? (Bruno Meessen, ITM-Anvers et l’animateur de la Communauté de pratique PBF)
- Méthodologie d’application du concept d’organisation apprenante aux systèmes CSU et analyse multi-pays pour 6 pays (El Houcine Akhnif, Ministère de la Santé, Maroc et l’UCL, Louvain, Belgique)
- Perspectives des pays du Bénin et du Burkina Faso: Comment l’application des concepts des systèmes apprenants peut contribuer au dialogue politique et au processus de la CSU au niveau national. (Patrick Makoutodé, Institut Régional de Santé Publique / UAC, Bénin et Joel Kiendrébéogo, Centre Muraz de Recherche, Burkina Faso)

La présentation du panel sera suivie d’une phase de discussion animée par Allison Kelley (économiste de la santé et l’animateur de la Communauté de pratique AFSS).

Les objectifs de ces présentations seront les suivants :

(1) Comment doit-on comprendre l’apprentissage systémique ?
(2) Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en œuvre des outils de l’enquête de diagnostic et quel est son potentiel d’application par contexte ?
(3) Quelles sont les stratégies pour bâtir et intégrer des processus d’apprentissage dans les systèmes de santé dans les PRFM?
(4) Ce que devraient être les rôles respectifs des différentes parties prenantes, y compris les partenaires internationaux ?

Résumé du contenu de la session :

Cette session participative explore les résultats et l’impact d’une expérience innovatrice en appliquant les concepts d’organisations apprenantes aux "systèmes CSU" dans un certain nombre de pays de l’Afrique francophone. Bien que la Couverture en Santé Universelle figure dans les objectifs du développement durable, les progrès réalisés dans la plupart des pays africains n’ont pas été suffisamment importants pour combler l’écart croissant entre les aspirations internationales et ce qui est effectivement réalisé au niveau des pays. De nombreux défis de mise en œuvre demeurent : les liens entre le politique et le technique au niveau national restent mal compris.

Deux communautés de pratique HHA (accès financier aux services de santé et le financement basé sur la performance) ont lancé un projet collaboratif en 2014, en vue de documenter et
zoomer sur les problèmes de mise en œuvre qui sont identifiés par les membres de la CoP. L’approche du projet est pleinement participative, avec des experts de la CoP des pays cibles impliqués dans toutes les phases - la conception, la mise en œuvre, l'analyse et le dialogue politique.

Phase 1 a permis de documenter la fragmentation dans les systèmes de financement de la santé dans 12 pays africains, ce qui a mis l’emphase sur le grand nombre de mécanismes existants de financement de la santé. Des données transparentes et centralisées étaient souvent absentes ou indisponibles dans le pays, ce qui rend difficile d’assurer un leadership efficace de la CSU par le gouvernement.

Mettre de l’ordre et de faire des progrès opérationnels vers la CSU, requiert deux choses : que les parties prenantes CSU dans chaque pays se joignent dans un processus beaucoup plus inclusif ; et que les gouvernements développent une capacité opérationnelle importante pour collecter et analyser l’information et de l’utiliser pour réorganiser l’enchevêtrement des régimes en place. Cette capacité à apprendre sera une condition nécessaire pour atteindre l’objectif de la CSU.

Ceci est également le principe des « organisations apprenantes » un concept du monde des affaires qui voit, qu’aujourd’hui, la capacité d’apprendre est la clé de la performance organisationnelle. Phase 2 applique ce concept au « système » CSU dans plusieurs pays de l’Afrique francophones. En adoptant une approche participative impliquant 35 experts nationaux de la CSU de 11 pays, nous avons construit un questionnaire basé sur le cadre d’analyse de David Garvin. Tous les acteurs impliqués dans le système CSU sont ciblés, avec des échantillons d’environ 40 personnes interviewées dans chaque pays. Les données ont été recueillies dans six pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, RDC, Maroc, Togo). L’analyse comparative montre le potentiel de l’outil pour identifier les zones de force et de faiblesses relatives dans « le système CSU apprenant » des pays à travers un Benchmarking, et la création d’une dynamique d’apprentissage systémique dans le pays afin de mieux progresser vers la CSU.
Session Parallèle 3

Session Parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé : approches innovantes

PS 03/1

Revenu du travail et choix d’effort des professionnels de santé dans les milieux urbains du Cameroun

Gaston Brice Nkoumou Ngoa, Université de Yaoundé II, REMA - BP : 1365 Yaoundé. UMR DIAL, 225 - bnkoumou@yahoo.fr

Une implication optimale des professionnels de santé dans l’activité des formations sanitaires est indispensable pour le succès des systèmes de santé. Au-delà de l’asymétrie d’information traditionnelle entre l’employeur et le professionnel de santé, la particularité de l’activité du professionnel de santé est que ce dernier offre des services d’expert dont la qualité n’est pas immédiatement observable par le patient. Cette particularité donne la possibilité au professionnel de santé d’ajuster son comportement et ses stratégies de prestation de soins en fonction des incitations dont il fait face. La mise en place des incitations permettant d’influencer le comportement du travailleur devient donc une option pour induire des pratiques de soins désirées. Toutefois, du fait des valeurs hippocratie et d’altruisme associées aux métiers de la santé, il y’a des chances que les incitations financières associées au revenu du travail soient sans effets sur leurs choix d’effort.

L’objectif de cette étude était de mettre en évidence l’influence du revenu tiré de l’emploi sur la modulation de l’effort au travail des professionnels de santé. Pour atteindre cet objectif, cette étude a procédé en l’estimation d’un modèle à équations simultanées afin d’adresser le biais d’endogénéité potentiel entre les choix d’effort et le revenu du travail. Les données utilisées ont été collectées dans le cadre du projet sur « Les conditions de travail des professionnels de santé dans les milieux urbains Camerounais » réalisé en 2013. L’échantillon porte sur 830 professionnels de santé (médecins, infirmiers et technicien de la santé) exerçant dans les formations sanitaires urbaines, publiques et privées, situées au niveau périphérique du système de santé Camerounais.

De ces analyses, il en est ressorti que le revenu du travail exerce un effet positif et significatif sur la probabilité du professionnel de santé de réaliser un niveau d’effort élevé. Toutefois, ce résultat n’est pas vérifié lorsque l’échantillon est restreint aux seuls médecins. En définitive, cette étude retient qu’en dehors des médecins, les motivations financières des professionnels de santé dominent les motivations intrinsèques et les valeurs déontologiques associées au secteur de la santé. L’implication des professionnels de santé au sein de la formation sanitaire pourrait donc être davantage accrue avec l’amélioration du revenu qu’ils tirent de leur emploi.

Ce travail a bénéficié du financement de l’African Population and Health Research Center (APHRC), basé à Nairobi-Kenya, en partenariat avec le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), dans le cadre de la bourse African Doctoral Dissertation Fellowship (ADDRF).
L’absentéisme au travail des professionnels de santé aggrave le déficit de la ressource humaine dans les services de santé et participe à la dégradation des performances du système de santé et de l’état de santé des populations.


Les données utilisées dans ces analyses sont issues d’une enquête de terrain portant sur un échantillon de 830 professionnels de santé (médecins, infirmiers et technicien de la santé) exerçant dans les formations sanitaires urbaines, situées au niveau périphérique du système de santé. Quelque soit la méthode utilisée, les résultats d’estimation de cette étude sont favorables à un effet négatif mais non significatif de l’influence du salaire des professionnels de santé sur leur nombre d’épisodes d’absence et sur leur probabilité de s’absenter au travail sans autorisation. Au-delà du rôle de la déontologie médicale dans l’encadrement des effets incitatifs associés aux salaires élevés, il y aurait chez les professionnels de santé une compensation des effets de substitution et de revenus à la suite de la variation des salaires reçus.


Mots – clés : Rémunération, absence au travail, professionnels de santé, milieu urbain, Cameroun

JEL : IL1 M52 N37

Ce travail a bénéficié du financement de l’African Population and Health Research Center (APHRC), basé à Nairobi-Kenya, en partenariat avec le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), dans le cadre de la bourse African Doctoral Dissertation Fellowship (ADDRF).
Repenser la gestion des ressources humaines pour la santé et la nécessité d’intégrer les matrones pour améliorer la PTME : Expérience préliminaire du Nigéria.

Ms. Iboro Nelson, Ph.D. Candidate, Department of Economics, University of Uyo, P. O. Box 923, Uyo, Akwa Ibom State, Nigeria, E-mail: jesusiboro@yahoo.com

Contexte: La communauté mondiale a entrepris la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH pour éliminer les nouvelles infections pédiatriques à l’aide de soins prénataux en tant que première étape de la prise en charge. En l’absence de toute intervention, la possibilité de la transmission du VIH oscille entre 15 et 45% mais pourrait être réduite à moins de 5% avec une PTME efficace. Cependant, malgré les efforts concertés de la part des gouvernements et l’augmentation du financement des bailleurs internationaux, très peu d’attention a été accordée à la gestion des ressources humaines en ce qui concerne l’ART et la PTME. En parallèle, la déclaration « Alma Ata » de l’OMS (1978) stipule que « l’administration de soins de santé primaires doit reposer, au niveau local et au niveau des structures de référence, sur les travailleurs de la santé, y compris les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les auxiliaires et agents communautaires selon les cas, ainsi que les praticiens traditionnels, au besoin, socialement et techniquement formés à travailler en équipe sanitaire et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité”. Au fil des années, cela a été négligé, ce qui a conduit à une pénurie sans cesse croissante de main-d’œuvre pour offrir des services de santé efficaces aux populations, surtout dans les zones qui en ont le plus besoin.

Objectifs: L’objectif de cet article est de démontrer que l’intégration des accoucheuses traditionnelles (les matrones) dans la prestation de services de soins de santé pourrait être efficace. Nous avons utilisé les données de la Direction des Ressources Humaines disponibles ainsi que les données sur la fréquentation des structures de santé sur une période de 12 mois.

Méthode: Cette étude adopte une méthode statistique simple pour analyser des données fournies par des travailleurs de la santé de première ligne, mais aussi par des matrones dans l'ensemble des 31 zones de gouvernement local d’Akwa Ibom du Nigéria. Nous avons juxtaposé ces données avec celles des consultations prénatales et de la PTME sur la même période. Les résultats constituent la base des recommandations formulées.

Résultats: Les principaux résultats de l’analyse montrent que sur les 37.409 nouvelles visites prénatales en 2014, seulement 11.199 (29,9%) ont été effectuées dans les structures de santé tandis que 28.210 (60,1%) chez des matrones et autres accoucheuses non qualifiées. Seulement 292 (0,7%) des cas ont été référés. D’autre part, avec un ratio infirmière / population de 1: 2.067 (d’après les prévisions de 2015 pour une population totale de 5.272.029 et un taux de croissance de 3,5%), et un ratio matrone / population de 1: 1.883, nous pouvons constater qu’il y a une grande pénurie de main-d’œuvre pour offrir les services de santé de base, y compris la PTME. Enfin, le taux élevé de départs de travailleurs de la santé associé au faible taux d’emploi et à la mauvaise répartition géographique des effectifs disponibles ont sévèrement freiné les efforts pour améliorer l’accès aux services de santé, y compris pour les consultations prénatales et la PTME.

Conclusion et recommandations: L’enrôlement (la régulation, la surveillance et réorientation) des matrones est réalisable et pourrait être efficace dans l’amélioration des services de Santé Maternelle et Infantile et une meilleure PTME comme une mesure à court terme. À long terme, les gouvernements peuvent envisager d’autres mesures comme la formation continue et le recyclage, une meilleure rémunération des agents de santé et un meilleur déploiement des travailleurs de la santé dans les zones rurales.
PS 03/4

Communication efficace du plaidoyer sur la politique nationale de santé pour le développement des capacités des ressources humaines pour la santé et le bien-être en Afrique.

Wilson Okaka, Kyambogo University, Faculty of Education, P.O.Box 1, Kyambogo, Kampala, (Uganda) Telephone: +256782588846. Email: nupap2000@yahoo.com

But et objectifs: La communication efficace du plaidoyer sur la politique nationale de santé peut favoriser de manière significative le développement de la capacité des ressources humaines pour une vie saine et le bien-être pour toutes les tranches d’âge en Afrique. Les objectifs sont les suivants: (1) faire l’état de la capacité des ressources humaines à améliorer la santé et le bien-être en Afrique, (2) discuter des perspectives et des obstacles au développement de la capacité des ressources humaines nationales, (3) expliquer la stratégie de communication de la recherche et des initiatives politiques pour une meilleure sensibilisation du public sur les offres de soins de base, (4) décrire le rôle des TIC dans l’interdisciplinarité académique et la coopération universitaire.

Méthodes: Pour cette étude, nous avons obtenu des publications des institutions ougandaises sur les systèmes alimentaires et nutritionnels. Plus d’informations ont pu être recueillies à l’aide des moteurs de recherche sur Internet. En conséquence, tous les documents qui ont été obtenus au cours du processus d’examen ont été utilisés pour élargir encore davantage la recherche de sources de données primaires. Dans un premier temps, nous avons sollicité les organismes nationaux, régionaux et internationaux pour plus d’informations à partir de leurs bases de données. Les données ont été compilées pour les besoins de cette étude.

Résultats: Les principales questions et alternatives dans le renforcement des capacités des ressources humaines pour la santé sont: d’énormes lacunes en matière de financement, de mauvaises priorités nationales, une faiblesse du partenariat public-privé, des engagements politiques trop timides, un manque de travaux et de financement de la recherche, des écarts entre les décisions politiques et les orientations de la recherche, la corruption gangrénée, la production et la répartition du personnel, les coûts de production du personnel, les questions d’éthique, la faible rémunération, le manque de motivation, le découragement, la productivité lamentable, l’inégalité entre les sexes, le manque d’expérience, le manque de motivation des agents de santé communautaires, le mauvais recrutement, la bureaucratie, la médiocrité des installations et infrastructures, les pratiques culturelles ou traditionnelles négatives, le peu de possibilités de formation.

Conclusion:

Les médias sont des organismes de médiation en ce sens que lorsqu’ils relatent des événements, ils proposent aussi un cadre pour leur interprétation. Ils font partie de la réalité sociale qui façonne notre perception. Une campagne de communication publique efficace favorise la collaboration nationale, régionale et internationale entre les partenaires tels que: les chercheurs, le secteur privé, la société civile, les décideurs, les médias et les communautés. Un cadre législatif efficace est essentiel au développement des ressources humaines en Afrique. Une communication efficace du plaidoyer sur la politique de santé pourrait favoriser de manière significative le développement des capacités des ressources humaines à œuvrer pour une vie saine et le bien-être pour tous.

Mots clés: Afrique, communication, santé, ressources, médias, politique, recherche.
**PS 03/5**

**Exploration des points de vue des praticiens sur la répartition inégale des médecins au Ghana.**

Dr Samuel Kaba Akoriyea, Ghana Health Service, samuel.kabaakoriyea@ghsmai.org
(2) Dr. Margaret Cherebere. Ghana Health Service, mcherebs@yahoo.co.uk, Ghana Health Service, Human Resource Division, Private Mail Bag, Ministries, Accra, Ghana

**Introduction:**

La distribution efficace et équitable des travailleurs de la santé est un défi majeur dans la plupart des pays en développement, car elle a un effet considérable sur les programmes de santé publique. Au Ghana, plus de deux tiers des médecins sont basés dans les centres urbains, avec la plus forte concentration dans les deux villes commerciales d’Accra et de Kumasi. Bien que les raisons soient diverses et variées (meilleures conditions de vie, revenus plus élevés, ...), la reconnaissance sociale et une plus grande satisfaction au travail ont été les principales motivations pour les médecins. Des facteurs structurels et institutionnels ont également contribué à cet état de fait au cours des années. Cette étude explore les facteurs à multiples facettes qui compromettent la répartition équitable des médecins et propose des stratégies pour faire face durablement ce phénomène.

**Méthodologie:**

Plusieurs sources de données (analyse de la documentation existante, réflexions personnelles, sondages) ont fourni des éléments de compréhension de la mauvaise répartition des médecins au Ghana. Par une approche quantitative, 500 médecins de différents corps et de différentes spécialisations ont été interrogés afin de recueillir leurs points de vue. Les contributions de hauts responsables du secteur de la santé et des études de certains documents ont également fourni des informations sur la question. Les données ont été analysées de manière appropriée et triangulées pour dégager les grandes tendances.

**Résultat et Discussion:**

Les résultats de l’enquête ont révélé comment les deux facteurs répulsifs et attractifs ont conduit les médecins vers les villes et les zones urbaines. Ces facteurs sont de plusieurs ordres : motivations financières, meilleur revenu, possibilités de carrière, opportunités de formation, reconnaissance sociale, satisfaction au travail, questions familiales, niveau de vie et possibilités d’exercer multiples. Cependant, il y avait des variations suivant l’expérience et le corps de spécialisation. Pour les jeunes médecins, le manque de perspectives et de possibilité de carrière est le principal obstacle, alors que les médecins spécialistes ont plus été attirés par les motivations financières, les possibilités de suppléance et la reconnaissance par les pairs. Les praticiens expérimentés et plus âgés ont davantage mentionné les engagements familiaux et le niveau d’équipement des structures. De même les femmes médecins ont défini les questions familiales comme priorité quand il s’agit d’affectation dans d’autres villes. L’étude a également révélé de sérieuses défaillances institutionnelles et structurelles dans la résolution du problème et la redistribution plus équitable des compétences.

L’étude conclut en proposant des politiques et des stratégies pour traiter systématiquement les contraintes d’une manière globale en créant des conditions favorables et de meilleures possibilités pour tous les travailleurs de la santé et de renforcer le cadre institutionnel pour garantir une meilleure répartition des médecins. Nous recommandons également de s’inspirer des expériences des autres pays pauvres ou à revenu intermédiaire quant aux décisions gouvernementales sur les possibilités de carrière, le développement des infrastructures rurales, le contrôle des pratiques internes, l’aide sociale et financière, et tous les autres facteurs qui pourraient faciliter la meilleure répartition des médecins.
Le coût des méningites à pneumocoque et de la pneumonie dans le haut basin du Burkina Faso

Maite Irurzun-Lopez, Agence de Médecine Préventive (AMP), - mirurzunlopez@aamp.org, maiteirurzun@gmail.com  
Mr. Joël A. Kiendrebeogo, MD, Centre Muraz, Unité Politiques et Systèmes de Santé, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) 
Dr. Jennifer Moisi, Agence de Medecine Preventive (AMP), Bradford D. Gessner, Agence de Medecine Preventive (AMP), Jean-Bernard Le Gargasson, Agence de Medecine Preventive (AMP),

Contexte: La Pneumonie Streptococcus (Sp) est l’une des principales causes de la morbidité et de la mortalité dans le monde, et principalement dans les pays à faibles revenus comme le Burkina Faso qui porte le plus lourd fardeau. L’estimation des coûts du pneumocoque est nécessaire pour comprendre l’impact économique du vaccin conjugué antipneumococcique à 13 valents récemment introduit (PCV13).

Objectifs: Déterminer les coûts de la maladie de pneumocoque et en particulier, ceux de la méningite et de la pneumonie, pour les ménages, le système de santé publique en Dafra, Do, et pour les districts Hounde dans les régions du Hauts-Bassins.

Méthodologie: L’étude a utilisé une approche de minimisation des coûts d’un point de vue societal. Les données ont été recueillies proviennent l’année 2015. Quatre questionnaires prédéfinis destinés aux ménages, centres de santé, laboratoires, et au ministère de la Santé (MS), ont été élaborés. Nous avons échantillonné tous les ménages ayant des cas de méningite Sp identifiés (n = 28) et un échantillon représentatif de toutes les causes des cas de pneumonie (n = 64); 3 hôpitaux de district; des structures de santé et un laboratoire de référence (Centre Muraz); et 3 bureaux du Ministère de la Santé dans les districts (n = 3), la région (n = 1) et le niveau nationale (n = 1). Les coûts des hospitalisations et ambulatoires étaient pris en compte dans le calcul. Les coûts comprennent les coûts médicaux directs (coûts de consultation, d’hospitalisation, d’analyse et de médicaments), les coûts non médicaux directs (frais de transport, téléphone) et les coûts indirects (revenu perdu par le patient ou le soignant principal à la suite de l’épisode de la maladie).

Résultats: Les ménages ont dépensé en moyenne 124 $ par cas de pneumonie et 162 $ US, par cas de méningite Sp en 2015. Ce dernier montant est au-dessus du revenu mensuel moyen des soignants issu de l’échantillon (US $ 135). En moyenne, les coûts urbains (184 $ pour la méningite Sp et 178 $ par cas de la pneumonie) étaient plus élevés que ceux en milieu rural (149 $ pour méningite Sp et 81 $ pour les cas de pneumonie). Les patients souffrant de méningite Sp restent beaucoup plus longtemps à l’hôpital que ceux souffrant de pneumonie (7 contre 4 jours), mais les patients atteints de pneumonie ont plus de consultations (4 contre 3 consultations). Les coûts directs médicaux (consultation, hospitalisation et médicaments) et les coûts indirects (perte de revenus pour le patient et le soignant principal du fait des épisodes de la maladie), représentaient chacune, près de la moitié du coût total des ménages alors que les coûts directs non médicaux (transport, la nourriture, les appels téléphoniques) ont représenté environ 10%.

Conclusions: La méningite et la pneumonie Sp ont des coûts économiques considérables pour les ménages, et ceux du système de santé. Ces données mettent en évidence les avantages potentiels qu’offrent les stratégies de vaccination dans la région touchée.
**Contexte:** A la 65e Assemblée mondiale de la Santé en 2012, plusieurs résolutions portant sur les Maladies Non Transmissibles (MNT), ont été adoptées. Au cours de ces décisions, les États membres, ont accepté de réduire de 25% le taux de mortalité précoce d’ici 2025, incluant aussi la mortalité associée aux maladies cancéreuses.

Le cancer du col (CC) est considéré comme le troisième type de cancer diagnostiqué fréquemment chez les femmes dans le monde entier. Plus de 80% des décès, se produisent dans les pays en développement et sont estimés à environ 270.000 décès par an et devraient atteindre 90% d’ici 2020.

Au Maroc, le CC est le deuxième type de cancer le plus fréquent chez les femmes après le cancer du sein. Le taux d’incidence chez les femmes marocaines âgées de 50 à 55 est le plus élevé dans la Région de la Méditerranée orientale (RMO), soit environ 60 pour 100.000 femmes. Etant donné que, les cas de CC sont supposés doubler d’ici 2030 dans la RMO, cela signifierait que le fardeau économique induit par le CC sur les ressources et les systèmes de santé du Maroc, constituera un défi majeur dans l’avenir.

Le vaccin contre le Virus du Papillome Humain (VPH) s’est révélé rentable dans les pays à revenu élevé. Cela a encouragé les décideurs à introduire les vaccins contre le VPH dans leurs programmes nationaux de vaccination pour protéger les femmes contre le cancer du col. Ces décisions ont été appuyées et justifiées par des études d’évaluations économiques. En notre connaissance, il n’y a eu aucune étude d’évaluation économique menée au Maroc, dont l’objectif est de voir les avantages sanitaires et économiques du financement de la vaccination contre le VPH.

**Objectif:** Evaluer le rapport coût-éfficacité du vaccin quadrivalent (Gardasil) et notre objectif est d’effectuer une analyse coût-utile (à savoir le coût par QALY gagné) de la stratégie de vaccination contre la stratégie aucune de vaccination dans la perspective du système de soins de santé au Maroc.

**Méthodologie:** Une durée de vie selon le modèle de Markov a été construite pour simuler l’histoire naturelle du VPH à haut risque, de types 16 et 18. Le modèle a suivi, l’expérience d’une cohorte théorique de 10.000 filles à âgé de 12 ans et ayant reçu une vaccination complète avant leurs premiers rapports sexuels. Le modèle a comparé les coûts et les résultats des filles complètement vaccinées avec celles n’ayant pas été vaccinées.

**Résultats:** En suivant les filles durant tout leurs cycles de vie, les résultats ont montré que la vaccination de 10.000 filles avec Gardasil était plus efficace et moins coûteuse qu’une stratégie de non vaccination. La vaccination se traduirait par un coût total de durée de vies sauvées de 91 millions de dollars par rapport à la stratégie, aucune vaccination et 28839 QALYs supplémentaires seraient gagnées. En outre, 2,88 QALY seraient gagnées par personne, ce qui suggère que la stratégie vaccinale dominerait sur la stratégie, aucune de vaccination. Les résultats se sont avérés pertinentes pour faire à la fois une analyse de sensibilité probabiliste et une analyse déterministe.

**Conclusion:** La vaccination contre le VPH représente un bon rapport qualité-prix que la stratégie, aucune vaccination dans le contexte du Maroc.
PS 03/8

Estimation de l'impact possible de la santé publique et le coût-efficacité de l'adoption de la vaccination antipneumococcique dans le programme de vaccination systématique dans les pays africains de GAVI: une étude de modélisation

C. Sauboin¹, K. Meszaros², N. Van de Velde², O. Oladehin³, R. Adegbola²
(1) GSK Vaccines, Nairobi, Kenya
(2) GSK Vaccines, Wavre, Belgium
(3) GSK Vaccines, Lagos, Nigeria

Contexte Les maladies causées par la Pneumonie Streptococcus (Sp) telles que la pneumonie, la méningite et la septicémie, sont les principales causes de mortalités évitables par la vaccination chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique. Le GAVI apporte un soutien financier pour soutenir l'introduction des Vaccins antipneumococcique Conjugués (VPC) dans les pays en développement éligibles. Une bonne compréhension de l'impact éventuel de la santé publique et du coût-efficacité peuvent soutenir le processus de prise de décision sur l'adoption du VPC. Nous avons estimé l'impact sur la santé publique et le coût-efficacité de l'introduction du vaccin antipneumococcique, conjugués à une protéine D dérivée d'une souche non typable de Haemophilus influenzae (PHiD-CV) contre l'option aucune vaccination dans 36 pays d’Afrique de GAVI.

Méthodologie Un modèle d’arbre de décision a été conçu pour inclure pour chaque pays le nombre d’épisodes et de décès liés à, la pneumonie, la méningite causée par Sp et les groupes de maladies invasifs, non-pneumonie et non-méningite (NPNM) (telles que la bactériémie ou l’ostéomyélite) causée par Sp chez les enfants de moins de 5 ans. Les estimations de l'incidence de la maladie et de la mortalité chez les enfants pour les années 2010/2011 et les coûts des soins pour l'année 2005 ont été collectées dans des études spécifiques aux pays africains. L'efficacité du vaccin PHiD-CV est basée sur l’essai clinique du COMPAS de phase III. L’accès aux soins ambulatoires pour cause de pneumonie est basé sur les données du suivi, les hospitalisations sont censées être pour les épisodes de pneumonie sévères. Toutes les années, les épisodes de méningite et celles de NPNM sévères sont supposés conduire à une hospitalisation. La même couverture que celle du vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche dose 3 a considérée. Les coûts et AVCI sont actualisés à un taux de 3%.

Résultats Par rapport à l’option aucune vaccination, l’introduction de PHiD-CV dans chacun de ces pays, aurait éventuellement un impact considérable. Compte tenu de l’impact cumulé de plus de 36 pays africains, nous estimons que la PHiD-CV permettra d’éviter chaque année 2,1 millions et 66,7 milliers d’épisodes et de cas de décès dus à la pneumonie, 24,9 et 18,2 milliers d’épisodes et de décès dus au Meningite et 125,6 et 5,7 milliers NPNM épisodes et des décès. Dans l’ensemble, 976 milliers cas de visites en consultations externes et 808 milliers cas d’hospitalisation pourraient être évités et permettre d’économiser plus de 39 millions $. Le coût-efficacité, estimé pour l’introduction de la PHiD-CV est de 98 $ par année de vie d’invalidité ajustée sur les 36 pays.

Limites Cette étude est basée sur un modèle statique et ne tient pas compte des mécanismes de transmission dynamiques ou de la circulation des agents pathogènes. L'efficacité du vaccin est due aux différents facteurs des lieux où l'étude a été premièrement menée avec un calendrier différent. Les limites des sources de données utilisées seront aussi appliquées à ces estimations.

Conclusion Comparé au scénario hypothétique sans vaccination, l’introduction de la PHiD-CV pourrait potentiellement conduire à des avantages substantiels sur la santé publique et peut être plus coût-efficace lorsque nous considérons le seuil de l’OMS.
PS 03/9

Coût de la mise en œuvre des programmes de vaccination contre le paludisme dans 5 pays d’Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Kenya, Ghana, Mozambique et Tanzanie).

Elisa Sicuri1,2, Sergi Alonso1,3, Bakar Fakih4, George Bonsu5, Simon Kariuki6, Oscar Leeuwenkamp7, Mwifadhi Mrisho4, Justice Nonvignon8, Vincent Were6, Fadima Yaya Bocoum9, Christophe Sauboin10
(1) ISGlobal, Barcelona Centre for International Health Research (CRESIB), Hospital Clinic - Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain
(2) Health Economics Group, School of Public Health, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London
(3) Centro de Investigação em Saúde de Manhiça, Manhiça, Mozambique
(4) Health Institute, Dar es Salaam, Tanzania
(5) Expanded Programme on Immunisation, Ghana Health Service, Accra, Ghana
(6) Centre for Global Health Research, Kenya Medical Research Institute, Kisumu, Kenya,
(7) Mr. Oscar Leeuwenkamp, Eclipse, Tervuren, Belgium, fam.leeuwenkamp@gmail.com
(8) University of Ghana, Accra, Ghana
(9) Institut Free Afrik, Ouagadougou, Burkina Faso
(10) Mr. Christophe Sauboin

Objectifs Cette étude visait à évaluer les ressources nécessaires et les coûts associés à l’introduction du vaccin RTS,S/AS01 contre le paludisme dans le cadre du Programme Élargi de vaccination (PEV) dans cinq pays d’Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Mozambique et Tanzanie).

Méthodes Des entretiens semi-structurés ont été menés de Février à Décembre 2015 auprès de 57 personnes focales du PEV à différents niveaux du système de santé: niveau central, intermédiaire (région / district) et local (structures de santé). L’étude s’est intéressée à des zones soumises à différentes «endémicité» du paludisme, aussi bien en milieu rural qu’en milieu urbain. L’analyse des données recueillies et des publications complémentaires (i.e. les coûts unitaires), a fourni des estimations pour les coûts marginaux (exprimés en $US de 2014), à savoir les frais engagés pour l’expansion des ressources existantes. On a estimé les coûts moyens, les minima et maxima pour refléter le coût total par enfant entièrement vacciné, comparativement (sans tenir compte du nombre de doses) aux coûts variables. Une autre distinction a été faite entre les coûts économiques et financiers, ces derniers impliquant investissement par le système national de santé.


Conclusions Ces estimations sont similaires à des estimations antérieures basées sur des données secondaires. Dans le contexte actuel d’introduction de plusieurs vaccins dans le cadre du PEV, les économies considérables sont attendues même si la situation est plus stressante pour les systèmes de santé. Ces considérations doivent être prises en compte pour l’introduction potentielle du vaccin RTS,S / AS01 contre le paludisme ainsi que de tous les autres vaccins.
**PS 03/10**

**Etudier la Volonté De Payer (VDP) pour la vaccination des enfants par l’utilisation de deux formats de questions contingents. Le cas du Nigéria.**

Ifeanyi Chikezie, College of Medicine, University of Nigeria Enugu Campus  
Ogocukwu Ibe, Health Policy Research Group, College of Medicine University of Nigeria Enugu Campus  
Chinyere Mbachu, Health Policy Research Group, Department of Community Medicine FETHA Ebonyi State. College of Medicine University of Nigeria Enugu Campus  
Ijeoma Okoronkwo: Department of Health Administration, University of Nigeria Enugu Campus. Department of Health Administration,  
Obinna Onwujeke: Department of Health Administration and Management, Department of Pharmacology and Health Policy Research Group. University of Nigeria Enugu Campus. College of Medicine University of Nigeria Enugu Campus

**Introduction**  
La « volonté de payer » (VDP) fournit des informations sur la valeur qu’une personne attache à un produit ou un service, indiquant ainsi au gouvernement la nécessité ou non d’investir dans ce produit ou service. Les méthodes d’évaluation contingente constituent un outil précieux pour la VDP. Les services de vaccination dans le secteur public sont fournis gratuitement et ne reflètent pas la situation réelle du marché, d’où la nécessité d’une évaluation contingente. Aucune étude n’a encore évalué la VDP par rapport aux services de vaccination dans l’état d’Enugu. Cette information pourrait être importante pour les décisions budgétaires basées sur des évidences. Cette étude cherche donc à combler ce vide en évaluant la VDP pour les services de vaccination des moins de 5 ans dans l’état d’Enugu et à comparer la fiabilité des deux formats de questions d’évaluation.

**Méthodes**  
Un questionnaire préalablement testé et administré par un enquêteur a été utilisé pour recueillir des données auprès des répondants sur leur volonté de payer pour la vaccination des enfants. Leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques ont été compilées et comparées suivant les formats de questions. Les estimations moyennes de la VDP ont été calculées et comparées entre les deux groupes. La fiabilité de la VDP obtenue pour la vaccination des moins de cinq ans a été déterminée et comparée à l'aide de « Ordinary Least Square » (OLS) pour décider de quel format fonctionne mieux. Un essai d’association a été effectué entre les variables démographiques des répondants et la volonté de payer pour la vaccination des moins de cinq ans.

**Résultats**  
Les résultats de l’étude montrent que 88% des répondants dans les deux groupes ont déclaré une volonté de payer positive pour la vaccination des moins de 5ans, avec une proportion plus élevée de 93,8% provenant de SH. La VDP était statistiquement différente entre les deux groupes (p <0,05). La principale raison pour laquelle certaines personnes ont déclaré ne pas être disposés à payer quoi que ce soit pour la vaccination des moins de 5 ans était le manque d’argent. La VDP moyenne était plus élevé dans BG (N486,4) que dans SH (N381,3). La distribution du niveau de VDP entre les deux groupes de questions était statistiquement différente. La valeur médiane de la VDP était plus élevée dans BG (N500) que dans SH (300). La valeur maximale de VDP a également été enregistrée dans BG (N5000).

**Conclusion**  
Les deux formats étaient valides dans le déclenchement de la VDP. Cependant, il était très difficile de distinguer le format qui offrait de meilleurs résultats, bien qu’un choix aléatoire aie permis d’obtenir des valeurs de VDP supérieures, sachant que SH avait un plus grand nombre de propositions obéissant à des variables statistiquement significatives.

Mots clés: la volonté de payer, évaluation contingente, marchandage structuré, Aléatoire, immunisation.
Session Parallèle 3 : Mécanismes de paiement et qualité des soins

PS 03/11

Analyse comparative de la qualité des soins à différents niveaux soins au Nigeria.

Dr Oluwole Odutolu, World Bank, aodutolu@worldbank.org Address: 102 Yakubu Gowon Crescent, Abuja Nigeria
Opeyemi Fadeyibi, Solomon Adebayo, Benjamin Loevinsohn, Gayle Martins

Objectifs: Cette étude a évalué la qualité des soins administrés dans les structures de santé du Nigeria. Nous avions défini, la qualité comme étant une combinaison du savoir, du savoir-faire des prestataires et les instruments avec lesquelles ils travaillent. L’objectif de cette étude est de combler le gap entre ces différents facteurs, en utilisant les données d’une enquête d’envergure nationale et représentative pour déterminer le niveau de qualité des soins dispensés dans les structures sanitaires du Nigeria et montrer les facteurs qui contribuent significativement à la qualité des soins de santé.

Méthodologie: Cette étude a utilisé les données provenant de l’enquête du Service Production des Indicateurs(SDI) mis en place par la Banque Mondiale au Nigeria. L’étude regroupe des enquêtes au cours desquelles les structures sanitaires ont été sélectionnées au hasard dans 12 États suivant les six zones géopolitiques du pays. Les enquêtes ont été menées entre Juillet 2013 et Janvier 2014. Trois grandes catégories d’indicateurs de qualité de services ont été identifiées dans l’enquête SDI. Ce sont, le niveau de connaissance, le niveau d’effort et d’apport (Ce que le prestataire utilise pour travailler). Le niveau de connaissance du prestataire a été mesuré en utilisant les vignettes cliniques pour évaluer les compétences des prestataires dans la gestion de 7 états de santé. Les mesures du niveau de connaissance du prestataire prennent en compte l’exactitude du diagnostic et le respect des bonnes pratiques cliniques. Chaque composante de la qualité a été mesurée sur une échelle de 0 à 100 et la moyenne a été retenue pour déterminer le niveau de qualité des soins de santé.

Analyse des données: Le logiciel SPSS version 16 a été utilisé pour faire l’analyse. Les données ont été analysées en utilisant la méthode descriptive telle que les fréquences et les tableaux croisés pour mesurer le niveau d’association entre les variables. Des moyennes ont été calculées pour les indicateurs de qualité de soins / de services. Nous avons utilisé la régression linéaire pour voir si les déterminants de qualité de soins/de services varient selon la qualité des composantes de l’indice de soins, comme premier résultats. Le coefficient de régression était estimé ensemble avec un intervalle de confiance de 95%, la p-value, valeur de probabilité, p, et le coefficient de détermination ( ). Finalement, nous avons utilisé le coefficient de corrélation linéaire de Pearson.

Résultats: La moyenne des résultats de l’ensemble des scores de toutes les trois dimensions de la qualité des soins montre que le total de l’indice composé de la qualité des soins est significativement supérieur dans les cliniques/ centres de santé ou hôpitaux. L’éloignement n’est pas une limite d’accès aux soins de qualité. Dans les deux cas, que ce soit dans les structures publiques et structures privées, l’effort et les moyens utilisés par les prestataires pendant de l’exercice de leurs fonctions, contribuent significativement à la qualité globale des services. Toutefois, la qualité des soins dans les structures privées est significativement supérieure que celle des établissements publique de santé. Et ce, en termes de moyens utilisés par les prestataires pour travailler et en termes d’efforts fournis. Il y a moins d’absentéismes dans les structures privées de santé par rapport aux structures publiques.
PS 03/12
La qualité des soins et couverture efficace des services de santé infantile en milieu rural au Burkina Faso.

Mr Jean-Louis KOULIDIATI, University of Heidelberg, jlkouidiati@gmail.com
Robin C Nesbitt, University of Heidelberg
Stephan Brenner, University of Heidelberg
Hervé Hien, Centre Muraz, Burkina Faso
Paul J Robyn, The World Bank
Aurélie Souares, University of Heidelberg, souares@uni-heidelberg.de

Contexte La qualité des soins est une pierre angulaire de la couverture maladie universelle et un facteur essentiel de réduction de la mortalité et la morbidité.

Objectifs Nous cherchons d’une part à évaluer la qualité technique des services de santé des enfants dans les établissements de premier point de contact au Burkina Faso et d’autre part, à déterminer la couverture effective des services de santé de l’enfant et particulièrement celle de la vaccination.

Méthodologie Une étude transversale a été menée dans six régions du Burkina Faso. L’étude a utilisé deux principales sources de données: l’enquête des structures de santé (observation directe des consultations, évaluation des structures, des interviews des prestataires) et l’enquête auprès des ménages (état de santé, le comportement de recherche de la santé, le statut socio-économique).

Pour évaluer la qualité des soins, nous avons utilisé des fonctions de signaux des trois dimensions des soins des enfants (soins de routine, la gestion des maladies infantiles graves et des aspects non médicaux des soins) la disponibilité des médicaments pertinents, les vaccins, l’équipement et la dotation en personnel. Chacune de ces dimensions a été classée selon un niveau de qualité élevé, intermédiaire et faible. En reliant l’enquête ménages à l’évaluation des établissements de santé, nous avons déterminé la proportion d’enfants ayant cherché des soins dans les établissements de qualité élevé.

Nous avons ensuite calculé, la couverture effective des soins préventifs de l’enfant défini en tant que proportion d’enfants qui ont terminé le plan de vaccination spécifique adapté à leur âge.

Résultats Au total, 494 établissements de soins de santé primaires ont été inclus dans l’étude. Nous avons observé 1,297 premières visites des enfants patients de moins de 5 ans, en ambulatoires et interviewés 1.298 prestataires dans des établissements de soins de santé primaires.

Plus de la moitié des établissements de santé (51%) avaient un niveau de qualité élevé en matière de soins non médicaux alors que plus de 70% des établissements sanitaires primaires ont eu un faible niveau de qualité dans la gestion des maladies sévères de l’enfance. Nous avons constaté globalement que 50% des établissements de santé ont eu un faible niveau de qualité.

Alors que 69,7% des enfants malades ont cherché des soins dans un établissement de santé, seulement 18,8% d’entre eux sont allé dans des structures de qualités élevées.

Il y avait une grande différence entre une couverture efficace et la couverture brute de vaccination. En outre, la couverture effective des vaccins BCG et DTC3 était plus faible chez les ménages pauvres que les plus riches (p = 0,01).

Conclusion Notre évaluation a constaté que le niveau de qualité des établissements de santé était faible et l’écart de qualité est resté grand. En plus, il y avait particulièrement une faible couverture effective en vaccination dans les régions plus pauvres étudiées. La couverture effective pourrait être un indicateur pertinent pour l’amélioration de la performance des services de santé de l’enfant.
L'impact du Financement Basé sur les Résultats sur la qualité des soins prénataux au Cameroun

Chantelle Boudreaux, Harvard University T.H. Chan School of Public Health ; Jacob Robyn

Contexte :
L'utilisation du Financement Basé sur les Résultats (FBR) a émergé comme une stratégie de financement de plus en plus important pour les services de santé du secteur public. Défini comme “FPS” [Frais pour les Services] –Conditionnés-par-la- qualité-des-soins," l'utilisation du FBR a augmenté de façon spectaculaire dans la dernière décennie. Les FBR sont complexes et supposés fonctionner via un nombre distincts procédés, comprenant (1) la fourniture d’un appui à la gestion ; (2) la fourniture de ressources financières supplémentaires ; et (3) la mise en place de contrats de priorisation d’activités spécifiques. À ce jour, les données sur l'impact du FBR sont mitigés et l'on sait peu de choses sur les impacts comparatifs de ces méthodes sur les dimensions structurelles des soins. Celles-ci, sont la qualité des soins fournis et la satisfaction des utilisateurs. Nous cherchons à combler cette lacune après cette étude. En utilisant les données recueillies au niveau de 118 établissements de soins de santé primaires au Cameroun, nous présentons des résultats récents de l'impact du FBP sur la qualité des soins prénataux (ANC) après trois années de mise en œuvre.

Données :
Nous avons fait la collecte des données dans 110 structures de santé de niveaux primaires au Sud du Cameroun. Les établissements de santé ont été sélectionnés au hasard dans chacun des quatre groupes : (1) Contrats de FBR traditionnels, comprenant la gestion intensifiée et un soutien financier inconditionnel basé sur la réalisation de la performance; (2) la gestion intensifiée et un soutien financier inconditionnel; (3) une gestion intensifiée, sans soutien financier conditionnel; et (4) le statut quo (contrôle). Les équipes de l’enquête ont visité les structures avant le lancement des activités du FBR en (2012), et trois années après la mise œuvre en (2015). Les activités de collectes des données comprenaient l'audits des structures, l'entretiens auprès des prestataires des soins, des séances d’observations des soins cliniques prénataux , entretiens auprès des patients à leur sorties des structures.

Méthodologies :
Nous avons employé la régression des moindres carrés ordinaires (MCO) pour estimer l'impact causal des interventions sur les trois variables dépendantes : (1) la qualité clinique ; (2) la communication des agents de santé et (3) la communication des patients. Nous avons utilisé les données d'observation cliniques pour établir des points à une session spécifique sur la qualité clinique et la communication des agents de santé. Ensuite nous avons utilisé les entretiens à la sortie des patients pour évaluer leurs satisfactions.

Résultats :
Pendant qu’au fil du temps, nous enregistrions une hausse générale de la qualité des soins prénataux, il est difficile de prouver que nos interventions ont des effets positifs sur ces résultats obtenus. Les établissements de santé primaires, affectés au hasard à des groupes témoins ont réalisé une plus grande augmentation de la qualité des soins prénataux alors que ceux affectés dans des groupes appliquant pleinement le FBR, ont enregistré une faible augmentation de la qualité. Des résultats similaires ont été réalisés sur la communication et la satisfaction des patients.

Conclusion :
Le FBR, est une intervention complexe, elle s’applique à différents niveaux du système de santé. Nos résultats suggèrent la survenance de probables conséquences inattendus, lorsque les structures sanitaires cherchent à accroître la quantité au détriment de la qualité.
Les mécanismes de paiement des prestataires ont une influence sur les visites, le référencement et la qualité des services de santé. La système de capitation n’en fait pas exception. Puisque le prix du Système de Paiement des Services (SPS), est caractérisé par la motivation, le Groupe Homogène de Malade (GHM) est attribué aux épisodes qui ont des coûts élevés sans considération de la nature des soins administrés. Les effets de ces mécanismes ont permis de mettre en avant la capitation comme système de paiement. Elle a été introduite au Ghana en 2010. Elle a été au départ rejeté par les groupes de pressions (c-à-d l’Union pour le Développement des Ashanti (UDA)). Les prestataires de soins pensaient qu’elle reduirait leur part de profit, les UDA pensaient qu’elle reduirait l’utilisation à un niveau d’inefficience, comme l’indiquaient plusieurs études. En utilisant la régression de Poisson, la régression logistique ordonnée et la régression ordonnée binaire, cette étude a été dans un premier menée, pour montrer les effets, de l’utilisation de la capitation, des visites, des référencements, de la qualité des soins et de la volonté des patients à retenir le prestataire des soins de santé primaire, sur une période de trois mois. Un échantillon composé de 500 patients assurés par la SNAM ont été sélectionnés. 250 d’entre eux proviennent de l’hôpital d’enseignement Komfo Anokye (un groupe utilisant la capitalisation) alors que les 250 autres viennent de l’hôpital d’enseignement de Korle-Bu (un Groupe GHM utilisant le SPS).

Les résultats de cette recherche, ont montré que les patients sous la capitation ont moins de visites que ceux les GHM (groupes de contrôle). Il a été révélé que les patients sous capitation ont des soins de santé faibles qualité par rapport aux GHM (Groupe de contrôle à Korle-Bu). Contrairement à nos attentes, la recherche a montré que les patients sous capitation sont plus enclins à changer leur premier prestataire par rapport à ceux sous GHM comme système de paiement. La capitation a un impact positif sur le système de référencement par rapport aux patients du GHM.

La recherche conclue que sans suivi, la capitation conduit à la déterioration de la santé aussi bien au niveau de la qualité que de la quantité. Le taux élevé du référencement dans les régions sous capitation, ne signifie pas que le système de capitation assure une sélection judicieuse des malades ou une gestion effective. Des recommendations ont été faites pour améliorer la qualité de la capitation.
PS 03/15

Maîtrise des charges de production intégrée dans un modèle de gestion par la qualité pour la performance du laboratoire médical des cliniques universitaires de Lubumbashi, RDC.

Mundongo Tshamba Henri, Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, Lubumbashi, République Démocratique du Congo. E-mail : h.mundongo@gmail.com
Van Caillie Didier, Université de Liège, HEC-Ecole de gestion, Centre pour l’Expertise de la Performance des Entreprises (CEPE), Liège, Belgique
Ditend Yav, Université de Lubumbashi, Faculté d’Economie et de gestion, Lubumbashi, République Démocratique du Congo
Nduwa Nguz, Université de Lubumbashi, Ecole de Santé Publique, Lubumbashi, République Démocratique du Congo
Malandji Kes, Université de Lubumbashi, Ecole de Santé Publique, Lubumbashi, République Démocratique du Congo
Malonga Kaj, Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Introduction

Les cliniques universitaires de Lubumbashi en quête de l’efficience pour son laboratoire médical dans un contexte d’autonomie, avaient adopté la stratégie de maîtriser les charges de production d’analyses et l’approche EFQM de gestion par la qualité (Calvo Mora et al., 2005 ; EFQM, 2005 ; Coulmont, 2008 ; Bayo-Moriones et al., 2011 ; Cabrerizo et al., 2012) . Cette étude a pour objectif d’évaluer les effets de cette stratégie sur les prix des prestations, l’évolution des demandes des patients et la performance du laboratoire.

Méthodes


Résultats

358.526 prestations enregistrées ont été insensibles à la hausse de prix induite par des coûts relatifs à la hausse des charges (p =0.000). L’augmentation des demandes de la clientèle de 30.420 analyses en 2005 à 59.460 analyses en 2010, a entraîné une hausse exponentielle de la production financière de 32.462 $ US en 2005 à 175.320 $ US en 2010. La gestion des charges par imputation rationnelle a inversé la pyramide des charges indirectes et le coût par analyse. Ces charges ont augmenté graduellement de 14 % à 45 % dans le coût global durant l’étude et ont servi à l’entretien des locaux, la gestion des déchets, à la gestion de l’interface avec les patients, l’amortissement de l’équipement et les frais auxiliaires. Ces charges indirectes sont restées insensibles au niveau d’activités (Test t = 2.645 et p = 0.057).

Conclusion

Cette étude indique la liaison étroite entre les coûts des soins, la satisfaction des patients et la performance du service, essentielle pour les hôpitaux qui souhaitent booster leur performance. Les demandes ont doublé malgré la hausse de prix, indiquant que les soins de santé s’alignent comme biens essentiels de consommation. Les points de succès sont la maîtrise des charges de production au profit de la gestion par la qualité, la satisfaction des patients et des parties prenantes.

Mots clés : Charges de production, satisfaction des patients, Gestion de la performance, Laboratoire médical, Lubumbashi, R.D.C.
PS 03/16

Le Financement Basé sur les Performances (FBP) peut-il améliorer la qualité des services de santé maternelle et infantile au Nigéria? Les possibilités et les résultats préliminaires.

Yewande, Ogundeji, Health Strategy and Delivery Foundation, ykogundeji@gmail.com, Plot 1980 Wikki Spring St. Maitama Extentension, Abuja (2) Miss, Nnenna Ohiaeri, CHAI, Abuja. (3) Dr, Olalekan, Olubajo, NPHCDA, Abuja.

Le Nigéria n’a pas pu atteindre pour 2015 les OMD 4 et 5 (réduction de 2/3 de la mortalité infantile et de 3/4 les décès en couche) depuis leur adoption en 2000. Plusieurs politiques de santé ont été adoptées au Nigéria dans le but d’améliorer la qualité et l’utilisation des services de santé maternelle et infantile, de fournir un accès à des interventions rentables et de prévenir ou réguler les causes de décès. Cependant, les améliorations ont été très lentes. Avec l’intégration des OMD dans les Objectifs de Développement Durable (ODD) nouvellement adoptés, il est nécessaire de réfléchir sur les raisons pour lesquelles certaines de ces réformes ont été infructueuses, de mettre en place des stratégies pour contourner les obstacles afin d’accélérer le processus de réalisation des OMD / SDG.

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) comme option de financement de la santé est de plus en plus adopté dans les pays africains (y compris le Nigéria). Il pourrait constituer le moyen d’améliorer la qualité et l’utilisation des services de santé, en dépit des résultats controversés et de la rareté des preuves de son efficacité dans les pays en développement. Ce document traite de la mise en place d’un pilote FBP pour améliorer la qualité et l’utilisation des services de santé maternelle et infantile dans 3 des 36 états que compte le Nigéria, de son potentiel à contourner les obstacles au système de santé du Nigéria (notamment le manque de transparence et la mauvaise gouvernance) et les résultats préliminaires.

Les premiers résultats, prometteurs, et la preuve avérée de son efficacité dans les pays pauvres ou à revenu intermédiaire (Rwanda et Tanzanie entre autres) indiquent que le FBP pourrait être pour le Nigéria une réforme révolutionnaire qui permettrait d’améliorer la qualité et l’utilisation des services de santé maternelle et infantile et ainsi d’accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de Développement Durable nouvellement adoptés.
Session Parallèle 4 : Sessions Organisées

Session Organisée 7 : Quelle formation et recherche en économie de la santé dans le contexte de la CSU ?

Radouane Belouali, Chris Atim

Quelles expériences et priorités de formation et de recherche en économie et financement de la santé dans le contexte de la CSU en Afrique ?

Introduction

Dans un contexte d’objectifs mondiaux de Couverture Sanitaire Universelle, développement durable et Grande Convergence, le renforcement des ressources humaines en santé s’avère indispensable pour permettre aux pays qui s’y engagent de disposer de compétences adéquates pour atteindre les objectifs. Depuis plusieurs années, AfHEA et le RESSMA se sont investis dans le renforcement des capacités par l’organisation de sessions de formation au bénéfice de professionnels, chercheurs et observateurs du système de santé.

Les formations de AfHEA et RESSMA ont fait une part importante à l’économie de la santé, comme composante critique des thèmes des besoins en formation. C’est aussi la raison pour laquelle ils ont développé des relations de partenariat avec des institutions académiques de formation en économie et politique de la Santé.

Afin de promouvoir la compréhension et l’utilisation des outils économiques appliqués à la santé par les Médecins, gestionnaires au niveau stratégique, gestionnaires des établissements, gestionnaires des organismes d’assurance maladie, cadres infirmiers, administrateurs, etc., les besoins en formation ont été estimés lors d’enquêtes préliminaires.

Par ailleurs, reconnaissant d’importants gaps et lacunes dans le domaine de la recherche, les deux réseaux organisent des événements internationaux pour faciliter la diffusion de la connaissance, des expériences et des résultats des recherches au niveau Africain et international.

Malgré ces efforts, un besoin d’accompagnement des pays qui s’engagent vers la couverture universelle reste nécessaire. C’est dans ce sens que les modalités d’un appui institutionnel sont envisagées.

Tous ces aspects appellent à une plus grande sensibilisation des décideurs, des institutions de formation et de recherche, un plaidoyer auprès des partenaires de la coopération bi et multilatérale et finalement la mise en réseau des organisations et compétences disponibles. Les deux réseaux (AfHEA et RESSMA) et les deux instituts de formation (CESAG et ENSP) s’engagent dans ce sens à travers cette session.

Objectifs :

Cette session vise, sur la base de la présentation des expériences des deux réseaux et de leurs partenaires en matière de formation de base et de formation continue en économie et financement de la santé en Afrique,

• D’engager un débat sur les publics cibles, les besoins de formation et les institutions de formation
• Proposer des recommandations pour élargir l’offre de formation notamment par la mise en réseau des institutions de formation
• Analyser le potentiel de développer de nouvelles approches de formation adaptées aux besoins de chaque public cible (Formations de longue durée, FC de courte durée, E-Learning, etc.)
• Initier un partenariat multi acteurs (réseaux, ministères, instituts de formation, coopération bi/multilatéral etc., pour institutionnaliser ces formations et les certifier.

### Contenu de la session

<table>
<thead>
<tr>
<th>Titre</th>
<th>Orateurs</th>
<th>Animateur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Expérience de formation en économie de la santé du CESAG</td>
<td>Dr. El Hadji GUEYE&lt;br&gt;Chef de Département CESAG - Santé</td>
<td>Pr Najib Guedira et Mr Miloud Kadddar</td>
</tr>
<tr>
<td>Expérience de formation en ES du RESSMA</td>
<td>Asma Fellousse et Larbi Lamri&lt;br&gt;(RESSMA)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Expérience de formation en ES de AfHEA (Learning challenges on UHC: view from AfHEA survey and evaluation tools)</td>
<td>Pascal Ndiate, Felix Obi, Grace Njeri&lt;br&gt;(AfHEA)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Expérience de formation en économie de la santé de l'ENSP</td>
<td>Représentant de ENSP Rabat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Débat et synthèse : Quelles priorités de recherche et de formation, quelles institutions, quels moyens et quel partenariat ?</td>
<td>Dr Radouane Belouali, Dr Chris Atim, Directeur ENSP, Directeur CESAG Dr Bouchard Fouad&lt;br&gt;(MoH, Maroc)</td>
<td>A confirmer</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Les Obstacles à l'apprentissage sur la CMU d'après les mécanismes d'enquête et d'évaluation de AfHEA.

_Pascal Ndiate, Felix Obi, Grace Njeri, John Ataguba, Chris Atim_

#### Contexte

Les obstacles à l’apprentissage deviennent de plus en plus préoccupants dans le renforcement des capacités pour les activités de santé, en particulier pour les nouvelles interventions médicales ou la mise en œuvre de nouvelles dispositions. L'objectif est de partager l'expérience de AfHEA dans l'appréciation des obstacles à l'apprentissage sur la couverture maladie universelle (CMU) pour les fonctionnaires de haut niveau. Dans le cadre d’un projet de 3 ans sur la CMU, AfHEA a organisé 7 ateliers internationaux dont une conférence en ligne, dans des pays francophones et anglophones, sur les défis liés à l’implantation de la CMU. D’autre part, AfHEA a mené une vaste enquête en ligne pour une meilleure évaluation des besoins et priorités quant au renforcement des capacités des partenaires en termes de formation. AfHEA a appliqué trois des quatre niveaux du système d’évaluation standard3: i) la «réaction», ii) l’évaluation des apprentissages acquis au cours des ateliers et iii) l’évaluation du comportement ou du transfert de connaissances pour évaluer les compétences, la compréhension et l’impact probable. Cet article présente quelques-unes des conclusions de ces activités.

#### Méthode

Nous avons analysé 1694 questionnaires individuels en utilisant aussi bien des questions ouvertes que des questions fermées. Les formulaires ont été envoyés directement aux participants en cours de formation et à travers les médias sociaux. Une échelle de Likert a été utilisée pour évaluer la satisfaction des participants.

---

utilisée pour saisir les impressions et le niveau de connaissance des participants sur la CMU avant, pendant et après la formation. Les interventions des participants, les communications officielles et les rapports internes ont également été analysés en utilisant QSR NVivo™ afin de mieux capturer leur appréciation sur le fond, la forme et les aspects liés à l'organisation pratique de la formation. D'autre part, nous avons aussi évalué l'impact probable des compétences acquises.

**Principales conclusions**

Les résultats de la première enquête (connaissances / besoins / évaluation) ont apporté une aide considérable à AfHEA dans l'élaboration d'une approche multi disciplinaire, avec un contenu en adéquation avec les besoins et priorités des différents partenaires, à plusieurs niveaux. Les participants ont signalé le besoin de connaissances approfondies sur les piliers des systèmes de santé, surtout en ce qui concerne les mécanismes de financement. Par conséquent, les questions transversales telles que la qualité des soins, la communication, la conception institutionnelle, les programmes de formation, les activités de partage ont été évoquées au cours de l'évaluation. Il y a, dans l'ensemble, une acceptation générale du cours et de la pertinence de son contenu. Cependant, plusieurs participants ont soutenu qu'il faudrait beaucoup plus que de courtes séances de formation pour venir à bout de la complexité de la CMU et fournir toutes les connaissances et capacités requises à son implantation. Néanmoins, d'une manière générale, nous avons pu constater une augmentation du niveau de connaissance, et les participants ont sollicité plus de soutien et de suivi individuel et institutionnel.

Les obstacles étaient relatifs à la gestion des cours, au suivi et à la collaboration. Les facteurs ayant grandement contribué à la réussite de la formule, l'identification et la sélection rigoureuse de personnes-ressource, une coordination et une communication efficaces lors de l'élaboration des contenus. D'autre part, l'établissement de partenariats institutionnels stratégiques a été difficile et a produit de faibles résultats: un partenariat avec des structures académiques, la création d'une collaboration fructueuse entre les organismes régionaux et internationaux dans le but de soutenir les activités de renforcement des capacités et de maintenir une étroite collaboration entre ceux qui ont bénéficié de la formation.

Nous nous sommes rendu compte de la nécessité d'élargir le contenu du cours à certaines certifications académiques. L'intérêt d'inclure des partages d'expérience de milieux professionnels divers et de zones géographiques diverses a aussi été exprimé.

**Conclusion**

Sachant que de nombreux pays d'Afrique Occidentale ont entrepris une profonde réforme de leur système de santé pour atteindre la CMU, les résultats de ce travail montrent qu'il y a une insuffisance de compétences, un besoin de mise à jour et une capacité limitée pour l'implantation effective de la CMU. Par conséquent, une formation systématique et globale pour le suivi et le partage d'expériences jumelée à une évaluation efficace des obstacles à l'apprentissage sera nécessaire dans la région. Cela pourrait aider, entre autres, à mieux adapter le contenu de la formation aux besoins des partenaires et contribuer significativement à l'accélération d’une mise en œuvre efficiente de la CMU.
Session Organisée 8 : L'impact médico-économique des maladies cardiovasculaires en Tunisie

Overview and chair: Dr Nadia Ben Mansour, National Public Health Institute, Faculty of Medicine, University Tunis El Manar - nadiabmy@gmail.com

Le défi des MTN en Tunisie : leçons apprises du Projet MedCHAMPS

But et objectifs Les maladies non transmissibles (MNT), en particulier les maladies cardiovasculaires (CVD) et le diabète, augmentent considérablement à travers le Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) et la Tunisie n’échappe à cette situation. En fait, le développement économique dans le pays a intensifié la tendance à l’urbanisation, et a apporté une amélioration de l’accès aux soins de santé, à l’éducation, à l’eau potable et à l’assainissement. Mais ces mêmes évolutions ont été accompagnées par des changements dans l’activité économique, la structure familiale, le style de vie et la nutrition, ce qui a favorisé l’épidémie croissante des maladies non transmissibles. Le projet MEDCHAMPS souhaite faire des recommandations sur les initiatives politiques du ministère de la santé et au-delà du secteur de la santé, recommandations susceptibles de contribuer à réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité des maladies cardiovasculaires et du diabète dans les 4 pays méditerranéens (Tunisie, Syrie, Palestine et Turquie). Les principaux résultats de la Tunisie seront présentés au cours de cette session.

Méthodologies utilisées Une approche des méthodes mixtes a été utilisée pour identifier les initiatives stratégiques potentielles, y compris une modélisation épidémiologique, une revue de la littérature et des entretiens avec des principaux responsables. Des études de coûts et une évaluation coûts/efficacité ont été également utilisées.

Les principaux résultats Les données de mortalité ont montré que la mortalité attribuée aux maladies cardio-vasculaires (MCV) a augmenté de façon spectaculaire au cours d’une période de Quatorze ans passant de 11% (3e rang) à 30% (1er rang) en 2013, de même que pour les cancers (3% à 16,5%). Le modèle épidémiologique a expliqué les tendances récentes de la mortalité CVD par l’augmentation des principaux facteurs de risque modifiables, notamment l’hypertension et l’hypercholestérolémie, l’obésité et le diabète.

Une étude qualitative a montré que la gravité de la transition épidémiologique a été bien reconnue par toutes les parties prenantes. Elle a mis également en évidence des lacunes importantes dans la mise en œuvre d’une approche globale pour les maladies non transmissibles, qui constitue un défi urgent auquel le système de santé tunisien fait face. Pourtant, la forte augmentation des maladies non transmissibles comme le diabète et l’hypertension exige un engagement fort du gouvernement et une mobilisation des ressources et le développement de stratégies sans précédents. Il semble probable le rôle croissant du secteur privé pour combler le gap de l’offre de soins publique, mais au prix de marginaliser davantage ceux qui luttent pour payer, accentuant ainsi les inégalités.

En revanche, contrairement aux traitements pour des patients individuels, les interventions à l’endroit toute de la population pour réduire les facteurs de risque dans la population générale pourrait sauver beaucoup plus de vies et réduire les coûts. Une étude de modélisation a montré que la lutte contre l’obésité et le tabagisme pourrait prévenir 266 691 nouveaux cas de diabète, et permet d’économiser 153.500.682$US/an. Ce montant représente 6% des dépenses totales de santé en 2013.

Dans cette même perspective, trois politiques visant à réduire l’apport alimentaire en sel ont été évaluées: campagne pour la promotion de la santé, campagne pour l’étiquetage de l’emballage alimentaire et campagne pour la reformulation obligatoire de la teneur en sel dans les aliments transformés. Ces politiques ont été évaluées séparément et ensemble. La plupart des politiques ont permis de faire des économies par rapport à la ligne de base.

La combinaison de ces trois politiques (réduction de la consommation de sel de 30%) a donné lieu à des économies estimées à 309,723,878$ US et 6455 de francs Tunisiens.
Présentation 1 : Transformer la prise en charge des maladies chroniques en Tunisie: Mobilisation des citoyens dans l’élaboration des politiques de santé à travers le dialogue sociétal

Pr. Habiba Ben Romdhane, Laboratoire d’épidémiologie et de Prévention des maladies cardiovasculaires, Faculté de Médecine, Université Tunis El Manar

Introduction
Les soins de santé primaires doivent être la pierre angulaire de la prise en charge et la prévention des maladies non transmissibles qui représentent désormais la plus lourde charge de morbidité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (Kruk, Nigenda, and Knaul 2015). L’engagement de la communauté peut conduire peut influencer la pratique des prestataires de services et la politique de santé en général (Björkman and Svensson 2009, Humphreys and Weinstein 2012). De même, les citoyens peuvent changer leurs comportements de santé quand ils sont mieux informés et surtout impliqués dans la prise de décisions. Nous présentons dans cet exposé, une expérience tunisienne à travers laquelle nous avons engagé les citoyens dans la réflexion sur la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles.

Méthodologie
L’analyse de la situation s’est déroulée en trois étapes : (i) une analyse des documents relatifs aux stratégies/programmes/organisations des services ; (ii) des entretiens approfondis auprès des patients et de leurs familles, pour une prise en charge médicale, (iii) des interviews avec les personnes clés(responsables nationaux, responsables régionaux, coordinateurs de programmes, experts , (iv) des forums communautaires.

Principales leçons
Cette étude de cas nous a permis d’enrichir la littérature quant à l’apport de la participation des citoyens dans la réflexion sur les systèmes de santé. Elle a généré des informations pertinentes qui ont confirmé la conscience des parties prenantes de l’ampleur de la charge de morbidité des maladies non transmissibles en Tunisie et d’avoir un regard croisé citoyens/professionnel sur les progrès enregistrés en Tunisie mais également sur ce qui reste à entreprendre. Les défis posés par les maladies non transmissible au système de santé ont été discutés et les axes stratégiques identifiés. Le contexte économique et social, la pauvreté et la précarité, l’injustice et l’abandon, l’absence d’équité, l’absence de perspective sont des faits saillants de la Tunisie actuelle. Le renoncement aux soins est une réalité : les obstacles sont d’ordre social, d’autres sont relatifs au système de santé lui-même et à ses défaillances. Le système apparait en décrochage par rapport aux besoins des populations défavorisées, faute de ressources matérielles et humaines, d’organisation de stratégie adaptée aux besoins des populations. L’indigence des structures publiques aggrave les inégalités sociales. Les citoyens ont insisté sur la nécessité d’avoir une vision de la politique de santé qui tiendrait compte des déterminants sociaux des maladies non transmissibles qui renforcerait le rôle du citoyen et qui se baserait sur la redevabilité.

Présentation 2 : Projection de la prévalence du diabète en Tunisie: bénéfices potentielles de la prévention primaire

Dr Nadia Ben Mansour, Institut National de la Santé, Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar Tunisie

Introduction
L’expansion alarmante du diabète et de ses complications en Tunisie, impose une lourde charge sanitaire et économique sur les individus, les ménages ainsi que sur les systèmes de santé. Nous avons validé un modèle mathématique pour prédire les tendances futures diabète type 2 en Tunisie, en prenant explicitement en compte les bénéfices potentielles (sanitaire et économique) des stratégies de prévention des principaux facteurs de risque (obésité et le tabagisme).

Méthodes
Un modèle de Markov a été validé et utilisé pour intégrer les données relatives à population, à l’obésité et au tabagisme pour estimer la prévalence future de diabète type 2 et le nombre de cas prévenus en cas d’application des stratégies de prévention primaire. Les données d’une enquête sur le cout ont été utilisés pour déduire les bénéfices économique des cas prévenus.
**Résultats** Concernant le coût direct moyen relatif au diabète mis en évidence dans l’étude (500 patients recrutés en 2013), il était de 1264,11DT par patient diabétique par an, soit 632,77 USD. Ceci correspond à 2.5 fois ce qu’a dépensé un tunisien en moyenne pour sa santé.

D’après les résultats d’un travail de modélisation, une augmentation très alarmante de la prévalence du diabète est prévue pour 2027, où une personne sur quatre sera diabétique (26.6%: 28.6% chez les hommes et 24.7% chez les femmes). Si les stratégies nationales de prévention de l’obésité et du tabagisme sont efficacement appliquées, 266 691 cas de nouveaux diabétiques seront prévenus et 337.097.424 Dt/an économisé, ce qui équivaut à 6% des dépenses de santé totale en 2013.

---

**Présentation 3 : Stratégies de réduction du sel et maladies cardio-vasculaires en Tunisie : Résultats d’une analyse coût efficacité**

*Pr Chokri Arfa, Institut National du Travail et des Etudes Sociales de Tunis. Université de Carthage, Tunisie*

**Introduction** Des stratégies populationnelles de prévention visant à réduire les facteurs de risque des MCV ont un rôle important à jouer dans la réduction de la mortalité globale. Ceci soulève des questions fondamentales quand à l’arbitrage entre différentes stratégies, dont l’évaluation médico-économique s’impose.

Objectif de l’étude : Ce travail présente une évaluation de type coût efficacité des différents politiques de réduction du sel en population générale.

**Matériel et méthode** Trois stratégies visant à réduire la consommation de sel ont été évaluées: une campagne de promotion de la santé, l’étiquetage à l’emballage alimentaire et la reformulation obligatoire de la teneur en sel dans les aliments industrialisés. Ceux-ci ont été évaluées séparément et en combinaison. Les estimations de l’efficacité de la réduction du sel sur la pression artérielle ont été basées sur une revue de la littérature. La réduction de la mortalité a été estimée au moyen du modèle de CHD IMPACT spécifique à la Tunisie. L’efficacité de ces interventions a été quantifiées comme des années de vie gagnées (AVG) sur une période de 10 ans. Les coûts de chaque stratégie ont été estimés en se basant sur les opinion d’experts dans les deux secteurs public et privé. Les coûts des services des soins de santé associés aux maladies cardio-vasculaires ont été estimés à partir de la nomenclature en vigueur. Le coût total de la mise en œuvre de chaque politique a été comparé à la ligne de base actuelle (pas de politique). Tous les coûts ont été calculés à partir des taux de change PPA 2010.

**Résultat** Les trois stratégies étaient coût efficace par rapport au scénario de base (pas de politique). La combinaison de ces trois politiques (réduction de la consommation de sel de 30%) entrainerait 6 455 AVG et des économies de dépenses estimées à 235.000.000 $. 
Session Parallèle 4

Session Parallèle 4 : Systèmes de santé en transition

PS 04/1

Le défi de la couverture sanitaire universelle de santé en Algérie

Miloud Kaddar, Economiste de la Santé, Consultant Indépendant, Oran, Algérie

Le système de santé algérien est entré dans une nouvelle phase marquée par un changement radical dans le profil épidémiologique de la population, le contexte économique et financier du pays, l’offre de soins dans les secteurs publics et privés et dans les pratiques et besoins de la société. Alors que pendant des décennies, une grande partie de la population bénéficiait d’une protection sociale contre les maladies par un accès quasi-gratuit aux soins dans le secteur public, on observe actuellement un recul relatif du nombre d’assurés sociaux, une croissance rapide de l’offre privée de soins et du paiement direct par les ménages et une aggravation des inégalités sociales de santé.

C’est dans ce contexte que le défi de la couverture sanitaire universelle se pose à l’Algérie tant sur le plan du paquet de services à offrir et à réguler que sur les sources et les modalités de financement à reconfigurer. Le modèle suivi jusqu’à présent a épuisé ses capacités et est en crise, une nouvelle dynamique s’impose. L’objectif d’atteinte de la couverture sanitaire universelle commande de profondes réformes pour identifier et mettre en œuvre une politique de santé fondée sur des priorités définies de la manière la plus objective et consensuelle possible, un paquet de soins retenu sur la base de preuves rigoureuses, une extension de la couverture collective des frais de soins la moins inégalitaire possible et enfin des sources et modalités de financement pérennes et justes. Ce sont là autant de défis à relever. Cette contribution se propose d’en expliquer les termes et les enjeux et de dessiner quelques pistes pour la réflexion et l’action.
PS 04/2

L'amélioration de la santé et la croissance économique en Algérie : Une analyse économétrique par l'approche ARDL de cointégration (1974-2013)

MESSAILI Moussa, Attaché de recherche au laboratoire d'informatique médicale (LIMED), doctorant à la faculté des science économiques, Université A/mira de Bejaïa. m.moyse@yahoo.fr
KAID TLILANE Nouara, Professeure en économie de la santé, laboratoire d'informatique médicale (LIMED), Université A/mira de Bejaïa. ninive2010@yahoo.fr

Le développement récent de la théorie économique, notamment en théorie de la croissance avec l’émergence de la théorie de croissance endogène, on fait de la santé, en tant que constitutante du capital humain, un facteur de croissance de long terme.

Ainsi, l’objectif de cette présente étude est d’examiner la contribution de la santé, en utilisant l’espérance de vie à la naissance comme proxy du capital santé, à la croissance économique en Algérie sur la période 1974-2013, dans le cadre d’une fonction de production augmentée.

Nous utilisons, pour notre investigation empirique, l’approche ARDL (AutoRegressive Distributed Lags) de cointégration afin d’estimer les relations de long et de court termes.

Les résultats notre estimation économétrique de montre l’espérance vie a un impact de long et court termes positif et significatif sur le PIB réel. En outre, elle montre aussi que l’éducation, appréhendée par le d’achèvement de l’école primaire, a impact de long terme positif et significatif, par contre elle est non significative à court terme. Par ailleurs, nos estimations montrent aussi que la formation brute du capital fixe et les recettes d’exportation des hydrocarbures ont un impact significatif sur le PIB réel.
Introduction:
Après avoir enregistré des progrès considérables dans la lutte contre les maladies infectieuses, périnatales et maternelles, la société tunisienne doit désormais faire face à un nouveau défi, celui d’une morbidité de type chronique et dégénérative.

Méthodes :
Nous avons procédé à une recherche exhaustive de toutes les études publiées relatives aux indicateurs démographique, épidémiologiques et médico-économique ainsi qu’à une analyse critique des sources des données pour ne retenir que celles présentant une qualité satisfaisante. Ce travail est une synthèse des résultats obtenus à partir des publications sélectionnées.

Résultats :
L’espérance de vie à la naissance a évolué de 50 à 73.9 ans entre 1966 et 2012. Pour la même période le taux brut de mortalité et le taux de mortalité infantile (TMI) sont se sont effondré passant respectivement de 15°/oo et 140°/oo en 1966 à 6.1°/oo et 16°/oo en 2012. Les enquêtes nationales de santé ainsi que les registre de morbidité (registre des maladies cardio-vasculaires, des cancers et les maladies à déclaration obligatoire) ont déjà montré que l’obésité, le diabète de type 2, l’hypertension artérielle, les broncho-pneumopathies, les cancers et les maladies mentales ont progressé au dépens des maladies transmissibles. Les données sur la mortalité ont montré que la part de la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires est passée en moins de 40 ans, de 11% (3ème rang) à 30%(1er rang) en 2013 ; celles des tumeurs s’est élevée de 3 à 16.5% au cours de la même période.

D’après les données du dernier compte national de la santé (2013), près de 40% des dépenses liées à la santé étaient destinés au secteur du médicament dont les ménages ont financé plus que la moitié. D’un autre coté, seulement 5 % de ces dépenses étaient consacré à la prévention en général, et seulement 1% pour les programmes nationaux.

Conclusion :
Le vieillissement de la population et le passage conséquent d’une morbidité de type infectieuse, à une morbidité chronique et dégénérative, dont le coût de prise en charge est nettement plus élevé, impose en urgence une réorganisation, réadaptation du modèle de gestion et des modes de financement des différents composantes du système de santé.
Introduction: Les évidences de l'Afrique Sub-Saharienne (ASS) suggèrent que la plupart des programmes et interventions de santé dans la région se concentrent principalement sur les personnes situées au bas de l'échelle économique. Par contre, la pauvreté dans cette région est en constante diminution et la classe moyenne augmente progressivement, comme en témoigne une étude récente menée par la Standard Bank parmi les 11 premières économies de l'Afrique Sub-Saharienne.

Le Ghana a été l’un des 11 pays inclus dans l’étude et les résultats montrent que l’urbanisation semble augmenter dans ce pays. Il est prévu que d’ici 2020, la population urbaine sera de 60% par rapport au taux actuel de 45%.

L’urbanisation croissante est une menace considérable pour la santé des femmes, comme en atteste une étude récente menée à Accra, au Ghana. Il semble y avoir chez les femmes, plus de cas d’obésité et d’hypertension, en plus des défis liés à la santé de la reproduction. Au regard de cette situation, PharmAccess et l’Ambassade du Royaume des Pays-Bas à Accra (Ghana) ont étudié les moyens d’apporter leur contribution au développement d’un modèle pour un réseau de structures sanitaires pour les femmes en vue de l’élaboration d’une stratégie entrepreneuriale qui réponde à leurs exigences en utilisant l’évaluation de la demande. Cette dernière devrait également fournir des informations sur le profil de consommation de la santé, les modes de vie et les activités quotidiennes des participantes.

Méthodes: Notre étude a été qualitative, basée sur des discussions de groupes et des entretiens individuels approfondis. Cinq discussions de groupe et 30 entretiens ont été menés chez les femmes de la classe moyenne des zones métropolitaines d’Accra et de Tema. Pour les groupes de discussion, un échantillonnage délibéré a été appliqué aux cinq principaux groupes. Chaque groupement est constitué d’au moins 10 personnes. Les répondantes aux entretiens ont été recrutées par le biais de réseaux et de l’effet boule de neige. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot à mot. Les réponses relatives aux mêmes thèmes et sous-thèmes ont été regroupées et des valeurs reflétant les résultats ont été calculées pour la rédaction du rapport.


"J’avais souscrit à une assurance mais elle a expiré. Je ne suis pas motivée pour la renouveler parce que, quand vous allez à l’hôpital, le processus est long et le médecin a trop peu de temps à vous consacrer. Je préfère encore payer et bénéficier tout de suite du service." (Entretien avec une femme).

Conclusion: La plupart des femmes de la classe moyenne ont le même mode de vie et des activités quotidiennes similaires. Elles sont intéressées par un modèle de réseau de structures sanitaires qui répond à leurs besoins en santé.
Session Parallèle 4 : Politique de la santé

PS 04/5

Enjeux et contraintes de l'opérationnalisation des collaborations et prises de décisions basées sur des évidences scientifiques en santé en Afrique

Dr Aboubakry Abou, Université de Montreal & Université de CAD Dakar, abgollock@yahoo.fr

Justification

L’initiative ouest-africaine de renforcement des capacités au moyen de la recherche sur les systèmes de santé a été mise en place en 2013 par le CRDI en collaboration avec l’Organisation ouest Africaine de la Santé (OOAS). Quatre équipes de recherche du Burkina-Faso, Sénégal, Nigéria et Sierra Léon ont été financées sur 3 ans.

C’est une initiative novatrice à plusieurs égards. Elle : 1- dédie ses financements à des équipes basées en Afrique de l’ouest; 2- favorise l’intégration des praticiens professionnels dans les équipes de recherche; 3- s’appuie sur des comités de pilotage impliqués dans le suivi des projets pour une meilleure prise en compte des préoccupations des acteurs de terrain; 4- a fait de l’implication des décideurs et utilisateurs des résultats de recherche l’une de ses priorités, dès le début des projets. 5- s’adosse sur le leadership politique de l’OOAS pour assurer le plaidoyer auprès des plus hautes autorités sanitaires des pays concernés. L’objectif ultime étant de renforcer les capacités, décloisonner les milieux de la recherche et ceux des décideurs et favoriser l’instauration d’une véritable culture de prise de décisions basée sur des évidences scientifiques.

Objectifs

Répondre aux questions suivantes : comment la vision a été opérationnalisée au Sénégal ? Quels sont les perceptions des différents impliqués par rapport aux enjeux et contraintes de l’expérience ? Quels en sont les principaux résultats et leçons apprises ?

Méthodes


Résultats

Les résultats de nos premières analyses montrent les difficultés à instaurer un partenariat propice au renforcement des capacités et à l’instauration d’un dialogue permanent entre les différentes parties et l’absence d’une culture de partenariat recherche-extérieur vice-versa autant chez les universitaires que les membres des comités de pilotage. Il y a des différences perceptions différentes du rôle de chacun des acteurs.

Discussion

Apprécier les connaissances sur les enjeux, contraintes et des résultats de la mise en place de dispositifs visant à susciter la collaboration entre les milieux de la recherche et les praticiens et les défis à l’instauration de mécanisme de prise de décisions basées sur des évidences scientifiques dans des environnements où cette culture est encore peu ancrée.
Écarts dans la conception et la mise en œuvre de politiques de santé : Une perspective multi étatique.

Dr Gina Teddy, University of Cape Town, gina.teddy@uct.ac.za
Dr. Dintle Molosiwa, Health Policy and Systems Division, SOPHFM, University of Cape Town, Anzio Road, Observatory, 7925, Cape Town, South Africa - (dintle.molosiwa@uct.ac.za)
Dr. Boroto Huabamugu, School of Public Health, University of the Western Cape, Private Bag X17, Bellville 7535, Cape Town, South Africa - (boroto.huaba@gmail.com)
Dr. Martina Lembani, School of Public Health, University of the Western Private Bag X17, Bellville 7535, Cape Town, South Africa -Cape (martina.lebani@yahoo.co.uk)

Le constat généralisé sur la mise en œuvre des politiques de santé est que, une fois les décisions adoptées, elles ne sont pas mises en œuvre comme prévu et ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Les obstacles sont de plusieurs ordres, allant de politiques contestables à la mauvaise gestion en passant par le manque de ressources. Aujourd’hui encore, les pays pauvres ou à revenu intermédiaire en particulier, continuent de faire face à ces problèmes dans leur tentative de traduire les politiques en résultats. Cette étude cherche à comprendre la complexité de la mise en œuvre des politiques de santé et pourquoi les écarts sont de plus en plus grands entre les pays pauvres ou à revenu intermédiaire malgré d’innombrables évidences.

Méthodologie:
Nous avons entrepris de faire une synthèse des politiques nationales de santé dans quatre pays africains dans le but de donner un aperçu des processus et des facteurs qui influent sur les résultats de leur mise en œuvre. Cette synthèse thématique d’études précédentes sur la mise en œuvre des politiques de santé s’est penchée sur des composantes différentes du système de santé et a quand même révélé des obstacles similaires liés aux écarts dans la mise en œuvre. Exposer et comparer ces expériences pour le Ghana, le Botswana, le Malawi et l’Afrique du Sud a permis d’avoir une perspective multi étatique et un aperçu de la complexité de la conversion des politiques de santé en résultats. Cette étude se fonde sur l’intérêt croissant et l’appréciation des travaux de synthèse antérieurs dans la compréhension des obstacles aux systèmes de santé affectant les pays pauvres ou à revenu intermédiaire.

Constats et conclusion:
Les facteurs communs contribuant aux écarts dans la mise en œuvre et aux échecs des politiques de santé dans les quatre pays sont les suivants: les stratégies adoptées par les gouvernements pour la mise en œuvre; l'engagement limité et ponctuel des acteurs et la mise en réseau des politiques; l'impact de la dynamique du pouvoir et de la politique; le manque de confiance entre les acteurs; l'acceptation des politiques par la communauté et les institutions; les lacunes dans la compréhension, le manque d'information et de communication entre les décideurs et les exécutants; les problèmes liés à la prestation de services tels que le manque de ressources, le financement et le soutien, la qualité des soins; la supervision, le suivi et l'évaluation; et le leadership et la gouvernance. L'étude conclut que la mise en œuvre des politiques de santé est plutôt un phénomène complexe qui déclenche des conséquences inattendues et des événements intangibles souvent ignorés par les décideurs, mais qui peuvent avoir un impact critique sur les processus et les résultats des politiques de santé.
Le renforcement des capacités dans la Recherche sur les Politiques et Systèmes de Santé (HPSR) est encore un défi majeur, surtout pour les pays pauvres et à revenu intermédiaire. Plusieurs approches ont été suggérées et adoptées par divers chercheurs et institutions pour lesquels le renforcement des capacités peut aider à relever les défis en matière de HPSR. La collaboration sur le projet d’analyse et d’innovation des systèmes de santé - une collaboration entre les Universités de Cape Town et les écoles de Santé Publique de l’ouest du Cap qui ont élaboré une thèse post-doctorat conjointe comme une solution pour le développement des capacités en Afrique en matière de HSPR. Ce document cherche à exploiter les innovations introduites par l’approche collaborative pour renforcer les capacités des chercheurs et des praticiens africains émergents en matière de HPSR. Nous prétendons également contribuer au débat sur la manière de soutenir le renforcement des systèmes de santé en Afrique.

Sur la base de réflexions pertinentes et d’interviews des quatre cellules de collaboration, nous avons procédé à un examen approfondi de leurs expériences pour fournir des idées et des éléments de preuve sur la façon dont la collaboration est une approche utile pour le développement des capacités des chercheurs et praticiens africains émergents en matière de HPSR. Le processus d’étude de cas a été assez répétitif et a également adopté une démarche systématique, étape par étape, depuis la collecte de données jusqu’à l’analyse. Les rapports synthétisés ont révélé que la collaboration a créé de multiples capacités parmi les rédacteurs de la thèse, pour la pratique, la recherche et l’engagement dans le domaine de la HSPR. L’approche collaborative qui n’a pas été uniquement fondée sur la recherche a fourni de multiples espaces pour les missions et les développements des capacités nécessaires dans le domaine de la HSPR. Les résultats ont également montré que les institutions qui produisent des travaux similaires doivent fournir un cadre favorable avec les ressources adéquates, une bonne gestion et d’un espace pour l’innovation. La collaboration doit reposer sur une communauté de pratique HSPR et offrir la possibilité pour les post-doctorants d’acquérir la compréhension de la recherche, la mise en réseau de la pratique, le dialogue et la participation dans le but de renforcer nos systèmes de santé.
PS 04/8

Analyse de l'utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé dans la mise en œuvre des politiques, stratégies et réformes de santé en Côte d'Ivoire

Dr Tania Bissouma-Ledjou, Organisation Mondiale de la Santé, bissoumaledjout@who.int
(1) Dr Allarangar Yokoudié, Organisation Mondiale de la Santé, allarangarg@yahoo.fr, Bureau de la Représentation de l’OMS en République Démocratique du Congo (RDC). – 42, Avenue des Cliniques, Gombe, Kinshasa, RDC
(2) Dr Claude Konan Kouakou, Consultant indépendant, konanek@yahoo.fr, 25 BP 1517 Abidjan 25, Côte d’Ivoire
(3) Dr Laurent Musango, Organisation Mondiale de la Santé, musangol@yahoo.fr, Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, Cité du Djoué BP 06, Brazzaville, République du Congo


Cette étude sur les résultats des comptes a été réalisée afin d’analyser leur utilisation dans la mise en œuvre des politiques, stratégies et réforme de santé en Côte d’Ivoire.

La méthodologie a consisté à partir d’une revue documentaire et d’entretiens auprès de certains acteurs du système, d’analyser les données recueillies.

Elles indiquent que l’Etat a fait des efforts pour rendre les soins accessibles, cependant, les ménages financent encore l’essentiel des dépenses de santé via des paiements directs importants (51,08%). En outre, la part de l’Etat dans le financement reste encore faible aux regards de l’engagement pris à Abuja (5,50%). Au total dix-huit recommandations ont été formulées, dont 33% exécutées et 39% en cours de réalisation. Les résultats des comptes sont donc quelque peu utilisés et donnent aux décideurs les arguments de développer des stratégies de renforcement du système de santé. Toutefois, le développement de politiques, plans et stratégies nationaux, voire des réformes ainsi que leur mise en œuvre, impliquant différents acteurs, est un processus long qui nécessite leur engagement pour être un succès.

Afin de renforcer leur utilisation pour le développement de stratégies adaptées, l’étude recommande de, consolider les acquis, mettre en place un comité de suivi des actions, réaliser des études spécifiques pour soutenir la prise de décision, poursuivre le processus d’institutionnalisation des comptes.
Session Parallèle 4 : Accès aux services de santé maternelle

**PS 02/9**

*L’application de la relation supérieur/subordonné, dans l’analyse de la formulation et la mise en œuvre de la Politique de gratuité des services de maternité au Kenya.*

*Dr Consolata Oggot, Ministry of Health, consolataoggot@gmail.com*

*Dr.Catherine Goodman, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Catherine.Goodman@lshtm.ac.uk*

*London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT UK*

**Contexte:** L’objectif de l’OMD 5 prévoyait de réduire les taux de mortalité maternelle (TMM) de trois quarts d’ici à 2015. En 2013, le gouvernement kenyan a supprimé les frais d’utilisation des services de santé maternelle, introduisant ainsi la pratique de Gratuïté des Services de Maternité (GSM). Le but de cette initiative, était de réduire les barrières financières à l’accès aux soins de santé maternelle afin de réduire le taux de mortalité maternelle au Kenya qui est de 488 décès pour 100.000 naissances vivantes.

**Objectifs:** L’objectif général du projet était d’évaluer le processus de la politique de gratuité des services de maternité au Kenya.

**Methodologie:** Revue de la littérature.

**Résultats:** Trois bases de données ont été utilisées comme stratégie de recherche. Soit, un total de 34 articles analysés et 13 articles provenant des bases de données des institutions. Plusieurs méthodes de financement de la santé pour les soins de santé maternelle, existent. Depuis l’accès à l’indépendance, le principal mode de financement était les subventions fiscales et l’exonération des frais d’utilisations des services de santé maternelle. Plus récemment, le gouvernement a introduit l’Aide Basée sur les Résultats (ABR) pour les Femmes pauvres en Ages de Procréer (FAP). Le le Fonds National d’Assurance Maladie (FNAM) couvre 20% des FAP. Le programme GSM est une politique fiscale financée qui a en quelque sorte, supprimé les frais d’utilisations des services de maternité dans tous les hôpitaux publics. Six relations de type supérieur-subordonnée ont été identifiées à différents niveaux hiérarchiques de prestation de services. Celles-ci, sont interdépendantes afin d’atteindre la performance du FMS. Le principal mode de remboursement se fait par cas de grossesse. Les taux de remboursement varient selon différents niveaux de KEPH, les services curatifs atteignant plus de 75% de l’allocation budgétaire. Parmi les mécanismes d’incitations identifiées, l’initiative programme FMS pourrait être considérée comme une très forte politique d’incitation aux mains des politiciens ou de la présidence. Les méthodes de paiement des prestataires présentent une faible incitation qui ne peuvent inciter les professionnelles de santé (HCP) à améliorer leur QOC et favoriser une émulation pour les incitations. En définitive, les mécanismes de financement de la santé orienté vers les soins de santé maternelle, reflètent la plus grande fragmentation du système de financement de la santé au Kenya, qui est par conséquent, inéquitable.

**Conclusion:** Le programme FMS est une politique qui vise à corriger les inégalités dans l’accès aux services de santé maternelle et à la réduction des TMM. Toutefois, il importe d’être prudent et faire en sorte que les mécanismes institutionnels utiles, soient renforcés et s’assurer qu’un suivi continu de l’adhésion à la politique est fait. La dévolution est l’un des facteurs qui détermineront le succès ou l’échec du programme FMS. Il est nécessaire de définir les rôles et responsabilités du financement de la santé pour les deux niveaux de gouvernement. La question la plus importante, est comment concevoir une structure d’incitation appropriée qui permettra de résoudre les multiples relations d’agences.
Accès et utilisation des soins de santé maternelle et de leurs effets sur la santé de la mère l’État de Kisumu: Une Estimation à base d’un model logit imbriqué multinominal

Scholastica Achieng Odhiambo, Lecturer of Economics, Department of Economics, School of Business and Economics, Maseno University

La maternité sans risque est un préalable à la réduction de la mortalité maternelle résultant des complications de la grossesse. Les soins de santé maternelle pendant la grossesse sont définis en trois phases: les soins prénataux, l’accouchement et les soins postnataux. Dans toutes ces phases, la mortalité maternelle doit être évitée. Cela peut être possible grâce à l’accessibilité et à la promotion de l’utilisation des soins de santé maternelle en faveur toutes les femmes enceintes. La santé maternelle est caractérisée par le nombre de femmes ayant une période de grossesse, d’accouchements sans complications et assistée chirurgicalement et qui n’ont aucune complication au cours des six semaines de la période postnatale. Le groupe de contrôle sera caractérisé par le nombre de femmes ayant eu des complications durant les trois phases: la grossesse, l’accouchement et la période postnatale. Bien qu’il y ait de nouvelles initiatives telles que le décret présidentiel de Juin 2013 sur la fourniture gratuite des services de soins de santé maternelle dans tous les établissements publics de santé, il y a encore un certain nombre de femmes enceintes qui n’ont pas accès et qui n’utilisent pas ces services. Par ailleurs, la littérature relative à l’accès et à l’utilisation des soins de santé maternelle n’a pas simultanément déterminé, les facteurs de l’offre (accès) et de la demande.

L’objectif principal de cette étude est de déterminer l’importance de l’accès et l’utilisation des soins de santé maternelle et leurs effets sur la santé maternelle en utilisant, l’approche de la modélisation à base discrète. Plus précisément, cette étude permettra, de déterminer le niveau d’accès et d’utilisation des soins de santé maternelle au Kenya; mesurer l’efficacité de l’accès aux soins de santé maternelle sur la santé maternelle; et de déterminer si l’utilisation des soins de santé maternelle est efficace dans l’atteinte de la santé maternelle.

Les données d’enquêtes transversales seront recueillies auprès des centres de santé et auprès des mères qui sont en périodes de grossesse, d’accouchement et en période postnatale. Cette étude est basée sur le modèle de production de la santé. La population cible est de 1000 mères provenant des données transversales. Un recensement des prestataires de services de santé pour les soins maternels dans la région du Kisumu fournira des données longitudinales sur cinq ans et couvrira les trois étapes des soins maternels. Une estimation à base d’un model logit imbriqué multinomial sera effectuée pour les données transversales, les données longitudinales seront estimées en utilisant la méthode du panel d’estimation dynamique et linéaire.

L’accès et l’utilisation des soins de santé maternelle sont considérés comme pouvant améliorer les soins de santé sur toutes les étapes du processus de la maternité. Cette étude sera bénéfique aux décideurs politiques du ministère de la santé et au comité régional de la santé, dans la mesure où elle améliore l’accès et l’utilisation des soins de santé maternelle. Ainsi, les complications des soins de santé maternelles liées à l’accouchement et la mortalité maternelle seront certainement-elles réduites.

Le paludisme pendant la grossesse constitue un problème majeur de santé publique. Elle menace en effet près de 50 millions de femmes enceintes chaque année dont 60 % au moins en Afrique. L'infection à Plasmodium falciparum pendant la grossesse cause par an plus de 500 000 décès infantiles sur le continent (UNICEF, 2012). Ce problème se pose avec acuité dans toutes les régions tropicales et subtropicales.

L’Afrique Centrale n’est pas en reste. Situé dans la zone épidémiologique propice à l’éclosion de l’endémie palustre, elle est constituée des Pays du groupe III selon l’OMS (présence de souches résistantes à la chloroquine). Dans cette sous-région, le paludisme est la première cause de consultation (35-60% de morbidité), avec des taux de mortalité pouvant aller à 70% (OCEAC, 2012).

Dans la littérature sur le paludisme en Afrique Centrale, il existe plusieurs écrits sur les aspects épidémiologiques du paludisme. En revanche, il y a peu d’études réalisées sur les déterminants des pratiques thérapeutiques préventives chez les femmes enceintes. Or, l’intérêt potentiel de la contribution des sciences sociales aux stratégies de lutte contre le paludisme est reconnu : elles peuvent aider à la compréhension des comportements de recours aux soins et définir les conditions d’acceptabilité des protocoles de soins (OMS, 1998). Cette étude s’inscrit en étroite ligne avec l’OMD 6 « Combattre le VIH/SIDA, Le Paludisme et d’autres grandes maladies » qui n’a pas été atteinte dans ces pays et qui ont été reconduit dans le cadre des ODD.

L’objectif général de cette étude est d’identifier les facteurs responsables de la non-utilisation de la moustiquaire par les femmes enceintes en Afrique Centrale ainsi que leur évolution au cours du temps afin de fournir aux pouvoirs publics des éléments qui leur permettront de rendre plus efficaces les politiques et programmes de vulgarisation de l’usage de la moustiquaire. Il s’agira d’évaluer le niveau et les variations différentielles de la non-utilisation de la moustiquaire par les femmes enceintes en Afrique Centrale, de dégager le profil des femmes enceintes qui n’ont pas recours à la moustiquaire, d’identifier et hiérarchiser les facteurs susceptibles d’expliquer la non-utilisation de la moustiquaire par les femmes enceintes au Cameroun.

Utilisation des services de santé maternelle et infantile au Tchad : Les populations rurales, sédentaires, pastorales et nomades.

Filippo Lechthaler, Tropical and Public Health Institute Swiss f.lechthaler@unibas.ch
(1) Dr, Esther, Schelling, Swiss Tropical and Public Health institute, esther.schelling@unibas.ch,
Socinstr.52, 4002 Basel (2) Dr, Faïjiz Mahamat Abakar, Swiss Institut de Recherche en Elevage pour le Développement, Farcha street PO Box 433, N'Djaména, Tchad (3) Gami Jean Pierre, Centre de Support en Santé Internationale, BP 972, N'Djaména, Tchad

Contexte: L'utilisation des services de santé maternelle et infantile est liée à l'amélioration des résultats. Au regard du niveau élevé de la mortalité maternelle et infantile au Tchad, il est crucial de comprendre les facteurs qui influent sur la fréquentation des services. À l'échelle mondiale, grâce à l'établissement des priorités dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement, la communauté internationale a fait des progrès importants sans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, les inégalités et les grandes disparités dans l'accès aux soins de santé persistent dans les pays. Selon les Objectifs de Développement Durable (ODD), la réduction des inégalités est une priorité avec les nouvelles politiques universelles qui tiennent davantage compte des besoins des populations défavorisées et marginalisées.

Au Tchad, plus de 75% de la population vit en milieu rural et 3,7% d'entre eux sont des pasteurs nomades. Les zones reculées sont caractérisées par le manque d'équipement des structures de santé et l'insuffisance de personnel qualifié. Malgré le fait que les pasteurs nomades du Sahel doivent faire face au poids des fréquentes maladies, ils ont difficilement accès aux services de santé car il est très difficile de s'adapter à leur mode de vie. Cette étude examine les tendances et les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile parmi les populations sédentaires et nomades dans deux districts ruraux au Tchad (Yao et Danamadji).

Méthodes: Une enquête auprès de ménages pris au hasard dans les deux districts a répertorié 1.284 répondants. Le questionnaire portait entre autres sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile et les caractéristiques sociodémographiques. Nous avons utilisé un modèle linéaire multi-varié avec un effet aléatoire au niveau des ménages pour estimer les taux d'utilisation et les facteurs qui prédisent le mieux les résultats.

Résultats: 13% des mères sédentaires et 8% des nomades bénéficiaient d'une assistance qualifiée à l'accouchement. Seulement 2% des itinérants contre 49% des enfants sédentaires ont été vaccinés contre le BCG. Nous observons que l'utilisation des techniques de planification familiale est particulièrement faible chez les pasteurs mobiles (4%) et dans le district central de Yao (1%). L'utilisation des différents services de santé a été constamment associée de manière significative avec le statut socio-économique plus ou moins élevé du ménage et le district d'habitation (le district de Danamadji avait des taux d'utilisation de loin supérieurs à celui de Yao).

Conclusions: L'utilisation des services de santé maternelle et infantile est faible dans les zones rurales du Tchad. Bien que les taux d'utilisation des services de santé soient systématiquement plus faibles chez les pasteurs nomades, les indicateurs dominants de la faible utilisation des services de santé semblaient être des facteurs économiques et géographiques. Pour favoriser un accès plus équitable suivant les orientations de l'ODD, en plus de l'amélioration de la qualité des services, il est absolument nécessaire de mener une sensibilisation adaptée aux femmes analphabètes et de créer des systèmes de financement de la santé appropriés pour les ménages démunis.
Session Parallèle 5 : Sessions Organisées

Session Organisée 9 : Atteindre les ODDs : Quel sera le coût, et comment pouvons-nous y arriver ?

Contexte de la session
Alors que le monde a signé les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour orienter les politiques et les programmes pour les 15 prochaines années, on enregistre plusieurs estimations liées aux investissements nécessaires pour l'atteinte des objectifs au niveau national et international. Pour atteindre les Objectifs de Développement Durable, les deux principaux défis liés au financement de la santé est comment mobiliser davantage de ressources pour soutenir les interventions qui doivent être mises en œuvre, et comment prioriser et obtenir le meilleur rapport qualité-prix pour les ressources actuelles et futures. Cela exige une analyse de l'efficacité de l'ensemble des prestations actuelles (efficacité allocative) et la fourniture de cet ensemble des avantages (efficacité technique) afin d'éviter le gaspillage de 20-40% observé dans de nombreux systèmes de santé. L'OMS a élaboré des approches techniques et des outils qui peuvent être appliqués dans les pays pour aider l'estimation des besoins en ressources et établir des priorités afin d'aider le processus de réalisation des ODD. Cette session présentera les travaux conduits par l'OMS pour modéliser les investissements nécessaires dans les pays à faible et à revenu intermédiaire de 2016-2030 pour atteindre les ODD de santé.

Un ensemble d'outils pour quantifier l'efficacité allocative en utilisant une analyse coût-efficacité, un exemple d'application des outils au Malawi et les conclusions d'une réunion de l'OMS sur le processus d'établissement de HTA dans les pays pour soutenir la CSU seront présentés.

Présentation 1 La réalisation des Objectifs de Développement Durable liés à la santé: Quel sera le coût?

Karin Stenberg, Technical Officer, World Health Organization

Alors que le monde a signé les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour orienter les politiques et les programmes au cours des 15 prochaines années, on enregistre plusieurs estimations liées aux investissements nécessaires pour l'atteinte des objectifs au niveau national et international.

Cette session présente les travaux conduits par l'OMS pour modéliser les investissements globaux requis (2016-2030) dans les pays à faible et revenu intermédiaire pour atteindre les ODD de santé. Elle présente les outils et les méthodes qui favorisent les modèles de planification et de projection intégrées notamment l'outil OneHealth, qui à ce jour a été utilisé dans plus de 40 pays pour soutenir les plans d'investissement. Les ressources modélisées doivent tenir compte des contraintes spécifiques du système de santé, tels que l'insuffisance du personnel de santé existant, et comparer les coûts des projections avec le financement disponible.
Présentation 2 Plaidoyer pour l’établissement des priorités pour assurer l’efficacité des dépenses du système de santé pour aller vers la Couverture Sanitaire Universelle

Melanie Bertram, Technical Officer, World Health Organization

Pour atteindre les Objectifs de Développement Durable, les deux principaux défis liée au financement de la santé est comment mobiliser davantage de ressources pour soutenir les interventions qui doivent être mises en œuvre, et comment prioriser et obtenir le meilleur rapport qualité-prix pour les ressources actuelles et futures. Les estimations indiquent que la réalisation des Objectifs de Développement Durable liés à la santé, nécessite un financement supplémentaire significatif, donc une attention particulière de l’établissement des priorités est nécessaire pour les nouvelles ressources et celles existantes. Cela exige une analyse de l’efficacité de l’ensemble des prestations actuelles (efficacité allocative) et de la fourniture de cet ensemble des avantages (efficacité technique) afin d’éviter le gaspillage de 20-40% observé dans de nombreux systèmes de santé.

Une méthode quantitative qui peut aider à évaluer l’efficacité d’allocation et d’utilisation des ressources et généraliser l’analyse coût-éfficacité. Le programme CHOICE de l’OMS, basé à l’OMS depuis 1998, favorise une forme d’analyse coût-éfficacité qui répond aux besoins de l’établissement des priorités dans le système de santé. Le programme CHOICE de l’OMS pose la question de savoir qu’est ce qui peut être fait de mieux à long terme et en l’absence de contraintes? Le programme CHOICE a entrepris une mise à jour majeure du niveau global des analyses et des outils de contextualisation des pays afin de faciliter le dialogue au niveau international et national sur les interventions prioritaires pour atteindre les ODD.

Les résultats préliminaires de la région d’Afrique de l’est subsaharienne indiquent que les paquets de prestations de santé doivent maintenir l’accent sur les OMD pour répondre aux agendas inachevés notamment en ce qui concerne le VIH, la tuberculose, le paludisme et la santé maternelle et infantile. Dans le même temps, les interventions préventives très rentables pour les maladies non transmissibles doivent être rapidement mises en œuvre afin de prévenir la montée croissante des maladies non transmissibles comme la principale cause de la charge de morbidité.

Présentation 3 Application de l’outil CHOICE et OneHealth de l’OMS pour la conception d’un paquet essential de soins et de planification stratégique nationale (Malawi)

Gerald Manthalu, Dep. Directeur, Chef du Budget, Ministère de la Santé, Malawi

Le ministère de la Santé du Malawi avec les partenaires au développement et les parties prenantes ont élaboré un nouveau plan stratégique du secteur de la santé (PSSS) couvrant la période 2016-2021. Dans le cadre du Programme de réforme du secteur de la santé, le Ministère de la Santé étudie la mise en place d’un régime national d’assurance santé. Ces deux processus impliquent la nécessité de revoir et de redéfinir le paquet Esentiel de soins (PES) en tant que base pour le prochain PSSS. Le Ministère de la Santé du Malawi a engagé un processus d’évaluation du PES et a incorporé l’utilisation de l’évaluation économique comme une considération dans la conception du paquet de prestations.

Le Malawi utilise depuis longtemps, l’outil OneHealth pour estimer les besoins en ressources pour la mise en œuvre de ses PSSS. Il s’agit donc de la 3ème application de l’outil avec le PSSS de 2016 à 2021. Une contextualisation du pays avec l’outil a contribué aux discussions sur la conception du PES. Avec le développement de la plate-forme d’analyse rapport coût-éfficacité généralisée à travers le spectre, les outils et les processus de planification stratégique et d’établissement des coûts (OneHealth Tool) et l’établissement des priorités (outil CHOICE/OMS) ont été étroitement alignés.

Présentation 4 Processus d’élaboration d’un système d'évaluation des technologies de la santé: Rapport sur la réunion de l’OMS des parties prenantes

Tessa Tan Torres Edejer, Coordinator, World Health Organization

A la 67e Assemblée mondiale de la Santé en 2014, la résolution WHA67.23 a demandé à l’OMS d’élaborer des directives internationales sur les méthodes et les processus d'Evaluation des Technologies de la Santé (ETS) pour soutenir la Couverture Sanitaire Universelle, et fournir un appui technique aux pays afin de mettre en œuvre les processus d'ETS pour la prise de décisions. L’ETS n’est pas un concept statique ou une approche unique, mais un cadre de prise de décisions qui doit évoluer au regard du contexte d’un pays ou des systèmes régionaux.

En 2015, l’Organisation mondiale de la santé a tenu une réunion avec des parties prenantes pour d’établir les besoins des États membres à répondre à cette résolution. La consultation des parties prenantes a identifié l’appui au développement de principes appropriés pour utiliser l’ETS dans les systèmes de santé et la prise de décisions. Elle a défini les composantes requises pour les systèmes de santé à utiliser l’ETS de façon efficace et appropriée pour soutenir la couverture Sanitaire Universelle.

Pour répondre à ces priorités identifiées, en Septembre 2016, l’OMS, appuyée par l’International Decision Support Initiative, tiendra une consultation sur les questions de processus pour le développement d’un système d’ETS, en se concentrant sur les questions clés suivantes:

- Quelles sont les étapes des mécanisme/procédures génériques pour déterminer l'inclusion d'une intervention de santé/paquet d'interventions de santé pour un pays et quels sont les principes directeurs de la procédure générique?
- Quels sont les critères et les indicateurs utilisés par les pays pour déterminer les priorités?
- Quels sont les processus pour un pays qui envisage de mettre en place ou améliorer ses mécanismes d’ETS / procédure qui prendra en considération le contexte du pays, encourager l'appropriation et établir la légitimité des principales parties prenantes?
- Quelles sont les exigences minimales pour les cadres juridiques, la capacité technique et procédurale et les ressources financières nécessaires pour mettre en place des mécanismes/ procédures d’ETS ?

Cette présentation sera basée sur le rapport de la consultation de l’OMS, la communication des résultats des rapports commandés et le rapport de la réunion des parties prenantes.
**Session Organisée 10 : Aspects économiques de l'introduction de nouveaux vaccins en Afrique**

*Corresponding author: Mr. Jean-Bernard La Gargasson, Agence de Médecine Préventive (AMP)*

**Contexte de la session**

Multiples nouveaux vaccins supplémentaires ont été introduits au cours de la décennie dernière dans beaucoup de pays selon les critères éligibles définis par Gavi. Cette session se concentrera sur les implications économiques et financières de ces nouveaux vaccins qui ont été introduits dans les programmes de routine ou dans la campagne de vaccination en Afrique subsaharienne.

A travers cette présentation issue des résultats d'enquêtes de terrain, les implications relatives aux coûts d'introduction ou de la conduite d'une campagne de vaccination avec les nouveaux vaccins seront analysées et les coûts des maladies évitées grâce à ces vaccins (le patient et les perspectives de système de santé) seront également documentées.

La première présentation s’interressera aux dépenses liées à la prise en charge du choléra et les coûts relatifs à une campagne de vaccination de choléra dans la zone du Lac Chilwa au Malawi (JB Gargasson et al). La deuxième présentation se concentrera sur les coûts de méningite pneumococcique et de la pneumonie dans la région Hauts-Bassins au Burkina Faso (M. Lopez et al). Une analyse des coûts de vaccination contre HPV dans la zone de Kitui au Kenya sera présentée, tout en tirant les leçons des coûts de l'introduction du vaccin HPV comme une preuve pour soutenir les plans de mise à l'échelle nationale (A. Petu et al).

Une quatrième présentation prendra en compte les coûts d’introduction d’une deuxième dose de pneumococcique, rotavirus en Zambie (par U. Griffith) et l’on discutera si ces expansions sont durables.

La preuve produite par ce type d’étude est critique pour les décideurs nationaux et internationaux lorsqu’on évalue le rapport qualité-prix de introduction des nouveaux vaccins, mais aussi en regardant l’accessibilité et les implications de durabilité financières qui deviennent des questions de plus en plus urgentes pour ces pays.

**Présentation 1: Évaluation du coût du choléra et de la campagne de vaccination contre le choléra sur le Lac Chilwa et dans les populations environnantes**

*Patrick Ilboudo(1), JB Le Gargasson(1), Xiao Xian Huang(1), Bagrey Ngwira(2), Abel Mwanyungwe(2), P. Cavailler(1)*

**Institutional affiliation** 1 : Agence de Médecine Préventive, 2 : The Malawi Polytechnic of Blantyre

**Contexte**

Les études du coût du choléra conduites tout au long de la campagne réactive de vaccination au niveau du lac Chilwa et dans les populations environnantes fournissent une base importante pour l’évaluation du coût-efficacité de la campagne de vaccination. Contrairement aux populations vivant sur les terres, les populations rurales vivant autour du lac Chilwa, au sud du Malawi, ont un accès particulièrement limité à un approvisionnement en eau et un assainissement de qualité durant leur séjour sur le lac. Cela accroît leur vulnérabilité, partant, les coûts de la maladie et le risque de décès du choléra. Cette étude a pour objectif de générer des données supplémentaires du coût du choléra pour ces populations vulnérables.

**Objectifs**

1. Évaluer le coût de la prise en charge du choléra supporté par le service de santé
2. Évaluer le coût de la prise en charge du choléra supporté par le patient et son ménage
3. Estimer l'investissement supplémentaire (public et privé) induit par la réponse à une épidémie de choléra.
4. Évaluer le coût de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination contre le choléra

La présentation mettra l’accent sur le coût de la prise en charge du choléra pour le patient et son ménage.

Méthode

Les coûts du choléra ont été estimés à travers la conduite d'entretiens dans les ménages et centres de santé de Machinga, Phalombe et Zomba. Des questionnaires standardisés ont été utilisés pour le recueil des données. Les enquêtes ont porté sur un échantillon de 100 patients et 5 établissements. Les données sociodémographiques et sanitaires, les dépenses liées à la santé et les pertes de revenu encourues pour le traitement du choléra ont recueillies pour l'évaluation du coût du choléra à la charge du ménage. Pour l’estimation du coût du choléra pour le service de santé, les données recueillies ont inclus les médicaments, les consommables médicaux et le temps du personnel de santé. En outre, tous les coûts engagés dans la mise en œuvre de la campagne seront enjoints pour estimer le coût total de la campagne.

Résultats préliminaires

- Le coût associé au traitement d’un épisode de choléra est similaire à celui trouvé dans une étude en Tanzanie. Les pertes de productivité, à savoir les pertes de revenu pour le patient et les membres du ménage constituent le principal poste de coût.
- Les données pour l’estimation du coût de la prise en charge d’un épisode de choléra par le service de santé sont disponibles pour l’analyse.
- Le processus de compilation des données pour l'évaluation du coût de la dernière épidémie de choléra autour du lac Chilwa est entrepris.
- L’estimation du coût total de la campagne de vaccination est également en cours.

Conclusions

Ces résultats vont fournir des arguments supplémentaires sur le coût du choléra et le coût-efficacité de la vaccination contre le choléra pour les décideurs à la fois aux niveaux national et international.

Presentation 2: Analyse des coûts de la vaccination contre le VPH dans le district de Kitui, au Kenya

Amos Petu World Health Organization petua@who.int
Dele Abegunde, Urbanus M. Kioko, Agnes Nakato; Sergon Kibet, Iheoma Onuekwusi & Raymond Hutubessy

Contexte


Objectifs

Tirer les leçons de l’évaluation des coûts de l’introduction du vaccin HPV comme une prevue pour soutenir les plans de mise à l’échelle.

Méthodologie

Le projet de démonstration dans le district sanitaire de Kitui a adopté une stratégie pour fournir 3 doses des vaccins HPV pour les filles éligibles âgées entre 9 et 13 ans dans les écoles.

La population estimée de la tranche d'âge féminine dans le district de Kitui est de 20 934.
Le taux de scolarisation et de fréquentation pour la tranche d’âge de 9 à 13 ans a été estimé à environ 96%. Le programme et les données de coût à partir d’un large éventail de sources primaires et secondaires ont été utilisées. L’outil “Cervical Cancer Prevention and Control (C4P) de l’OMS a été utilisé pour estimer les coûts supplémentaires de la vaccination du point de vue du prestataire. Des données d’une étude en cours relatifs aux coûts unitaires directs et indirects liés à la fourniture des vaccins ont été également utilisées. Les données secondaires ont été obtenues à partir d’entretiens directs avec les principaux responsables du Ministère de la Santé, de l’Éducation et des responsables de la santé du district.

Résultats
L’analyse a montré que 17 219 filles éligibles issues de 1 326 écoles primaires du district de Kitui ont été entièrement vaccinées sur 20 934 filles qui avaient droit à la vaccination HPV en 2014. Le coût par fille entièrement vaccinée avec les coûts de vaccin étaient 20.67$US (1785.86f Kenyan) et 43.77$US (3781.80f Kenyan) pour les coûts financiers et économiques, tandis que les coûts sans coût de vaccin étaient US$18.69 (KSh 1,615.04) et US$26,323 (KSh 2,274.01) pour les coûts financiers et économiques. Les coûts financiers et économiques par dose administrée sont respectivement de 6.68 $US (KSh 577.25) et de 14.15 US$ (KSh 1,222.40) y compris les coûts du vaccin. Cependant, les coûts financiers et économiques par dose administrée excluant le coût du vaccin sont respectivement de 6.04$US (KSh 522.03) et 8.51US$ (KSh 735.04). Les frais de service et la micro-planification ont été évalués 34 % et 19 %.

Conclusions
Le Kenya fait face aux coûts différenciels significatifs pour une introduction à l’échelle nationale du vaccins HPV pour couvrir la population de filles éligibles. Le Kenya doit revoir sa stratégie de passer par les écoles pour assurer la vaccination des filles éligibles et explorer d’autres combinaisons de stratégies qui peuvent être moins coûteuses.

Presentation 3: Coûts de la méningite à pneumocoques et la pneumonie dans la région des Hauts-Bassins du Burkina Faso

Maite Irurzun-Lopez mirurzunlopez@aamp.org, maiteirurzun@gmail.com
Joël A. Kiendrebeogo, Jennifer Moisi, Bradford D. Gessner, Jean-Bernard Le Gargasson
Agence de Médecine Préventive (AMP)

Contexte
La pneumonie Streptococcus (Sp) et la méningite sont des causes majeures de mobilité et de mortalité dans le monde entier et surtout dans les les pays à faible revenu comme le Burkina Faso qui porte le plus lourd fardeau. L’estimation des coûts de la maladie pneumococcique est nécessaire pour comprendre l’impact économique du vaccin pneumococcique associé PVC 13 v récemment introduit.

Objectifs
Déterminer les coûts de la prise en charge de la pneumococcique, spécialement pour la prise en charge de la méningite et de la pneumonie pour les ménages et pour le système de santé public des districts de Dafra, de Do et de Houndé dans la région des Hauts-Bassins.

Méthodes
L’étude a utilisé une approche de micro-coûts d’un point de vue sociétal. Les données ont été recueillies au cours de l’année 2015. Quatre questionnaires prédéfinis ont été utilisés pour les ménages, les centres de santé, les laboratoires et le Ministère de la Santé. Nous avons échantillonné tous les ménages identifiés de cas de méningite Sp (n = 28) et un échantillon représentatif de toutes les causes des cas de pneumonie (n = 64); les 3 hôpitaux de district; les établissements de soins de santé primaires (n = 26) représentant 37% de toutes les structures sanitaires des districts; les laboratoires au niveau du district (n = 3) et un laboratoire de référence (Centre Muraz); des bureaux du Ministère de la santé dans les districts (n = 3), la région (n = 1) et au niveau nation (n = 1). Les coûts des hospitalisations et des soins ambulatoires ont été inclus. Les coûts comprennent les coûts médicaux directs (coûts de consultation, d’hospitalisation, d’analyse et de médicaments), les coûts directs non médicaux (transport, téléphone) et les coûts indirects (revenu perdu pour le patient ou le soignant principal à la suite de l’épisode de la maladie).

Résultats
naturels dans l’échantillon (US $ 135). Sur, les coûts urbains moyens (184 $ pour Sp méningite et 178 $ pour le cas de la pneumonie) sont plus élevés que les coûts au niveau rural (149$ pour Sp méningite et 178 $ pour le cas de pneumonie). Les patients souffrant de méningite restent plus longtemps à l’hôpital que les patients souffrant de pneumonie (7 contre 4 jours), mais les patients atteints de pneumonie avaient plus de consultations (4 contre 3 consultations). Les coûts directs médicaux (consultation, hospitalisation et médicaments) et les coûts indirects (perte de revenus pour le patient et le soignant principal à cause de l’épisode de la maladie) constituent chacun près de la moitié du coût total des ménages alors que les coûts directs non médicaux (transport, la nourriture, les appels téléphoniques ) ont contribué à environ 10%.

Conclusions La méningite SP et la pneumonie ont des coûts économiques substantiels pour les ménages en plus de ceux du système de santé. Ces données mettent en évidence les avantages potentiels des stratégies de vaccination dans la région touchée.

Présentation 4 : Coûts de la vaccination de routine et de l’introduction de nouveaux vaccins sous-utilisés au Ghana

JB. Le Gargasson (1), F. Nyonator (2), M. Adibo (3), B. Gessner (1), A. Colombini (1)

(1) Agence de Médecine Préventive, Ferney-Voltaire, France
(2) Ministry Of Health Ghana, Accra, Ghana
(3) Independant Consultant PPME,

Contexte Nous avons peu de connaissances sur le coût total de la vaccination de routine en Afrique. Le Ghana a été le premier pays africain à introduire simultanément le rota virus, le pneumocoque et la seconde dose du vaccin de la rougeole. Compte tenu de leur prix élevé, il serait bénéfique aux autorités sanitaires ghanéennes de connaître le coût réel de leur introduction.


Résultats Les coûts totaux agrégés, au niveau national, de la vaccination de routine-incluant le coût des vaccins- est de 53,5 millions de $US pendant l’année 2011 (ce coût comprend les coûts du niveau central, régional et du district); il est de 60,3 $US par enfant complètement vacciné (ECV) lors du calcul du coût des vaccins, ou 48,1 $ US sans les enfants. Les coûts nationaux d’administration de la vaccination, sont repartis comme suit : au niveau des structures locales, 85% du coût total national ; niveau district, 11% ; niveau central, 2% et le niveau régional, 2%.Les travailleurs salariés représentent 61% du coût total, les vaccins représentent 17%. Pour l’introduction des nouveaux vaccins, le coût des start-up programmatique est de 3,9 million de dollars US, et étaient assuré par les travailleurs salariés est (66%). Le coût moyen par structure et par dose de vaccine administrée lors des programmes de vaccinations de routine est de 5.1$ US (avec un intervalle de 2.4 à 7.8 $US dépendant des caractéristiques des structures sanitaires) et 3.7$US pour les coûts d’administrations.

Conclusion Nous avons identifié un coût élevé par enfant entièrement vacciné, principalement à cause des coûts non vaccination relevé au niveau des structures sanitaires. Cette situation indique que le financement des programmes de vaccination - qu’elle soit apporté par le niveau national ou par les partenaires - doivent faire l’objet d’une grande sensibilisation. Cette variation substantielle des coûts globaux, souligne l’effort supplémentaire à entreprendre pour atteindre les enfants en divers lieux.
Session Parallèle 5

Session Parallèle 5 : Ressources humaines pour la santé : expériences nationales

PS 05/1

La démographie médicale en Algérie : formation, activité et répartition territoriale

Dr Ahcène ZEHNATI Maître de recherche classe A (HDR) au Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement (CREAD), Algérie. - ahcene.zehnati@gmail.com

L’objectif de ce papier est de dresser un état des lieux de la démographie médicale en Algérie et analyser les inégalités de répartition des médecins spécialistes sur le territoire entre 1999 et 2010. Des données ont été reconstituées, d’autres ont été construites dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales (33 au total).

Trois techniques statistiques ont été mobilisées : l’indice de Gini, la classification ascendante hiérarchique (CAH) et la méthode de classification par nuées dynamiques (k-means).

Les résultats montrent que la progression de l’offre privée a concerné un grand nombre de spécialités médicales et chirurgicales. L’effectif de médecins spécialistes a doublé entre 1999 et 2010, avec un taux de croissance annuel moyen de 10% sur la période. Dans certaines spécialités, l’offre privée est supérieure à l’offre publique, ce qui remet en cause le principe de la continuité du service public. Les disparités régionales se sont creusées au fil du temps. 39 wilayas sur 48, concentrent uniquement 40% de l’ensemble des médecins. Ce sont les wilayas anciennement bien dotées qui continuent d’attirer les médecins. Le principe sacré-saint de liberté d’installation maintient, voire accentue les inégalités initialement observées. Ces inégalités s’expliquent par le fait que les médecins ne sont pas disposés à s’installer dans les régions rurales et/ou enclavées et se concentrent surtout dans les milieux urbains.

Des mesures incitatives peuvent être adoptées pour réduire ces inégalités qui remettent en cause le principe d’équité dans l’accès aux soins. Les inégalités observées impactent directement l’accès aux soins pour les populations localisées sur les territoires en déficit de médecins. Cette situation rend difficile l’atteinte des deux objectifs millénaires pour le développement (OMD4 et OMD5).

Mots clés : médecin, inégalité, indice de Gini, OMD, Algérie
PS 05/2

Expérience du Projet de Mobilisation 2.0 des Equipes cadres de district pour la réponse aux défis sanitaires au Bénin et en Guinée

Basile Keugoung, Jean Paul Dossou, Kefilath Bello Akanke, Sidikiba Sidibe, Alexandre Delamou et Bruno Meessen

En Afrique subsaharienne, les systèmes de santé restent faibles en dépit de l’inscription dans l’agenda de la plupart des organisations du renforcement des systèmes de santé comme priorité d’action. En effet, les interventions de renforcement des systèmes de santé sont le plus souvent mises en œuvre au niveau central qui a plus d’interaction avec les Initiatives Globales de Santé.

Pour pallier à ces insuffisances, la Communauté de Pratiques Prestations des Services de Santé a développé un projet dite de Mobilisation 2.0 des équipes cadres de district (ECD), financé par l’UNICEF pour répondre aux besoins des populations en général et aux maladies à potentiel épidémique en particulier.

Le Projet est mis en œuvre au Bénin et en Guinée (Conakry) et a débuté en janvier 2016. Il comporte 4 volets.

Le volet 1 concerne la collecte des données par les ECD sur leurs capacités et les activités mises en œuvre pour répondre aux maladies à potentiel épidémique, suivie du remplissage de ces informations sur un formulaire électronique. Ensuite, les données sont analysées et les résultats sont mis sur la plateforme électronique.

Le volet 2 est le partage d’expériences et de connaissances entre pairs (ECD) sur les résultats obtenus. Il contribuera à aider les moins performants à s’améliorer.

Le volet 3 est l’utilisation des médias sociaux. Une page Facebook est utilisée pour informer le grand public sur les défis sanitaires à travers une information de qualité et la gestion des rumeurs.

Le volet 4 est la recherche action qui accompagne les autres volets à travers un apprentissage rapide pour gérer l’incertitude et adapter les stratégies et les interventions pour arriver à une mobilisation optimale des ECD.

Le Projet est à ses débuts et d’ici septembre 2016, nous aurons des leçons plus approfondies de l’Initiative. A ce jour, la page Facebook (SAGA Santé) compte plus de 1700 membres et est animée quotidiennement. L’approche est complémentaire des efforts du niveau central et amènera à une plus grande responsabilisation des ECD, un contrôle entre pairs, une participation en équipe et une plus grande redevabilité à travers la visualisation des résultats en ligne.
La formation des Spécialistes comme une source de motivation pour retenir les Médecins au Malawi: Une expérience à choix discret

**Contexte:** L’immigration a participé à la réduction du nombre de médecins dans la plupart des pays de l’Afrique Subsaharienne. La formation en résidentielle, en particulier est beaucoup appréciée chez les médecins comme un véritable outil de rétention. Toutefois, toutes les formations doivent être évaluées équitablement. Nous avons effectué une analyse à choix discret pour déterminer les préférences des médecins malawiens, sur plusieurs types de formation en spécialisation.

**Méthodologie:** Une revue de la littérature et des entretiens semi-structurées ont été effectués pour identifier les attributs et rubriques qui sont ci-après mentionnés: le salaire, le lieu de résidence avant la formation, temps mis pour atteindre le lieu de formation, lieu de la formation et la spécialité. Un plan efficient a été utilisé, pour établir 16 questions génériques à choix multiples avec possibilités de retraits. Tous les Médecins Malawiens avec 5 années de formations et qui ne sont pas en spécialités ont été ciblés. 140 participants sur 153 ont été éligibles. Une méthode dite, classe modale latente a été utilisée pour analyser les données sélectionnées et calculer une valeur unique qui représenterait leurs volontés à rester. Des simulations ont été faites pour évaluer les stratégies qui maximisent la rétention et augmentent l’adoption de spécialités prioritaires.

**Résultats:** Les Médecins préféraient des formations adéquates hors du Malawi dans des spécialités fondamentales telles que (la médecine générale, la chirurgie générale, pédiatriques, obstétrique et gynécologique). Un médecin accepterait de travailler sur des périodes supplémentaires de 1,3 à 8,5 années, s’il a la garantie de se former dans les spécialités de son premier choix, mais seulement sur deux à cinq mois, pour un bonus de 10% du salaire de base. Les formations se déroulant au Malawi nécessiteraient une augmentation de 36 à 79% du salaire de base. La formation en ophtalmologie, représentant le paquet de formation impopulaire et nécessiterait une hausse de 200 à 300% du salaire. Le meilleur modèle adopté comportait 4 catégories groupes latents. Ces groupes des médecins avaient des préférences différentes, et comprenaient des riches médecins (salaire actuel élevé, emplois souvent refusé); ceux motivés par l’argent (une grande préférence pour l’augmentations des salaires); les partisans de la spécialité (une forte préférence pour la spécialisation avec peu de flexibilité); et les patriotes malléables (préférences souple pour la spécialisation, pas de préférence pour la formation en dehors du Malawi). La simulation des stratégies a montré que le temps de travail dans les zones rurales du Malawi, pourrait être augmenté dans la plupart des groupes, si en échange, ils ont accès à des spécialités de base. Toutefois, fourniture des incitations en d’une amélioration de l’acceptation des spécialités prioritaires n’est efficace que pour les patriotes malléables.

**Conclusions:** Bien qu’il soit évident que les jeunes médecins Malawiens ont une grande préférence pour les spécialités de base, ils n’évaluent pas toutes les formations au même niveau. Les décideurs politiques peuvent exploiter les divergences entre les préférences pour soutenir la planification du personnel et améliorer la stratégie de la rétention.
PS 05/4

Capacité clinique des fournisseurs de soins de santé primaires au Ghana: De la cartographie des capacités à la réduction des écarts.

Mr Anthony Gingong, National Health Insurance Authority, anthony.gingong@nhia.gov.gh
Mr. Joseph Annor, National Health Insurance Authority, joseph.annor@nhia.gov.gh, No. 36-6th Avenue, Ridge Residential Area, Accra, Ghana
Ms. Elizabeth Novi, Ghana Health Service, elizabeth.sedzronovi@ghsmaiorg.org
Dr. Cheryl Cashin, Results for Development Institute, ccashin@r4d.org, 1111 19th Street, NW, Suite 700 Washington, DC 20036 USA
Surabhi Bhatt, Results for Development Institute, sbhatt@r4d.org, 1111 19th Street, NW, Suite 700 Washington, DC 20036 USA

Le Ghana poursuit actuellement plusieurs orientations stratégiques pour renforcer les Soins de Santé Primaires au niveau communautaire. Dans ce contexte, le NHIA a introduit le paiement « per capita » pour les soins de santé primaires dans une région en 2012, dans le but d’encourager la prestation de services plus efficace en mettant l’accent sur la prévention. Le paiement « per capita » est basé sur un paiement fixe à un prestataire choisi pour chaque personne inscrite pour fournir tous les services de soins de santé primaires définis dans le package « per capita » sur une période déterminée. Il y avait des obstacles au lancement de l’expérience « per capita », à savoir la capacité très variable des prestataires à assurer les services en question. Dès lors que le NHIA prétend continuer avec l’expérience « per capita », il est essentiel que tous les partenaires aient des informations précises sur la capacité à fournir les services là où il y a des lacunes et des options pour les combler. Le but de cette étude est de compléter un exercice de cartographie des prestataires et effectuer une évaluation de base de leur capacité clinique dans l’optique d’en informer les décideurs et leur proposer des stratégies pour combler les lacunes là où elles existent.

Méthodes La capacité a été évaluée par rapport à un ensemble de critères élaborés par consensus par une cellule regroupant plusieurs partenaires. Ces critères sont liés au personnel de santé, aux équipements et aux heures d’ouverture. Les agents de santé de district ont rempli un questionnaire pour tous les prestataires dans chaque district pour évaluer leur capacité actuelle. Les coordonnées de chaque structure de santé ont été enregistrées pour créer une carte suivant les caractéristiques de la structure et sa capacité. L’échantillon portait sur 899 structures sanitaires qui fournissent des soins de santé primaires communautaires, des centres de santé, des cliniques et hôpitaux de tous niveaux, à la fois publiques et privées, dans trois régions différentes.

Principaux Résultats Seulement 12% des prestataires répondent actuellement aux critères pour délivrer tous les services de la souscription « per capita ». Selon ces critères, 65% des sous-districts dans les trois régions n’auraient pas la capacité requise. Lorsque les critères de capacité ont été allégés pour permettre aux infirmières et sages-femmes de substituer les médecins et assistants médicaux, nous sommes passés à 40% de prestataires capables. Avec l’allègement des critères, 14% des sous-districts dans les trois régions n’auraient toujours pas la capacité requise.

Conclusions Les écarts de capacité trouvés dans cette étude sont compatibles avec les ressources humaines globales de la situation sanitaire au Ghana où il y a moins de deux agents de santé pour 1000 habitants, sans compter que 40 % d’entre eux ne sont pas formés. Les résultats de la cartographie suggèrent une approche à plusieurs volets pour combler les lacunes de la capacité pour qu’un ensemble de services essentiels de prévention et de soins primaires soient accessibles au Ghana: (1) la redistribution des ressources humaines; (2) l’investissement et l’amélioration des soins de santé primaires; et (3) la mise en réseaux des prestataires, pouvant aller jusqu’à une collaboration étroite entre prestataires publics et privés dans certains endroits.
PS 05/5

Application de la méthode des indicateurs de charge de travail pour les besoins en personnel (Workload Indicators for Staffing Needs - WISN) pour déterminer le niveau des infirmiers professionnels de l'hôpital de référence « Black Lion ».

Serkalem Girma, Human resources for health technical advisor FMOH Ethiopia, serkalemgirma88@gmail.com

Introduction

La pénurie critique de ressources humaines, spécialement dans les milieux pauvres, nous oblige à non seulement élaborer des stratégies à long terme pour accroître leur nombre et améliorer la rétention des travailleurs de la santé, mais aussi et surtout à renforcer la productivité et la performance de la main-d’œuvre déjà existante, dans le but d’avoir les meilleurs résultats possibles et le meilleur impact sur les ressources disponibles. Les indicateurs de charge de travail pour les besoins en personnel (WISN) révisés par l’OMS mesurent le nombre de travailleurs de la santé en fonction de la charge de travail d’une structure donnée et fournit des indicateurs de base pour évaluer les niveaux en personnel de santé par le calcul du déficit ou surplus entre le nombre actuel et les besoins ainsi que la mesure de la pression sur les agents de santé existants.

Objectif

Le but de cette recherche opérationnelle est de déterminer les besoins en personnel infirmier dans divers départements ou secteurs de l’hôpital de référence spécialisé « Black Lion » en utilisant les données de la structure régulièrement générées par le système d’information et de gestion de la santé (SNIS).

Méthodologie

Pour déterminer le nombre d’agents professionnels nécessaires pour faire face à toutes les tâches qui leur sont confiées, nous avons collecté les données annuelles (2014 – 2015) pour chaque prestation. Nous avons ensuite estimé le temps de travail annuel possible. Enfin, nous avons divisé la charge de travail annuelle pour chaque prestation (à partir des statistiques) par sa norme correspondante pour obtenir le nombre de travailleurs de la santé nécessaire pour l’activité et déterminer la charge de travail.

Résultats

Les données annuelles du « Black Lion » ont montré que des services ambulatoires ont été fournis pour 270.000 patients. Le nombre total de patients admis dans les services d’hospitalisation pour la même période est de 18.178 avec une moyenne de 4,8 jours d’hospitalisation. Le nombre total de patients admis en urgence est de 24.363. Les effectifs d’agents pour les services d’hospitalisation et pour l’unité d’urgence sont de 110 et 40 respectivement. Le résultat a révélé que la charge de travail annuelle d’un agent du service d’hospitalisation est de 793 contre 603 pour les agents de l’unité d’urgence. L’analyse a montré que la charge de travail quotidienne du personnel qui travaille dans le service d’hospitalisation est de quatre (4) patients. De même, la charge de travail quotidienne du personnel qui travaille dans l’unité d’urgence est de trois (3) patients.

Conclusion

Les résultats de l’analyse ont montré que le « Black Lion » est en sous-effectif en ce qui concerne les infirmiers et que les agents travaillant dans les services étudiés subissaient une forte pression dans leur travail quotidien. La direction de l’hôpital doit réviser le nombre d’agents professionnels en prenant en compte l’écart entre l’effectif actuel et les besoins.
Étude comparative des performances les mutuelles de santé au Sénégal : quels enseignements pour l'extension de la couverture maladie universelle?

Dr Aboubakry Gollock, Université de Montreal & Université de CAD Dakar, abgollock@yahoo.fr

Justification
Au Sénégal, seulement 20% de la population bénéficie d’une assurance maladie. Il s’agit principalement des travailleurs du secteur formel et de leurs ayants droit. Le paiement au point de dispensation des soins reste un obstacle majeur à l’utilisation des services santé des acteurs du secteur informel et du monde rural qui représentent près de 80% de la population. C’est pourquoi, l’un des axes prioritaires d’extension de la couverture maladie repose sur le développement des mutuelles de santé (MS) qui ciblent principalement cette clientèle. L’objectif du Ministère de la santé et l’action social (MSAS) est faire passer le taux couverture de ces organisations de 13,6% en 2012 à 65,5% en 2017. La politique est soutenue par l’USAID qui finance, depuis 2012, le Projet de démonstration de l’extension de l’assurance maladie à travers les MS dans le cadre de la décentralisation (DECAM). La phase pilote couvre certains départements du pays.

Objectifs
L’objectif de cette étude est comparer les performances des MS soutenues par le projet DECAM et les autres MS qui ne bénéficient pas de l’intervention en termes de taux de pénétration auprès des populations cibles et d’enrôlement des indigents, de recouvrement des cotisations, gouvernance, ratio dépenses de prise en charge sanitaires sur dépenses de fonctionnement, contribution au financement de l’offre et d’accès des populations ciblées aux soins de santé.

Méthodes

Les données qualitatives proviennent des entrevues et focus groups avec les responsables et membres des MS, indigents enrôlés bénéficiaires des subventions pour le paiement des cotisations et des responsables des structures de santé et sont issues de l’enquête nationale.

Le traitement des données quantitatives se fera avec le logiciel SPSS et celui des données des données qualitatives avec QDA-Miner.

Résultats
L’étude des MS dans une perspective comparative va permettre d’avoir une connaissance les performances des deux catégories de MS et d’évaluer la capacité du DECAM à contribuer de manière significative à l’atteinte des objectifs de la stratégie sénégalaise d’extension de la couverture maladie.

Discussion
Les résultats de l’étude permettra aux décideurs de disposer de données probantes pour l’aide à la décision pour une opérationnalisation efficace et efficiente de l’extension la couverture maladie à travers les mutuelles de santé.
PS 05/7

Suivi et évaluation des progrès vers l’atteinte de la couverture maladie universelle en Zambie


Le suivi des progrès pour l’atteinte de la couverture maladie universelle (CUS), qui se définit comme étant le fait de veiller à ce que tous ceux qui ont besoin de services de santé soient en mesure de les obtenir, sans avoir à endurer des difficultés financières, est essentiel à la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour la santé qui entendent annuler de l’extrême pauvreté d’ici 2030. Le suivi de l’évolution de la CUS dans les pays sert à garantir que les progrès vers la CSU reflètent, à la fois, l’unique profil épidémiologique et démographique, le système de santé, le niveau de développement du pays et les demandes et attentes des populations. Compte tenu de l’intérêt général des pays pour l’accélération des progrès vers la CSU, il y a nécessité d’une normalisation des mesures pour qu’elles soient comparables par pays et dans le temps. C’est dans ce contexte que l’Organisation mondiale de la santé (OMS) en en partenariat avec la Banque mondiale (BM) en 2014, a proposé un cadre visant à encourager les pays à adopter une approche commune pour le suivi de la CSU et évaluer les progrès réalisés à l’aide d’indicateurs internationaux standardisés. Ce cadre donne des indicateurs et des cibles pour les trois dimensions pertinentes de la CSU, à savoir — La couverture des services essentiels de santé (prévention et traitement), la couverture de la protection financière (dépenses catastrophiques de santé et l’appauvrissement dû aux paiements directs des dépenses de santé) et l’équité dans la couverture. Le but ultime de la CSU par rapport à la couverture des services est que toutes les personnes puissent obtenir les services essentiels de santé dont ils ont besoin, ce qui représenterait les 100% de couverture. Il est facile de fixer des objectifs fondés sur des données empiriques de base et sur les tendances observées sur l’ensemble de la population et parmi les plus pauvres, en tenant compte des questions liées aux besoins d’évaluations et d’efficacité de la couverture. Ce dernier indicateur n’est pas facile à mesurer, ce qui rend extrêmement difficile la réalisation de cet objectif.

Le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique (OMS-AFRO), dans le but d’établir des lignes directrices de 2015, spécifiques aux pays et ce, pour suivre les progrès réalisés dans l’atteinte de la CSU, a commandité, aux pays, un certain nombre d’études en utilisant le cadre de l’Afrique, le Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zambie et du Zimbabwe. Cet article présente les résultats de l’application de ce cadre pour la Zambie.

Le pourcentage de questions portant sur la contraception pratiquée était estimé à 63,8% en 2013/14. Les femmes urbaines ont le taux le plus élevé, soit 73% par rapport aux femmes des zones rurales, soit 57,3%. Dans cette optique, les femmes ayant un niveau d’instruction supérieur à l’enseignement secondaire avaient le taux le plus élevé, soit 79,1%, tandis que celles sans éducation, ont le taux le plus bas, soit 53,1%. Corrélativement, les femmes appartenant au quintile de richesse le plus élevé, avaient le taux de contraception le plus haut élevé, soit 78,4 contre celles du quintile de richesse le plus bas, soit 49,1%. Chez les femmes ayant au moins quatre visites prénatales, ce taux est estimé à 55,5% en 2013/14 avec peu de différence entre celles des zones urbaines et rurales. La proportion de femmes ayant au moins quatre visites prénatales est passée de 71,6% en 2001/2 à 60,3% en 2007. Le taux de vaccination contre la rougeole chez les enfants a été estimée à 84,9% en 2013/14, dans ce groupe, les enfants des zones urbaines ont le taux le plus haut, soit 89,3% contre 82,8% chez ceux des zones rurales. Les enfants de mères ayant un niveau d’instruction supérieur à l’enseignement secondaire avaient des niveaux de vaccination contre la rougeole, les plus élevés, soit 91,5% comparé à 75,6% chez les enfants de mères sans instruction. Cela est également vrai pour les enfants du quintile de richesse le plus élevé. Ceux-ci, ont un taux de 92,7% par rapport à ceux du quintile de richesse le plus bas soit 80,9%. La vaccination contre la rougeole est restée inchangée, soit 84,9% en 2001/2, 84,4% en 2007 et 84,9% en 2013/14.
Seulement, 63,1% de la population utilisait une source d’eau potable améliorée. Ce taux est plus élevé dans les zones urbaines, soit 89,2% et de 46,9% dans les zones rurales. Les populations ayant accès à un environnement sain sont estimées à 27,3%. Parmi celles-ci, les populations urbaines ont un accès à hauteur de 39,2% contre 19,7% dans les zones rurales. La situation est légèrement améliorée depuis 2007, passant à 23,9% avec des niveaux d’accès respectifs de 43,7% et 12,9% des zones urbaines et rurales.

La non-utilisation du tabac a été estimée à 98,4% chez les femmes âgées de 15-49 ans par rapport aux hommes de la même catégorie d’âge, soit 80,7%. Alors qu’il y a peu de différence dans la consommation du tabac chez les femmes des zones urbaines et rurales estimées, respectivement 98,6% et 98,3%, la non consommation du tabac est plus élevé chez les hommes en milieu urbains à 83,1% par rapport à leurs homologues des milieux ruraux à 78,6%. Par ailleurs, ceux qui sont plus instruits, femmes et hommes, relativement riches, sont moins susceptibles de consommer du tabac par rapport à leurs homologues sans éducation et ayant un niveau de richesse plus bas.

Pour la couverture des services curatifs de santé, 64,2% des femmes ont accouché avec l’assistance d’un personnel qualifié. Ce taux, est plus élevé chez les mères âgées de moins de 20 ans, 70,1% alors que les femmes âgées de 35-49, ont un taux de 54%. Les femmes des zones urbaines sont plus susceptibles d’accoucher par des personnels qualifiés dans 88,5% des cas par rapport aux femmes des zones rurales dans 51,6% des cas. En outre, les femmes ayant un niveau d’instruction plus élevé par rapport à l’enseignement secondaire, sont plus susceptibles d’accoucher, avec l’aide de personnels qualifiés dans 95,6% des cas. Ce sont en général, des femmes du quintile de richesse le plus élevé dans 94,3% des cas alors que celles sans éducation et appartenant au plus bas quintile de richesse avaient respectivement des taux de 46,2% et de 45,2%. Il y a eu une amélioration dans la proportion de femmes assistées par un personnel qualifié lors des accouchements. Elle passe de 43,4% en 2001/2 à 46,5% en 2007 et à 64,2% en 2013/14.

En termes de couverture et d’équité de la protection financière, la grande majorité des Zambiens (97%) n’avait pas d’assurance maladie. Pour ceux qui avaient, une assurance maladie, 2% étaient assurés par leurs employeurs et moins de 1% avaient d’autres types d’assurances santé. Sur la base d’un seuil de 40% des dépenses non-alimentaire des ménages, 4,8% des Zambiens ont engagé des dépenses catastrophiques en 2006, ce taux est passé à 8,1% en 2010. En termes d’équité, les dépenses de santé des ménages dépassant le seuil de 40% des dépenses non alimentaires, s’élevaient à 2,8% pour les ménages ruraux alors que leurs homologues urbains avaient un taux de 3,2% en 2010. Concernant les indicateurs d’appauvrissement, tel que le nombre de pauvre par tête, 2,2% des Zambiens ont été appauvri en 2006 à cause des paiements directs dus aux dépenses de santé, ce taux s’est élevé à 3,7% en 2010. En utilisant le concept d’écart de pauvreté, pour déterminer les ménages poussés en dessous du seuil de la pauvreté par les dépenses de paiement directs, l’écart de l’appauvrissement de 3,8% en en 2006 est passé à 9,2% en 2010. En termes d’équité, le dénombrement de l’appauvrissement des pauvres était de 0,3% dans les zones rurales et de 6,8% pour les zones urbaines en 2006. Ces taux sont respectivement de 1,6% et 7,2% en 2010. En 2010, le dénombrement de l’appauvrissement, avait le taux le plus élevé dans les ménages dirigés par des femmes à hauteur de 4,5% alors que les ménages dirigés par des hommes n’avaient que 3,4%.

L’étude conclut que, malgré les efforts déployés par le gouvernement zambien pour assurer une couverture universelle de santé, il existe encore des inégalités en ce qui concerne la couverture des prestations essentielles des services de santé. Cette couverture est biaissée, car elle est en faveur des zones urbaines. En outre, l’absence de mécanismes pour renforcer la protection financière entre les utilisateurs de services pour accroître l’accès aux services nécessaires, a ralenti les progrès de la Zambie vers la CSU. Toutefois, l’étude montre que la Zambie dispose d’infrastructures et de systèmes nécessaires pour suivre et évaluer les progrès vers la CSU. Mais afin de se conformer au cadre proposé par l’OMS en partenariat avec la Banque mondiale, il est nécessaire d’harmoniser et d’aligner ces systèmes pour parachever les efforts déjà existants pour le renforcement du système de santé.
PS 05/8

Appréciation de l’état de préparation pour le Suivi, l’Évaluation et l’Analyse de référence de la Couverture Maladie Universelle en Ouganda.

Grace Kabaniha, World Health Organization, kabanihag@who.int
Dr. Sarah Byakika, Ministry of Health Uganda, sarahbyakika@hotmail.com; Plot 6/P.O. Box 7272 Lourdel Rd, Kampala, Uganda
Mr. Brendan Kwesiga, Management Sciences for Health (MSH); 6 Kafu Road, P.O Box 71419, Uganda, Kampala kaberindira2@gmail.com
Dr. Alemu Wondimagegnehu; World Health Organization- Country Office Uganda. P.O.Box 24578, Lower Kololo, Uganda

Contexte

L’Ouganda a exprimé son engagement vers la Couverture Maladie Universelle (CMU). Conformément à la nécessité d’exploiter les avantages de la CMU contenus dans les aspirations des Objectifs de Développement Durable, il est nécessaire de s’assurer que les progrès vers la CMU sont évalués comme il se doit. Dans cette étude, nous avons évalué l’état de préparation des systèmes nationaux de Suivi et d’Évaluation (S & E) de la CMU dans le système de santé de l’Ouganda.

Méthodes

Nous avons adopté une approche qualitative en utilisant les deux sources de données, primaires et secondaires. Les données primaires ont été recueillies au moyen d’entretiens avec les principaux acteurs. Les données secondaires ont été recueillies grâce à un examen de la documentation, y compris les documents politiques importants, les documents, publiés ou non, pertinents sur le suivi et l’évaluation de la CMU. Le cadre de S & E développé par la Banque Mondiale et l’Organisation Mondiale de la Santé a été utilisé pour évaluer l’état de préparation des systèmes de S & E et procéder à une évaluation de base de la CMU en Ouganda.

Résultats

L’Ouganda a déjà, par le passé, mis en œuvre des réformes en conformité avec les principes de la CMU. D’autres réformes sont prévues mais la plupart sont encore au niveau du dialogue politique et n’ont pas encore été mises en œuvre. Le cadre de Suivi et Évaluation (S & E) proposé ne traite pas de façon exhaustive de tous les domaines selon le partenariat international pour la Santé (International Health Partnerships - IHP +). Des indicateurs spécifiques à la surveillance de la CMU telle que la mesure du risque financier ne figuraient pas dans le plan de S & E du secteur sanitaire. Bien que le plan S & E expose de façon explicite les rôles et les responsabilités des parties prenantes, il y a des défis à relever, notamment le manque de direction assurée par une institution du secteur sanitaire et l’insuffisance (en quantité et en qualité) des ressources humaines. Les progrès vers la CMU selon les indicateurs de référence montrent que l’Ouganda fait des progrès constants mais encore en deçà des références mondiales par rapport à plusieurs indicateurs (à la fois pour le rendement global et les critères d’équité).

Recommandations et conclusion

L’Ouganda devra s’assurer que des actions concrètes sont en train d’être menées par le système de santé pour réaliser et maîtriser les progrès vers la CMU. Il est impératif que les indicateurs de S & E recommandés par l’OMS et la Banque Mondiale soient inclus dans le plan S & E de l’Ouganda pour permettre le suivi des progrès vers la CMU. Enfin, il est nécessaire de renforcer les capacités des ressources humaines et institutionnelles pour assurer un suivi adéquat et régulier des progrès réalisés vers la CMU en Ouganda.
**Introduction**

L’Assemblée Générale des Nations Unies a adopté au mois de septembre 2015, la Déclaration qui porte sur le Programme de Développement Durable à l’horizon 2030. Ce programme fait de la Couverture Sanitaire Universelle (CUS) l’une des 13 cibles de l’Objectif de Développement Durable (ODD) relatif à la santé qui consiste à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». La Déclaration des Nations Unies relative aux ODD ajoute que « pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l’espérance de vie, nous devons assurer la couverture universelle en santé et l’accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte ». Dans le même ordre d’idée, faisant référence au rapport publié par l’OMS intitulé « Health in 2015, from Millenium Development Goals to Sustainable Development Goals », la Directrice Générale de l’OMS affirme dans son message de fin d’année que « la couverture universelle en Santé ressort comme la cible qui sous-tend toutes les autres ». La CUS est ainsi devenu le point central de l’agenda de développement durable dans le secteur de la santé.

Dans le but d’aider les pays et la communauté internationale à suivre les changements qui vont être réalisés dans ce domaine, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque Mondiale (BM) ont proposé un cadre de suivi des progrès nationaux et mondiaux (2). Ce cadre se fixe comme objectifs d’informer et de guider les discussions en matière de CUS ainsi que l’évaluation de la disponibilité globale et équitable des services de santé essentiels, d’une part, et de la couverture du risque financier lié à la santé, d’autre part.

Comme tous les autres pays, le Burkina Faso, un pays de l’Afrique de l’Ouest qui compte 17 000 000 habitants pour une superficie de 250 000 Km² est engagé dans la réalisation des ODD. Ces derniers ayant pris cours officiellement en janvier 2016, il devient donc important pour le pays d’établir les baselines de la CUS pour un meilleur suivi des progrès.

**Matériels et méthodes**

La méthode utilisée pour établir les baselines de la CUS au Burkina Faso a consisté essentiellement en revue documentaire et des entretiens semi structurés avec un certains nombres d’informateurs-clés. La revue documentaire a porté sur des rapports, articles, livres...publiés et non publiés. Les sites internet officiels du Gouvernement Burkinabè, des institutions ministérielles, internationales et privées (INSD, OMS, UNICEF...) et le site « Observatoire Africain de Santé » qui est spécialisé dans le financement Africain de la santé ont permis de collecter les documents accessibles en ligne. En plus, des documents non publiés, principalement les rapports de suivi et les documents de politique ou de stratégie ont été obtenus directement auprès des personnes ressources.

L’index de la CUS a été calculé selon la méthode de A. Wagstaff et sa représentation a été faite sur la courbe de Cobb et Douglas.

Résultats de l’étude

Couvertures des services de santé

Pour l’accès aux soins, les 125 indicateurs proposés par l’OMS ont été utilisés (1). Il s’agit des indicateurs repris dans le tableau suivant :

Pour les soins préventifs :

1. Les besoins non satisfaits en planification familiale
2. Le taux de couverture des CPN4
3. Le taux de couverture des enfants vaccinés contre la rougeole
4. Le taux d’accès à l’eau potable
5. Le taux d’accès à un assainissement satisfaisant
6. La proportion des non-fumeurs

Pour les soins de traitement :

1. Le taux d’accouchement
2. Proportion des PvVIH sous ARV
3. Te taux de détection de la TB
4. Taux de guérison de la TB
5. Proportion des hypertendus sous traitement anti-HTA
6. Portion des diabétiques sous traitement contre le diabète

Une moyenne globale a été calculée pour chaque groupe d’indicateurs. La moyenne globale a été pondérée pour les soins préventifs en attribuant un poids de 50% pour les deux indicateurs d’accès à l’eau et à l’assainissement et un poids de 50% pour les 4 autres indicateurs. Au niveau des soins de traitement, la moyenne n’a pas été pondérée car tous les indicateurs relèvent du même secteur d’activités à savoir le système de santé.

Pour les indicateurs des soins et des services de prévention, la moyenne globale est de 58,3% avec une disparité entre le milieu urbain (79,0%) et le milieu rural (52,7%). Au niveau des services de traitement, la moyenne globale est plus faible, 50% avec également un écart important entre le milieu urbain (59,7%) et le milieu rural (35,3%). La figure suivante montre que six indicateurs affichent un niveau inférieur à la moyenne globale. Il s’agit des besoins satisfaits en PF (16,2%), de la couverture en CPN4 (33,7%), de l’assainissement adéquat (49,5%), du traitement contre l’HTA (30,3%), contre le VIH (42,0%) et de la détection des cas de tuberculose (31%).

Dépenses directes de santé

L’OMS estime que lorsque les paiements directs se situent en dessous de 15 à 20% des dépenses totales de santé, l’incidence de ces dépenses directes de santé sur la catastrophe financière est négligeable (7,8). Au Burkina Faso, le paiement direct des soins par les ménages constituent la 1ère source de financement de la santé. Il représentait 36,8% de l’ensemble des dépenses courantes de santé en 2013. Cette forte part du paiement direct des soins par les ménages est défavorable pour la protection contre le risque financier.
Les dépenses catastrophiques de santé et taux d’appauvrissement

Le paiement direct des soins de santé peut plonger des ménages dans la catastrophe financière ou même appauvrir certains d’entre eux. On parle de dépenses catastrophiques lorsqu’un ménage consacre plus de 25 % de ses dépenses non alimentaires aux soins (1). Les ménages exposés à la catastrophe financière peuvent alors basculer dans l’appauvrissement si après les soins, ils se situent en dessous du seuil de pauvreté. D’autres ménages par contre qui sont déjà sous le seuil de pauvreté et qui effectuent des dépenses de santé s’appauvrissent d’avantage (5,6).

Sur la base de ces concepts, 1,43% des ménages ont effectué des dépenses catastrophiques en 2009 (tableau 2). Le taux d’appauvrissement se situait à 1,72% pendant la même année (9) soit près de 45 000 ménages. En fonction du milieu de résidence, du ménage et du quintile de bien-être économique, le taux d’appauvrissement lié au paiement direct des soins varie considérablement comme le montre le tableau suivant. Il atteint 7,67% chez le pauvre (quintile 2) contre seulement 0,04% chez le plus riche (quintile 5).

Index de la couverture universelle en santé

En référence à la méthode de A. Wagstaff et coll. le calcul de l’index de la CSU au Burkina Faso a été réalisé en tenant compte des niveaux de protection financière (PF) et de couverture en services de santé (CSS) (10,11). La formule de calcul utilisée est la suivante :

\[
\text{Index CSU} = \text{Index PF}^{0.5} \times \text{Index CSS}^{0.5}
\]

L’index de la protection financière donne le niveau de protection de la population contre le risque financier suite à des dépenses de santé. Il est obtenu à partir du taux d’appauvrissement (1,72%) et du % des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques (1,43%) en tenant compte des niveaux minimums et maximums. On obtient :

\[
\text{Index PF} = 9.5\%
\]

L’index de couverture en services de santé résulte de la combinaison des niveaux de couverture de services de prévention et de traitement. Les douze indicateurs proposés par l’OMS ont été retenus pour le calcul de l’index CSS. On obtient :

\[
\text{Index CSS} = 20.2\%.
\]

L’index de CSU est donc égal à 13.9. En se référant à la fonction de Cobb et Douglas, la figure 25 présente la position du niveau de l’index de CSU du Burkina Faso en tenant compte des différents niveaux d’index de la CSU.

Conclusion

Les données de base de la couverture sanitaire au Burkina Faso sont maintenant connues. La couverture des services curatifs est de 58% et celle des services curatifs est de 58%. Le taux des dépenses catastrophes et celui d’appauvrissement sont respectivement de 1,78% et 1,43%. Placé sur la courbe de Coll. et Douglas, l’index de la couverture sanitaire au Burkina Faso qui est de 13% montre bien l’étendu des efforts que le pays doit faire pour évoluer vers les objectifs dans ce domaine (80%). Le Burkina Faso peut donc suivre les progrès qui seront réalisés au départ des données ci-dessous, mais aussi comparer les progrès qu’il va réaliser par rapport aux autres pays de la sous-région et éventuellement apprendre de l’expérience de ces derniers.
PS 05/10

Suivi des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle en Côte d'Ivoire : analyse situationnelle de base

Dr Tania Bissouma-Ledjou, Organisation Mondiale De La Santé, bissoumaledjou@who.int
(1) Dr Allarangar Yokouidé, Organisation Mondiale de la Santé, allarangaryo@who.int, Bureau de la Représentation de l’OMS en République Démocratique du Congo (RDC). – 42, Avenue des Cliniques, Gombe, Kinshasa, RDC
(2) Mme Juliana Gnamon, Consultant indépendant, juliana.gnamon@gmail.com, 09 BP 3882 ABIDJAN 09, Côte d’Ivoire
(3) Dr Laurent Musango, Organisation Mondiale de la Santé, musangol@yahoo.fr, Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, Cité du Djoué BP 06, Brazzaville, République du Congo

La couverture sanitaire universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l’ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n’entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Cette définition contient trois objectifs, liés entre eux:

- L’accès équitable aux services de santé essentiels – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder;
- La qualité – les services de santé doivent être d’une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;
- La protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

Le suivi de ces objectifs vers l’atteinte de la CSU nécessite une analyse situationnelle de base.

Cette étude a été réalisée en Côte d’Ivoire, à travers quatre objectifs spécifiques : 1) répertorier les mécanismes de protection du risque-maladie et identifier les populations couvertes ; 2) identifier et analyser le niveau de couverture des services essentiels ; 3) identifier et analyser le niveau de protection du risque financier ; et 4) préciser le niveau actuel des indicateurs de suivi des progrès vers la CSU.

Il ressort de cette étude, que bien que l’offre de soins ait été améliorée quantitativement, il persiste des inégalités dans les trois dimensions de la CSU au détriment du milieu rural, des populations les plus pauvres et des régions du Nord et de l’Ouest du pays.

Une évaluation régulière de la progression des indicateurs de suivi de la CSU permettra d’élaborer des stratégies efficaces pour renforcer l’offre de soins de qualité et la protection financière des populations, afin d’accroître l’accessibilité des services de santé et leur utilisation effective par les populations.
Session Parallèle 5 : Financement basé sur les résultats

PS 05/11

La quête d'un modèle national de financement axé sur les résultats : innovation, apprentissage et renforcement des capacités a partir de plusieurs études pilotes en Ouganda.

Dr Aloysius Ssenyonyo, makerere University School of Public Health, ssenyonyo@musph.ac.ug, P.O Box 7072 Kampala.
Prof. Freddie Ssengooba, Makerere University School of Public Health, sengooba@musph.ac.ug.
Dr. Elizabeth Ekirapa, Makerere University School of Public Health, ekky01@gmail.com.
Dr. Timothy Musila. Ministry of Health Uganda, timothymusila@yahoo.co.uk

Contexte et Justification : Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui relie les paiements aux prestataires ou les consommateurs aux indicateurs quantitatifs ou qualitatifs, a été promu comme un mécanisme novateur pour améliorer la performance et la résilience des systèmes de santé en vue de la couverture maladie universelle. Cependant, peu de documents, expliquent comment et pourquoi ces mécanismes institutionnels ont été mis en œuvre dans le même système de santé au fils des années. En Ouganda, plusieurs modèles de FBR, ont été mis en œuvre entre 2003 et 2015. Ce document analyse, comment les modèles de FBR, ont évolué au cours de cette période en Ouganda.

Méthodologie : L’étude était basée sur la recherche qualitative, les données sur les modèles de FBR appliqués ont été recueillies à partir de la revue de la littérature/documentaire et des entretiens auprès des personnes ressources. La comparaison basée sur des concepts issus de théories complexes adaptées et les différentes variations des études pilotes sur le FBR, ont été faite, et constituent le résultat d’un apprentissage et d’un effort progressif pour contourner les contraintes du système de santé.

Résultats : Cette étude a porté sur sept mécanismes du FBR mis en œuvre dans le secteur de la santé en Ouganda depuis 2003. Les modèles et mécanismes institutionnels sur ces initiatives ont évolué de plusieurs manières: 1) Les acteurs dans les études pilotes - les ONG ont joué un rôle de premier plan dans la plupart des études pilotes, les prestataires privés étaient plus impliqués ainsi que les prestataires publics 2) Le paquet de bénéfices – les mécanismes du côté de la demande offraient majoritairement des services de santé maternelle et infantile tandis que les systèmes du côté de la demande fournissaient des paquets de services beaucoup plus larges (mais limités). Les paquets de services étaient conçus pour tracer les OMD qui répondraient aux préoccupations des donateurs et moins basés sur les besoins santé de la communauté. 3) L’intégration du système de santé - la mise en œuvre du FBR était concentrée dans le secteur privé avec une faible participation des établissements publics. Les leçons apprises progressivement sur ces mécanismes et le facteur temps ont été les principaux moteurs d’évolution de ces modèles. Les modifications des caractéristiques étaient des efforts pour adopter ce qui fonctionne bien et relever, au fil du temps, les défis. Les faits montrent que les leçons ont été apprises sur l’utilisation des ressources / primes, sur le système d’information et sur l’intégration du FBR dans les systèmes de gouvernements.

Conclusion : Dans l’ensemble, les résultats de l’étude montrent que le partage d’expérience est appliqué dans le système FBR mis en œuvre en Ouganda entre 2003 et 2015. Le FBR est un mécanisme complexe. Les différents modèles en Ouganda indiquent un apprentissage progressif et une re-conception d’un modèle approprié au contexte ougandais. A partir de cette étude, nous conseillons à l’Ouganda et à d’autres pays qu’ils devraient procéder à un ajustement de leur système de FBR en concevant, sur mesure des mécanismes et renoncer à l’importation de "meilleures pratiques" provenant d’autres contextes.
L’insurrection de Boko Haram a affecté négativement le système de santé du Nord-Est du Nigeria avec la destruction systématique des biens et des vies avec environ 2,1 millions de personnes déplacées internes (PDI). De même la plupart des services sociaux ont été perturbés et les établissements de santé vandalisés.

Dans l’État d’Adamawa, la ville de Mubi a été envahie en Novembre 2014, un modèle similaire de destruction des structures sanitaires a été déclenché sur le système de santé des deux quartiers de la ville. Après l’échec de l’insurrection, les fonctionnaires de l’Etat ont profité du soutien de la Banque mondiale sur le projet de financement basé sur la performance pour réorganiser rapidement le système de santé. Les actions suivantes ont été menées : (i) l’investissement initial a été doublé pour tous les centres de santé et hôpitaux de district concernés; (ii) les agents de santé ont été soutenus pour retourner à leurs postes de travail et plus de responsabilités ont été données aux agents de district; (iii) la prise de décision était locale, (iv) il y avait une grande participation communautaire et (v) un investissement soutenu provenant des bonus de performances alloués à la construction d’infrastructures. L’ingéniosité humaine a joué un rôle clé.

Les centres de santé et hôpitaux de districts étaient entièrement fonctionnels en moins de six (6) mois; les systèmes de santé renforcés et particulièrement approvisionnés en médicaments essentiels et en consommables, disponibilité de système d’informations sanitaire, de ressources humaines et une bonne gouvernance. L’utilisation des services a fortement augmenté, l’accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 183 au premier trimestre de 2015 à 1301 au dernier trimestre de la même année ; des consultations ambulatoires d’enfants moins de 5 ans ont de même augmenté, passant de 8.45 à 11.507; les premières visites prénatales avant 4 mois de grossesse, sont passées de 6 à 613 et le nombre d’enfants complètement vaccinés a évolué de 63 à 664.

Les leçons apprises : La science sur les questions d’accouchements, profitant de la décentralisation fiscale et de l’autonomie de gestion, a conduit très rapidement à la restauration de plusieurs services nécessaires à la population de Mubi du Sud LGA (District). Si les acteurs de cette localité attendaient la planification et la réponse du niveau central, la restauration ne se fera certainement pas avec une telle vitesse.
Le fardeau de la malnutrition au Burundi à l’ère de l’après 2015 : le financement basé sur la performance (FBP) pourra-t-il faire partie des solutions ?

Dr Manassé NIMPAGARITSE, Institut National de Santé Publique du Burundi; Institut National de Santé Publique du Burundi; Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, mnimpagaritse@yahoo.fr
(1) Dr Catherine Korachais, Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, ckorachais@itg.be, 2000
(2) Dr Kirrily de Polnay, Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, kdepolnay@itg.be, 2000
(3) Dr Bruno Meessen, Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, bmeessen@itg.be, 2000

Contexte:
Le deuxième Objectif de Développement Durable (ODD) comprend l’objectif ambitieux d’éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d’ici 2030. Si des progrès ont été réalisés ces dernières décennies, ils étaient insuffisants pour atteindre la cible de l’OMD1 de réduire de moitié les taux d’insuffisance pondérale entre 1990 et 2015. La malnutrition reste cause de près de la moitié (45 %) des décès d’enfants de moins de 5 ans. Le Burundi confronté à une mortalité infantile élevée et au problème criant de malnutrition (49% d’enfants de moins de cinq ans souffrant de Malnutrition chronique et 6 % de malnutrition aigüe en 2014) a décidé d’introduire depuis janvier 2015, les activités de prise en charge de la malnutrition dans la stratégie de financement basé sur la performance (FBP). L’objectif de l’étude présentée ici est une évaluation de la performance des centres de santé dans la prise en charge de la malnutrition au Burundi ; en préparation à cette intégration.

Méthodes:
Nous avons évalué 90 centres de santé choisis aléatoirement parmi les 193 du pays qui disposaient des deux services de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et modérée. A partir de fiches individuelles de malnutris, des observations patient-soignant, des interviews à la sortie, des vignettes et des enquêtes auprès des responsables des centres de santé ; quatre principaux aspects ont été évalués : (1) qualité de la prise en charge de la malnutrition ; (2) qualité des consultations curatives, (3) connaissances des prestataires de soins, (4) aspects organisationnels de l’offre des soins.

Résultats:
Il ressort une faible performance dans le dépistage et la prise en charge de la malnutrition par les centres de santé. L’analyse des résultats suggère que les causes sont liées à : (1) un bas niveau de formation initiale, (2) manque de formation continue dans ce domaine après la formation initiale, (3) un manque de supervision, (4) mauvaises conditions physiques du centre de santé lui-même, ses équipements, les fournitures médicales, les intrants nutritionnels et le nombre de prestataires disponibles au centre de santé

Conclusion :
La malnutrition reste un problème important pour remettre en cause les ODD. L’évidence disponible montre que le FBP entraîne de profondes transformations systémiques. Ainsi, au vu de ses résultats positifs sur les autres indicateurs dans de nombreux pays, nous espérons que le FBP, par les pistes d’incitants, supervision, vérification et divers effets systémiques, pourra aider le Burundi à faire face au défi de la malnutrition.
Réduction de la controverse autour d'une politique de santé en République Démocratique du Congo: Cas du Financement Basé sur la Performance

Serge Mayaka Manitu, MPH PhD, Public Health School of Kinshasa, sergemaya@yahoo.fr, Kinshasa/DR Congo

Depuis 2004, le Ministère de la Santé Publique (MSP) congolais a favorisé l'éclosion d'initiatives de financement basé sur les résultats (FBR), au sein de projets appuyés par divers partenaires.

Mais l'institutionnalisation de l'approche a fait l'objet de nombreux débats et son utilisation comme outil de la politique nationale de financement du secteur ne rencontrait pas l'assentiment de tous les acteurs du secteur.

Toute une série de facteurs, souvent « extrascientifiques » étaient à l'origine de crispations autour du FBR.

Même si cette controverse autour du FBR a été forte avec les premières expériences pilotes, on constate qu'une synthèse est en train de se produire au niveau du pays. En effet, de nombreux acteurs ont naturellement convergé vers un entendement commun, et le pays se prépare à lancer un ambitieux projet fédérant de nombreux acteurs.

Notre étude de cas descriptive et analytique, avec collecte de données de nature qualitative, visait donc à améliorer la connaissance des facteurs pouvant affecter positivement la mise en œuvre d'une politique publique de santé en RDC telle que le FBR.

Ces données ont été collectées, d'une part à l'aide d'une revue documentaire, et d'autre part par des interviews d'informateurs clés, identifiés selon leur degré d'implication dans les débats autour de FBR, à l'aide de guides d'entretien semi-structurés.

Il en ressort que la couverture géographique et démographique du FBR est actuellement plus importante depuis l'introduction de l'approche au pays.

Ces différents champs peuvent donc expliquer comment certaines lignes de force se sont pliées pour aboutir à cette synthèse nationale autour du FBR. Notamment des actions sur le champ des théories explicatives (lié à la qualité des connaissances des parties prenantes) en réduisant le déficit informationnel autour du FBR par des formations. Des actions sur le champ des valeurs (lié aux valeurs fondamentales différentes qui induisent des choix sociétaux différents) par le développement d'un leadership national fort avec ancrage de la stratégie au sein du MSP. Des actions enfin sur le champ des relations interpersonnelles et des rapports de pouvoir (lié aux comportements et attitudes des acteurs) grâce au leadership transformationnel du MSP dans la gestion des débats et des tensions interpersonnelles.

La pertinence du FBR comme levier pour l'amélioration de la performance du système de santé ne semble plus être remise en cause. Mais une bonne compréhension des facteurs identifiés peut aider à poursuivre cette dynamique de changement et la conception d'un agenda pour l'action.
Ce document décrit un protocole de recherche novateur pour une expérience sur le terrain en vue de tester deux interventions communautaires, les contrats de performance des agents de santé communautaire (ASC) et le suivi communautaire de la performance des structures de santé et de l’utilisation des ressources mises à disposition d’une structure sanitaire « standard » à Financement Basé sur les Performances (FBP) dans le Nord Cameroun. Les programmes FBP antérieurs ont porté principalement sur les contrats de performance au niveau de la structure de santé, et ont très peu investi dans le renforcement de modèles de prestation de services au niveau communautaire. Nous soutenons que l’intégration des interventions au niveau communautaire pourrait améliorer les résultats de la performance du système de santé et la qualité des prestations de deux façons significatives.

D’une part, nous émettons l’hypothèse que si les ASC étaient davantage sollicités pour identifier les patients vivant dans les zones plus reculées et les diriger vers le centre de santé, les services seraient sans doute beaucoup plus fréquentés par les patients qui sans cela, n’auraient pas eu le temps, les ressources ou la motivation nécessaires.

D’autre part, nous supposons que les remontées fournies aux ASC et au personnel des structures sanitaires par les membres de la communauté dans le cadre du suivi communautaire vont forcément aider à améliorer les performances. Un exemple de mécanisme par lequel cela se produit serait la prise en compte des avis et opinions de la communauté dans l’élaboration et l’exécution du budget de la structure.

Notre échantillon d’étude est réparti sur trois régions du Nord Cameroun et comprend trois niveaux de traitement (T1, T2, T3), dont deux pris au hasard. Le premier traitement consiste en la mise en œuvre d’une approche Financement Basé sur la Performance “standard” au niveau de la structure, en l’absence des interventions communautaires. Ce principe FBP standardisé est reproduit dans l’ensemble de l’échantillon de sorte que le FBP fournisse les éléments de référence et les preuves expérimentales contrefactuelles par rapport à T2 et T3. Le second traitement (T2) comprend le FBP dans les établissements de santé et le « Financement Basé sur la Performance Communautaire » ou FBPc. Ce dernier prend en compte tous les paramètres du FBP, mais intègre aussi l’embauche, les contrats, la formation, le déploiement, le paiement et le suivi des ASC d’après le plan d’actions et le mode de fonctionnement des structures de santé. Le troisième niveau de traitement (T3) comprend les mêmes interventions que T2 avec, en plus, un programme de suivi de la communauté et des réunions de remontée. Nous prenons aussi en compte les évidences fournies par une expérience préliminaire du FBPc et des interventions de suivi communautaire menés dans la région du Nord-Ouest du Cameroun de Juillet 2015 à Juin 2016.

Nos résultats fourniront des indications importantes sur le pourquoi et le comment les interventions au niveau de la communauté, en ce qui concerne les ASC et le suivi communautaire, contribuent à l’amélioration de la performance des structures de santé, et ce bien au-delà des résultats obtenus par le FBP.
Session Parallèle 6 : Sessions Organisées

Session Organisée 11 : Mon financement du système de santé de soutient-il la CSU et les soins de santé primaires : comment utiliser des données sur les dépenses de santé ?

Ms. Nathalie Vande Maele (WHO-Geneva), vandemaeleen@who.int
Dan Osei, Ministry of Health Ghana, dnao.osei@gmail.com;
Dr Djesika Amendah, APHRC, damendah@gmail.com, Nairobi Kenya;
Roland Kesselly, Ministry of Health Liberia, rolandykess@googlemail.com

Contexte
L’OMS, avec l’OCDE et EUROSTAT, ont sorti en 2011, la deuxième version du système de comptabilité de la santé (SHA2011), qui constitue la norme internationale pour le suivi des dépenses de santé. Le SHA 2011 vise à mieux informer sur les questions principales de politique y compris les rapports sur les mécanismes de financement des systèmes de santé.

Après la sortie de SHA 2011, l’OMS a élaboré des directives et des outils pour la production et l’analyse des comptes de la santé pour accompagner les équipes et de faciliter leur travail. Ces outils ont été essentiels à l’institutionnalisation des comptes de la santé dans les pays, une mise à jour de production annuelle (année T-1) des données sur les dépenses de santé.

SHA 2011 la mise en œuvre en Afrique

Au regard du succès enregistré de la mise en œuvre et de l’adoption de SHA 2011, en utilisant les outils recommandés par l’OMS, l’OMS propose une réunion d’experts pour examiner ce que les données disponibles montrent sur les mécanismes de financement du système de santé et analyser si ces données soutiennent ou non les soins de santé primaires et la CSU telle que recommandé.

Objectif global
Sensibiliser à l’utilisation des comptes de la santé dans les politiques et la planification dans les pays, et en tenant compte de la responsabilité des pays.

Objectif de la session
L’objectif de la session est pour l’OMS et les représentants des pays déplorer et analyser les résultats par rapport à:

1. L’évaluation des données nationales, expliquer ce que cela signifie en termes de mécanismes de financement de la santé et analyser si ces données financent ou non la CSU;
2. Evaluer la définition proposée pour le financement des soins de santé primaires, présenter les résultats existants, comparer les résultats par pays, et les dépenses de soins de santé primaires en lien avec les résultats de santé.
Session Organisée 12 : Dispositions institutionnelles pour l’établissement des priorités : Quels sont les principaux facteurs que les pays doivent considérer en institutionnalisant l’Evaluation des Technologies de la Santé (HTA) ?

Ms. Laura Morris, NICE International laura.morris@nice.org.uk
Mr. Thomas Wilkinson; PRICELESS-SA (Wits School of Public Health), University of the Witwatersrand; Wits University School of Public Health (Office 233, Wits Education Campus), 27 St. Andrews Road, Parktown, Johannesburg, South Africa.
Dr. Mardiati Nadjib; Faculty of Public Health, University of Indonesia.
Dr. Justice Nonvignon; School of Public Health, University of Ghana. Representative of Directorate of Pharmaceutical Services, Ministry of Health, Ghana (to be confirmed)

Contexte : L’évaluation des technologies de la santé (HTA) fournit des mécanismes délibératifs pour produire et considérer la prevue sur les effets probables des options de politique en termes de résultats de santé, sur les coûts de la santé et des avantages sur les allocations des ressources à travers des groupes sociaux différents. La faisabilité d’une grande convergence en matière de santé au niveau international, dépend fortement, non seulement de la mesure à laquelle les fonds peuvent être davantage mobilisés pour la santé, mais également dans quelle mesure les ressources limitées peuvent être allouées pour maximiser des gains de santé pour une population. Ceci a conduit nombreux pays à faible et à revenu intermediaire à adopter formellement l’évaluation des technologies de la santé ou en promettant de le faire et une resolution a été adoptée en 2014 lors de l’Assemblée Mondiale de la santé sur l’Intervention en Santé et l’Évaluation des Technologies de la santé pour appuyer la Couverture Sanitaire Universelle, en exhortant les États membres à envisager de mettre en place des systèmes d’évaluation des technologies de la santé (HTA).

Description de la session La session sera animé par un pannel composé d’universitaires et des partenaires politiques issus des pays sélectionnés où l’International Decision Support Initiative (iDSI) est active. Les intervenants du Ghana et l’Indonésie, en plus des rôles universitaires en qualité d’économistes de la santé, sont membres du Groupe de travail sur HTA et du Comité de HTA de leur pays respectifs. Ils présenteront des études de cas mettant en exergue les experiences directes des premières phases d’institutionnalisation de HTA de leur pays.

La question structurante pour les intervenants et les échanges qui suivront se présente comme suit: "Quelle différence les dispositions institutionnelles doivent--elle faire pour l’établissement des priorités ?". Ceci conduira le travail dans les différentes régions du monde, y compris le développement ‘de feuilles de route nationales pour l’institutionnalisation de HTA et présenter une vue d’ensemble de la voie que cette institutionnalisation pourra suivre.

Les panélistes doivraient réfléchir à la façon dont ces facteurs institutionnels importants ont été perçu par eux au moment de conseiller ou de prendre des décisions politiques.


Ms. Laura Morris; NICE International (National Institute for Health and Care Excellence)

Indépendamment de la façon dont le système de santé d’un pays est organisé ou financé, les décisions durables et équitables au niveau national sont nécessaires pour couvrir les interventions selon les circonstances. Nice International a été développé en 2008 pour répondre à la demande croissante des pays pour apprendre davantage sur NICE, et voir comment ses expériences pourraient être pertinentes à leurs propres processus de prise de décision et les initiatives de renforcement des institutions. Nice international dirige
l'Initiative internationale de soutien aux décisions (IDSR), un réseau mondial d'institutions, y compris HITAP en Thaïlande, PRICELESS SA en Afrique du Sud, des centres universitaires et des groupes de réflexion.

Les recherches et les travaux de terrain conduits par les principaux partenaires de IDSR a pointé du doigt au niveau organisationnel la place des organes de liaison dans le cadre de l'établissement des priorités, qui sont généralement répartis entre plusieurs groupes de parties prenantes. Les recherches et les travaux de terrain ont mis en exergue les expériences tirées du réseau HTAsiaLink et ont synthétisé les facteurs propices au développement de l'ETS. Cette synthèse de HITAP suggère des critères pour classer les systèmes l'établissement des priorités pour les pays et formule des recommandations générales sur les éléments de base tels que le personnel, les ressources financières, les équipements et la gestion qui doivent être pris en compte afin d’tablir un système de d'Evaluation des technologies de la santé fonctionnel. Cependant, des travaux pratiques faits par NICE International, HITAP, et d’ autres partenaires de IDSR, incluant l’appui au développement des «feuilles de route» nationales pour l'Evaluation des technologie de la santé, applique ces critères d'une manière flexible. Localement un soutien technique pertinente doit insister sur la nécessité que pour les organismes naissants d'établissement des priorités soient conscients des avantages et des risques des différentes dispositions institutionnelles, plutôt que de faire des recommandations normatives.

**Presentation 2 - Développements de l'institutionnalisation de l'établissement des priorités en Afrique du Sud**

Mr. Thomas Wilkinson; PRICELESS-SA (Wits School of Public Health), University of the Witwatersrand

En Décembre 2015, le Département national de la santé (NDOH) a publié un Livre blanc sur les propositions de mise en œuvre de l'Assurance Maladie Nationale (NHI) qui se progresserait vers un accès universel à des soins de haute qualité et la couverture de santé équitable pour tous les Sud-Africains. Le gouvernement a l’intention de parvenir à un régime unique d'assurance nationale de la santé d’ici 2025 dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle. Un élément clé des plans pour l’INSA sera la mise en œuvre des méthodes et des processus d’Evaluation des technologies de la santé (HTA) dans le système sud-africain, en particulier pour la conception de paquet de prestations de santé et de déterminer l’admissibilité à des technologies particulières.

Cependant, la nature spécifique et la fonctionnalité de institutionnalisation HTA en SA est en cours d’élaboration.

Il y a donc à la fois un besoin énorme et un impact potentiel pour une compréhension plus explicite des mécanismes d'établissements des priorités avec comme objectifs de base, l'équité et la durabilité tout en garantissant des ressources de soins de santé ciblant les groupes de population les plus défavorisés. L'Afrique du Sud a accès à plus de ressources que de nombreux pays d'Afrique subsaharienne en termes de capacité pour l'établissement des priorités, y compris des centres universitaires de renommé. Toutefois, un examen formel de HTA et d’autres éléments de preuve analytique joue un rôle insuffisant au niveau de l’INSA.

L'établissement des priorités est essentiellement indirecte et décentralisée entre les divers organismes et organisations dont les missions essentielles, tournent autour des medicaments, de la tarification et des équipements essentiels. Il y a également une activité considérable de l’établissement des priorités entre autres organismes dans les secteurs universitaires, ONG et public-privé, avec des initiatives telles que PRICELESS SA ayant le soutien du NDOH.

Il existe des possibilités considérables et la demande d'une approche globale adaptée aux besoins du système de santé sud-africain. SA PRICELESS, basé à l'École de santé publique de l'Université de Witwatersrand, en collaboration avec des partenaires locaux et le réseau IDSR participent activement à des initiatives visant à soutenir la mise en œuvre de l’INSA et l'institutionnalisation de HTA.
(Presentation 3) Développements de l'institutionnalisation d'établissement des priorités en Indonésie

Dr. Mardiati Nadjib; University of Indonesia

Le Gouvernement indonésien s’est engagé à mettre en œuvre la couverture sanitaire Universelle à travers un programme national d’assurance maladie unique pour ses 250 millions citoyens d’ici 2019. Pour réaliser cet engagement, le Ministère de la Santé (MoH) a reconnu la nécessité des mécanismes formels d’établissement des priorités et a créé par décret un comité interinstitutionnel d’Evaluation des Technologie de la santé (HTA) en Indonésie.

Cette volonté politique et l’impact important de l’établissement des priorités, en particulier en Indonésie fait face à l’accord d’appui de Gavi.

Le Comité de HTA n’a pas encore une structure organisationnelle claire, mais le secrétariat est assuré par un département du Ministère de la Santé. Travailler à institutionnalisation de HTA en Indonésie nécessite de reconnaître que l’établissement des priorités fondées sur des preuves en matière de santé va au-delà des éléments d’analyse de HTA. L’établissement des priorités exige des processus clairs et inclusifs et des dispositions de gouvernance pour s’assurer qu’il réponde aux attentes de tous les intervenants, y compris les patients, les professionnels de la santé, les fournisseurs et, enfin le gouvernement et le public.

Le comité de HTA nouvellement créé doit équilibrer son indépendance et son degré de délégation. Il doit également favoriser la convergence des parties prenantes, y compris le BPJS assureur en santé, le Ministère de la santé, les organisations de patients et le grand public, les professionnels et les fournisseurs en santé. Une feuille de route de haut niveau du comité de HTA a identifié des domaines stratégiques pour ses travaux futurs, et les partenaires de l’Initiative de soutien aux décisions internationales (IDSR) soutiennent la mise en œuvre de cette feuille de route.

Presentation 4 Développements de l’institutionnalisation d’établissement des priorités au Ghana

Dr. Justice Nonvignon; University of Ghana

Le Ghana est à la croisée des chemins. Sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ghana, est confronté à des défis majeurs liés à la couverture, à l’accès, à la viabilité financière et à la qualité des services. Le régime National d’Assurance Maladie (NHIS) pour les soins de santé de base couvre 36% de la population, mais un ensemble d’avantages sociaux fait grimper les dépenses en particulier celles relatives aux dépenses de produits pharmaceutiques. Il y a également de véritables préoccupations au sujet de l’accessibilité et de la pérennité du NHIS.

Les pressions exercées sur les budgets et les attentes croissantes des utilisateurs de services sont importantes mettant en exergue la nécessité que les faibles ressources disponibles soient utilisées efficacement. Il revient donc au Ministère de la Santé (MOH) et l’Agence nationale d’assurance maladie (NHIA) d’identifier les domaines prioritaires y compris les coûts et les analyse couts/avantages des options alternatives et partager les données des réclamations pour soutenir ces analyses. La Direction des produits pharmaceutiques du ministère de la Santé a convoqué un groupe de travail avec des représentants de l’ensemble du secteur de la santé, des experts universitaires et des organismes professionnels, pour faire des recommandations sur les premières mesures prises par le gouvernement du Ghana pour l’utilisation effective de l’Evaluation des technologies de la santé (HTA).
Session Parallèle 6

Session Parallèle 6 : Analyses macroéconomique des OMDs et ODDs en Santé

PS 06/1

Contributions du Capital Humain à la Croissance Économique en Afrique Sub-Saharienne: Analyse par panel

Dr Kolawole Ogundari, University of Delaware, kogunda@udel.edu

Cet article reexamine la relation entre le capital humain et la croissance économique en Afrique Sub-Saharienne en utilisant des données de panel équilibrées de 35 pays de 1980 à 2008.

Les résultats empiriques montrent que ces deux mesures du capital humain (l’éducation et la santé) ont des effets positifs sur la croissance économique; la contribution de la santé sur la croissance économique est largement élevée que l’impact de l’éducation.

Ces résultats, mettent l’accent sur l’importance de ces mesures et confirment la thèse issue de la littérature selon laquelle ni l’éducation ni la santé, n’est un substitut parfait de l’un ou de l’autre.
La combinaison entre revenus faibles et dépenses dérisoires en soins de santé a été un obstacle à l’amélioration de l’état de santé, et influe considérablement sur le développement socio-économique de nombreux pays en développement. L’impact significatif de l’augmentation des revenus sur l’état de santé doit être complété par un effort similaire pour mieux comprendre les mécanismes par lesquels une amélioration de l’état de santé contribue à la croissance économique et le développement.

L’objectif principal de cet article est d’examiner et de tenter de synthétiser la documentation pertinente sur, dans un premier temps, la croissance économique (PIB), les revenus, les dépenses en soins de santé, l’état de santé et, dans un second temps, le rapport inverse reliant l’amélioration de l’état de santé initial à la croissance économique et aux dépenses en soins de santé. Une politique de santé réussie doit être adaptée au contexte et prendre en considération l’état de santé initial de chaque pays.
PS 06/3

Utilité d’un nouvel outil, simple, d’évaluation du niveau de vie pour l’Assurance Maladie Nationale.

Andrea Sprockett, MIPH, Chief Operating Officer, Metrics for Management andrea@m4mgmt.org
Chris Atim, Presidential Committee on the Review of Ghana’s National Health Insurance Scheme, catim@r4d.org
Davidson Gwatkin, Senior Fellow, Results for Development, dgwatkin@r4d.org
Dominic Montagu, DrPH, Associate Professor, University of California, San Francisco
Chief Executive Officer, Metrics for Management, dominic@m4mgmt.org

De nombreux programmes de santé en Afrique visent à aider les pauvres, souvent définis comme les 40% les plus démunis de la population totale ou encore ceux qui vivent avec moins de 1,25 $ / jour. Le premier Objectif de Développement Durable est de « mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes, partout », bien que les services ciblant les pauvres soient mentionnés tout au long des ODD. En outre, la Banque mondiale, un nombre croissant de donateurs et les gouvernements des pays pauvres ou à revenu intermédiaire ont également souligné la nécessité d’identifier et de cibler les plus démunis comme une valeur fondamentale de la Couverture Maladie Universelle.

Cependant, la plupart des programmes (soins de santé primaires, vaccinations, planification familiale, dépenses nationales de santé) n’ont jamais pu avoir la juste mesure de leur impact sur les populations qu’ils cherchent à assister, et encore moins d’évaluer leur efficacité au moment de fournir le service. Un nouvel outil permet l’évaluation rapide et facile du patient ou du niveau de vie des bénéficiaires, et offre l’occasion de mieux apprécier, d’améliorer et de gérer les divers programmes de santé directement axés sur les plus démunis. L’outil applique une version simplifiée, spécifique au pays, de l’indice de richesse du « Demographic and Health Survey » - DHS, ce qui réduit le nombre de questions de 30-60 dans l’indice original à 8-18 dans le nouvel indice. Le nouvel indice a un fort taux d’acceptation au regard des résultats de l’enquête initiale (kappa> 0,75). Les nouvelles questions sont plus faciles à répondre, avec moins d’options de réponse. La collecte de données a été encore simplifiée grâce à la création d’un sondage sur téléphone ou tablette qui regroupe et analyse les résultats.

Cette présentation met l’accent sur l’application de notre outil à une population de demandeurs de santé au Ghana. Ainsi, nous évaluons la fiabilité de cet outil dans le cadre du financement de la santé à travers le Régime National d’Assurance Maladie du Ghana. L’applicabilité de l’outil pour un suivi permanent et la fourniture correcte des services sera étudiée, ainsi que son utilité potentielle, les obstacles qu’il pourrait rencontrer et le rôle de cet outil simplifié d’évaluation du niveau de vie au Ghana et dans d’autres pays africains.
**Déterminants macroéconomiques des crises sanitaires en Afrique subsaharienne**

**BOYE Gnandé Roméo**, Doctorant à l’UFR-SEG, Université Félix Houphouët-Boigny. Cel: (00225) 07 73 01 02. romeobo耶@gmail.com

**Contexte** Les aléas tels que les sécheresses, les séismes, les inondations, les tempêtes et les épidémies, sont des phénomènes naturels. Ces phénomènes appelés aussi chocs naturels, sont difficilement prévisibles et entraînent le plus souvent des crises sanitaires. Les crises sanitaires ont des conséquences dévastatrices. Selon l’ONUSIDA, des épidémies telles que le VIH/SIDA ont fait plus de 34 millions de morts en trente ans, dont 25 millions en Afrique subsaharienne. Récemment, l’épidémie de fièvre hémorragique Ebola a enregistré un peu plus de 10 000 décès dans seulement trois pays de l’Afrique de l’Ouest. Si ces crises sanitaires ne sont pas rendues faciles à gérer, alors cela aura des conséquences importantes et durables sur la santé des individus, pouvant ainsi inhiber l’efficacité des ressources financières mobilisées pour atteindre les ODD dans le domaine de la santé.

Face à ces problèmes, la question qui se soulève est celle de savoir comment éviter les crises sanitaires ?

**Objectif** L’objectif de l’étude est d’identifier les déterminants macroéconomiques qui favorisent la survenue d’une crise sanitaire.

**Intérêt et enjeux de l’étude**

Cette étude est d’autant plus importante qu’elle permettra de déterminer les leviers sur lesquels les gouvernants doivent agir pour réduire la vulnérabilité des nations aux crises sanitaires. Elle contribuera par ailleurs, à la stabilisation du budget alloué à la santé publique et à l’atteinte des ODD dans le domaine de la santé.

**Cadre théorique** Le raisonnement dans cette étude se situe dans une ligne de réflexion qui met en relation la crise sanitaire (mesurée par la baisse de l’espérance de vie à la naissance) et la gestion macroéconomique. On teste l’hypothèse qu’en Afrique subsaharienne, une mauvaise gestion macroéconomique favorise la survenue d’une crise sanitaire.

On montre de façon générale que les crises sanitaires prolifèrent dans certains espaces, alors que dans d’autres, on parvient à les contenir. Pour certains auteurs, ceci pourrait s’expliquer par l’insuffisance des structures sanitaires dans certains pays. D’autres auteurs affirment que dans le cas des maladies telles que le VIH/SIDA, les chocs macroéconomiques sont des facteurs qui accélèrent la transmission de la maladie par le biais de flux migratoires intra-nationaux. D’autres auteurs encore soulignent qu’un surendettement extérieur peut être un facteur aggravant les crises sanitaires. En effet, le paiement de la dette détournait les devises destinées aux importations pour la croissance et le maintien du système de santé. De plus, le budget de l’Etat destiné au financement de la santé et à d’autres postes, est utilisé au remboursement de la dette. Aussi, les pays surendettés utilisent-ils souvent les aides bilatérales et multilatérales du fait des crises sanitaires.

**Méthodologie** L’analyse dans cette étude est menée par le biais d’un modèle probit sur la période 1995-2012 dans 25 pays de l’Afrique subsaharienne.

**Principaux résultats et recommandations de politiques économiques** Les principaux résultats auxquels nous aboutissons dans cette étude font état de ce que, dans le cas de la majorité des pays de l’Afrique subsaharienne, les plus vulnérables aux crises sanitaires, sont ceux dont le financement de la santé publique est tributaire de l’extérieur ; ceux qui dépendent de l’aide bilatérale ; ceux qui sont vulnérables aux chocs macroéconomiques et ceux dont le système de santé est fortement privatisé.

Cette étude recommande principalement qu’il y ait un mécanisme de financement endogène de la santé publique et que l’aide bilatérale soit orientée vers les problèmes de santé publique en Afrique subsaharienne.
PS 06/5

Aide publique au développement et le financement de la santé dans les pays en développement

Mr Zohore Olivier Koudou, Université Félix Houphouët Boigny d’Abidjan, ozohore@yahoo.fr

Au cours des 15 dernières années, des ressources exceptionnelles ont été mobilisées pour sauver des vies et atténuer les souffrances. De nouvelles sources de financement ont fourni un soutien financier sans précédent pour la santé mondiale. Les organismes de santé qui agissent à l’échelle mondiale ont mis en œuvre des stratégies innovantes qui ont ciblé les grandes maladies, aidé à payer pour les médicaments et le personnel médical, abordé la problématique de la stigmatisation, déployé des services communautaires efficaces et contesté les politiques et les lois restrictives. Il en a résulté des progrès visibles et mesurables dans l’amélioration de la santé des populations. Toutefois, ces gains sont fragiles. Ils doivent être consolidentes et accélérés en continuant d’adopter des approches éprouvées et en proposant des alternatives flexibles, sinon les progrès risquent d’être perdus.

La réduction de la mortalité infanto-juvénile a été un des objectifs du millénaire pour le développement les plus universellement acceptés, et l’un des moyens proposés pour atteindre cet objectif était l’aide internationale. Or, même si des succès des activités d’aide à la santé ont été soulignés au niveau microéconomique, on ne connaît pas l’efficacité de l’aide à la santé d’une manière plus générale. En effet, malgré une abondance de travaux macroéconomiques sur l’efficacité de l’aide étrangère sur la croissance économique des pays bénéficiaires, peu ont traité de son efficacité en matière de santé. Alors, dans ce contexte de fin de réalisation des OMD et d’adoption des Objectifs de Développement Durable (ODD), l’objectif de cet article est de combler ce manque et de tester l’efficacité de l’aide affectée à la santé, au niveau macroéconomique. De nombreuses études microéconomiques ont d’ores et déjà suggéré que les activités d’aide à la santé étaient efficaces, mais rare sont les analyses macroéconomique solides qui ont établi de lien entre l’aide affectée à la santé et la santé des populations.


Nos résultats, robustes à de nombreuses variations, suggèrent que l’aide affectée à la santé est efficace pour améliorer la survie des enfants en Afrique de l’ouest et surtout dans les pays les plus touchés par des taux de mortalité importants.
**Session Parallèle 6 : Economie du paludisme**

**PS 06/6**

L'impact de santé publique manqué avec une implémentation séquentielle en comparaison avec une implémentation simultanée des interventions préventives contre le paludisme : une étude de modélisation pour le Ghana

Christophe Sauboin¹, Nicolas Van de Velde², Laure-Anne Van Bellinghen³, Ilse Van Vlaenderen³

(1) Mr. Christophe Sauboin, christophe.j.sauboin@gsk.com, GSK Vaccines, Nairobi, Kenya
(2) Dr. Nicolas Van de Velde, nicolas.x.van-de-velde@gsk.com, GSK Vaccines, Wavre, Belgium.
(3) Ms. Ilse Van Vlaenderen & Ms. Laure-Anne Van Bellinghen, ivanvlaenderen@chessinhealth.com and ivanbellinghen@chessinhealth.com, CHESS in Health, Bonheiden, Belgium.

**Objectifs** Plusieurs interventions sont recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la prévention contre le paludisme, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD), les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide (PID) et la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Récemment, un candidat vaccin antipaludique (RTS,S/AS01) a été examiné par l'OMS. Bien que hautement coût-efficaces, des contraintes budgétaires et des différences marginales des estimations des ratios coût-efficacité poussent les preneurs de décisions à considérer une approche d'implémentation séquentielle. L’objectif de cette étude est d’évaluer l’impact hypothétique d’une implémentation séquentielle (SEQ) des interventions sur la mortalité liée au paludisme comparé à une implémentation simultanée (SIM).

**Méthodes** Les deux stratégies, SEQ et SIM, ont été simulées par modèle mathématique. Pour la SIM, les taux de couverture de toutes les interventions sont accrus simultanément de 10% annuellement, jusqu’à atteindre un taux d’équilibre de 90%. Pour la SEQ, le taux de couverture d’une seule intervention est augmenté de 10% annuellement jusqu’à atteindre un taux de 90% suivant l’ordre: MILD, CPS (si approprié), RTS,S/AS01 puis PID. La couverture initiale de MILD est de 60% et est nulle pour les autres interventions. Un modèle de cohorte Markovien (version déterministe d’un modèle publié précédemment) a été utilisé pour simuler l’impact du paludisme sur les nouveau-nés ghanéens. Le degré d’exposition au paludisme est simulé par un modèle au niveau vectoriel en fonction du taux de couverture de MILD et PID. Les effets de la CPS (approprié dans 2 provinces nord du Ghana) et de RTS,S/AS01 sont implémentés sous forme d’une réduction des risques d’infection après inoculation des parasites. Pour les deux stratégies, le nombre de décès a été évalué dans 31 cohortes successives de nouveau-nés, chacune suivie pendant 15 ans.

**Résultats** Au total, 35,5 millions d’enfants sont suivis. Avec la stratégie SIM, la couverture maximale pour l’ensemble des interventions est atteinte après 9 ans alors que pour la SEQ, 30 ans sont nécessaires. La SIM permet d’éviter 1,51 millions de décès dus au paludisme contre 1,02 millions pour la SEQ.

**Conclusions** Au Ghana, une implémentation simultanée des interventions préventives contre le paludisme pourrait potentiellement augmenter de 50% le nombre de décès évités par rapport à une implémentation séquentielle. Un engagement budgétaire plus graduel avec une implémentation séquentielle pourrait considérablement retarder l’obtention des bénéfices de santé publique, lié à l’élargissement de la population couverte avec les outils à disposition accroît le risque potentiel de développement de résistances aux insecticides et médicaments antipaludiques.
Impact sur la santé publique et coût-éfficacité du premier candidat vaccin antipaludique RTS,S/AS01 en Afrique sub-Saharienne : Étude de modélisation

Christophe Sauboin¹, Laure-Anne Van Bellinghen², Nicolas Van de Velde³, Ilse Van Vlaenderen²
(1) Mr. Christophe Sauboin, christophe.j.sauboin@gsk.com, GSK Vaccines, Nairobi, Kenya.
(2) Ms. Ilse Van Vlaenderen et Ms. Laure-Anne Van Bellinghen, ivanvlaenderen@chessinhealth.com et ivanbellinghen@chessinhealth.com, CHESS in Health, Bonheiden, Belgium.
(3) Dr. Nicolas Van de Velde, nicolas.x.vandevelde@gsk.com, GSK Vaccines, Wavre, Belgium.

Objectifs


Méthodes


Résultats

Dans la cohorte de 36,5 millions nouveau-nés en 2017, la vaccination de 19 millions d’enfants avec RTS,S/AS01 mènerait à une réduction du nombre de cas de malaria et de décès estimée à 13,3 millions (intervalle de confiance (IC) à 95%: 11,6-15,2) et 68.000 (IC 95%: 38.000-100.000) sur une période de 15 ans. Le ratio de coût-éfficacité incrémental (RCEI) en US$/DALY évité est estimé à 122 (Min-Max : 67-218). Lorsque les nourrissons sont vaccinés, la réduction du nombre de cas de malaria et de décès est estimée à 11,3 millions (IC 95% 8,9-13,5) et 58.000 (IC 95% : 14-97) avec un RCEI estimé à 196US$/DALY évité (Min-Max : 107-352).

Conclusions

Évaluer les avantages économiques des interventions de lutte contre le paludisme financées par le secteur privé dans le sud du Mozambique.

Dr Elisa Sicuri, ISGlobal, elisa.sicuri@isglobal.org
Format: (1) Joe Brew, ISGlobal (2) Laia Cirera, ISGlobal (3) Elisa Sicuri, ISGlobal

Contexte:
L'éradication du paludisme pourrait être accélérée en sollicitant encore plus d'acteurs non gouvernementaux, y compris les grandes entreprises privées opérant dans les régions endémiques. Cependant, leur apport repose sur une évaluation claire et précise du coût et de l'impact des activités de lutte contre le paludisme sur l'économie. Ce projet a pour objet d'étudier l'usine de sucre du sud du Mozambique pour évaluer l'impact de la pulvérisation interne des déchets résiduels sur le rendement des travailleurs (aussi bien en termes d'absentéisme que de productivité).

Hypothèse:
La pulvérisation interne des déchets résiduels réduit l'absentéisme des travailleurs, et les gains réalisés par l'augmentation de la productivité sont plus importants que les coûts liés à diverses interventions.

Méthodes:
Nous avons adopté la méthode de la différence de deuxième degré pour évaluer l'impact de la pulvérisation interne des déchets résiduels sur l'absentéisme des travailleurs. Pour éviter le travers de variables omises, nous avons complété notre analyse avec des interviews individuelles aussi bien de gestionnaires que d'employés. Pour estimer l'impact causal, nous régressions fois depuis la pulvérisation sur l'absentéisme, correction des variations saisonnières, l'occupation des travailleurs et les caractéristiques sociodémographiques et les jours fériés.

Résultats:
Non encore déterminés. Ce projet de recherche est actuellement en cours d'exécution. Suivant que notre hypothèse est acceptée ou rejetée, nous présenterons de toute façon les résultats et leurs implications pour le financement privé de la lutte contre le paludisme en général.
Pauvreté et recours thérapeutiques en cas de paludisme au Cameroun

Saïdou Hamadou, Banque Mondiale Cameroun, saidoutheo@yahoo.fr
(1) Paul Jacob, Robyn, Banque Mondiale, probyn@worldbank.org, Nouvelle Route Bastos B.P. 1128 Yaoundé (Cameroun)

Le présent article traite de la relation entre la pauvreté et les itinéraires thérapeutiques antipaludiques au Cameroun. Motivée par la faible fréquentation des formations sanitaires pour le traitement du paludisme malgré la politique de l'Etat de gratuité dudit traitement pour les groupes les plus vulnérables, cette recherche vise à examiner si la limitation des ressources financières constitue une contrainte à un recours thérapeutique moderne en cas de paludisme. Elle se focalise sur les enfants de moins de 5 ans. Les données utilisées sont originales et proviennent des enquêtes d'évaluation d'impact du Financement Basé sur la Performance (FBP), réalisées en 2012 et 2015 dans six régions du Cameroun, à climat diversifié et à fortes inégalités sociales. Nous avons principalement fait recours à des régressions logistiques binaire et multinomiale.

Les résultats obtenus montrent qu'au Sud qu'au Nord du pays, la chance de recourir à une structure de santé moderne pour des soins antipaludiques chez les enfants de moins de 5 ans augmente avec le niveau de vie des parents. Par ailleurs, nos résultats révèlent aussi que l'impact du niveau de vie sur le recours aux soins antipaludiques dans les formations sanitaires ne devient significatif (dans les régions du Sud) qu'avec l'amélioration de l'offre de soins dans certaines structures de santé apportée par le programme FBP.

Cette recherche met ainsi en évidence le problème de la mise en œuvre de certaines politiques de santé et celui de la qualité de l'offre de soins biomédicale. Elle constitue par ricochet, une source de connaissance nécessaire à l'élaboration des futures stratégies de lutte contre le paludisme.
**PS 06/10**

**Impact d'une campagne d'éradication du paludisme sur l'école et l'absentéisme au travail dans le sud du Mozambique.**

*Dr Elisa Sicuri, ISGlobal, elisa.sicuri@isglobal.org*

(1) Laia Cirera, CISM and ISGlobal (2) Sergi Alonso, ISGlobal (3) Joe Brew, ISGlobal (4)

**Contexte:**

L'éradication du paludisme comporte des avantages qui vont bien au-delà de l'impact sur la santé de la population. Entre autres avantages, les gains de productivité à travers l'augmentation du capital humain et des facteurs de production. Dans le cadre du programme d'éradication du paludisme qui est en œuvre dans le district de Magude, nous voulons dans cette étude fournir des informations primordiales sur les gains économiques qui y sont associés en estimant le poids du paludisme sur les travailleurs et son impact sur la productivité (absentéisme au travail) et sur l'assiduité scolaire, deux facteurs qui sont garants de la croissance économique.

**Méthodes:**

Afin de cerner les avantages économiques des interventions MALTEM au-delà de l'impact sur la santé, des études sont menées sur un échantillon d'enfants âgés de 6 à 12 ans et des adultes travaillant dans la plus grande société de la région pour recueillir des informations sur l'absentéisme scolaire et au travail, sur une période de 3 mois avant et 3 mois après les campagnes d'éradication du paludisme (distribution de médicaments) qui sont menées dans le district de Magude. Ces indicateurs seront suivis à la fois dans la zone d'intervention (district de Magude) et dans la zone de contrôle (Manhiça). Une analyse « Différence des Différences » sera effectuée, ce qui permettra de contrôler les facteurs potentiels de confusion, à savoir les données démographiques, socio-économiques, la morbidité et la mobilité des populations.

**Résultats et implications:**

Les résultats ne sont pas encore définitifs car le projet est actuellement en cours d'exécution. Cependant, les résultats de cette étude apporteront aux décideurs et à la communauté internationale des informations cruciales sur l'ampleur des gains économiques et sur la nécessité d'investir des ressources dans l'éradication et non pas seulement le contrôle du paludisme.
PS 06/11

Le tabagisme et ses effets sur la Santé en Afrique du Sud

Alfred Kechia Mukong (PhD), University of Cape Town - mukalf83@gmail.com

Plusieurs documents ont été rédigés sur les effets néfastes du tabagisme et ses conséquences désastreuses sur la santé et le bien-être des fumeurs. Toutefois, les conséquences des différents niveaux de tabagisme, sur la santé sont inconnues.

Cet article fournit de nouvelles données sur les conséquences (inconvénients) du tabagisme, telles que les maladies pulmonaires sur la santé, en Afrique du Sud. En utilisant des données longitudinales, nous prenons en compte la dimension temporelle, qui a été révélée comme étant très important dans l’analyse des conséquences. Nous montrons également comment les conséquences du tabagisme de long terme différent de celles du court terme. Finalement, nous décomposons l’indice de morbidité dû au tabagisme, aussi bien, en indice de concentration de long terme (CI) mais aussi en indice de causalité.

Nous estimons que la santé est influencée par le tabagisme actif et que ses conséquences sont probablement sous-estimées, au cours du temps, par des dynamiques individuelles.
Les déterminants de l'inégalité de la santé : résultats issus des modèles de données de panels non paramétriques, 1970-2010

Wail BENAABDELAALI 1 ; Abdelhak KAMAL 2 ; Hassan Aziz 2,
1) LEAD, University of Toulon-Var, France, 2) LARETA, Hassan Premier University

L'analyse des inégalités de santé est un sujet critique puisqu'elle constitue une dimension distincte de la performance des systèmes de santé (OMS). Cette étude examine l'hypothèse de linéarité soutenue par la majorité des recherches sur les déterminants des inégualités de santé. Elle mène une enquête non paramétrique sur les effets des inégalités relatives aux revenus, à l'éducation, et au développement, sur les inégualités de santé au cours de la période 1980-2010, en utilisant un ensemble de données de panel couvrant 131 pays différent sur la base de leur niveau de développement et de la zone géographique. L'un des principaux avantages de ce modèle est qu'aucune distribution fonctionnelle n'est imposée pour l'estimation de la relation entre les facteurs et la santé permettant ainsi, la présence de non-linéarité.

L'indice de Gini sur le revenu est obtenu à partir de la base de données mondiale standardisée sur les inégualités des revenus (SWIID de la version 4.0). Le SWIID intègre les indices de Gini comparables portant sur l'inégalité du revenu net de la plus grande couverture dans différents pays et au cours du temps.

L'inégalité éducative est estimée en utilisant l'indice de Gini de l'éducation en tant que mesure de la répartition des années de scolarité. Nous prenons en considération, pour la première fois, les changements enregistrés au cours des années, de la durée des périodes éducatives, dans chaque pays et par groupe d'âge (W. Benaabdelali et al., 2012).

Les inégualités de santé sont calculées en utilisant différentes mesures de l'inégalité telles que le coefficient de Gini, l'Indice d'Entropie Généralisé {EG (-1), EG (0), EG (1), EG (2)} et l'indice d'Atkinson {A (0,5), a (1), a (2)} comme mesure de la répartition de la durée de vie. Nos calculs sont basés sur des estimations récentes des tables de mortalité fournies par le Département des Nations Unies pour les affaires économiques et sociales UNDESA (2013). Cette distribution est présentée par des intervalles d'âges (0-1, 1-5, 5-10, ..., 85+), avec des taux de mortalité, l'âge moyen de décès étant spécifié pour chaque intervalle. Par rapport aux données du PNUD sur les inégalités en matière de santé, (données sur les inégalités de la santé ???), nos données, ont l'avantage d'être, pour la première fois, longitudinale - ce qui permet une analyse de long terme et dynamique des inégalités de la santé - et de couvrir, à la fois plusieurs mesures d'inégalités de la santé. Notre approche consiste à considérer l'inégalité, sur l'ensemble de la distribution de l'espérance de vie obtenue à partir des tableaux de mortalité abrégées (de la World Population Prospects, 2012), sans exclusion d'une partie de la distribution. L'exclusion des nouveau-nés ou des enfants de moins de 5 ans, signifierait, une maîtrise partielle de l'inégalité dans la distribution.
**PS 06/13**

**Risques de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans liés à l’accessibilité à l’eau dans la commune de Bingerville**

Tanoh Ruphin Doua, Université Felix Houphouet-Boigny (UFHB) douaruphin@gmail.com

Mr. Gahe Gnalpha Hilaire, Université Felix Houphouet-Boigny (UFHB), hilaire.gahe@yahoo.fr, BP V 43 Abidjan

**Contexte :**
Selon les Nations Unis, en 2015, 91% de la population mondiale utilise une source d’eau potable améliorée. Toutefois, des disparités dans l’accès à l’eau persistent encore particulièrement en Afrique subsaharienne dans les taudis urbains et les zones rurales isolées où le manque d’eau entraîne chaque année la maladie ou la mort de centaines de milliers d’enfants. La Côte d’Ivoire n’échappe pas à ce constat. En effet, en 2013, la commune de Bingerville, dans le district d’Abidjan a enregistré 314 cas d’enfants de moins de cinq ans atteints de maladie diarrhéique ou d’une autre maladie transmise par l’eau ou par un manque d’eau salubre. Au moment où, la communauté mondiale accorde désormais une directive expressive à l’« accès à l’eau et à l’assainissement pour tous » (ODD6), il est judicieux d’explorer le lien entre Accessibilité à l’Eau et Santé, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Cette étude cherche donc à déterminer les facteurs qui favorisent la contraction des maladies liées à l’eau chez les enfants de moins de 5 ans dans la commune de Bingerville.

**Méthodologie :**
L’étude s’appuie sur une régression Logit à partir d’un échantillon d’enfants de moins de cinq ans ; refermant des données primaires notamment sur l’eau de consommation et les caractéristiques socioéconomiques des mères dans les ménages.

**Résultats :**
Il ressort de cette étude que la survenance de la diarrhée ou du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans la commune de Bingerville est favorisée par des facteurs liés à la quantité et à la qualité de l’eau dans le ménage, de même que des aspects liés au niveau d’instruction de la mère. En effet, les coupures d’eau dans le ménage et l’approvisionnement à partir des sources non améliorées ont des coefficients significatifs et positifs traduisant un effet positif sur la survenue de la diarrhée ou du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. A ces principaux facteurs directement liés à accès à l’eau de consommation, s’ajoute le bas niveau d’instruction et l’illettrisme. Nous recommandons alors une adduction d’eau permanente auprès des ménages et l’amélioration de la couverture en eau potable. Ces actions devront s’accompagner de programmes d’éducation de la jeune fille et d’alphabétisation des mères pour s’assurer une véritable avancée vers les Objectifs 3, 4, 5 et 6 des dix-sept (17) ODD en Côte d’Ivoire.
La littérature sur la santé publique révèle que l’état de santé des enfants ou leur état nutritionnel influence la santé et le bien-être à l’âge adulte. Ainsi, toutes politiques efficaces visant l’amélioration de l’état de santé d’une population doit tenir compte de la santé infantile. Ceci implique la prise en compte de tous les éléments qui peuvent influencer l’état de santé infantile.

En se focalisant sur les inégalités d’opportunité de santé, nous analysons l’évolution de leur contribution à l’état de santé chez les enfants (mesuré par leur taille standardisée) au Togo à partir des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1998 et 2013. L’objectif de ce travail est de mesurer et de comparer l’importance de la contribution de l’inégalité d’opportunité (provenant des différences dans les circonstances de vie considérées) à l’inégalité totale de santé des enfants (0-5ans). Les enfants n’étant pas un centre de décision, l’inégalité totale sera décomposée en une partie due aux inégalités d’opportunité (variables observées) et une autre partie due à d’autres facteurs non observés après avoir neutralisé l’effet de l’inégalité provenant des variations aléatoires dans l’état de santé des enfants ou des variations génétiques à partir d’une population de référence (population en bonne santé).

La démarche méthodologique se base sur les mesures générales d’entropie décomposable à l’instar de l’indice de Theil-T pour mesurer l’inégalité totale après avoir traité l’effet des variations naturelles dans la distribution de la taille des enfants. Cette inégalité est décomposée en inégalité intra-opportunité et celle inter-opportunité (inégalité d’opportunité) à partir d’une approche non-paramétrique après avoir construit les groupes d’opportunité avec les variables de circonstance retenues.

Les résultats ont montré que l’inégalité totale de santé a connu une diminution entre 1998 et 2013 passant de 0.65 à 0.26 en en 15 ans. La contribution de l’inégalité d’opportunités (inégalité inter groupes d’opportunités) a par contre connue une augmentation sur la période 1998-2013. Elle est passée de 0,14 à 0,18 respectivement en 1998 et 2013. Ces niveaux relativement faibles de l’inégalité d’opportunités sont interprétés comme une estimation de la borne inférieure de l’ensemble des variables de circonstances qui peuvent influencer l’état de santé des enfants. Au regard des résultats, l’augmentation du niveau de l’inégalité d’opportunités de santé proviendrait plus de l’augmentation de la contribution du groupe «des opportunités défavorables ».
Un outil de diagnostic économique pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées au Burkina Faso

Anna Boisgillot, Handicap International aboisgillot@handicap-international.org
(1) Ms, Rozenn, Béguin Botokro, Handicap International, 138 avenue des frères Lumière 69008 Lyon France, rbotokro@handicap-international.org
(2) Prof, Alain, Letourmy, CNRS, 35 rue Broca 75005 Paris France, letourmy@vjf.cnrs.fr

15% de la population mondiale vit une situation de handicap et 80% des personnes handicapées vivent dans des pays en développement. Les personnes handicapées ont des besoins de santé spécifiques (rééducation, appareillage, aides techniques) auxquels certaines renoncent en raison de leur situation de pauvreté notamment. L’objectif de cette étude est de délivrer des données économiques et financières robustes et fiables pour permettre au Burkina Faso d’atteindre la couverture sanitaire universelle et les Objectifs de Développement Durable. Ces données visent à mettre en œuvre des actions concrètes inclusives et des plaidoyers pour améliorer les conditions de vie des personnes handicapées en Afrique, et plus généralement dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Trois missions effectuées au Burkina Faso entre 2013 et 2015 ont permis de mener cette étude. Un outil de diagnostic du système économique de la réadaptation fonctionnelle a été élaboré en partenariat avec des experts de terrain, Handicap International, et des experts en économie de la santé, le CERDI1 et le CNRS2. L’outil de diagnostic analyse le système économique de la réadaptation à travers 25 indicateurs qualitatifs et quantitatifs dans quatre grands domaines - l’offre de soins de réadaptation disponible, le coût des soins de réadaptation imputé à l’usager, la couverture sociale et la capacité d’évolution de ce système.

La mise en œuvre de l’outil de diagnostic du système économique de la réadaptation a révélé des ressources humaines inadaptées (89,5% des besoins en appareillage ne sont pas couverts), des inégalités d’accès géographique (80% de la population vit à plus de 100 km d’un centre de réadaptation), des inégalités d’accès financier, une incomplétude de l’offre de services, un manque d’investissement financier de l’Etat et une faible disponibilité des données dans le domaine du handicap et de la réadaptation.

Les résultats obtenus suite au diagnostic révèlent la nécessité d’améliorer le niveau technique des services de santé, de renforcer l’accessibilité physique et l’accessibilité financière des personnes handicapées et de développer l’assurance maladie, et d’assurer un meilleur suivi des ressources humaines de la réadaptation en termes de formation, recrutement, déploiement et fidélisation. La prise en charge des soins, et plus particulièrement en réadaptation, nécessite l’approfondissement de la recherche, mais il conviendrait aussi que cette question essentielle pour établir un système de santé équitable, pérenne et inclusif fasse l’objet d’un véritable intérêt.

Mots clés : Personnes handicapées, Accessibilité, Réadaptation, Système de santé, Couverture sanitaire universelle, Objectifs de Développement Durable

1 Centre de Recherches et d’Etudes sur le Développement International – CERDI, France
2 Centre National de la Recherche Scientifique - CNRS, France
Session Parallèle 7 : Sessions Organisées

Session Organisée 13 : Utilisation des indicateurs de surcharge de travail comme méthode d'instauration des normes nationales de dotation en personnel des structures de soins de santé primaires dans le Sultanat d'Oman

Dr. Nazar Elfaki, Ministry of Health, Oman

Introduction
Le Ministère de la Santé (MOH) du Sultan d'Oman a reconnu la nécessité de veiller à ce que tous les établissements de santé à tous les niveaux de soins de santé disposent d'un personnel de santé suffisant et qualifié pour offrir des soins de qualité à toute la population. De cet fait, la Direction générale de la planification et des études et la Direction générale des soins de santé primaires (SSP) ont travaillé conjointement et ont utilisé la méthode développée par l'Organisation mondiale de la Santé relatifs aux indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (WISN) avec quelques modifications pour développer les normes nationales de dotation de personnel pour les établissements de soins de santé primaires afin d’aider les planificateurs de la santé et les gestionnaires à recruter et à affecter les professionnels de la santé dans les structures de SSP sanitaires suivant les zones géographiques de manière appropriée.

Méthododologie
Les services de soins de santé primaires ont été répertoriés et caractérisés en trois paquets de services basés sur la zone et du bassin versant population desservie. Les trois services sont des services de base (de base), des services complémentaires et des services complémentaires. Les principales composantes de la charge de travail des médecins, infirmières, dentistes, pharmaciens, pharmaciens adjoints et techniciens de laboratoire ont été répertoriés, déterminés et des normes d'activité ont été définis et les normes nationales ont été fixées. La même méthode de calcul a été appliquée aux centres de santé à Mascate (la capitale), qui a 32% de la population totale et englobe le plus grand nombre d’établissements de santé par rapport aux 10 gouvernorats restants.

Résultats:
Une comparaison des normes nationales en matière de dotation pour les médecins et les infirmières avec les niveaux de dotation existants à Mascate a été faite. Elle a montré une pénurie en ce qui concerne le nombre total d'infirmières et un léger surplus de médecins, mais avec quelques variations entre les centres de santé. Le rapport WISN a montré que les médecins avaient moins de charge de travail (1,02) par rapport aux infirmières (0,66), mais avec des variations entre les centres de santé.

Limites
Les estimations utilisées pour calculer les besoins nécessaires en personnel sont principalement liés au types de structures et à la structure des services de santé fournis à la population actuelle(qui pourrait ne pas être applicable à la population future). Ainsi, les estimations doivent être ajustées fréquemment sur la base des nouveaux développements.
Session Organisée 14 : Les défis de la mise en œuvre de l’évaluation des Technologies sanitaires dans les pays du Maghreb (Algérie, Maroc et Tunisie)

Dr. Jameleddine Mouna (National Instance for Accreditation in Healthcare)
Pr. Samir Ahid, Pharmacoepidemiology and pharmacoeconomics Research Team. Medical and Pharmacy School. Mohammed V University – samir.ahid@yahoo.fr/ Rabat. Morocco.
Dr. Redouane soualmi. redouanesoualmi@gmail.com. Algeria.

Presentation 1: Mise en œuvre de l’Evaluation des Technologies Sanitaires (ETS) en Tunisie: Premières étapes

Introduction L’instance national d’Accréditation des Services médicaux (INASanté) a été créé par décret en 2012, et constitue l’une des principales étapes de la réforme du système de santé tunisien. L’INASanté est une autorité scientifique publique à but non lucratif. Elle a deux missions principales: L’évaluation des technologies de la santé (HTA) et l’accréditation. La première étape de mise en œuvre de HTA a consisté à une analyse des parties prenantes avec l’assistance technique de l’OMS pour développer et contextualiser la stratégie de HTA en rapport avec le lien “Tunisia.br”.

Une analyse des parties prenantes a été conduite avec l’expert en HTA à travers deux étapes. Pendant la première étape, l’équipe de l’INASanté a identifié 36 parties prenantes dans 9 domaines différents selon la classification de l’INAHTA pour les parties prenantes. Vingt (23) réunions ont été organisées en avril 2015 pour présenter INASANTÉ et les missions de HTA. Chaque partie prenante a exprimé son point de vue concernant la mise en œuvre du HTA en Tunisie. La deuxième étape, en Mai 2015, a consisté à une réunion de consensus impliquant toutes les parties prenantes ainsi que les décideurs. Cinq ateliers ont été organisés: le premier à porté sur “Couverture-maladie Universelle et HTA, le 2ème sur” Processus de HTA et les modalités de collaboration avec les parties prenantes, le 3ème sur” Problèmes et solutions dans la mise en œuvre de HTA en Tunisie,” le 4ème atelier est relatif à l’ organisation de l’INASanté et enfin, le 5ème atelier :”HTA et médicaments. Chaque atelier s’est basé sur quelques questions liées à chaque sujet.

Résultats: Les différentes parties prenantes ont exprimé leur engagement pour la mise en œuvre de HTA et ont mis en évidence l’importance de l’indépendance scientifique et financière de l’INASanté. HTA fait partie de la réforme de santé en Tunisie et couvre les domaines tels que les médicaments, les dispositifs médicaux, les équipements médicaux, les procédures médicales et chirurgicales et les programmes de santé. La revue de INASanté-HTA sera publique. De plus, HTA a un rôle essentiel dans le processus de remboursement des frais en Tunisie. La tarification des médicaments sera aussi basée sur les rapports de HTA. Actuellement beaucoup de questions restent à être discutées comme la classification de médicaments et le taux de remboursement des produits de santé

Conclusion : HTA a des implications majeures dans le projet de la couverture-maladie universelle en Tunisie. Elle permet d’apprécier la pertinence, l’efficacité et l’efficience de l’utilisation de la technologie en santé. Les revues de INASanté permettront de guider les décideurs. En outre, la collaboration internationale est exigée pour être conforme aux normes internationales

Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb se sont développés à des rythmes différents et avec des degrés de complexité différents, reflétant ainsi les diverses conditions politiques et socio-économiques de chaque pays. La contrainte financière étant devenue une préoccupation majeure dans tous les pays. Il est donc nécessaire de s’interroger sur ce qui doit être offert comme interventions, la manière dont le système de santé doit être organisé et comment les interventions devraient être choisies, couvertes et financées pour réaliser un gain de santé optimal avec les ressources disponibles, et dans le même temps, respecter les besoins prioritaires des pays ainsi que les droits des populations.
Les décideurs ont ainsi besoin d'informations sur les choix disponibles, les options leur coûts potentiels, leurs implications et leurs impacts. “L'évaluation des Technologies de la Santé” est une approche qui aide les décideurs à comparer des options et à prendre des décisions basées sur des critères pertinents et sur des données probantes.

Les systèmes de santé des pays du Maghreb font face à la transition démographique avec des questions de priorité, d'efficacité et d'équité. Dans la plupart des cas, les décisions ne sont pas prises sur la base de l'analyse de données probantes et des leçons apprises. Il y a donc un besoin clair de reformer les systèmes de santé, mais aussi d'adopter des méthodes novatrices et pertinentes et des outils pour prendre des décisions et surmonter les défis médicaux, techniques, organisationnels et financiers multiples auxquels les systèmes de santé sont confrontés à tous les niveaux.

Avec un large ensemble de concept de technologie, HTA peut être appliqués pour pour non seulement évaluer les conséquences potentielles des produits pharmaceutiques et des interventions médicales, mais aussi évaluer les interventions organisationnelles et même des réformes liées aux services médicaux, puisque l’on peut considérer ceci comme une intervention dans le système de santé. Pour accomplir correctement cette tâche, la prevue des approches issue des disciplines différentes est exigée. HTA pourrait répondre à ce besoin comme une activité pluridisciplinaire qui évalue systématiquement les effets de la technologie de la santé à travers la disponibilité et l'allocation des ressources et bien d'autres aspects de la performance du système de santé tels que l'efficacité, l'équité la perennité et la réactivité.

L’objectif de cette session est d’avoir une vue d’ensemble de la compréhension et du degree de mise en œuvre de HTA en Algérie, au Maroc et en Tunisie. La session abordera les questions suivantes : (1) Comment HTA est appréhendée et adopté dans chaque pays? (2) Comment HTA est mis en œuvre et quelle structure en est responsable? (3), Quels sont les sujets principaux et les interventions à évaluer? (4) quelles sont les méthodes et les outils sont-ils utilisés ? (5) quels sont les acteurs qui sont en charge du financement des activités de la HTA? (6), Dans quelle mesure les résultats de HTA sont utilisés et comment ils influencent les décisions politiques? (7) Quels sont les défis et les problèmes actuels? (8), Quels sont les développements et l’avenir possible des activités de HTA et des groupes?

Les pays du Maghreb sont engagés à différents niveaux dans la mise en œuvre technique et institutionnelle de l’approche de HTA. L’expérience de chaque pays sera présentée et des leçons apprises seront partagées. Un réseau possible entre des chercheurs, des praticiens et des décideurs pourrait être adopté pour promouvoir l'échange, l'évaluation et le renforcement des capacités entre les pays et bien au-delà.

Presentation 2: Les décisions de remboursement dans la mise en œuvre de l’ETS (Évaluation des Technologies sanitaires) en Algérie / Une analyse comparative

Dr Redouane Soualmi redouanesoualmi@gmail.com
Fédération Algérienne de Pharmacie

Dr Miloud Kaddar, Économiste de la santé, consultant indépendant, ancien haut fonctionnaire international à l’OMS à Genève, Oran, Algerie.

Dr Amine Aissaoui, Economiste de la santé, chercheur à PSL-Université Paris Dauphine, LEDa-LEGSOS : Laboratoire de Dauphine, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé. Paris, France.

Faire une description complète des systèmes actuels de remboursement des médicaments en Algérie et le comparer aux deux modèles du systèmes de remboursement des médicaments en France et au Royaume-Uni puis à un système d’un pays à revenu intermédiaire : La Turquie, où l’ETS a été récemment mis en œuvre.

Nous avons recueilli et examiné les informations pertinentes pouvant décrire les systèmes de santé et de remboursement des médicaments dans ces pays; nous avons examiné les documents cadres et les procédures juridiques. Pour l’Algérie, en plus des données et des
informations recueillies, nous avons mené des entretiens informels complétés par une enquête auprès d’acteurs clés.

Par rapport au Royaume-Uni, aucune similitude n’a été trouvé. Ceci est probablement dû aux différences culturelles et au manque d’expertise dans l’utilisation des approches coût-efficacité. Pour ce qui concerne la France, nous n’avons pas trouvé des similitudes, à l’exception de la décision finale qui est prise au niveau du ministère. Cela est dû à la nature administrative et au manque de transparence dans l’évaluation en Algérie et particulièrement lorsque les méthodes ainsi que les résultats de l’évaluation ne sont pas explicitement exprimés. Concernant la Turquie, nous avons trouvé quelques similitudes en termes de processus, mais non en termes de méthodes puisque ce pays est maintenant plus familier avec l’approche de l’ETS.

Notre étude montre que la mise en œuvre de l’ETS diffère, d’un pays à l’autre, en fonction, des facteurs culturels, financiers et la capacité d’expertise dans la collecte, l’analyse et l’utilisation des données dans le processus de prise de décision. L’utilisation de l’ETS dans le système d’évaluation et de remboursement des médicaments en Algérie est sous-estimée et peu élaboré. De ce fait, avant d’adopter des approches ETS dans le secteur pharmaceutique, les autorités algériennes devraient tenir compte de ces facteurs et améliorer la qualité des données et la transparence du processus de décision. Cela est fondamental, car lorsque le coût des médicaments augmente, l’espace budgétaire, devient de plus en plus limité dans un avenir proche.

**Presentation 3: Processus de l’Evaluation des Technologies Sanitaires au Maroc**

*S. AHID, R. RAZINE, Faculté de médecine et de pharmacie – Université Mohammed V - Rabat*

Au Maroc, les dépenses globales du système national de santé en 2010 sont de 47,7 milliards de Dirhams. La part des dépenses de soins de la dépense totale en santé du PIB représente 6,2%. La dépense en santé per capita est de 1,497 dirhams dont les dépenses directes des ménages représentent 53,6% de la dépense totale en santé. En Matière de couverture médicale, deux régimes de couvertures existent au Maroc ; L’Assurance maladie obligatoire (AMO) destinée à la population active et retraitée des deux secteurs et leurs ayant droits et le régime d’assistance médicale (Ramed) destiné à la population non couverte par l’AMO et ne disposant pas de ressources suffisantes.

Le processus d’évaluation des produits de santé passe par la commission de transparence (CT) qui a été créée en 2012. Elle fourni un avis argumenté au ministère de la santé sur le Service Médical Rendu (SMR) et/ou l’Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) d’un médicament ayant déjà obtenu l’AMM, en vue de son inscription ou de son retrait de la liste des médicaments remboursables au titre de l’AMO. Plus de 250 médicaments ont été évalués par la CT jusqu’à présent.

La commission d’Evaluation Economique et Financière des Produits de Santé a été créée en 2015 avec pour mission l’analyse de l’Impact économique et financier des médicaments ayant eu un SMR favorable par la commission de la transparence, en vue de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, l’analyse de l’impact économique et financier, en termes de gains, des médicaments à retirer de la liste des spécialités remboursables après réévaluation de leur SMR par la commission de la transparence, la proposition des dispositifs médicaux (DM) à usage individuel à admettre ou à retirer de la liste des DM admis au remboursement au titre de l’AMO, après leur évaluation et enfin la proposition du tarif de remboursement des dispositifs médicaux (DM) enregistrés.
Session Parallèle 7 : Financement de la santé dans le contexte des OMDs et ODDs

PS 07/1
Dépense de Santé au Nigeria: Évolution des OMD et leçons pour les ODDs
Saheed O. Olayiwola, Health Policy Research and Training Programme, Department of Economics, University of Ibadan, saheedolayiwola@yahoo.com,
Stephen O. Abiodun, Department of Economics, Tai Solarin College of Education, Ogun State, abiodunlalekan@gmail.com.

Contexte : Les pays en voie de développement, portent 93 % du fardeau de la maladie dans le monde, mais représentent 18 % du revenu mondial et 11 % des dépenses mondiales de santé, ils sont donc très loin de réaliser la Couverture-Maladie Universelle. Le Nigeria est parmi les pays africains qui ont échoué dans l’atteinte des OMD pour la santé en raison des effets de la crise du financement sur la santé. La structure du financement de la santé au Nigeria montre que les dépenses publiques de santé sont inférieures à celles du secteur privé. La proportion des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses globales de Santé, tourne toujours autour de 30%; les dépenses de santé des ménages représentaient 67 %, la part des agences donatrices et des partenaires financiers est respectivement de 4 % et 16 % tandis que l’assurance maladie contribue à environ 2.4 % de dépenses globale de santé. En 2001, d’après les accords d’Abuja, les pays africains se sont engagés à allouer 15% des dépenses gouvernementales pour améliorer leurs systèmes de santé. Sur la base des données disponibles sur les sources de financement de la santé.

Objectif: Cette étude entend analyser les tendances et le taux de croissance des moyens de financement de la santé au Nigeria et son niveau de respect des accords d’Abuja. Elle prévoit faire le point de la situation sur les progrès actuel du Nigeria en matière de dépenses, alors que le monde est sur le point de mettre fin aux engagements sur les OMD et d’entamer ceux des Objectifs Durable de Développement (ODD).

Méthodologie : l’étude utilise les taux de croissance et des pourcentages pour déterminer les contributions de chaque source de financement de la santé par rapport au financement global de 2002-2014. Le taux de croissance a été utilisé pour déterminer la croissance de chaque dépense pendant la treizième année.

Résultats: Les résultats montrent que le taux de croissance des paiements directs est le plus élevé pendant la période. Bien qu’elle fluctue au fil des années, la proportion des dépenses de santé gouvernementales est en deuxième position des contributions avec un taux de croissance qui décline tandis que la trajectoire de croissance du fonds d’assurance maladie croît.

Conclusions : Étant donné que les paiements directs et les dépenses d’assurance santé, considérés comme les sources de financement domestiques, présentent une trajectoire de croissance positive au fil des ans, le gouvernement devrait plus se concentrer sur l’augmentation du pouvoir d’achats des individus et établir une prime d’assurance abordable aux employés des secteurs formels et informels, ce qui constituerait un moyen de financement durable pour la réalisation des objectifs de santé des ODD. Cette option, pourrait être complétée, par les 15 % du budget annuel de santé du gouvernement. Dans ce cas, la norme acceptée par la communauté internationale de santé selon laquelle les dépenses
relatives à la CUS devraient être principalement publiques, ne serait pas actuellement applicable au Nigeria.
Analyse de l'espace Fiscale du secteur de la santé: Les résultats de l'Éthiopie

Ermias Dessie Buli, Ministère de la Santé Fédéral/OMS, Addis Abéba, Éthiopie
ermias.stat@gmail.com

Contexte:
Au cours des deux décades passées, l'Éthiopie a investi beaucoup de moyens dans le secteur de la santé. Cela a eu pour résultat des gains significatifs dans l'amélioration de l'état de santé des Éthiopiens et ce, grâce à une réforme fondamentale du système. L'une des questions clés à l'ordre du jour, c'est le financement de la santé pour une couverture universelle. Le gouvernement a, dans cette perspective, pris un certain nombre de mesures visant à améliorer le financement de la santé afin d'accroître à la fois, les flux des ressources du secteur de la santé, l'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources, et assurer la durabilité du financement pour améliorer la couverture globale et la qualité des services de santé.

Objectif:
L'objectif de ce document est d'examiner et d'analyser le concept et les diverses façons d'accroître l'espace budgétaire de la santé pour atteindre une couverture universelle en santé dans le contexte de l'Éthiopie.

Méthodes:
Les analyses macroéconomiques ont été menées à partir des données statistiques économiques et sociales de l'Éthiopie, des documents de politique du gouvernement et d'autres sources.

Résultats:
Au cours des deux dernières décennies, les dépenses et ressources de la santé ont considérablement augmenté sous deux angles : non seulement en termes absolus mais également par habitant. Toutefois, ces ressources ne sont pas assez suffisantes pour acheter une meilleure santé de tous les Éthiopiens. Toutefois, à partir des résultats obtenus, il est possible d'augmenter l'espace budgétaire de la santé en utilisant des stratégies telles que le gain d'efficacité, l'augmentation des ressources du gouvernement, une meilleure priorisation des dépenses et la mise en œuvre d'un système de financement novateur.

Les principaux résultats et principales conclusion: Bien que le secteur de la santé en Éthiopie est fortement dépendant des apports et aides extérieurs, il y a cependant deux principales stratégies pour minimiser le gap (des ressources) puis augmenter l'espace budgétaire de la santé en utilisant seulement le financement intérieur. Cette source permet de faire des gains d'efficacité. Des mécanismes innovants de financement sont nécessaires pour maintenir le niveau d'amélioration de l'état de santé et permettre d'atteindre une couverture universelle de la santé en Éthiopie.

Mots Clés: Éthiopie, espace budgétaire, financement des soins de santé, couverture maladie universelle, gains d'efficacité, financement innovant
Pour la mise en œuvre des Objectifs du développement durable (ODD), le financement du développement durable – y compris celui des politiques de santé – constitue un défi majeur pour la plupart des pays en développement (PED). Aussi, s’est-il dégagé, au sein de la communauté internationale, un consensus très fort sur l’importance capitale de la mobilisation des ressources intérieures, surtout celles à caractère fiscal, notamment dans un contexte de baisse tendancielle de l’aide publique au développement (ratios par rapport au PIB).

Paradoxalement, à travers les exonérations de droits et taxes sur les livraisons de médicaments, les acquisitions de matériels et les prestations médicales, les PED continuent de renoncer à des recettes fiscales importantes pour faciliter l’accès des populations aux soins de santé.

Comme la plupart des PED, le Sénégal fait face à un besoin crucial de financement de son développement. Après avoir réalisé des études sur les dépenses fiscales au titre des années 2008 à 2013, la rationalisation desdites dépenses est apparue comme une opportunité intéressante pour, d’une part, accroître le rendement fiscal global et, d’autre part, mieux lutter contre la pauvreté.

L’objectif de cet article est de mettre en évidence, d’une part, l’inefficacité du financement des politiques de santé par les dépenses fiscales, en raison du gaspillage des ressources induit par l’absence de ciblage des bénéficiaires de la subvention indirecte (la dépense fiscale) et, d’autre part, les insuffisances en termes d’incidence des prestations.

La méthode Data Envelopment Analysis (DEA) est utilisée pour calculer un score d’efficacité qui nous indiquera si une l’Etat dispose d’une marge d’amélioration ; - en fixant des valeurs-cibles, nous avons déterminé de combien les dépenses fiscales doivent être réduites et les outputs augmentés pour que la dépense soit efficiente ; - en identifiant le type de rendements d’échelle, nous avons également déterminé si l’Etat doit augmenter ou au contraire réduire sa taille pour minimiser son coût moyen de production de service de santé ; - en identifiant les pairs de référence, nous avons montré les organisations qui disposent des best practice à analyser.

Des simulations sont ensuite effectuées sur la base de quelques scénarios de rationalisation des dépenses fiscales. Ainsi, on a noté une nette amélioration de l’efficacité et de l’incidence du financement des politiques de santé, soit par l’adoption d’un meilleur ciblage des bénéficiaires des exonérations, soit par une pleine mobilisation des droits et taxes combinée à une meilleure gestion de la dépense publique.
PS 07/4

Financement de la santé en Afrique.

Dr Mark Blecher, Treasury, mark.blecher@treasury.gov.za
Ms. Luisa Hanna, Senior Health Policy and Research Advisor, Save the Children, UK, l.hanna@savethechildren.org.uk
Dr Sarah Barber, World Health Organisation, Country Representative, South Africa; barbers@who.int
Dr Laurent Musango; World Health Organisation, African Regional Office; musangol@who.int

Pendant que les pays d’Afrique progressent vers la Couverture Maladie Universelle, et dans le cadre des Objectifs de Développement Durable, une attention accrue est accordée à la façon dont ces pays peuvent accroître les ressources financières allouées à la santé. Cet article cherche à examiner dans quelle mesure les niveaux actuels et futurs de sources internes et externes de financement peuvent répondre aux besoins de santé en Afrique. Nous passons en revue les niveaux de financement de la santé dans une cinquantaine de pays d’Afrique en utilisant la base de données des comptes nationaux de l’Organisation Mondiale de la Santé. Les pays sont classés en fonction des niveaux de dépenses de santé de leur gouvernement et il y a une tentative d’utiliser des indicateurs quantitatifs pour étendre la problématique à trois domaines principaux: la force de l’économie nationale, l’effort budgétaire national et la relative priorisation de la santé dans le budget. Nous estimons que le financement de la santé est déficitaire et voulons montrer comment il pourrait être résorbé par la modification de ces trois paramètres essentiels. Nos résultats révèlent que la majorité des pays sont encore loin d’atteindre les objectifs de financement de la santé, y compris la cible Abuja sur le budget alloué à la santé et les minima des dépenses de santé par habitant établis par le comité d’experts (High Level Task Force - HLTF) pour une Innovation Internationale du Financement des Systèmes de Santé. Un important déficit de financement demeure même après la modélisation de l’augmentation du financement en pourcentage du PIB et tenant compte de la croissance économique, ce qui implique qu’il y a encore un apport continu de l’aide extérieure pour les pays les plus pauvres.

Principaux résultats :

1. L’analyse des sources et des niveaux de financement de la santé est une première étape vers la compréhension de la façon dont les pays d’Afrique peuvent mobiliser des ressources suffisantes pour la santé.
2. La majorité des pays sont encore loin d’atteindre les buts et objectifs de financement de la santé. Cela est dû à une combinaison de plusieurs facteurs: le poids de l’économie nationale, la faiblesse de l’effort budgétaire et la place de la santé dans les priorités budgétaires.
3. L’expérience de ceux qui ont réussi à augmenter les ressources nationales montre comment cela peut être réalisé.
4. Même si ces trois variables ont tendance à croître, la majorité des pays d’Afrique ont encore peu de chances d’atteindre les dépenses minimales par habitant pour financer l’ensemble des services de santé et d’améliorer ainsi l’état de santé des populations.
5. Bien que l’augmentation du financement public national doive être l’objectif absolu pour les pays d’Afrique, cette analyse suggère une continuité dans le financement extérieur pour le développement.

Mots clés: financement de la santé, Couverture Maladie Universelle, place de la santé dans le budget, mobilisation des ressources internes, comptabilité nationale de la santé, Afrique.
Cette étude examine le lien entre les dépenses de santé publique et la croissance économique au Burkina sur la période allant de 1980 à 2013. L'étude étant basée sur les données d'un petit échantillon de 34 observations, le retard modèle autoregressif distribué (ARDL) a été appliqué pour le test de cointégration. Le test de causalité Toda et Yamamoto (1995), a été utilisé pour déterminer le sens de la causalité entre les dépenses de santé publique et la croissance économique. Le test ARDL de cointégration de Pesaran et al. (2001) montrent que les dépenses de santé publique et de la croissance économique ont la même tendance dans le long terme. En outre, l'élasticité de la demande de santé basée sur le revenu est supérieur à l'unité.

Par conséquent, nos résultats confirment l'hypothèse de Wagner, ce qui implique que la santé est une marchandise de luxe au Burkina Faso. Du point de vue de la politique, le test de causalité Toda et Yamamoto révèle une causalité unilatérale allant de la croissance économique aux dépenses de santé publique au Burkina Faso.

Mots-clés: cointégration, causalité, les dépenses de santé publique, la croissance économique, au Burkina Faso.
**PS 07/6**

**Le coût des soins de santé gratuits à tous les Kenyans : Évaluer la faisabilité des mécanismes de financement contributifs et non-contributifs, de 2013 à 2030.**

Vincent Okungu*: Institute of Healthcare Management, Strathmore University, Nairobi, Kenya, vokungu@strathmore.edu
Jane Chuma: KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya
Di McIntyre: Health Economics Unit, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

**Contexte:**

La nécessité de fournir des services de santé de qualité et équitables et protéger les populations contre l'appauvrissement lié aux coûts des soins de santé a propulsé la Couverture Maladie Universelle au sommet des priorités de la politique mondiale de santé. Dans de nombreux pays en développement où la majorité de la population travaille dans le secteur informel, il y a des débats critiques sur la meilleure stratégie de financement pour progresser vers la couverture universelle. Au Kenya, le gouvernement a donné la priorité au financement contributif (assurance-maladie sociale) comme principal mécanisme de financement de la Couverture Maladie Universelle. Par contre, il n'y a encore aucune étude qui ait évalué la faisabilité de l'approche contributive au financement de la CMU ou un quelconque autre mécanisme de financement alternatif comportant l'approche non-contributive. Le but de cette étude était d'évaluer de façon critique la faisabilité des deux mécanismes, contributif et non-contributif, au financement de la CMU au Kenya dans le contexte de grandes populations évoluant dans le secteur informel.

**Méthodes:**

Nous avons utilisé le modèle SimIns Basic®, Version 2.1, 2008 (OMS / GTZ) pour évaluer la faisabilité financière de la CMU au Kenya et fournir des estimations des ressources financières pour les besoins de la CMU sur une période de 17 ans (2013-2030). Entre autres sources de données, la documentation nationale et internationale sur l'inflation, la démographie, la macro-économie, l'assurance maladie, les coûts unitaires des services de santé et les taux d'utilisation a été consultée. Les données ont été triangulées dans toutes les régions géographiques pour la précision et l'intégrité de la simulation. Les modèles SimIns ont été pris en compte sur 10 ans seulement et les données de la dernière année ont été utilisées pour faire une projection sur 7 ans. La période de 17 ans était nécessaire parce que le gouvernement du Kenya vise à atteindre la CMU d'ici 2030.

**Résultats et conclusions:**

Les résultats montrent que l'assurance-maladie sociale est constante au cours des cinq premières années de mise en œuvre et devient ensuite moins constante. La modélisation d'un scénario non-contributif, d'autre part, a montré une plus grande constance sur le court et le moyen terme à la fois. Les besoins en ressources financières pour l'accès universel aux soins de santé fourni par l'administration publique sont comparés aux besoins dans une approche contributive. Bien que les deux options de financement nécessitent des subventions gouvernementales considérables, étant donné l'ampleur du secteur informel au Kenya et les moyens financiers limités, un système financé par les revenus tirés des impôts serait moins coûteux et plus garanti à long terme, plutôt qu'une approche de régime d'assurance. Toutefois, il sera nécessaire d'innover les systèmes de financement et de donner une plus grande priorité au secteur de la santé dans les dépenses du gouvernement pour rendre le mécanisme de financement non-contributif plus fiable.

Mots clés: Couverture Maladie Universelle, secteur informel, contributif, non-contributif.
Session Parallèle 7 : Accès aux prestations pour le VIH/SIDA et intégration

PS 07/7
Analyse coût-efficacité de deux stratégies (options B et B+) de prévention de la transmission mère-enfant du virus d'immunodéficience humaine au Sénégal : cas du district sanitaire de Pikine
ADOMBI Ulrich-Anthelme, PATH - harrydomar@gmail.com


Déterminer l’option la plus coût-efficace pour la PTME au niveau d’un district sanitaire, l’unité opérationnelle de la politique de santé, est l’objectif de cette étude.

Le district sanitaire de Pikine est le lieu d’étude. Les femmes enceintes séropositives suivies en 2012 pour l’option B (traitement par trithérapie antirétrovirale [ARV] de la mère pendant la grossesse et l’allaitement) et 2013 pour l’option B+ (traitement par trithérapie ARV initié pendant la grossesse et ensuite pris à vie) ont constituées la population d’étude. Les principaux coûts pris en compte sont liés au conseil et dépistage, à la mesure du taux de CD4, à la fourniture des antirétroviraux, aux activités communautaires, à la planification familiale, à l’accouchement, au diagnostic précoce et à la gestion du programme.


Dans la mise en œuvre de la PTME, l’option B+ est certes coûteuse mais mérite d’être pérennisée afin d’éviter toutes nouvelles contaminations par voie verticale du VIH chez les enfants.

PS 07/8

L'économie politique de la décentralisation des services de traitement du VIH / SIDA dans les structures de santé primaires dans trois états du Nigéria.

Mbaku Chinyere, University of Nigeria Enugu campus - chinyere23ng@gmail.com

Afin de bien comprendre la décentralisation il est absolument nécessaire de savoir ce qui motive les gouvernements à renoncer au pouvoir et aux ressources au profit des collectivités locales, et les incidences d'une décentralisation sur leurs positions. Cette étude a examiné les influences politiques et institutionnelles majeures sur la capacité des acteurs à soutenir la décentralisation des services de traitement du VIH / SIDA vers les structures de santé primaires et les implications sur sa fiabilité.

Des entretiens approfondis ont été menés avec 55 acteurs majeurs volontairement sélectionnés, dans trois états nigérians qui étaient à différents stades de la décentralisation des services de traitement du VIH / SIDA vers les structures de soins primaires. Les acteurs majeurs représentaient différentes catégories agents impliqués dans le programme de lutte contre le VIH / SIDA. Une analyse thématique des données a été faite.

L'appui à la décentralisation des services de traitement du VIH / SIDA vers les établissements de soins de santé primaires était considérable entre les différentes catégories d'acteurs. Les facteurs politiques tels que les priorités locales et mondiales pour la santé, le régime politique et l'appartenance politique, et les facteurs institutionnels tels que la consolidation du pouvoir et l'amélioration des trajectoires de carrière ont influencé le soutien des acteurs pour la décentralisation des services de traitement du VIH / SIDA.

Il est possible et acceptable de décentraliser les services de traitement du VIH / SIDA vers les structures de santé primaires pour aider à améliorer la couverture. Cependant, le soutien des acteurs dépend en grande partie de la façon dont la réforme s'imbrique avec les structures politiques et les pratiques institutionnelles actuelles.

Mots-clés: Politique, Institutionnel, Influence, Acteurs, Soutien, Décentralisation.
Le marché des médicaments contre le paludisme de l'enfance dans le Sud du Mozambique.

Mr Sergio Alonso, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) and Manhiça Health Research Center (CISM), sergio.alonso@isglobal.org
(1) Mr. Sergio Alonso, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) and Manhiça Health Research Center (CISM), sergio.alonso@isglobal.org, Vila da Manhíca, Bairro Cambeve, Rua 12, Distrito da Manhíca, CP 1929, Maputo-Mozambique.
(2) Dr. Khatia Munguambe, Manhiça Health Research Center (CISM) and Eduardo Mondlane University, Khatia.Munguambe@manhica.net, Vila da Manhíca 8a, Bairro Cambeve, Rua 12, Distrito da Manhíça, CP 1929, Maputo-zambique.
(3) Dr. Elisa Sicuri, Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) and Imperial College, elisa.sicuri@isglobal.org, C/ Rossellà 132, 4a planta, CP 08036 Barcelona, Spain.

Le paludisme est l'une des principales causes de décès en Afrique sub-saharienne. Les « Artemisinin-Combination Therapies » (ACT) sont utilisées comme médicaments de première ligne pour le traitement, mais leur marché est loin d'être compétitif. De graves problèmes d'approvisionnement sont dus à la disponibilité limitée et la mauvaise qualité du produit, tandis que du côté de la demande, les défaillances du marché s'expliquent par un manque d'information et un faible accès au traitement.

Afin d'évaluer la demande d'ACT pour les enfants atteints de paludisme au Mozambique rural, une enquête a été réalisée au niveau des prestataires en 2012. Les données recueillies ont été fusionnées avec des données de suivi démographique et des systèmes mis en place dans la région pour la détection de cas passifs au niveau de l'hôpital. Une approche « Negative Binomial Regression » (NB) a été utilisée pour identifier les déterminants de la demande pour les ACT.

Les répondants ont manifesté une plus grande « Volonté De Payer » (VDP), au-delà des prévisions, mais ont démontré une plus faible « Capacité De Payer » (CDP), qui a été considérée comme la demande. Nos résultats ont montré que la CDP des ménages était de 0,94 $US en moyenne pour le traitement d'un épisode de paludisme simple. Il y a donc un écart moyen de 0,46 $US entre les prix standards internationaux des ACT et la demande locale, écart qui peut aller jusqu'à 1,04 $US si l'on considère le prix local appliqué par les privés. Les résultats ont montré que la CDP était négativement associée au nombre d'épisodes de paludisme que l'enfant avait connu au cours de la même saison, au niveau de vie et à la zone géographique. La VDP, l'âge et la profession du chef de ménage ont également été positivement corrélés à la CDP. Pour finir, cette étude a également révélé une répartition inégale des richesses entre les fournisseurs et les consommateurs sur le marché local.
Session Parallèle 7 : Ménages : soutien et perceptions

PS 07/10
Analyse exploratoire des facteurs de satisfaction des usagers des établissements de santé du Sénégal
Dr Aboubakry Abou, Université de Montreal & Université de CAD Dakar, abgollock@yahoo.fr

Objectif
Cette étude explore les principales dimensions de la satisfaction des usagers des établissements de santé du Sénégal.

Méthodes
Une première analyse factorielle exploratoire (AFE) a été réalisée pour l'ensemble des établissements de santé et tous les usagers. Puis un filtrage en fonction des types de structures (hôpitaux, centre et postes de santé, établissements privés) a été fait pour voir si les solutions factorielles étaient différentes selon des sous échantillons considérés.

Les données proviennent de l'enquête nationale réalisée en 2015. Le volet satisfaction porte sur un échantillon aléatoire et représentatif des établissements de santé publics et privés des 69 districts sanitaires et des 44 départements du Sénégal. 2122 usagers des services de santé dont 1177 hospitalisés et 945 consultations externes ont été interrogés.

Les principales dimensions de la satisfaction renseignées dans le questionnaire sont : le contact avec le personnel de santé, la perception de la qualité des relations avec les autres patients, la qualité des infrastructures, l'accessibilité de l'établissement, temps d'attente, paiements informels, la raison de la visite, le respect de l'intimité, l'écoute et l'information et permissions.

Les principales étapes utilisées pour l'AFE : vérification du respect si les conditions d'utilisation sont respectées (Bartlett's Test of Sphericity et le Kaiser-Meyer-Olkin of Sampling Adequacy), détermination du nombre de facteurs à extraire des AFE initiales (valeurs propres des facteurs, test d'Eboulis, variance cumulée pour l'ensemble des facteurs), fixation du nombre de facteurs à extraire et réalisation d'une nouvelle analyse factorielle.

Le logiciel SPSS 23 a été utilisé pour le traitement des données.

Résultats
La solution factorielle à trois facteurs qui a été retenue et est peu différente selon le niveau de filtrage des établissements de santé. Le premier facteur regroupe les items relatifs à la perception des usagers par rapports aux comportements des médecins à leurs égards (écoute, réactivité, confidentialité, disponibilité, qualité des soins). Le deuxième représente les items reliés à l'aménagement des locaux et à leur entretien et le troisième l'accueil de l'ensemble du personnel de santé (échange d'informations, écoute, attention, intérêt témoigné). La prise en charge de ces aspects nous semble importante pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des usagers. Des recherches complémentaires sont en cours pour trouver les raisons de l'absence des paiements notamment informels au point de services de santé et le temps d'attente dans les solutions factorielles.
La protection sociale des populations vulnérables est redevenue une priorité des États africains et des bailleurs de fonds internationaux. Au Sénégal, le PNBSF (intervention de type transfert monétaire conditionnel - TMC) est destiné aux ménages pauvres et vulnérables (femmes indigentes, personnes âgées, victimes d’handicap, ménages pauvres avec des enfants de 0-12 ans) est initié depuis 2013.

Ses objectifs sont : réduire la pauvreté extrême, améliorer la santé maternelle et infantile, l’éducation, favoriser l’autonomie des personnes vulnérables etc.

Il est financé par l’État et la Banque Mondiale et est piloté par la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN).

A son lancement, il devait couvrir 50 000 ménages sélectionnés selon des critères de ciblage nationaux. Il vise à enrôler au moins 250 000 ménages en 2017. Les bénéficiaires reçoivent des versements forfaits trimestriels d’environ 50 $ US et, en contrepartie, s’engagent à utiliser les services de santé et d’éducation proposés et auxquels eux-mêmes ou leurs familles ont droit, à participer aux programmes de nutrition, à déclarer les naissances et décès de leurs enfants aux registres d’état civil, à adhérer aux mutuelles de santé etc.

Malgré l’importance et l’ampleur du programme, il n’a fait l’objet que de peu recherches et d’évaluations indépendantes.

Objectif L’objectif de cette recherche exploratoire est de réaliser une analyse de l’implantation et une évaluation normative sommaire du PNBSF.

Méthode C’est une recherche mixte. Les données qualitatives sont tirées des entretiens individuels et focus groups auprès des bénéficiaires, les responsables du programme et les acteurs impliqués (ministères, PTF, secteur privé, société civile et organisations communautaires, informateurs clés). Les données quantitatives proviennent des bases de programme (enquêtes et collectes de routine), l’agence nationale de statistique et de démographie ou des bailleurs de fonds.

Ces données sont complétées par une revue documentaire.

Résultats Nos principaux résultats intermédiaires :

• Cartographie et analyse des programmes nationaux similaires de TMC en cours en Afrique;
• Présentation du cadre logique et analyse globale du programme,
• Présentation du tableau de bord de suivi de ses principaux indicateurs avec un focus sur ceux de santé;
• Comparaisons des résultats avec ses objectifs initiaux et certains standards;
• Recommandations pour améliorer son efficacité et efficience.

Conclusion

La complexité du programme nécessite d’avantage de ciblage dans les objectifs, des arbitrages dans le choix des interventions en vue d’améliorer la cohérence, l’utilisation des ressources, l’efficacité et l’efficacité du programme.
**PS 07/12**

**Les facteurs déterminants de la satisfaction des usagers des services de santé dans la Zone de Santé de Luiza en République Démocratique du Congo**

*Mr FLORENCE WILLIAM MPATA, CoP PBF, fmpata@msh.org*

-Dr Bob KITU, MSH-RDC, bkitu@msh.org

-Mr Gustave KABUTAKAPUA, gustaveka75@gmail.com

-Dr Delmond KYANZA, dkyanza@msh.org

-Prof Jean Kagubare, jkagubare@msh.org

**Contexte et objectif.**

Le Projet de Santé Intégré (PROSANI) financé par USAID a mis en œuvre le FBR en République Démocratique du Congo pour appuyer le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015). Pour améliorer la qualité des services de la Zone de Santé (ZS) de Luiza appuyée par PROSANI sous Financement Basé sur les Résultats (FBR), une étude a été menée pour déterminer le profil des utilisateurs de service et étudier les facteurs favorisants la satisfaction des clients par le projet en vue des réponses appropriées.

**Matériel et méthodes.**

Du 26 novembre et 05 décembre 2015, une enquête transversale représentative des usagers des services de santé a été organisée dans la ZS de Luiza. 292 utilisateurs des services au cours de la période de juillet à septembre 2015 ont répondu au questionnaire permettant de déterminer le profil des utilisateurs et d’obtenir les réponses à 12 questions sur leur satisfaction des services reçus. Le facteur coût de soins de santé souvent considéré par l’opinion comme décisif pour la satisfaction des utilisateurs a été notre hypothèse de travail. Le pouvoir prédicteur de ces facteurs sur la satisfaction des utilisateurs a été déterminé par la régression logistique multiple.

**Résultats.**

L’enquête sur terrain nous a révélé que l’âge médian des usagers était de 22 ans écarts interquartiles : 6-28 ans. Et parmi ces usagers 35,6 % étaient de sexe masculin et 65,4 % de sexe féminin.

Les Odds ratio (IC95%) de la satisfaction des usagers en fonction des prédicteurs qualitatifs montrent que la satisfaction des usagers a été plus influencée par l’accueil (p=0,001119), la disponibilité en médicaments (p=0,002207), la disponibilité du personnel soignant (p=0,000907), la sensibilisation des relais communautaires (p=0,000127). Le coût de soins de santé n’a pas influencé la satisfaction des usagers (p=0,574409).

**Conclusion.**

Il ressort de cette étude que la satisfaction des usagers est liée à la qualité d’accueil, la disponibilité en medicaments essentiels et génériques, la disponibilité du personnel soignant, la sensibilisation de la communauté par les relais communautaires.

En revanche, le coût des soins a eu une influence négative sur cette satisfaction pour la période concernée par notre étude. Ce qui va demander d’aider les prestataires à focaliser plus leur attention sur ces facteurs pour améliorer la qualité des services offerts à la population.
La maladie est un risque majeur pour les ménages dans les milieux pauvres. En outre, les accidents de santé peuvent avoir des conséquences économiques désastreuses pour les ménages. Cet article analyse la mesure dans laquelle les ménages au Burkina Faso rural sont exposés à ces accidents de santé et le mécanisme d’adaptation qu’ils développent, comparativement au traitement des maladies classiques et fréquentes.

L’analyse est basée sur une enquête auprès des ménages dans 30 villages de la communauté rurale de Ziniaré au Burkina Faso. Dans chacun des villages, un ménage sur deux a été choisi. Au total, 1500 ménages ont été interrogés par un entretien direct en 2013. Un questionnaire explorant l’utilisation des soins de santé, les stratégies d’adaptation aux accidents de santé et les problèmes de santé classiques a été mis au point.

L’analyse montre qu’au moins un ménage sur cinq a déjà eu à faire face à un événement majeur relatif à la santé d’un de ses membres (accident de la circulation, maladie grave ou décès). Un ménage sur deux comporte au moins une personne déficiente ou qui souffre d’une maladie chronique. De plus, au niveau individuel, 22,3% des membres du ménage ont été malades au cours des 28 derniers jours.

Une analyse plus approfondie montre cependant que les ménages ne sont pas uniformément touchés par les accidents de santé. Les ménages les plus démunis sont plus susceptibles de souffrir d’accidents de santé que les plus riches. De plus les ménages avec beaucoup de membres âgés sont plus à risque.

D’autre part, le comportement d’adaptation en cas d’accident de santé diffère suivant que le ménage est plus ou moins habitué à rencontrer des problèmes de santé. En l’absence de mécanisme d’assurance formelle, les ménages faisant face à un accident de santé ont tendance à compter principalement sur le soutien financier d’autres membres de la famille ou d’amis. Alors que pour les problèmes de santé fréquents, les ménages (58%) ont eu tendance à compter davantage sur leurs économies propres pour faire face aux dépenses. La perte moyenne de revenus ou d’actifs à la suite d’un tel événement a été estimée à 159 €, un montant équivalent au seuil de pauvreté nominal du Burkina Faso en 2009. Le coût mensuel moyen pour une maladie chronique a été estimé à 16 € qui représentent le tiers du salaire minimum au Burkina Faso.

En conclusion, certains ménages ont connu des accidents de santé et ont développé des stratégies d’adaptation pour y faire face. Lors de la conception des mécanismes d’assurance-maladie, les développeurs devraient prendre en considération les différentes caractéristiques des ménages et leur capacité à faire face aux accidents de santé.

Mots clés: accident de santé, adaptation, le Burkina Faso

Sources de financement : Cette recherche a reçu un financement du « Rotterdam Global Health Initiative – (RGHI) » du « German Development Institute - (DIE- GDI) » et de la « Bavarian Research Alliance ».
Dans son sens restreint, l’automédication se définit comme le simple fait de se soigner soi-même malgré la présence d’un mal qui justifie une prise en charge. Près de 51% de la population camerounaise y recourt.

L’objectif de cette étude était de déterminer les facteurs explicatifs de l’automédication au Cameroun. En particulier, il s’agit d’analyser les déterminants du recours à l’automédication et du choix du lieu d’obtention des médicaments pour l’automédication.


En ce qui concerne l’analyse des déterminants de l’automédication au Cameroun, un modèle logit binaire est utilisé. Cette partie a mis en évidence le lien qui existe entre les caractéristiques propres à l’individu, au ménage, les caractéristiques socioéconomiques et le recours à l’automédication. En ce qui concerne l’analyse du choix du lieu d’obtention des médicaments d’automédication (pharmacie, vendeur de rue, cueilleur de plantes, médicaments déjà disponibles à la maison), l’estimation économétrique a consisté à utiliser un modèle logit multinomial.

Les résultats obtenus de la première analyse montrent principalement que le prix, le nombre de malades dans le ménage, la gravité de la maladie augmentent la probabilité de recourir à l’automédication. Dans la deuxième analyse, il découle que le prix et l’indice de richesse ont un impact aussi bien positif que négatif selon le lieu d’obtention des médicaments. Au terme de notre étude, il apparaît que les raisons qui motivent au recours à l’automédication sont nombreuses et variées. Les politiques visant à contrôler ce phénomène méritent elles aussi d’être multidimensionnelles.

Mots clés : Automédication, Modèle logit binaire, Modèle logit multinomial, Cameroun
Session Parallèle 8 : Sessions Organisées

Session Organisée 15 : « Achats stratégiques » dans différents modèles de financement de la santé - quatre études de pays africains subsahariens

Dr. Ayako Honda, Health Economics Unit, University of Cape Town
Ms Ibe Ogochukwu, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, mypaskie@yahoo.co.uk, Enugu, Nigeria; Ms Jane Macha, Ifakara Health Institute, jinacha@ihi.or.tz, Plot 463, Kiko Avenue, Mikocheni, Dar es Salaam, Tanzania; Ms Enyi Etiaba, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria, eetiaba@gmail.com, Enugu, Nigeria; Dr Kenneth Munge, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, KMunge@kemri-wellcome.org, 197 Lenana Place Off Lenana Road, Nairobi, Kenya

CONTEXTE L'achat stratégique vise à améliorer la performance des systèmes de santé en reliant les décisions d'achat à la prestation des services de soins de santé à travers la définition des droits aux services et des relations entre acheteurs et prestataires. La session organisée se fonde sur les résultats d'une étude multi-pays qui a examiné de façon critique les fonctions d'achat de soins de santé dans dix pays à bas et à revenu intermédiaire. Plus précisément, la session se concentrera sur la façon dont les différents modèles de financement des soins de santé, à savoir l'intégration de contrats publics et les modèles de contrats privés, affectent l'apparition «d'achats stratégiques» en Afrique subsaharienne.

La session débute par une brève présentation du concept "d'achat stratégique" et la définition des modèles de financement de la santé qui s'opèrent dans l'étude multi-pays, qui se différencie par la nature des acheteurs et la façon dont les acheteurs et les prestataires interagissent. Cette présentation sera suivie par une autre dont les résultats sont issus de quatre études de cas. La première présentation se penche sur le système de santé Nigerian financé par l’impôt (un système de santé intégré public) et présente les résultats sur les questions inhérentes à la structure «intégrée» de l'acheteur et des prestataires au sein d'une seule organisation.

Ensuite, une présentation sur le système de santé public intégré tanzanien décrivant le mécanisme par lequel les autorités gouvernementales locales (AGL), qui sont les acheteurs au niveau décentralisé, fournissent des services de soins de santé primaires pour la population et comment un acheteur public décentralisé contribue en termes de services obtenus. Les autorités locales reçoivent des fonds provenant de plusieurs sources y compris les recettes fiscales, les ressources provenant des organismes de financement externes et du Fonds de santé communautaires (CHF).

La troisième présentation examine le programme d'assurance-santé du secteur social formel (FSSHIP) qui fonctionne sous le régime national d'assurance-maladie (NHIS) au Nigeria (un modèle de marché public). Sous le FSSHIP, le NHIS, un acheteur public, engage, le “Health Maintenance Organizations” (HMO), organisation privée à but lucratif pour gérer le contrat et acheter des services de soins de santé auprès des prestataires de soins de santé privés. La présentation explore comment les acheteurs «à deux vitesses» travaillent ensemble pour influencer les achats stratégiques dans le cadre du FSSHIP.

La dernière présentation se penche sur trois mécanismes volontaires et privés de financement des soins de santé qui opèrent au Kenya. Il s’agit du “Community-based Health Insurance (CBHI), “du Private (for-profit) Health Insurance (PHI)” et celui de “Micro Health Insurance (MHI)”. La présentation met en évidence les différences et les similitudes des trois mécanismes en termes de structure organisationnelle de l’acheteur, du prestataire et de la nature des acheteurs. Après les exposés, le président de la séance invitera le public à poser des questions sur les présentations et facilitera une discussion participative avec le public sur ce qui doit être pris en considération afin de réaliser des achats stratégiques dans les différents modèles de financement de la santé qui opèrent en Afrique.
**Présentation 1** Titre: un acheteur public peut-il envoyer des signaux aux prestataires publics pour améliorer la performance des systèmes de santé? Une étude de cas du système de santé public intégré nigérian

*Présentateur: Ibe Ogochukwu, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria*

**Introduction**
Dans le système de santé financé par l’impôt au Nigeria, le Ministère de la Santé achète des services de santé pour tous les citoyens qui souhaitent accéder à des services de santé publics. Les services fournis sont basés sur un ensemble de prestations définies qui couvrent la prévention, la promotion et les soins curatifs aux niveaux primaire et secondaire. Le Ministère de la santé gère les établissements sanitaires publics qui offrent les services. Dans le cadre des achats stratégiques, l’acheteur doit utiliser des leviers pour guider les prestataires à fournir de manière efficace des services de santé de qualité. Cette étude se penche sur les leviers utilisés par le Ministère de la santé en sa qualité d’acheteur dans le système de santé financé par l’impôt et s’interroge du fonctionnement des leviers dans la pratique.

**Méthodologie**
Une étude qualitative a été menée dans l'Etat d'Enugu en 2014. Des entretiens approfondis ont été utilisés pour obtenir des informations auprès des enquêtés et des prestataires du niveau primaire et secondaire choisis par le Ministère de la santé. Un total de 9 entretiens approfondis avec des acheteurs et 11 entretiens approfondis avec les prestataires ont été organisés. Une analyse impliquant la caractérisation des relations entre les acheteurs et les principaux prestataires a été faite en comparant les actions d'achat “ideal” à la pratique réelle.

**Résultats**
L'étude a révélé que le suivi de la performance des prestataires comme outil de levier est bien développé dans le cadre de cette politique. Mais, il existe des variations dans la mise en œuvre réelle. Le suivi est souvent conduit de manière ad hoc et incohérente, en partie en raison des ressources financières et humaines limitées dont dispose le Ministère de la santé. Le budget et les salaires, comme mécanisme de paiement des prestataires, ne sont pas liés à la performance et il n’y ni incitation, ni recompenses, ni sanctions qui sont prises en fonction de la performance enregistrée par les prestataires. En conséquence, le mécanisme de paiement ne transmet pas de signaux spécifiques pour l’efficacité et la qualité des services fournis. Les mécanismes de vérification et de responsabilisation sont faibles et aucune vérification rigoureuse des établissements de santé n’est faite. Les mécanismes pour prendre des décisions d’achat transparents pour les prestataires de santé sont également inexistants.

**Conclusions**
L’achat des services de santé au sein du système de santé fondé sur la fiscalité au Nigeria est passif et le Ministère de la santé n’utilise pas efficacement les outils existants pour motiver les prestataires de santé à mieux performer. Les différentes options de promotion des achats stratégiques, y compris l’amélioration des mécanismes de suivi et de reddition de comptes, qui sont susceptibles d’influencer positivement le comportement et la performance des prestataires de soins de santé pour produire de meilleurs résultats pour la santé doivent être pris en compte.

---

**Présentation 2** Titre: un acheteur public décentralisé peut-il faciliter l'achat de services de soins de santé primaires? Cas du système tanzanien de santé public intégré

*Présentateur: Jane Macha, Ifakara Health Institute*

**Contexte**
En Tanzanie, l'achat de services de santé primaires y compris les services hospitaliers de district du secteur public pour la population, entrepris par les autorités gouvernementales locales (AGL) est décentralisé. Les AGL reçoivent des fonds du gouvernement central, des partenaires au développement et des programmes complémentaires tels que le Fonds de santé communautaire (FSCF). Cette étude examine de
façon critique dont le système d’acquisition décentralisé facilite l’achat de services de soins de santé primaires et l’apparition d’achats stratégiques dans le système de santé public intégré.

**Méthodologie** Cette étude a appliqué une approche d’étude de cas avec les comités de santé ruraux et urbains sélectionnés pour une enquête approfondie. Des entretiens approfondis, des discussions de groupes et la revue documentaire ont été les principales sources de données. Une approche thématique a été utilisée pour analyser les données qualitatives.

**Résultats** Les AGL sont à la fois les acheteurs et les gestionnaires des services de santé dans le cadre du système décentralisé. Les AGL possèdent tous les établissements de santé primaires publics et sont responsables de leur fonctionnement en veillant à ce que les ressources humaines, les consommables et les équipements nécessaires soient disponibles pour la fourniture des services de santé dans tous les établissements publics. Alors que les AGL contrôlent toutes les finances provenant des prestataires publics, y compris celles des régimes complémentaires tels que le fonds de santé communautaire, la fonction d’achat global au sein des AGL est limitée, y compris l’achat de services cliniques au niveau des structures privées, parce que l’achat doit suivre un plafond budgétaire prédetermine prévu par le ministère des finances et des Affaires économiques. Le gouvernement utilise une formule basée sur la population pour orienter l’allocation des ressources publiques aux districts. Cependant, la formule ne tient pas compte des autres facteurs et le budget peut être en inadequation avec les besoins locaux.

En outre, la formule de répartition des ressources existantes ne conduit pas une allocation des ressources budgétaires des AGL aux prestataires et il est difficile de savoir si l’équité dans la répartition des ressources financières pour les prestataires de santé est une priorité. Les AGL ont connu des décaissements retardés des fonds du gouvernement central (MOFEA), affectant le flux d’approvisionnement des prestataires et cela affecte finalement la qualité des services de santé.

**Conclusion** Être à la fois gestionnaire des ressources financières et gestionnaire des prestataires de services de santé a limité la mesure dans laquelle les AGL gerent les achats stratégiques. La Potentielle amélioration des achats stratégiques au niveau décentralisé doit prendre cela en consideration.

---

**Présentation 3 Comment NHIS et HMO travaillent ensemble comme des acheteurs dans le FSSHIP? Une étude de cas du Nigeria**

*Présentateur: Enyi Etiaba, Health Policy Research Group, College of Medicine, University of Nigeria*

**Introduction** Au Nigeria, le Programme d’Assurance Maladie sociale du secteur formel (FSSHIP) a été créé en 2005 sous le Régime National d’Assurance-Maladie et vise à fournir une couverture d’assurance maladie pour les employés du secteur public et privé formel. Le Régime National d’Assurance Maladie achète les services de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires avec des fournisseurs de soins de santé publics et privés pour les membre de FSSHIP et contracte avec “Health Maintenance Organizations” (HMO) pour gérer les contrats et décaisser les fonds pour les prestataires privés de soins de santé.

Le FSSHIP permet une séparation de la fonction acheteur-prestataires, ce qui facilite en théorie les relations contractuelles entre les acheteurs et les prestataires pour la réalisation des «achats stratégiques». L’étude examine comment le Régime National d’Assurance-Maladie et le HMO travaillent ensemble pour influencer les achats stratégiques dans le cadre du FSSHIP.

**Méthodologie** L’étude a utilisé un modèle d’étude qualitative. La collecte des données s’est deroulée en 2014 au Nigeria dans l’Etat d’Enugu, au Nigeria. Les données ont été collectées à travers une revue documentaire, des entretiens approfondis et des focus de groupe avec des enquetés choisis à dessein.

**Conclusion** Les arrangements actuels entre le Régime National d’Assurance-Maladie et le Ministère de la santé ne favorisent pas l’achat stratégique. La réforme du Régime National d’Assurance-Maladie devrait envisager la meilleure façon de structurer les organisations d’achats et doit mettre en place des arrangements institutionnels qui permettent l’achat stratégique et influencer le comportement des prestataires afin d’améliorer la qualité des services.

---

**Présentation 4 Est-ce que le type d’acheteur importe? Analyse des trois mécanismes d’achats privés au Kenya**

*Presenter: Kenneth Munge, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme*

**Contexte** Environ 20% des Kenyans sont couverts par l’assurance maladie. La majorité est couverte par le Fonds national d’assurance maladie (NHIF), la micro-assurance santé (MHI), l’assurance santé communautaire (CBHI), et le reste par l’assurance maladie privée (PHI), et d’autres programmes axés sur les employeurs. La PHI et MHI travaillent sur une base à but lucratif. La PHI couvre les employés du secteur privé formel, tandis que la MHI offre des produits d’assurance de santé à la population à faible revenu. La CBHI opère principalement dans les zones rurales et parrainé souvent par les organisations non gouvernementales (ONG). Bien que l’assurance maladie ne couvre actuellement que d’une petite proportion de la population, le gouvernement kenyan estime que les différents types de mécanismes d’assurance peuvent permettre l’expansion de la protection financière des soins de santé et contribuer aux progress pour aller vers la couverture sanitaire universelle (UHC). L’étude porte sur l’achat des soins de santé par des mécanismes d’assurance maladie privés volontaires (PHI, MHI et CBHI) opérant au Kenya.

**Méthodes** Une approche d’étude de cas a été utilisée pour étudier les PHI, MHI et CBHI sélectionnés.

Les données ont été recueillies au moyen de revues documentaires, d’entretiens avec les bénéficiaires, les principaux acheteurs, des responsables du gouvernement, des autorités de réglementation, des prestataires de santé et des ONG.
Résultats Alors que les contrats sont utilisés comme base pour la relation prestataires-acheteurs, il y a une utilisation généralisée des contrats «relationnel» dans le strict respect des termes du contrat, ce qui entraîne rarement la survenue de cas de pénalités et de sanctions. Parmi les trois mécanismes privés, le MHI démontre une plus grande utilisation du pouvoir de négociation avec les acheteurs. Le MHI utilisent le nombre élevé de ses membres comme un levier pour négocier de meilleures conditions contractuelles. Les trois mécanismes utilisent la rémunération des services comme un mécanisme de paiement des prestataires, et n’utilisent pas d’autres leviers tels que la liste de médicaments essentiels, les lignes directrices des protocoles de traitement ou le suivi pour améliorer l’efficacité et assurer des soins de services de qualité. La conception des droits de prestations varie selon les trois mécanismes: le PHI se concentre sur le choix des consommateurs et la capacité à payer et offre une grande variété de produits d’assurance à base de risque individuel au coût élevé. Le MHI priorise la simplicité et l’accessibilité des options de prestations et offre une plus petite variété de coût modéré, des produits d’assurance basés sur la famille. Enfin, le CBHI travaille avec un nombre limité de prestataires de services et couvre les populations à faible revenu issues d’un milieu rural. Il offre une gamme limitée à faible coûts de prestations forfaitaires axées sur la famille. Il n’y a pas de lignes directrices claires ou un cadre réglementaire en ce qui concerne le fonctionnement des acheteurs privés.

Conclusion Les trois mécanismes affichent dans la conception et dans la mise en œuvre de la politique, des lacunes qui se traduisent par un écart par rapport à l’achat stratégique idéal. L’étude met en évidence la nécessité d’une gestion du gouvernement qui doit tenir compte des acheteurs privés dans la poursuite des objectifs de santé publique au Kenya.
Session Parallèle 8

Session Parallèle 8 : Services de santé communautaires : dimensions financières et politiques

PS 08/1

« Ils pensent souvent que nous sommes acquis à leur cause » : Points de vue sur les attitudes des Agents de Santé Communautaires et le pouvoir discriminatoire qui affectent la mise en œuvre de programmes de soins de santé primaire au Ghana.

Roger A. Atinga, Reuben K. Esena, Moses Aikins, Philip B. Adongo et Irene Akua Agyepong

aDepartment of Public Administration and Health Services Management, University of Ghana Business School
bDepartment of Health Policy Planning and Management, University of Ghana School of Public Health.
cDepartment of Social and Behavioural Sciences, University of Ghana School of Public Health.

abPresenter: Department of Public Administration and Health Services Management, University of Ghana Business School and Department of Health Policy Planning and Management, University of Ghana School of Public Health, ayimbillah@yahoo.com.

Contexte: Le Ghana est en train de mettre en place un programme de soins primaires communautaires basé sur la participation de la communauté, le bénévolat et l'utilisation des agents de santé communautaire (ASC) (infirmières et infirmiers réorientés et placés dans la communauté pour mener, entre autres, des consultations cliniques, des soins à domicile, des campagnes de sensibilisation et de promotion des soins préventifs). En principe, les ASC sont socialement garants des questions de santé auprès de la communauté et des responsables du district. Dans la pratique cependant, ils jouissent d'une autonomie relative en termes d'options et détiennent un pouvoir discrétionnaire considérable souvent exercé au profit ou au détriment de la mise en œuvre des programmes. En se basant sur la théorie de Likpsky sur « la bureaucratie de bas étage », nous cherchons à explorer et analyser le pourquoi et le comment de l'incidence des actions de ces ASC sur la mise en œuvre du programme.

Méthodes: Une étude qualitative a été menée dans quatre communautés du Nord - Ghana. Dans chacune des communautés, nous avons mené des entretiens approfondis avec des ASC (n = 10) et des discussions de groupe sur un échantillon choisi volontairement parmi les responsables de la communauté: les autorités traditionnelles, les membres des assemblées de district, les volontaires de santé communautaire et les patients. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits in extenso et exportés vers NVivo 10 pour analyse. Deux chercheurs ont codé les résultats séparément, mais en permettant l'emboitement des nouveaux codes émergents dans ceux qui existaient déjà. Dans la série définitive, les codes ont été alignés, organisés en une structure hiérarchique et restitués.

Résultats: Les résultats montrent que l'accès régulier aux services de santé a été entravé par l'absentéisme des ASC, les retards au travail et l'abus du pouvoir discrétionnaire pour déterminer quand et comment les soins doivent être administrés. En outre, les membres de la communauté ont partagé leur expérience sur les problèmes relationnels avec les ASC, le manque de courtoisie, le non-respect de questions culturelles et la faible motivation individuelle dans la mise en œuvre du programme. De telles attitudes ont compromis la participation communautaire de masse dans le programme. Certains participants se sont plaints de fréquentes erreurs de prescription qu'ils attribuaient à l'impossibilité de remettre en question le diagnostic et le traitement donné par les ASC. Les problèmes relationnels avec les ASC sont dus à la faiblesse des systèmes administratifs qui n’ont pas su assurer un suivi et une supervision efficace. En outre, la nature des services et les conditions de travail des ASC ont aussi participé à créer une telle situation.
Conclusion: Les résultats étendent l’utilité des théories de fond jusqu’à la mise en œuvre des programmes de santé communautaire. Ils suggèrent la nécessité pour les ASC de définir la voie à suivre et d’agir comme des acteurs du changement social dans leurs rapports avec les membres de la communauté de sorte à les amener à participer au programme.
PS 08/2

Le rôle des agents de santé volontaires pour la promotion et l’amélioration de soins de santé primaires accessibles et équitables dans les pays en voie de développement ou à revenu intermédiaire, et les stratégies pour mieux les soutenir : une étude systématique.

Dina Balabanova, Senior Lecturer, Health Systems/Policy, Department of Global Health & Development, LSH & TM, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, +44 (0)20 7927 2104
Tesfamichael Alaro, Bitiya Admasu, Kirstin Mitchell, Susannah Mayhew, Martin McKee, Mirkuzie Woldie

Objectif
Les programmes d’enrôlement d’Agents de Santé Communautaire (ASC) se sont considérablement démultipliés dans certains systèmes de santé dont les ressources sont insuffisantes (i.e. Népal, Indonésie, Brésil, Ethiopie, Ouganda), cherchant ainsi à fournir les soins de santé primaires. Dans certains cas, ces programmes ont été pris en charge par des volontaires communautaires (Community Health Volunteers - CHV), issus des communautés locales et n’ayant reçu qu’une formation de base. Cependant, leur rôle n’est pas toujours bien compris et la base de données PROSPERO ne contient aucune trace de leurs activités.

Focus / Contenu : Nous évaluons de façon critique et synthétisons les données concrètes sur les capacités des volontaires à soutenir l’accessibilité, l’efficacité et l’équitabilité des soins de santé primaires dans les pays les moins avancés. Les volontaires sont des travailleurs polyvalents basés dans leurs communautés et intervenant dans plusieurs les secteurs (santé, éducation, etc.). Ils ne sont pas officiellement rémunérés, ont une formation limitée et doivent mobiliser des ressources financières et humaines locales. Bien que ne faisant pas partie de structures gouvernementales, ils pourraient améliorer l’accès aux soins de santé. Nous nous posons les questions suivantes: 1. Quelles sont (a) les différents rôles joués par les volontaires, (b) les raisons pour lesquelles ces rôles leur ont été assignés et (c) les implications sur les soins de santé primaires dans les pays en voie de développement ou à revenu intermédiaire ? 2. Quels sont les obstacles et les conditions favorables à la pleine réalisation de leur potentiel?

Notre travail porte sur la période allant de 1978 (déclaration « Alma-Ata » qui définit le rôle des agents de santé volontaires) à 2016. Il prend en compte des études qualitatives et quantitatives sur les volontaires. Entre autres bases de données électroniques consultées : Medline, EMBASE, les archives de Cochrane et JBI, les sites internet d’agences gouvernementales et internationales, Global Health, WHOLIS, WorldCat, HMIC, etc., sans compter les archives telles que SCOPUS, les sites internet d’organismes internationaux et reference tracing. Des travaux pertinents ont été examinés séparément par deux membres de notre équipe, et le travail d’évaluation de la qualité, d’extraction des données et d’analyse a été réalisé par un groupe de quatre autres. Plus de 100 travaux ont été examinés. Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé le JBI-SUMARI 5.0, notamment JBI Narrative, les outils NOTARI adaptés aux rapports qualitatifs, y compris les rapports d’évaluation de projets, les documents officiels et les publications d’experts. Les conclusions montrent que les agents volontaires peuvent apporter une précieuse contribution et que des risques élevés de rétention sont possibles, mais pas inévitables. Cependant, les deux ont besoin d’une attention particulière pour la motivation, ce qui pourrait être obtenu grâce à l’acquisition de compétences et la conscience de faire une différence.


Public cible : Cette étude fournira aux chercheurs, aux décideurs et aux exécutants les informations sur les contributions des volontaires qui cherchent à contribuer de façon concrète et significative à l’accessibilité, l’efficacité et l’équitabilité des soins de santé primaires.
Les populations du Sud-Est du Nigéria sont-elles prêtes à payer pour adhérer à une mutuelle de santé gérée par une organisation confessionnelle? Incidences sur la Couverture Maladie Universelle.

Eric Obikeze, University of Nigeria, Enugu Campus; PATHS2/Abt Associates, Nigeria ericobikeze@mail.com
(1). Mr. Paul Angbazo, PATHS2/Abt Associates Nigeria
(2). Mr. Benson Obonyo, PATHS2/Abt Associates Nigeria
(3). Katherine Brouhard, Abt Associates, Bethesda, USA
(4) Bond Anyaehie, University of Nigeria, Enugu Campus

Introduction

Les pays du monde font chacun des avancées pour faire en sorte que des soins de santé de qualité et à moindre coût soient fournis à tous, sans distinction de statut économique. La tendance actuelle est à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Elle devrait assurer des soins de santé à tous à travers la protection des risques financiers. Dans le Sud-Est du Nigéria, quelques Mutuelles de Santé sont en train d’être implantées. Cependant, les mécanismes de paiement et les questions de confiance demeurent encore de grands obstacles au développement du phénomène mutualiste à travers le pays. Cette étude examine la volonté de payer pour l’adhésion à une mutuelle à travers les chefs religieux communautaires.

Méthodes


Résultats

La plupart des répondants dans Ikem, Eha-Alumona et Umuabi (99%, 98% et 93% respectivement) sont prêts à adhérer à une mutuelle de santé. Les répondants de toutes les trois communautés ont déclaré être prêts à participer au régime seulement si leurs chefs religieux font partie de la gestion (65%, 63% et 69% pour Umuabi, Ikem et Eha-Alumona respectivement). La VDP moyenne était de N262 (1,75 $), N196 (1,31 $) et N158 (1,05 $) dans Umuabi, Ikem et Eha-Alumona respectivement.

Conclusion

Cette étude a identifié la nécessité d’implanter des mutuelles dans les communautés à travers les organisations confessionnelles. Les répondants ont déclaré qu’ils seraient prêts à adhérer si leurs guides religieux faisaient partie de la gestion du régime.
PS 08/4

L’impact de l’engagement communautaire et de la motivation financière sur l'utilisation des soins de santé et la souscription à une assurance maladie au Ghana.

Stephen K. O. Duku, Noguchi Memorial Institute for Medical Research and Ghana Health Service
stephen.duku@ghsmail.org
(1) Dr. Edward, Nketiah-Amponsah, University of Ghana, Ghana, enamponsah@ug.edu.gh
(2) Dr. Wendy, Janssens, Free University of Amsterdam, Netherlands, w.janssens@vu.nl
(3) Prof. Menno Pradhan, Free University of Amsterdam, Netherlands, menno m.p.pradhan@vu.nl

Contexte:

Cet article évalue l'impact de l'engagement communautaire et de la motivation financière sur l'utilisation des soins de santé et la souscription à une assurance maladie au Ghana. Ces interventions ont été mises en œuvre pour encourager la participation individuelle et communautaire dans les processus de prestation de soins de santé et d’assurance-maladie dans le but d’améliorer l’appréciation portée par les patients sur la qualité des services et, d’améliorer l'utilisation des soins de santé et la souscription à l’assurance maladie.

Méthode:

Nous avons utilisé les données d'une étude expérimentale menée dans 64 communautés correspondant aux zones d’influence de 64 structures de santé répartis sur 16 districts et 2 régions du Ghana. Les interventions ont été mises en œuvre dans 32 communautés après une enquête préliminaire en 2012 et une enquête de suivi en 2014. Les 32 autres collectivités ont servi de laboratoires de contrôle. L’approche « différence des différences » par estimation régressive a été effectuée sur les données fournies par un panel de 5,451 individus lors des enquêtes préliminaires et de suivi pour mesurer l’impact sur l’utilisation des soins de santé, la souscription à une assurance maladie et l’appréciation des patients sur la qualité des soins et de la couverture.

Résultats:

Nous avons constaté que, à court terme (12 mois), l’engagement de la communauté dans son ensemble a entraîné une diminution insignifiante de l’utilisation des services de santé mais une augmentation importante (8,2%) des souscriptions à une l’assurance maladie. Par contre, l’engagement intensif en lui-même n’a eu que peu d’impact sur l’utilisation des services de santé mais aussi sur les souscriptions à une l’assurance maladie. L’engagement superficiel quant à lui, a entraîné une diminution insignifiante de l’utilisation des services de santé mais une augmentation un peu plus importante (8,6%) des souscriptions à une l’assurance maladie. La combinaison de l’engagement communautaire et de la motivation financière a entraîné une diminution significative de l’utilisation des services de santé et l’augmentation plus importante encore (9,1%) des souscriptions à une assurance maladie si l’on compare les communautés où l’intervention a été directement mise en place à celles qui ont servi de contrôle.

Conclusion:

Le document fournit un point de départ intéressant pour comprendre l’effet de l’engagement communautaire et de la motivation financière sur l’utilisation des soins de santé et la souscription à une assurance maladie et met en valeur leur potentiel en tant que stratégies pour améliorer de manière significative l’utilisation des services et les souscriptions sur le long terme, particulièrement dans les pays pauvres ou à revenu intermédiaires. Des études supplémentaires sont cependant nécessaires pour élargir la compréhension des mécanismes par lesquels l’impact des interventions sur l’utilisation des services de santé et la souscription à l’assurance maladie.
**Session Parallèle 8 : L’établissement des priorités et évaluation économique**

**PS 08/5**

**Établissement des priorités dans le secteur de la santé : Qui a besoin de telles compétences et pourquoi ? Un cadre pour les pays à faibles et moyens revenus.**

Ms. Laura Morris; NICE International, National Institute for Health and Care Excellence, 10 Spring Gardens, London SW1A 2BU; laura.morris@nice.org.uk

Names and Institutional Affiliations of Co-authors (Title, First Name, Surname, Institutional Affiliation, E-mail Address, Postal Address) –

(1) Prof. Anthony Culyer; Centre for Health Economics, University of York, Heslington, York YO10 5DD, UK; tony.culyer@york.ac.uk

(2) Dr. Ryan Li; NICE International, National Institute for Health and Care Excellence, 10 Spring Gardens, London SW1A 2BU; ryan.li@nice.org.uk

(3) Mr. Francis Ruiz; NICE International, National Institute for Health and Care Excellence, 10 Spring Gardens, London SW1A 2BU; francis.ruiz@nice.org.uk

(4) Dr. Kalipso Chalkidou; NICE International, National Institute for Health and Care Excellence, 10 Spring Gardens, London SW1A 2BU; kalipso.chalkidou@gmail.com

**Contexte :** L’établissement des priorités robustes dans la santé est de plus en plus demandé et suscite de nombreux défis. Parmi ceux-ci, nous pouvons énumérer le cas où les intérêts considérables sont menacés ; quand les ressources du pays sont gaspillées à défaut d’obtenir un impact élevé sur la santé de la population. Le document se concentre sur les différents types de capacité ou de compétences requises pour soutenir la prise de décision lors de la détermination des priorités de la santé, quand il faut et de la manière la plus efficace. Chacune de ces catégories ont, des caractéristiques différentes et requièrent des approches différentes pour établir des compétences capables de renforcer les capacités et soutenir la Couverture Universelle en Santé. Elles doivent impliquer les différentes couches de la population. Plusieurs types de “compétences” sont nécessaires et non la seule compétence qui consiste à “faire” des recherches. Les recommandations dans cette étude se basent sur des expériences et sur la littérature provenant de l’Afrique du Sud mais aussi d’un grand nombre de pays à faibles revenus ainsi que des institutions internationales, actives dans les initiatives de soutiens aux décisions internationales. Les auteurs ont pour objectif d’établir les éléments clés du renforcement des capacités, et pour finalement identifier les priorités dans le domaine de la recherche et la pratique.

**Recommandations :** Les chercheurs du secteur de la santé, considèrent souvent le développement des capacités des pays à faibles et moyens revenus (PFR), comme une acquisition de compétences individuelles en recherche - Les Programmes de troisième cycle en Économie de la Santé et en santé publique dispensées dans les grands instituts de formations en HICs par exemple - et pour mesurer le succès en termes de formation dispensées et des publications publiées. Toutefois, l’expérience internationale montre que les communautés de recherches locales ont le même niveau d’importances. Elles permettent aux utilisateurs des politiques d’analyser leurs décisions par rapport à leurs besoins de résultats puis d’articuler ces décisions sous forme de projets de recherches et de programmes qui doivent être mises en œuvre localement.

Nous avons identifié des compétences demandées par les “groupes cibles” (par exemple les décideurs politiques dans le pays, les gestionnaires des services de santé, le grand public ainsi de suite) et les recommandations des recherches menées basées sur ces groupes cibles. Étant donné que le focus était sur les différents acteurs ciblés, nous recommandons que l’outil de cartographie des groupes d’acteurs clés soit développé et utilise à travers les réseaux d’établissements des priorités. Le but final est de renforcer des capacités du plus grand environnement politiques. Dans un contexte particulier de contrainte des ressources où les compétences, à la fois, au niveau de la demande qu’au niveau de l’offre peuvent être rares, il est stratégique de se focaliser sur des agences ou groupes individuels qui ont des liens formels entre la recherche et les cercles de prises de décisions (Les unités techniques au sein des ministères de la santé, par exemple).
Recherche d'établissement de priorités pour le développement des systèmes de santé vers l'amélioration de la couverture de santé universelle en Ouganda : Perspectives et engagement des partenaires.

Dr Aloysius Ssennyonjo, Makerere University School of Public Health, ssennyonjo@musph.ac.ug, P.O Box 7072 Kampala.
Prof. Freddie Ssengooba, Makerere University School of Public Health, sengooba@musph.ac.ug, P.O Box 7072 Kampala.
Prof. Elizeus Rutebemberwa, Makerere University School of Public Health, ellie@musph.ac.ug, P.O Box 7072 Kampala.

Introduction: Il semble que tous les pays du monde soient disposés à faire des efforts délibérés vers la couverture maladie universelle (CMU) qui est définie comme une garantie d'accès à tout type de promotion, de prévention, de soin et de réhabilitation à moindre coût. Le Rapport mondial sur la santé datant de 2013 exhorte tous les pays à être à la fois consommateurs et producteurs de travaux de recherche visant à améliorer le développement des systèmes de santé vers la CMU. Cependant, la documentation sur l'établissement de priorités est quasi inexistante dans les pays en développement. Cet article se veut de partager l'expérience Ougandaise sur l'élaboration d'un programme national de recherche vers la CMU. L'objectif de cette étude était d'améliorer, pour les partenaires du système de santé, leurs connaissances et leur compréhension du programme de recherche vers la CMU, et de procéder à des exercices pratiques qui pourraient améliorer leur appréciation.

Méthodes:
Deux ateliers nationaux de consultation ont été organisés en mai et août 2015 pour développer un programme de recherche pour la CMU en Ouganda. Parmi les participants figuraient des responsables politiques au niveau supérieur et intermédiaire et les principaux partenaires dans le domaine de la santé ou d'autres secteurs concernés. Les séances étaient basées sur une méthodologie participative, progressive et à vote multiple. La perspective des partenaires a été abordée thématiquement selon les piliers des systèmes de santé.

Résultats: Sur le total des 80 décideurs invités, 57 (soit 71,3%) ont assisté aux réunions. Tous étaient d'accord pour dire que la recherche devrait mettre l'accent sur les problématiques liées au personnel de santé, à la gestion, au financement, aux prestations et à la santé communautaire. Les participants ont préconisé une étude sur les déterminants sociaux de la santé (SDH) et une utilisation conjointe des outils et des mécanismes pour une collaboration multi-sectorielle. Ils ont souligné la nécessité d'intensifier la recherche pour améliorer la résistance des systèmes de santé aux aléas extérieurs tels que les changements climatiques et les épidémies.

Discussion et conclusions: Les processus de recherche d’établissement de priorités sont essentiels pour l’amélioration des systèmes de santé et le renforcement de ces systèmes vers une meilleure CMU. Cette étude a exigé des partenaires une participation multidimensionnelle, pluridisciplinaire et à plusieurs échelons dans le but de saisir au mieux la diversité des points de vue. D’un point de vue pratique, il y a beaucoup plus de questions à poser que de réponses à apporter. Par conséquent, l’établissement de priorités pour la recherche est devenu essentiel et inévitable. Une attention particulière devrait être accordée aux principaux défis rencontrés par les pays en développement, à savoir l’identification des questions fondamentales sur la recherche et le renforcement des systèmes d’investigation. La recherche pour la CMU aura besoin de ressources humaines compétentes, bien expérimentées pour travailler dans des institutions bien équipées. En fin de compte, pour s’assurer que la recherche pourra fournir des résultats capables d’améliorer la santé, il sera nécessaire de créer des mécanismes pour traduire les résultats en actions concrètes.

Mots clés: Recherche, établissement de priorités, renforcement du système de santé, flexibilité du système de santé, vote-multiple, Couverture Maladie Universelle.

Rebecca Addo, University of Technology Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation Rebecca.Addo@chere.uts.edu.au
(1) Prof Jane Hall, University of Technology Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation, Jane.Hall@chere.uts.edu.au, Level 2 Building 5 Block D 1-59 Quay St, Sydney Australia
(2) Prof Marion Haas, University of Technology Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation, Marion.Haas@chere.uts.edu.au, Level 2 Building 5 Block D 1-59 Quay St, Sydney Australia
(3) Associate/Prof Stephen Goodall, University of Technology Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation, Stephen.Goodall@chere.uts.edu.au, Level 2 Building 5 Block D 1-59 Quay St, Sydney Australia

Contexte Le déséquilibre entre la demande et l’offre de soins de santé nécessite une hiérarchisation des interventions sanitaires et par conséquent le rationnement des ressources allouées à la santé de la part des décideurs. L’évaluation économique est un outil basé sur des données probantes qui assurent une certaine légitimité et considéré comme pertinent et approprié. Dès lors que le Ghana est encore en train de chercher un moyen plus efficace dans le processus de prise de décisions en matière de santé, il est nécessaire d’évaluer la quantité et la qualité des données de l’évaluation économique à prendre en compte.

Méthode Une étude approfondie a été menée à travers Embase, Ovid Medline, Old Ovid Medline, Ovid en cours et autres références non indexées dont Pubmed, pour répertorier toutes les évaluations économiques publiées sur le Ghana de 1946 à Octobre 2015. De plus, il a été mis sur pied un système de capture de tous travaux d’évaluation économique écrits et publiés depuis la date de début de l’étude jusqu’à la date d’analyse des données. Les travaux examinés étaient des articles complets sur Ghana mais aussi sur d’autres pays qui correspondaient aux critères de participation à l’étude. L’appréciation des travaux examinés a été faite à l’aide des listes de contrôle de la « Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards » (CHEERS) et de la « Quality of Health Economics Study » (QHES).


Le score moyen sur la qualité de tous les travaux était de 84% (score QHES) et 80% (CHEERS). La nationalité de l’auteur était étroitement liée à la qualité de l’étude et avait des implications statistiques significatives. En dépit de leur qualité, certaines limites on été observées quant à la garantie d’une certaine hétérogénéité (100%) et l’analyse de sous-groupes (100%). En outre 81% des travaux n’ont pas réussi à décrire la façon dont leurs critères ont été mesurés et évalués alors que seulement 25% exposaient la structure de la matrice utilisée pour l’évaluation.

Conclusion Le nombre de travaux d’évaluation économique menés dans le pays est assez bas mais de bonne qualité. Il est nécessaire de développer des capacités locales pour entreprendre de telles études si le Ghana a l’intention de considérer et d’utiliser efficacement leurs conclusions dans le processus de prise de décision en matière de santé.
Session Parallèle 8 : Financements innovants de la santé

PS 08/8
Options de Financements innovants pour le Mozambique

Eva Pascoal, WHO/Country Office, pascoale@who.int

Tout comme la plupart des pays du monde, le Mozambique a entrepris d’atteindre une Couverture Maladie Universelle (CMU), à savoir faire en sorte que l’ensemble de la population aie accès à des soins de qualité sans avoir à en subir les contrecoups financiers. Cet objectif exige un engagement politique considérable ainsi que des ressources financières.

Le secteur de la santé au Mozambique est l’un des secteurs prioritaires de la politique gouvernementale. Néanmoins, la réalisation des objectifs sera difficile, compte tenu des nombreuses contraintes financières et institutionnelles. Ces contraintes sont mises en évidence par les difficultés rencontrées dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé. Le Plan Stratégique du Secteur de la Santé (Plano Estrategico do Sector da Saude - PESS) de 2014-2019 évalue les besoins financiers à environ 7,8 milliards de dollars; et le déficit est d’environ 2,8 milliards de dollars. À ce jour, près des deux tiers du budget la santé sont financés par des sources internes (impôts, taxes et crédit intérieur) et un tiers proviennent de sources externes (entre les programmes communs budgétés et des projets spécifiques hors budget). Les principales sources de financement des soins de santé sont le gouvernement, les ménages, les régimes d’assurance maladie obligatoire (assurance fournie par l'employeur) et le soutien de bailleurs de fonds et autres ONG.

Ce rapport voudrait d’abord décrire la situation du financement de la santé au Mozambique (Section 1) et évaluer ensuite le déficit budgétaire pour atteindre la CMU (Section 2). Bien qu’il existe de nombreuses démarches pour combler ce déficit (emprunts supplémentaires, économies dans les dépenses, accroissement de l’aide des donateurs, augmentation des allocations du gouvernement pour la santé et innovation des mécanismes de financement), le présent rapport ne traite que des nouveaux mécanismes.

Quatre mécanismes ont été sélectionnés pour une analyse approfondie. Le processus de sélection, ainsi que la méthodologie utilisée pour l’analyse sont décrits dans la section 3. Cette section présente aussi une revue de la documentation pour chaque mécanisme au niveau national et international. Elle présente encore les résultats des entretiens semi-structurés menés auprès des principaux intervenants et une évaluation du potentiel de collecte de fonds pour chaque mécanisme.

La Section 4 présente quelques remarques et recommandations finales. Elle retient qu’au Mozambique, le budget de la santé provient principalement du gouvernement, des patients qui paient de leur poche, des assurances contractées par les employeurs, de coopératives ou autres, des bailleurs de fonds et d’ONG. Pour la plupart des travailleurs dûment embauchés, l’assurance maladie contractée par l’employeur est une importante source de financement et de collecte de fonds. Pour les pauvres et ceux qui travaillent dans le secteur informel, le recours aux fonds propres et à l’emprunt sont largement répandus.

Après étude et analyse de la faisabilité d’un certain nombre de nouveaux mécanismes de financement à l’intérieur et à l’extérieur du secteur de la santé, l’étude a conclu qu’une nouvelle taxe sur les véhicules, une nouvelle taxe sur le tourisme, un nouveau prélèvement sur la consommation d’alcool et le gel d’une partie des recettes fiscales des industries extractives (charbon et gaz) faisaient partie des dispositions parfaitement réalisables.

• Taxe sur le tourisme: Sur la base de l’analyse des recettes du secteur (suivant l’offre et la demande), des retombées possibles (chiffre d’affaires), de la facilité et de l’efficacité dans la réalisation de bénéfices, l’étude a conclu qu’un prélèvement ad valorem (et non pas une taxe uniforme) serait l’option la plus réaliste. Il s’avère qu’une taxe inférieure à 5% n’influerait en
rien sur la demande. Par conséquent, il est estimé qu’une nouvelle taxe d’environ 1% au-dessus du coût des nuitées permettrait de recueillir un minimum de 3 millions de dollars par année, en supposant que les revenus du tourisme ne tomberont pas en dessous du seuil de 300 millions. Des considérations politiques augurent d’une possible concurrence entre certains intervenants, ce qui nécessiterait un arbitrage du gouvernement quant à savoir qui obtient quoi et combien.

• Taxe sur l’alcool: La combinaison du régime fiscal actuel applicable aux boissons alcoolisées, de la structure du marché (monopole pour la bière et exclusivité pour le vin et les liqueurs) et du caractère informel de l’environnement des affaires (fraude fiscale, contrebande et production de boissons traditionnelles) implique que tout nouvel impôt ou prélèvement sur les boissons alcoolisées sera principalement supporté par les acteurs du secteur formel. Avec cet aspect en toile de fond, notre étude a conclu qu’une approche possible serait d’appliquer une taxe unitaire sur la base du volume d’alcool pour chaque type de boisson alcoolisée. Dans ce contexte, nous recommandons qu’un prélèvement de l’ordre de 1 à 5 Metal Mozambicain (MZN) sur le prix de détail puisse constituer un taux de référence. Une taxe sur l’alcool permettrait de recueillir près de 4,3 millions de dollars par année.

• Gel d’une partie des revenus de l’industrie extractive: Malgré les avantages fiscaux énormes accordés au secteur extractif, il y a encore une grande marge pour l’augmentation les montants perçus et la répartition des recettes fiscales, d’autant plus que les rentrées fiscales provenant de ce secteur ne cessent de croître depuis 2010. Sur cette base, notre étude recommande un taux minimum légal de 10%, qui générerait un minimum de 20 millions de dollars par année, montant qui pourrait être allouée à la santé. Des considérations politiques indiquent que, étant donné qu’aucune nouvelle taxe n’est introduite, que le secteur bénéficie d’avantages fiscaux considérables et que la production de ces industries est en grande partie destinée aux marchés étrangers, le taux de 10% ne semble pas être exagéré.

• Taxe sur les voitures: Même si les statistiques sur le stock et les flux de véhicules motorisés au Mozambique sont difficiles à obtenir, le constat est que les deux sont à la hausse. Cette tendance indique qu’il y a possibilité d’augmenter les taxes sur les voitures ou d’introduire de nouvelles formes de taxation. Les impôts payés varient suivant la catégorie (légers, lourds, motos et tracteurs) et le type de véhicule (carburant utilisé et capacité du moteur). Une analyse alternative de notre étude a dressé une liste des taxes possibles telles que les taxes sur les embouteillages (à payer dans les grandes villes ou communes) et les taxes sur les émissions de carbone (à payer par les propriétaires de voitures d’un certain âge), mais les conditions structurelles, à savoir l’absence d’un réseau efficace de transport public intra et inter urbain, et les possibilités limitées d’achat de voitures de marque, rendent ces options inefficaces. Par conséquent, l’étude suggère que dans les conditions structurelles actuelles du Mozambique, la disposition la plus réaliste serait d’augmenter de 10% les taxes sur les véhicules existants et d’allouer 10% de cette somme à la santé. Cela représenterait un montant de près de 202.000 dollars par an. Par contre, des considérations politiques permettent d’augurer d’un conflit potentiel entre d’une part les municipalités (qui collecteront les taxes et sont confrontés à des problèmes financiers, sachant qu’elles ont mandat et autonomie pour imposer et prélever des taxes dans leurs juridictions) et d’autre part le Ministère de la Santé, qui devrait bénéficier des recettes de la taxe sur les véhicules, dès lors que les voitures ont des effets néfastes sur la santé.

D’un point de vue technique, le principe de non-hypothèque sur les finances publiques au Mozambique pourrait être un défi à surmonter par un lobbying politique ou des projets de loi.
Pourquoi le financement basé sur les résultats au Tchad s'est-il arrêté après la phase pilote ?

Joël Arthur Kiendrébéogo, Abdramane Berthé, Mahamat Béchir, Lamoudi Yonli
1, 2 Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
3, 4 Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), N’Djamena, Tchad

Introduction


Matériel et méthodes

L’étude a pris la forme d’une étude de cas descriptive et analytique, avec collecte de données de nature qualitative. La collecte des données s’est effectuée à partir d’une revue documentaire et auprès de 32 informateurs-clés. Des cadres théoriques d’analyse des politiques de santé ont été utilisés : le triangle de Walt et Gilson et le modèle de mise à l’agenda de Kingdon. Leur exploitation a permis d’explicité le contexte politique, sanitaire et social de l’implantation du projet, les arrangements institutionnels en place ainsi que le rôle joué par des acteurs du système de santé.

Résultats

La pertinence du FBR comme stratégie pouvant contribuer à résoudre les problèmes structurels et conjoncturels du système de santé tchadien ne semble pas être remise en cause par les acteurs. Pourtant, malgré l’existence de nombreuses fenêtres d’opportunité politique, le FBR n’a pas pu passer de l’agenda gouvernemental (‘governmental agenda’) à l’agenda décisionnel (‘decision agenda’) à l’issue de sa phase pilote. Les raisons d’une telle situation semblent être le fait que les aspects techniques de la mise en œuvre du projet ont vraisemblablement pris le pas sur les aspects politiques. En effet, il a manqué un "entrepreneur politique" pour réellement le porter avec un manque d’appropriation nationale.

Conclusion

Notre étude rappelle, au-delà du Tchad, la pertinence de mener des analyses d’économie politique approfondies et contextuelles avant l’introduction, dans le système de santé, d’interventions complexes voire réformatrices comme le FBR.
PS 08/10

Utilisation du Financement Basé sur les Résultats pour améliorer les prestations de soins de santé : Expériences du Sénégal.

Dr Sophie Faye, sophie_faye@abtassoc.com
Marianne El-Khoury, Marianne_Elkhoury@abtassoc.com
Hélène Benga, hbenga@yahoo.fr,
Fatou Cissé, fallfatou@yahoo.fr
Amadou Hassane Sylla, hassanesylla@gmail.com
Souleymane Diouf, diouf.salamon@gmail.com
1-Abt Associates Inc, Bethesda , MD USA
2-Centre de Recherche pour le Développement Humain CRDH Dakar, Sénégal

En 2012, le Gouvernement du Sénégal a piloté des projets de Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans 108 structures de santé dans deux régions, cherchant ainsi à motiver les agents de santé, accroître l'utilisation des services de qualité, et enfin contribuer à obtenir de meilleurs résultats de santé. Les structures ont été récompensées pour la réalisation d'un ensemble d'objectifs de prévention des maladies maternelles, néo-natales et infantiles, conformément aux priorités du pays. La qualité des soins a été prise en compte pour déterminer les paiements incitatifs.

Cette étude est une évaluation du processus FBR pour la période 2012-2013. Ses objectifs sont d'évaluer le rendement de la structure par rapport aux objectifs du FBR, d'exposer la façon dont les structures ont répondu aux exigences du FBR et d'élucider les facteurs favorables et les défis rencontrés afin d'orienter les efforts de mise en œuvre progressive. En utilisant une approche de méthodes mixtes, l'évaluation combine l'analyse quantitative des données de suivi du programme avec 56 entretiens semi-structurés avec des structures sanitaires et les principaux partenaires.

Les résultats montrent une amélioration progressive de la qualité globale du service et des progrès importants par rapport à certains indicateurs, surtout en ce qui concerne la santé des enfants. Les indicateurs de santé maternelle et de santé de la reproduction n'ont pas connu le même succès. Les structures ont répondu au régime incitatif du FBR en améliorant leurs conditions de travail, y compris l'hygiène, les infrastructures et équipements, l'implication accrue des agents de santé communautaire dans la prestation de services, l'amélioration de la gestion financière, des médicaments et du matériel. Bien que l'expérience ait été généralement bien accueillie, l'étude a révélé d'importants obstacles structurels qui menacent sa crédibilité. Entre autres, les retards dans la vérification des données et dans les paiements, la formation insuffisante sur les formulaires et procédures du FBR, le manque de communication entre les différents acteurs et l'absence de mesures visant à soutenir les structures sanitaires pour faire face à l'augmentation du volume de services.

Les programmes FBR se développent partout dans le monde, mais la preuve formelle de leur succès (ou échec) sur la façon dont ils modifient les comportements n'est pas encore clairement établie. Cette évaluation comporte des enseignements importants qui devraient inspirer l'intensification du programme au Sénégal, mais aussi contribuer à une meilleure conception et une meilleure implantation du FBR partout ailleurs.
Comme un phénomène de mode, le développement des instruments dits de marché s’est accentué dans les politiques publiques avec pour crédo « réformer pour plus d’efficacité et d’efficience ». En effet, les instruments de marché tels que la gestion axée sur les résultats, le management par objectifs ou le financement basé sur la performance s’imposent aujourd’hui dans les pays en développement en général, et au Cameroun en particulier comme leviers incontournables dans la réforme des politiques publiques de santé en l’occurrence. Des années 1990 aux années 2000, les acteurs public de la santé au Sud font face, à certains égards comme jadis leurs homologues du Nord, à la pression et aux contraintes imposées par les innovations sans cesse croissante de la nouvelle gestion publique qui irrigue désormais toute idée de réforme des politiques publiques. Ils doivent constamment se mettre à jour, se former, apprendre un nouveau langage managérial, se muer en prestataires ou offreurs de services de santé face à des demandeurs ou consommateurs de soins de plus en plus nombreux. Par-dessus tout, ils doivent se montrer performants, efficaces et efficients s’ils veulent avoir plus de ressources ainsi qu’une meilleure rémunération. Cette montée en puissance de la nouvelle gestion publique consistant en l’introduction des méthodes de gestion du secteur privé dans le secteur public traduit de façon explicite la logique de marché qui aujourd’hui s’impose au secteur public, pour dit-on, le moderniser, le rendre plus efficace, efficient et améliorer sa performance.

Conséquence de l'introduction de deux systèmes conflictuels de paiement basé sur les résultats dans les hôpitaux publics en Macédoine.

Vladimir, Lazarevik, Healthgrouper, vlazarevik@healthgrouper.com, 50 Divizija No 26-3/3, 1000 Skopje.
Blasko Kasapinov, Healthgrouper, bkas@healthgrouper.com, 50 Divizija No 26-3/3, 1000 Skopje.

Contexte
Le processus des réformes de financement basé sur les résultats comme introduit en Macédoine était directement lié aux changements politiques dans le pays. Notre recherche a été menée dans le but de décrire en détail toutes les étapes de l'évolution des deux systèmes, contradictoires, de financement basé sur les résultats (« Diagnostic Related Groups » et « Pay For Performance ») introduits en Macédoine entre 2006 et 2014.

Objet d'étude
Décrire la nature et les processus qui ont accompagné la mise en œuvre du DRG et du P4P comme systèmes de financement basé sur les résultats dans les hôpitaux publics macédoniens.

Méthodes
Nous avons mené une série d'entretiens avec des responsables et des agents du ministère de la santé, du Fond d'Assurance-Maladie, des structures universitaires étatiques, des associations médicales et des directions d'hôpitaux. Les données fournies par les sources officielles ou non encore publiées ont été compilées et analysées.

Results
L'implantation du DRG au niveau national a été possible grâce à la combinaison complexe de quatre facteurs : le procédé politique, le contexte, les acteurs de la réforme et le contenu. L'expérience internationale, combinée à un fort soutien politique étaient des conditions essentielles à la maîtrise et à l'appropriation de la réforme nationale.
Il n'existait aucun modèle ni de consensus sur le régime P4P. Cela a donné lieu à des conflits entre les membres des groupes de travail. Il y avait très peu ou pas du tout d'expertise internationale et selon les personnes interrogées, seuls quelques individus du ministère de la santé ont pu s'approprier le système.

Conclusions
Les résultats de notre recherche montrent que l'utilisation de l'expertise internationale combinée à une gestion locale rigoureuse et une appropriation des nouvelles réformes peuvent aboutir à une mise en œuvre réussie de l'innovation dans la politique nationale pour les pays en développement.

Implications dans les politiques de santé
La tentative de mise en œuvre de la réforme P4P révèle que la fragmentation de son contenu et le manque d'appropriation locale dans le transfert de compétence ont occasionné un certain rejet et une réticence à l'implantation de la réforme.
La régulation des médicaments au Maghreb : quels outils et quels effets ?

Amine AISSAOUI, université Paris dauphine, PSL, aissaoui.amine09@gmail.com

Introduction

Au cours de ces dernières décennies, les pays du Maghreb ont tous entrepris des réformes pharmaceutiques visant notamment l’encouragement de la production locale ainsi que la promotion de la prescription du médicament générique. En matière d’accès à la prise en charge, ces réformes ont eu pour objectif d’assurer un accès équitable aux produits pharmaceutiques tout en tenant compte des ressources des pays et des besoins de la population locale.

L’objectif

Nous étudierons proposera un panorama des cadres légaux et réglementaires du système de fixation des prix et des modalités de la prise en charge des nouveaux produits pharmaceutiques dans les pays du Maghreb. L’objectif étant d’identifier les outils formels mis en place pour prendre des décisions de santé et ensuite de voir les effets en termes d’enregistrement et de financement des produits.

Méthodes

Il s’agit de réaliser une étude comparative des textes législatifs et réglementaires et se référer à la littérature existante relative aux modalités de fixations des prix et de prise en charge des produits pharmaceutiques dans les pays du Maghreb : le Maroc, l’Algérie et la Tunisie. Puis, à partir de la base de données de la Haute autorité de santé (HAS) française, nous avons identifié un échantillon de médicaments sur la période de Janvier 2012 Décembre 2014 mis sur le marché français que nous utilisons comme point de référence afin de comparer la disponibilité de ces produits dans les trois pays du Maghreb.

Résultats

Dans les trois pays du Maghreb on a observé la mise en place d’instruments similaires tel que le système de prix de référence remboursable dans les décisions de remboursement ou encore le système de prix référence internationale dans la fixation de prix des médicaments.

Sur les 182 médicaments pris en charge en France, on a relevé que 45,6% (83/182) en Tunisie sont pris en charge suivi par 37,36% (68/182) pour l’Algérie et 30.21% (55/182) pour le Maroc. Par ailleurs, en matière de décision de prise en charge, plus de 75% des décisions sont communes, 50% des décisions similaires sont des décisions de refus de prise en charge, près de 25 % des décisions sont positives. Enfin, les décisions d’accès à la prise en charge concernent les médicaments de mêmes aires thérapeutiques tel que la cardiologie, les maladies métaboliques ou encore le cancer. Il y une convergence dont il faudra analyser plus à la signification et les implications.
Validation des données dans l’élaboration des politiques: Cas des frais usagers des soins de santé dans les structures publiques de santé en Ouganda

Dr Juliet Nabyonga-Orem, WHO, nabyongaj@who.int
Freddie Ssengooba; Senior Lecturer-Makerere University School of Public Health;
(sengooba@musph.ac.ug)
Rhona Mijumbi; Researcher- Makerere University College of Health Sciences;
(rmjumbi@chs.mak.ac.ug)
Christine Kirunga Tashobya; Honorary Lecturer- Makerere University School of Public Health;
(tashobyack@yahoo.co.uk)
Bruno Marchal; Senior Lecturer - Institute of Tropical Medicine Antwerp; Belgium
(BMarchal@itg.be)
Bart Criel; Senior Lecturer - Institute of Tropical Medicine Antwerp; Belgium (Bcriel@itg.be)

Contexte: Plusieurs pays d’Afrique subsaharienne ont supprimé la tarification des soins de santé, mais les données sur lesquelles cette décision politique a été prise, nécessitent des recherches approfondies. Nous avons analysé les obstacles et les facteurs permettant la validation des données dans le de suppression des tarifs en Ouganda et comment le contexte et les acteurs impliqués ont-ils favorisé la validation de ces données. Cette étude se fonde sur des travaux antérieurs en Ouganda qui ont conduit à l’élaboration d’une Théorie de Moyenne Portée (TMP) qui décrie les principaux facteurs facilitant le transfert de connaissance (TC). L’application du TMP, dans le processus d’abolition de la tarification contribue à sa redéfinition.


Résultats: L’utilisation symbolique, conceptuelle et instrumentale des données était réelle. Plusieurs types d’acteurs ont été influencés par différents types de données. Alors que les technocrates des ministères de la santé, s’appuient sur des recherches, les politiciens quant à eux, s’appuient sur les plaintes de la communauté. La capacité du ministère de la santé (MS) à diriger le processus de TC était faible et informelle. La portée politique et l’alignement des données aux discours gouvernementaux, ont amélioré la validation des données. Les acteurs étaient divisés, semblaient être séparés pour plusieurs raisons et avaient différents niveaux de soutien et d’influences. Cette attitude a eu des répercussions sur la validation des données.

Conclusion: Les données scientifiques seront prise en compte dans le processus d’élaboration de la politique, dans des instances où le Ministère de la Santé, dirige le processus de TC. Des partenariats sur le TC, tissés sur place, toutes les politiques du gouvernement et la situation politique, peuvent probablement jouer un rôle. Divers acteurs, peuvent être influencés par différents types de données. Leurs niveaux de soutiens et d’influences peuvent impacter, la validation des données. En outre, suivant des considérations politiques, les acteurs peuvent partager les mêmes points de vue et préférences et cela pourrait également influencer la validation des études.

Mots clés: Tarifs Usagers, Soins de Santé, Etablissement Public, Développement de Politique, Transfert de Connaissance, Ouganda

Contexte: En Ouganda, depuis 2003, plusieurs initiatives de financement basé sur les résultats (FBR) ont été mises en œuvre en tant que projets autonomes avec peu d’interaction avec le système national de santé. Cependant, une plus grande tendance pour le FBR a été constatée entre 2014 et 2015, confirmée par trois débats nationaux et les efforts visant à développer un modèle national de FBR piloté par le Ministère de la Santé. Cet article analyse la dynamique des débats politiques autour du FBR depuis de petites entités isolées jusqu’au niveau national.

Méthodologie: Ce travail est le fruit d’une recherche qualitative sur l’étude de rapports du FBR, de participations à des réunions de consultation, d’examen de la documentation et d’entretiens avec les principaux acteurs sur la période de 2014 à 2015. Les actions d’élaboration de la politique d’implantation (coalition des défenseurs et modèles divers et variés) ont été utilisées pour fournir des explications plausibles à la place de plus en plus importante du FBR dans l’ordre du jour de la politique de santé en Ouganda.

Principales conclusions: Plusieurs initiatives autonomes de FBR ont été mises en œuvre dans le secteur Ougandais de la santé depuis 2003. Le nombre croissant d’arbitrages pour institutionnaliser le FBR dans le système national entre 2014 et 2015 peut être expliqué par cinq autres facteurs. 1) Les financements externes – plusieurs bailleurs de fonds (DFID, BTC et Banque Mondiale) ont basculé vers les mécanismes FBR. L’augmentation des cas de corruption justifiait cette situation. 2) L’augmentation des connaissances sur le FBR – Beaucoup plus de séances de formation, surtout dispensées par les acteurs des structures sanitaires et du district. Ils ont activement contribué à influencer les responsables nationaux à s’intéresser aux pilotes du FBR. 3) L’émergence en Ouganda de nouveaux champions du FBR - OMS, Cordaid, NUHEALTH, BTC sont de plus en plus impliqués dans la défense du FBR, complétant les efforts de la Banque mondiale depuis 2003. 4) les systèmes de santé – ce volet a fourni des perspectives mixtes. Certains considèrent le régime FBR comme un moyen de renforcement du système de santé (en particulier les systèmes de gestion de la performance). D’autres considèrent le FBR comme un affaiblissement du secteur public par la marginalisation des institutions publiques. 5) le rapport qualité/prix - Certains sont préoccupés par les coûts élevés de l’assistance technique et l’externalisation des services de soutien du FBR aux ONG à but lucratif.

Discussion et conclusion: Les différents points de vue illustrent les forces et faiblesses de la politique d’implantation du FBR en Ouganda. Les modèles de FBR qui démontrent une réduction du gaspillage de ressources et une intégration accrue des institutions gouvernementales sont indispensables à l’élaboration des politiques. Bien que les conditions préalables des bailleurs de fonds s’orientent de plus en plus vers les approches FBR, les modèles privés et à but lucratif ont tendance à ralentir le processus d’élaboration des politiques. Dans l’ensemble, les défenseurs de cette politique devraient clairement articuler les rôles des institutions publiques légitimes si le FBR doit trouver un accueil favorable et bien s’ajuster au système de santé ougandais.

Mots clés : Financement Basé sur les Résultats, élaboration de politiques, mise à l’échelle, systèmes fiables, Ouganda.

Felix Obi, Health Policy Research Group, University of Nigeria, Enugu Campus, obifelix@gmail.com
(1) Ekene Nwankwo, Save the Children International Nigeria, Abuja Nigeria

Contexte:
La Constitution de 1999 élaborée par le dernier gouvernement militaire n’a prévu aucune disposition qui garantisse aux Nigérians le droit à la santé et les réformes du secteur sanitaire dans la période post-militaire ont été ralenties par le manque d’un cadre légal/juridique qui aurait pu faciliter leur implantation. Ce document étudie le rôle prépondérant joué par la société civile sur une période de 10 ans et qui a conduit à l’adoption et à la signature de la première loi sur la santé en 2014 : le Décret National sur la Santé au Nigéria (Nigeria National Health Act).

Méthodes:
Cette étude a adopté une approche qualitative et les données ont été recueillies sur la base d’entretiens avec des personnes/ressource incontournables. Les répondants ont été choisis en fonction de leur appartenance et leur participation active dans les principales orientations de la coalition. Des données supplémentaires ont été recueillies après analyse et sélection de documents pertinents, notamment des rapports de réunions entre autres.

Résultats:
Le plaidoyer de la Coalition a été utilisé pour étudier le rôle des coalitions communautaires locales dans les changements de politique. L’étude a montré que la coalition a été formée dans le but principal d’initier et de conduire le processus qui a abouti à l’adoption et à la signature du projet de loi de 2014 sur la santé et à son érection en décret par le Président de la République. Elle a adopté des stratégies différentes. Entre autres : réunions informelles avec les décideurs, rédaction du plaidoyer et participation à des audiences publiques, manifestations de masse, renforcement des capacités et mobilisation de journalistes et d’éditeurs influents, conférences de presse, kits de propagande, campagnes d’information et de sensibilisation du public, implication des intervenants et édition d’un consensus, mobilisation de chefs traditionnels et religieux influents. Le regroupement autour d’une même cause et le plan de travail détaillé avec des objectifs spécifiques ont aidé à maintenir la coalition soudée et non vulnérable aux attaques des détracteurs du projet de loi. En dépit de son organigramme imprécis, certains membres de la coalition ont constitué un noyau dur et ont engagé tout leur temps et toutes leurs ressources dans la réalisation des objectifs fixés. Bien que la paternité des résultats aie été une question délicate, les conflits d’intérêts et autres problèmes similaires ont été résolus par le dialogue. Le rôle spécifique de chacun des membres dans la réalisation de l’objectif principal a été reconnu ouvertement, ce qui a beaucoup aidé à renforcer les liens et la confiance entre les membres de la coalition.

Discussion / Conclusion:
L’adoption et la signature du Décret Nationale sur la Santé de 2014 a été le résultat d’une action cohérente, menée sur une période de 10 ans par des Associations Communautaires actives dans le secteur de la santé au Nigeria. Lorsque des efforts collectifs sont consentis autour d’une même cause, l’esprit de collaboration peut aider les membres de la coalition à mobiliser assez de ressources pour influencer sur la prise de décisions politiques.
Renforcer la co-production et le partage du savoir pour atteindre les ODD : l'expérience de « Collectivity », première plateforme collaborative à destination des experts en Santé Mondiale.

Maxime Rouve, Institute of Tropical Medicine in Antwerp, mrouve@itg.be
Mrs Naïké Nembetwa, Blue Square, nnembetwa@bluesquare.org, Rue des Pères Blancs 4, 1040 Etterbeek, Belgique
Prof Bruno Meessen, Institute of Tropical Medicine in Antwerp, bmeessen@itg.be, Nationalestraat 155 - 2000 Antwerpen

Collectivity est la première plateforme online qui permet aux experts en Santé Mondiale de co-produire de la connaissance, en participant à des projets collaboratifs. Sa sortie étant prévue pour mars 2016, nous présenterons à la conférence (1) la plateforme et les opportunités qu'elle offre aux experts africains ; (2) le concept : un nouveau modèle d'action en Santé Mondiale ; (3) les premières leçons utiles pour les pays et les experts, après 6 mois de pratique.

Collectivity est le fruit de 5 années de gestion de trois communautés de pratique (CoP) internationales, dédiées au renforcement des systèmes de santé dans le cadre de l’initiative Harmonization for Health in Africa.

Nous retenons de cette expérience que, dans le secteur de la Santé Mondiale, (1) des dynamiques de travail collaboratives et de partage du savoir de pair à pair peuvent être développées ; (2) le vivier intellectuel des milliers d’experts du Sud est encore trop peu sollicité et valorisé ; (3) la mobilisation et l’implication de cette foule d’experts permettra de maximiser l’impact des actions entreprises dans la perspective de l’atteinte des ODD.

Notre objectif est de proposer une solution qui apporte suffisamment aux experts pour que ces derniers trouvent plaisir et intérêt à consacrer du temps à la réalisation de projets collaboratifs. Collectivity doit notamment permettre de récompenser les experts impliqués, et d’améliorer la visibilité au plan international des esprits les plus brillants ou les plus impliqués.

Financé par l’Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), Collectivity est un partenariat entre une institution de recherche, l’Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, et une startup spécialisée dans le développement de solutions technologiques pour les gouvernements des pays en développement, Blue Square (basée à Bruxelles et Bujumbura).

Si la plateforme est récente, le concept de projet collaboratif a été testé dès 2015 : déjà plus de 10 projets collaboratifs, impliquant au total près d’une centaine d’experts, ont été menés à terme avec succès.

Notamment, un important projet portant sur un thème de recherche très novateur - la mesure de la capacité des systèmes de santé à apprendre -, soutenu par le Fonds Français Muskoka et les CoP, a pu être réalisé par 6 équipes de chercheurs locaux, dans autant de pays d’Afrique.

Il est encore trop tôt pour se prononcer sur le succès potentiel de Collectivity: 2016 est une année clé. Si la plateforme atteint ses objectifs initiaux, de plus ambitieux seront poursuivis. pourquoi pas en étendant le concept au-delà du domaine de la Santé, à d'autres thématiques des ODD ?
PS 08/18

Quelles ressources mobiliser pour l'atteinte des ODD : analyse des résultats et du financement des interventions dans le cadre de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

Dr Colette YAH epouse KOKRASSET, National Malaria Control Program, coletteyah@yahoo.fr
Dr Antoine Méa TANOH, Programme National de Lutte contre le paludisme, tanomeaantoine@yahoo.fr
(2) Serges Brice ASSI, Programme National de lutte contre le paludisme, assisergi@yahoo.fr.

But

Contribuer à une évaluation des financements à mobiliser pour tendre vers les ODD dans le cadre de la lutte contre le paludisme

Méthodologie

Il s’agit d’une étude descriptive. Les progrès réalisés dans le cadre des OMD en matière de lutte contre le paludisme et les ressources mobilisées pour parvenir à ces résultats ont été examinés de 2011 à 2014

Les opportunités de financement connus sur la période des ODD ont été listées et une corrélation entre les ressources mobilisées et les objectifs à atteindre a été établie.

Une projection du financement de l'Etat en 2030 a été faite de même que les résultats attendus.

Résultats

La lutte contre le paludisme a contribué à réduire la mortalité chez les moins de 5 ans toutes causes confondues passant de 125‰ (MICS) en 2006 à 108‰ en 2012 (EDSIII).

Le taux d’utilisation des MILDA chez les enfants de cette tranche d’âge est passé de 3% en 2006, à 37% en 2012 avec un ratio utilisation/possession de 68% dans la population.

La proportion des ménages disposant d’au moins une (01) moustiquaire imprégnée d’insecticide est passé de 10% (MICS) en 2006 à 67% en 2012(EDSIII) puis à 95% en 2014 (Rapport campagne MILDA, 2014).

L’incidence des cas de paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans, a diminué de 109 points entre 2011 et 2014 passant de 389‰ à 280‰.

Les ressources mobilisées pour parvenir à ces résultats entre 2011 et 2014 s’élèvent à 127 294 694 622. Sur cette période 87,8% ont été mobilisés auprès du Fonds mondial. La part de l’Etat et les autres partenaires représente 13,2%.

Il n’y a pas suffisamment de visibilité de financement des partenaires jusqu’en 2030.

La part de l’Etat passera à 36 504 208 637,78 FCFA, en tenant compte de la volonté de payer qui prévoit une hausse annuelle de 25%, sur la base du montant annoncé en 2017 (2 006 840 093 francs CFA).

Conclusion

Le passage à échelle des interventions effectif depuis 2010 a eu un impact sur les résultats de la lutte contre le paludisme. Ces actions ont nécessité la mobilisation en moyenne de 31 823 673 655,50 par an. Si l’Etat et les partenaires maintiennent les efforts, l’incidence régressera et tombera en dessous de 0 chez les enfants d’ici 2022 à raison de 27,25 point par an.
Session Parallèle 9 : Sessions Organisées

Session Organisée 15 : Financement Basé sur les Résultats : évolutuer des projets vers les systèmes

Corresponding author: Dr. Zubin Shroff, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland, shroffz@who.int
Co-authors: Bruno Meessen, Bruno Meessen, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, bmeessen@itg.be; Eric Bigirimana, BREGMANS Consulting and Research, Bujumbura, Burundi, ebigirimana2012@gmail.com; Joël Arthur Kiendrébéog, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, jarkien@gmail.com

CONTEXTE DE LA SESSION :
Les programmes PBF reliant les paiements à la quantité ou la qualité des indicateurs ont été récemment mis en œuvre par les principaux acteurs de la santé internationale y compris la Banque mondiale dans de nombreux pays à faible ou à revenu intermédiaire. Cependant, le PBF a été largement mis en œuvre en tant que programme autonome avec la recherche axée sur l'évaluation d'impact. Une attention insuffisante a été accordée à l'évaluation des interactions des programmes avec les facteurs sous-jacents du système de santé et les acteurs nationaux et internationaux. Ces interactions sont essentielles pour expliquer la mise à l'échelle, l'intégration et la pérennité des programmes PBF dans les systèmes de santé nationaux. Sur la base d'un programme de recherche dans 11 pays développé par le AHPSR, la recherche utilise des études de cas analytiques pour expliquer la mise à l'échelle et l'intégration des projets PFB dans les systèmes nationaux de santé. La session couvrira les points suivants:

1. Discuter des innovations méthodologiques développées par le programme de recherche pour expliquer les dimensions et les étapes de la mise à l'échelle des programmes PBF
2. Appliquer les données issues des exemples pays pour des innovations d'ordre méthodologiques pour identifier et analyser les obstacles et les facteurs facilitateurs au niveau du système dans certains pays et à travers les sites d'étude.
3. Mettre en avant une série de questions de politique pertinentes tels que:
   • le système de santé plus large et les réformes politiques qui facilitent l'intégration et la mise à l'échelle du Programme PBF,
   • les motivations au niveau institutionnel et individuel pour la mise à l'échelle et la façon dont ceux-ci qui sont en charge de la conception des politiques influencent la de mise en œuvre,
   • c) les conséquences positives et négatives attendues et inattendues du PBF au-delà du système de santé
4. Discutez des implications de l'étude pour les organismes de santé international, les bailleurs de fonds et les gouvernements nationaux dans la conception et la mise en œuvre des approches PBF

La session comprendra une brève introduction, quatre présentations et une discussion. L'introduction donnera un aperçu du programme de recherche, sa raison d'être et la façon dont elle traite les lacunes des connaissances actuelles. La première présentation mettra l'accent sur les innovations méthodologiques apportées par le programme de recherche. Elle sera suivie d'une présentation du cas du Burundi qui examinera les facteurs expliquant la mise à l'échelle et la pérennité du programme national PBF pour surmonter le scepticisme initial. En revanche, la troisième présentation, issue du Tchad analysera pourquoi le programme PBF n'a pas réussi à décoller dans ce pays. La présentation finale utilisera les données à travers les sites de pays 11 pour fournir des apprentissages transnationaux sur les éléments catalyseurs et les obstacles à la mise à l'échelle des programmes de PBF dans les pays à faible et à revenu intermédiaire.
Elle sera suivie d'une discussion sur la pertinence de la recherche pour les bailleurs de fonds de la santé internationale, les organismes internationaux et les décideurs politiques. Après une première série de discussions entre les membres du groupe, la session sera ouverte au public.

**Présentation 1 Taking Résultats de financement Sur la base du schéma du système: Innovations méthodologiques**

*B Meessen, Z Shroff, P Ir, M Bigdeli*

**Contexte** Les approches intégrée de PBF dans le système de santé national ont été mise à l'échelle avec succès dans certains pays. Cependant, dans d'autres, ils sont restés comme des projets pilotes. La recherche sur PBF a eu tendance à se concentrer sur l'évaluation d'impact pour examiner l'efficacité du programme. Relativement peu d'attention a été portée aux processus et aux facteurs qui ont facilité ou entravé l'intégration et la mise à l'échelle du programme PBF dans le système de santé national.

Pour Combler cette lacune, le projet AHPSR a appuyé l’élaboration d’un programme de recherche multi-pays pour examiner l’intégration du PBF dans le système de santé et sa mise à l’échelle. Ce document discute des enseignements tirés d’un point de vue méthodologique et met en exergue, comment ce travail a fait progresser la compréhension des dimensions de la mise à l’échelle des programmes PBF et plus généralement des politiques de santé dans les pays à faible et à revenu intermédiaire.

**Méthodologie et résultats** Sur la base d’un examen de la littérature relative à la mise à l’échelle des programmes PBF, nous avons développé deux innovations méthodologiques: a) un cadre multidimensionnel pour capturer les dimensions pertinentes permettant d’évaluer l’intégration et la mise à l’échelle du PBF, b) un modèle examinant les étapes de mise à l’échelle des programmes de PBF pour être des projets autonomes pleinement intégrés dans le système de santé.

Le cadre multidimensionnel analyse la mise à l’échelle du PBF à travers cinq dimensions, à savoir: Couverture de la population, couverture des services, intégration du système de santé (analysé plus loin en termes de domaines de l'intégration et la profondeur de cette intégration). En outre, le modèle s’intéresse à l’impact du PBF sur d’autres secteurs de développement, ou à l’impact intersectoriel L’histoire du PBF est intrinsèquement liée au partage des idées et des connaissances entre les pays et les continents. D’hui la croissance et le développement des connaissances sur le PBF est la dernière dimension à travers laquelle nous examinons la mise à l’échelle. Nous fournirons également des définitions et des indicateurs pour chacune de ces dimensions.

Nos étapes de mise à l’échelle de notre modèle examine le mouvement du PBF issu du projet d’introduction du PBF totalement intégré dans le système de santé selon quatre niveaux: l'idée, son adoption, l'institutionnalisation et la perpétuation/diffusion. Nous croyons qu’il existe des éléments catalyseurs, des obstacles spécifiques qui sont les plus pertinents pour chaque étape et des connaissances qui peuvent éclairer la conception et la mise en œuvre des programmes.

**Conclusion**- En plus d’apporter une contribution méthodologique unique à la littérature sur la mise à l’échelle des projets PBF, ce document fournit à la fois un cadre pour analyser les données empiriques de chaque pays et à une analyse multi pays à travers les sites du projet.
Présentation 2 Projet pilote du Financement Basé sur la Performance du projet pilote: Cas du Burundi

E Bigirimana, L Ntakarutimana, O Basenya, J Manirambona, B Meessen

Le Financement Basé sur la Performance (PBF) au Burundi a été mis en œuvre comme une offre de mécanisme de financement basé sur les résultats pour améliorer les soins de santé à la phase pilote et l’expansion d’une mise à l’échelle avec la participation de nouveaux donateurs et l’intégration des nouveaux forfaits de services. En 4 ans, le Burundi a réalisé une mise en œuvre nationale du PBF et une appropriation nationale appréciable. Cette étude montre les facteurs qui ont permis ou entravé le processus de mise à l’échelle, ainsi que les relations de pouvoir qui ont influencé certaines des principales décisions prises. L’étude traite également de l’avenir du PBF au Burundi face aux nouveaux défis.

Méthodologie  Une analyse combinant une revue documentaire des documents inédits et l'examen des articles publiés a été menée. L'échantillonnage raisonné a été effectué afin d'identifier les principaux informateurs parmi les acteurs qui ont pris part au programme PBF au Burundi. Des entretiens approfondis avec 17 principaux informateurs représentant un éventail de parties prenantes ont été réalisées. Les données ont été codées et triangulées jusqu'à saturation pour atteindre des thèmes saillants.

Résultats  L’initiation du FBP au Burundi a été le résultat de la défense technique entreprise à un moment où le Ministère de la Santé était disposé à engager des approches fondées sur des contrats. La réticence initiale à adopter cette approche a été progressivement surmontée par l’intérêt croissant montré par les prestataires de services à cette approche et les résultats observables au niveau de la mise en œuvre ont permis au Ministère de la santé avec l’appui des bailleurs de fonds d’étendre l’approche à l’échelle nationale.

Cependant, la rapidité avec laquelle cette approche a été mise en œuvre à l’échelle nationale a été associée à un degré de laxisme à adhérer rigoureusement aux principes fondamentaux. Les retards de paiement effectués aux structures sanitaires menacent la durabilité de l’approche. Enfin, de nouvelles réformes engagées de manière ad-hoc et de manière impromptitude conduisent à une grande incertitude pour le système.

Conclusions  L’introduction du PBF et l’intensification à la mise en œuvre à l’échelle nationale a été rapide. Les résultats observables soutenus par une défense vigoureuse de promotion des ONG et le soutien soutenu des donateurs ont rendu cela possible. Cependant, il a été observe récemment une stagnation dans le développement et l’évolution des programmes PBF en raison des retards de paiements PBF aux établissements de santé et les priorités concurrentes promues par le gouvernement.

Présentation 3 Pourquoi le projet Financement Basé Performance au Tchad n'a pas réussi à émerger à l'agenda de la politique nationale?

J Kiendrébéogo, L Yonli, A Berthé, M Béchir, B Meessen

Contexte  Soutenu par la Banque mondiale (BM), le Tchad, a mis en place un projet pilote de financement basé sur la performance (PBF), d’Octobre 2011 à Mai 2013, dans le but d’améliorer la santé maternelle et infantile. Mais en dépit des résultats prometteurs et de l’engagement pris par le gouvernement pour assurer son maintien après le départ de la Banque mondiale, le projet a été interrompu. Notre étude vise donc à expliquer pourquoi tel cas? Une question intéressante d’autant plus que dans un premier temps les conditions étaient favorables à la poursuite du projet. Au-delà de ce cas particulier, les résultats pourraient aider à mettre en évidence les éléments catalyseurs et les potentiels obstacles à la mise en œuvre réussie des politiques de santé pertinentes en Afrique et dans d’autres contextes de pays à faible et à revenu intermédiaire.
Méthodes
Les données de cette étude de cas ont été recueillies grâce à une revue de la littérature, des focus groupes (n = 12) et des entretiens avec les principaux responsables (n = 20). Nous avons appliqué les théories des politiques de santé et les cadres d’analyse, en particulier “the Walt and Gilson triangle” et Kingdon’s agenda setting model. Leur application a souligné les contextes sociaux des politiques de santé et le processus de mise en œuvre du projet, ainsi que les arrangements institutionnels en place et les rôles joués par les principaux acteurs du système de santé.

Résultats
La pertinence du PBF comme une stratégie qui pourrait résoudre certains problèmes structurels du système de santé tchadien, et améliorer la santé maternelle et infantile, n’a pas été contesté par les acteurs. Cependant, après la phase pilote, le projet a échoué à passer de "agenda gouvernemental" (intention de continuer) à «l’agenda de décision» (action de continuer), en dépit de l’apparition de nombreuses fenêtres d’opportunité et de facteurs favorables. Les entraves sont apparues dans les dispositions institutionnelles du projet et dans le processus de mise en œuvre. Mais la principale raison est que les considérations politiques sont devenues primordiales. On note l’absence d’une véritable appropriation de la stratégie par les autorités nationales et l’absence de leadership politique pour la soutenir.

Conclusion
Peu d’études ont appliqué “Kingdon’s agenda setting model “sur la raison pour laquelle une politique n’a pas réussi à émerger sur l’agenda politique. À notre connaissance, ceci est la première fois que le modèle est appliqué pour expliquer la non emergence du PBF. De plus, notre étude démontre l’importance de mener en profondeur une analyse contextuelle de d’économie politique avant la mise en œuvre des réformes et des stratégies complexes. En effet, cela pourrait aider à anticiper les difficultés et ainsi faciliter leur mise en œuvre effective d’une manière efficace et efficiente. L’apprentissage est pertinent pour le Tchad et pour d’autres pays..

Présentation 4 Prendre RBF du système à système: comparaison de facilitation et les obstacles entre les pays
Z Shroff, M Anthony, B Meessen, M Bigdeli

Contexte:
Le présent document donne un aperçu des leçons tirées du programme de recherche de 11 pays sur les facteurs qui ont permis et/ou entravé la transition des projets PBF vers des projets autonomes et pleinement intégrés dans les systèmes de santé nationaux. L’analyse au niveau d’un projet ou d’un pays est essentielle pour une compréhension détaillée du processus de mise à l’échelle dans leur contexte. Cependant la comparaison entre plusieurs sites et cas de projet, nous permet d’identifier de manière plus systématique les facteurs et les acteurs associés à des résultats particuliers.

Méthodologie Les quatre plus grandes étapes de mise à l’échelle à travers le modèle “the Walt and Gilson triangle” a servi de cadre global. Alors que le premier a été utilisé pour classer le stade de mise à l’échelle et regrouper les conséquences de chacun des projets PBF, celui-ci a été utilisé pour classer les facteurs et les acteurs qui influent sur le processus politique entre les projets au même stade. Ceci a été réalisé grâce à une analyse thématique approfondie des documents de projets individuels sur la base des codes qui reflètent le cadre théorique.

Résultats Le contexte particulier, le contenu des facteurs, des processus et l’importance relative des acteurs varient considérablement à chaque étape du processus de mise à l’échelle. À un stade précoce de l’établissement d’un projet pilote, un contexte international favorable
pour encadrer le projet PBF une intervention à valeur ajoutée et mettre en place un cadre de connaissances et une agence d'exécution prête à investir des ressources est important dans de nombreux pays. D'autre part, l'alignement des facteurs contextuels nationaux avec l'agenda de la transparence, ayant des entrepreneurs politiques désireux de faire avancer ce projet, identifier les alliés institutionnels au sein des gouvernements et de la formulation du programme en tant que systèmes de santé changer par opposition au programme vertical a été important dans le déplacement de la pilote au niveau d'un système national. La flexibilité institutionnelle et le leadership au sein et au-delà du ministère de la Santé sont essentiels à une intégration plus poussée. Mettre en place des cadres juridiques de pour permettre aux programmes PBF, un financement stable sont également importants.

**Conclusion** La contribution de chacun des facteurs et des acteurs et le processus par lesquels ils contribuent varie selon les différentes étapes. Il est donc important à la fois pour les décideurs et les chercheurs qu’ils travaillent ensemble dans ce domaine pour identifier prospectivement les défis. Cette connaissance est inestimable pour la conception et pour la mise en œuvre des programmes PBF les plus adaptés à un contexte de mise en œuvre donné.
PS 09/1

Les déterminants sociaux de la dépression chez les femmes en Afrique du Sud : comprendre le rôle de l’autonomisation et le contexte environnemental

Dr Olufunke Alaba1, Dr. Lumbwe Chola2
1University of Cape Town, olufunke.alaba@uct.ac.za
2Human Sciences Research Council (HSRC), Pretoria, South Africa, lumbwechola@hotmail.com

Contexte :
La dépression est l’une des principales causes du fardeau mondial de la maladie et la principale cause d’invalidité dans le monde entier. Bien qu’il existe un nombre croissant d’études sur la dépression dans le monde, mais peu proviennent des pays africains et plus particulièrement, celles qui traitent de la dépression chez les femmes en âge de procréer. Dans cette étude, nous examinons comment les indicateurs d’autonomisation, les facteurs communautaires du capital social et le désavantage économique favorisent la dépression chez les femmes sud-africaines appartenant au groupe d’âge 15-49 ans.

Méthodologie :

Résultats :
L’analyse multivariée montre que la variable, plus de capital social dans le quartier, était associée à un faible niveau de dépression, avec une probabilité de -0.06.
**Coût des principales maladies supporté par le Prestataire de Service Public de Santé**

*Mr Mideksa Adugna, Ministry of health, mideksaaduu@yahoo.com  
Dr Ababi Zergaw, Addis Ababa University school of Public Health ababi_z@yahoo.com*

**Contexte:**

L’amélioration du bien-être des individus et des communautés, en leur permettant d’atteindre les objectifs qu’ils se sont fixés est le but principal de services de santé mentale.

**Objectifs:**

Estimer le coût économique des principales maladies mentales et les déterminants de coûts du prestataire de services de santé public.

**Méthodologie:**

Une étude transversale en milieu hospitalier a été réalisée pour estimer le coût des principales maladies mentales en utilisant le calcul des coûts basée sur la prévalence et l’approche bottom-up. Le coût moyen a été calculé en identifiant et en ajoutant diverses composantes des coûts de traitement des unités de prestation des services.

**Résultats:**

Le coût unitaire de 1,204,2 Birr éthiopien a été engagé au prestataire de services publics de santé pour offrir des services de santé mentale à l'Hôpital Public Amanuel. Le coût marginal de prestation de soins pour chaque patient supplémentaire à l'hôpital était de 118 Birr éthiopien. En outre, l'hôpital a supporté un coût unitaire de 229,3 Birr éthiopien pour fournir des services d'urgence, tandis que les coûts unitaires des services de santé hospitaliers et ambulatoires étaient respectivement de 23,016,1 et 611,4 Birr. La répartition des coûts hospitaliers diffère significativement suivant le lieu de résidence des patients (x² = 20,5, P
PS 09/3

Inégalités dans l’état de santé et dans les facteurs de risque dans la région de la Communauté de Développement de l’Afrique Australe (« Southern African Development Community » - SADC) : Résultats des enquêtes de l’OMS.

Stella M. Umuhoza¹-² and John E. Ataguba¹
1. University of Cape Town, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Observatory, 7925, South Africa. Telephone number: +27788521736, smumuhoza@nursph.org
2. University of Rwanda, College of Medicine and Health Sciences /School of Public Health , Rwanda , +250 788696732.

Contexte:
À ce jour, bien que quelques études aient fourni des informations sur les inégalités socio-économiques en matière de santé dans certains pays de la Communauté de Développement de l’Afrique Australe (SADC), une évaluation complète des inégalités en matière de santé et la distribution des facteurs de risque parmi les groupes socio-économiques de la région n’a pas été faite. Cette étude examine spécifiquement les inégalités socio-économiques liées à la santé et les inégalités dans les facteurs de risque de mauvaise santé dans tous les pays membres de la SADC. Elle évalue également la relation qui existe entre les deux.

Méthodologie:
Les données de tous les pays sont tirées de l’enquête de 2003 de l’OMS. Les données des six états membres de la SADC ont été particulièrement analysées, (Malawi, Maurice, Zambie, Zimbabwe, Afrique du Sud et Swaziland). L’état de santé était reporté sur une échelle de 1 (très bon) à 5 (très mauvais). Quatre facteurs de risque de mauvaise santé ont été considérés: le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la faible consommation de fruits et de légumes et l’inactivité physique. Trois variables liées à l'environnement des ménages ont également été utilisées: la consommation d'une eau non traitée, la vétusté des installations sanitaires et l'utilisation de la biomasse comme combustible pour la cuisson des aliments. Un modèle du statut socio-économique a été créé sur la base dépenses des ménages. Des indices et des courbes de concentration standardisés et normalisés ont été utilisés pour évaluer et comparer la répartition des inégalités socioéconomiques et les facteurs de risque entre les groupes socio-économiques dans chaque pays de la SADC.

Résultats:
Dans l’ensemble, les inégalités socio-économiques tel que mesurées par SAH sont évidentes dans les six états membres de la SADC. À l’exception de l’île Maurice (avec un indice de concentration (CI) = 0,0013), les IC étaient tous négatifs, ce qui indique que la mauvaise santé est plus souvent mentionnée par les pauvres que par les riches. Dans tous les pays, le tabagisme, la faible consommation de fruits et légumes étaient significativement marqués chez les pauvres. De même, la consommation d’une eau non traitée, l'utilisation d’eau non améliorées, le manque d’assainissement et l’utilisation de la biomasse étaient aussi plus significatifs chez les pauvres. Cependant, l’abus d’alcool et l’inactivité physique affichent des modèles mixtes dans les inégalités.

Conclusion:
Des niveaux considérables d’inégalités socioéconomiques, de comportements à risque et de menaces environnementales ont été enregistrés dans les pays membres de la SADC. Les résultats suggèrent la nécessité d’efforts nationaux et régionaux concertés pour faire face aux inégalités socio-économiques importantes en matière de santé et améliorer le bien-être des groupes défavorisés. Cela peut se faire grâce à des interventions politiques ciblées dans tous les secteurs (à savoir une approche intersectorielle). En outre, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les facteurs sous-jacents qui influent sur ces inégalités dans la région.
**PS 09/4**

**Dépenses de santé et Objectifs de Développement Durable: Les implications sur le financement de la santé mentale au Nigéria.**

*Saheed O. Olayiwola, Health Policy Research and Training Programme, Department of Economics, University of Ibadan, saheedolayiwola@yahoo.com*

**Contexte**

Le cinquième des Objectifs de Développement Durable (ODD) vise à atteindre la santé et le bien-être à tous les âges. L’un des sous-objectifs est d’assurer une couverture universelle pour les troubles de la santé mentale. Les dépenses des ménages sont encore la principale source de financement de la santé au Nigéria. Elles se situent entre 60 et 74% alors que les dépenses de santé publique demeurent en grande partie entre 15 et 27%. Il n’y a pas de statistiques disponibles sur la proportion des dépenses pour la santé mentale dans les dépenses totales de santé au Nigéria. Habituellement, l’indice de mesure des dépenses de santé mentale du gouvernement Nigérian est la proportion des dépenses de santé allouée à la santé mentale, soit seulement 3,3% à l’heure actuelle, sachant que plus de 90% de ce budget est destiné aux hôpitaux psychiatriques. De plus, il n’y a aucune disposition actuelle allant dans le sens d’une augmentation du budget gouvernemental qui va dans les soins de santé mentale. Les données récentes montrent que les soins de santé mentale sont en grande partie financés par les dépenses directes des ménages, sur fonds propres (« Out-Of-Pocket »). Cette étude examine les tendances et la croissance des dépenses de santé mentale entre 2002 et 2015 au Nigéria et ce qu’elles devraient être pour répondre aux ODD. Il s’agit de prendre la juste mesure de la situation actuelle du Nigéria, au moment où le monde entier est lancé dans la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD).

**Méthodes**

Notre étude a utilisé le taux de croissance et les proportions pour déterminer le niveau de dépenses et les allocations budgétaires pour la santé mentale d’après chaque source de financement de la santé entre 2002 et 2015. Les déficits ont été estimés sur chaque année pour évaluer le taux de croissance nécessaire pour les années suivantes.

**Résultats**

Les fonds nécessaires au financement des services de santé mentale pour atteindre la couverture désirée sont importants par rapport à la répartition actuelle des ressources au Nigéria. L’allocation budgétaire aux dépenses de santé mentale d’après les sources de financement de la santé est inférieure à 5% sur toutes les années prises en compte. Un taux d’environ 12% de croissance est nécessaire dans les dépenses publiques de santé mentale pour mettre le Nigéria sur la trajectoire de la couverture universelle en matière de troubles de la santé mentale.

**Conclusions**

L’augmentation des dépenses sur fonds propres pour la santé mentale peut appauvrir davantage les ménages. Il est urgent de définir l’allocation budgétaire sur la santé mentale en dehors de la répartition du budget général de la santé. L’assurance maladie sociale doit également intégrer explicitement le trouble de la santé mentale dans ses programmes d’avantages sociaux.
Session Parallèle 9 : OMDs et ODDs en santé : expériences nationales

PS 09/5

Ms Oluwaseyi Somefun, University of Witwatersrand, seyiwaltine@yahoo.com

Contexte
Pendant les 15 années de vie ou de mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les résultats de santé, dans l'ensemble, ont été considérablement amélioré, mais ces progrès étaient irréguliers dans les pays en développement. Les taux de mortalité infantile et juvénile, dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne restent une préoccupation majeure au niveau mondiale. Alors que des études ont identifié les facteurs socio-économiques, les conditions environnementales et l'accès aux soins de santé, comme étant les déterminants de la santé et de la survie de l'enfant, le rôle de la structure familiale dans la protection de la santé des enfants, a été quant à lui, occulté en Afrique sub-saharienne. Cette recherche a été menée, parce que nous pensons que le mauvais état de santé de l'enfant peut être dû à la perturbation des structures familiales existantes telles que l'augmentation des décès parentaux et le nombre élevé de famille monoparentale. Nous émettons l'hypothèse que l'impact de la structure familiale sur l'état de santé de l'enfant est en partie expliqué, par les différents types de communautés au sein desquelles résident les familles. Ainsi, les caractéristiques de la communauté accentuent-elles, l'impact de la structure familiale sur les résultats de santé des enfants.

Méthodologies
A partir des données pondérées provenant des récentes enquêtes démographiques et de la santé, du Burundi (5 954) du, Cameroun (11 023), Congo RDC (14 182), Malawi (18041), Mali (8480), Niger (9209), Nigeria (27451), Rwanda (8 501), Zambie (5 410) et du Zimbabwe (6 725), nous avons examiné, la relation entre la structure familiale et les états de santé des enfants. Les résultats sur l'état de santé de l'enfant ont été analysés dans trois domaines: le statut de vaccination (oui ou non), la mortalité (mort ou vivant), et l'état nutritionnel (retard de croissance ou non). Bien que de nombreuses caractéristiques du niveau communautaire pourraient être examinées, nous avons limitée analyse à quatre variables. D'après des recherches antérieure, ces variables sont déterminantes pour la compréhension de l'état de santé de l'enfant. Les données ont été structurées de sorte que les répondants soient regroupées au sein des communautés; par conséquent, un modèle statistique à plusieurs niveaux a été utilisé pour estimer l'impact des caractéristiques de la communauté, la structure familiale et les autres variables explicatives sur les résultats pour la santé des enfants.

Résultats
Les résultats ont montré que 28% des enfants des pays sélectionnés n'étaient pas complètement vaccinés et le retard de croissance des enfants était plus élevé dans les ménages dirigés par des hommes. Contrairement aux enfants dont les parents ont été mariés, les enfants nés de mères célibataires et jamais mariées, étaient beaucoup plus susceptibles de mourir avant 5 ans dans 4 des pays sélectionnés (les ratios sont de 2,34 pour le Nigeria, 1,46 le Burkina Faso, 1,23 pour le Cameroun et 1,56 pour le Malawi). En outre, deux variables du niveau communautaire ont des effets significatifs sur les résultats de santé des enfants, mais leurs inclusions contribuent faiblement à la modification des effets de la structure familiale.
**PS 09/6**

**Dépenses de santé et mortalité infantile : Données du Kenya**

David Muthaka, PhD., Deputy Director, Policy and Planning, Salaries & Remuneration Commission, 6th Floor, Williamson House, 4th Ngong Avenue, P.O Box 43126-00100 Nairobi, Kenya

Tel: +254 (20) 2710071/73 Cell: +254-722609560
E-Mail: dimuthaka@yahoo.com; dmuthaka@src.go.ke

But: Le but de cette étude est d’analyser l’effet des dépenses de santé sur la santé des enfants.

Objectifs spécifiques: Pour analyser: (i) les impacts respectifs des dépenses des ménages et du gouvernement sur la santé des enfants; (ii) les impacts conjoints des dépenses des ménages et du gouvernement sur la santé des enfants; et (iii) les effets des variables démographiques et sociales sur la santé des enfants.

Méthodologie: Cette étude a évalué les effets respectifs et conjoints des dépenses de santé publiques et privées sur la mortalité infantile au Kenya en utilisant les données des ménages. Des modèles linéaires de probabilité sont utilisés pour estimer la mortalité néonatale et infantile. La fonction contrôle d’approche a été utilisée pour examiner l’endogénéité en utilisant les résultats prévus et dans le même temps, contrôler l’hétérogénéité en faisant interagir les résultats avec la variable endogène, dépenses en soins de santé. Pour contrôler l’hétérogénéité, nous avons fait interagir les résultats prévus avec les dépenses de santé privées.

Constats: Cette étude a révélé que, même si l’on s’attend à ce que les dépenses de l’état et des ménages produisent des résultats positifs pour la santé, cela ne pourra se produire que si tous les autres paramètres (inobservables dans les résultats) continuent d’être assurés. Cette étude a révélé que le maintien de ces paramètres inobservables n’est pas concret. Ainsi, lorsque nous nous attendions à ce que les dépenses de l’état ou des ménages seuls contribuent positivement aux résultats de la santé, les inobservables annulaient les effets.

D’autre part, cette étude considère les dépenses de l’état et celles des ménages comme complémentaires, à savoir que les deux entités se doivent de produire de la dépense. Dans une certaine mesure, il y a un minimum que les ménages et le gouvernement doivent consacrer à la santé d’un enfant pour atteindre un état de santé optimal. Par exemple, quand un gouvernement initie une campagne de vaccination gratuite, le ménage doit dépenser un minimum, au moins pour le transport vers l’endroit où le service gratuit est offert.

L’étude a également constaté que les effets des dépenses publiques et privées sur les décès d’enfants dépendent essentiellement de l’âge auquel la mortalité infantile est mesurée. Par exemple, les dépenses publiques et privées n’ont aucun effet sur les décès de nouveau-nés, mais influencent de manière significative la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans. Toutefois, seuls les effets de l’interaction entre les deux sont statistiquement significatives, ce qui suggère que les dépenses publiques et privées se complètent mutuellement dans la réduction de la mortalité infantile et des moins de cinq ans. Après avoir tenu compte des effets de l’interaction entre les dépenses publiques et privées, les impacts des dépenses prises séparément sont statistiquement insignifiants.

Conclusions: Dans leur lutte contre les maladies de l’enfance, les responsables politiques du secteur de la santé doivent prendre connaissance du fait que, pendant que le gouvernement investit de manière adéquate dans les services de santé préventive, les ménages doivent également prévoir le traitement des maladies non évitables par la vaccination. Dans une plus large mesure, les résultats empiriques de cette étude font ressortir sur la nécessité d’élaborer et de mettre en œuvre des politiques qui promeuvent la synergie entre les dépenses publiques et celles des ménages dans la lutte contre les maladies.

---

10 Ce résumé est extrait de ma thèse de PhD qui porte le même titre.
**PS 09/7**

**Efficacité de l'aide et évaluation de l'aide publique au développement de la santé au Nigeria : 2000-2015.**

Mr Felix Obi, Health Policy Research Group, University of Nigeria, Enugu Campus, obifelix@gmail.com  
(1) Dr. Seye, Abimbola, University of Sydney, Australia, seyeabimbola@hotmail.com, Department of Public Health, University of Sydney, Australia  
(1) Dr. Ejemai Eborieme, University of Witwatersrand, ejemaim@gmail.com, Department of Public Health, University of Witwatersrand, Johannesburg South Africa

**Contexte** L’Aide au Développement de la Santé (Development Assistance for Health - DAH) au Nigeria a eu tendance à augmenter depuis l’avènement d’un gouvernement civil démocratique en 1999, après plusieurs décennies de régime militaire. Bien que le Nigeria ne soit pas un pays dépendant de l’aide extérieure, des agences de bienfaisance ont fait des investissements significatifs pour soutenir les efforts du Nigéria dans sa réforme du secteur sanitaire pour l’amélioration des services. Cette étude tente de suivre la tendance de l’aide au fil du temps, d’en comprendre les instruments, la coordination et la fiabilité des mécanismes entre autres. L'information aiderait à améliorer la gestion de l’aide au moment où le Nigéria entre dans l’ère des Objectifs de Développement Durable comme un pays à revenu intermédiaire.

**Méthodes** Pour comprendre le modèle de l’aide au Nigeria, des données pertinentes ont été extraites de la base de données du Comité d’Aide au Développement de l’Organisation pour la Coopération Economique et le Développement (OCDE). Nous avons aussi passé en revue les articles et autres procès-verbaux publiés par « Institute for Health Metrics and Evaluation » (IHME) et « International Health Partnership » (IHP+), le Ministère Nigérian du Budget et du Plan, ainsi que les agences nationales pour la santé. Nous avons également étudié la documentation et les rapports des bailleurs de fonds pour mieux comprendre la coordination et la fiabilité des mécanismes de l’aide au Nigéria.

**Résultats** Les résultats montrent que même si les financements issus de l’aide ne constituent qu’une infime partie des dépenses de santé totales, ils ont augmenté significativement dans la dernière décennie, de l’ordre de plusieurs millions de dollars. Le financement et l’assistance technique de la part des agences donatrices ont été dirigés vers des interventions pour la santé des populations, en particulier vers des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Bien que nous n’ayons pas analysé la politique économique de l’aide, il semblerait que certaines régions du Nigéria aient davantage bénéficié de l’assistance. Le paramètre géographique a pu être influencé par le poids des maladies suivant la région et d’autres indicateurs socio-économiques. Les coopérations bilatérales traditionnelles exercées par les États-Unis et la Grande Bretagne qui sont les acteurs majeurs est complétée par les relations multilatérales avec le Canada, le Japon, la France, la Corée du Sud, la Chine, la Norvège qui sont tout aussi actifs dans le domaine de la santé. Ces derniers temps, des fondations internationales comme celle de Bill et Melinda Gates sont devenues très présentes, contribuant ainsi à donner un rôle de plus en plus important aux fondations et autre ONG locales. D’une manière générale, le rôle de coordination des donateurs par le gouvernement est mal exercé, ce qui affecte la bonne gestion de l’aide.

**Conclusion** Il est nécessaire de renforcer les mécanismes institutionnels pour la coordination de l’aide au Nigéria, dès lors que le pays peine à définir un cadre fiscal et à réduire le financement du secteur de la santé. Concentrer les financements et renforcer la fiabilité des mécanismes pourraient aider à améliorer la gestion de l’aide et la distribution efficace des ressources pour une meilleure réalisation de la CMU et des ODD au Nigéria.
Les OMD en matière de santé au Ghana : Leçons et implications sur la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable.

Ama P. Fenny, Economics Division, Institute of Statistical, Social and Economic Research (ISSER), University of Ghana, P.O. Box LG 74, Accra, Ghana,
Tél: +233 243343855/ +233 261563405 ; Eamafenny@yahoo.co.uk / apfenny@ug.edu.gh,
Co-auteurs : Aba O. Crentsil et Charles Ackah

Les OMD comportaient huit grands objectifs et vingt-neuf cibles, qui, lorsqu’ils étaient atteints, pouvaient améliorer les conditions de vie des populations les plus pauvres du monde. Pendant quinze ans, les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été au centre des initiatives et des efforts de développement à l’échelle mondiale. En dépit de l'essor et des investissements réalisés pour les OMD, il existe encore des obstacles importants aux niveaux nationaux et internationaux, en particulier pour l’Afrique.


D’une manière générale, les résultats indiquent que 73% des 37 indicateurs définis par les OMD ciblés par le Ghana ont été atteints ou en tout cas des progrès importants ont été faits. Le Ghana a ainsi réussi à réduire de moitié la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté pour 2015. Le pays a également obtenu de meilleurs résultats en matière d’éducation primaire universelle et la promotion de l’égalité des sexes par un meilleur ratio filles / garçons dans l’enseignement primaire, secondaire et universitaire. Le Ghana a également obtenu de bons résultats dans la réduction du taux de prévalence du VIH / SIDA. Par contre, pour certains indicateurs importants (la mortalité maternelle et infantile, l’assainissement et le logement, la préservation de l’environnement, la lutte contre le paludisme) les acquis sont insignifiants voire inexistants. Qu’est ce qui pourrait expliquer cet état de fait? Quelles ont été les principales contraintes? Le Ghana n’a pas atteint les objectifs 4 et 5 des OMD en raison de la lenteur des progrès qu’il fait dans l’amélioration de la santé maternelle et infantile. Cette étude indique que des investissements importants doivent être faits dans le secteur de la santé, surtout dans l’accès à des soins de qualité ce qui permettrait de réduire les écarts et inégalités. Nous espérons que ces enseignements sauront insuffler des initiatives basées sur les constats et qui iraient dans le sens d’atteindre les OMD au Ghana.
PS 09/9

Construire des systèmes résilients pour le Financement Basé sur les Performances (PBF) dans des états instables et touchés par un conflit : Cas de districts touchés par une insurrection armée dans l’État de l’Adamawa, au Nigeria.

Ms Hyeladzira Garnwua, National Primary Health Care Development Agency, Kofare, Adamawa State
dzidave@gmail.com
Simon Mbunya, Adamawa State Primary Health Care Development Agency, smbunya@yahoo.com
Lekan Olubajo, National Primary Health Care Development Agency, leks_olu1@yahoo.co.uk
Paul Margwa, Adamawa State Primary Health Care Development Agency, dr_margwa@yahoo.com
4) Dr Abdullahi Belel, Adamawa State Primary Health Care Development Agency, Kofare, Adamawa State
drbelel@gmail.com


Méthodes Méthode de recherche mixte a été utilisée; plusieurs sources ont été consultées pour recueillir les données qualitatives et quantitatives de 2009 à 2015. Des entretiens avec des agents importants et un examen de la documentation ont été utilisés pour recueillir les données qualitatives alors que les données primaires ont été fournies par le système sanitaire national de gestion de l’information et les documents nigérians sur le PBF pour examen quantitatif. Une méthode descriptive simple a été utilisée pour analyser les données.

Résultats D’après nos constatations, le modèle PBF a un effet positif sur les principaux indicateurs de santé dans les deux camps de réfugiés et les principales structures de santé au niveau des communautés d’accueil. Pour les camps de réfugiés particulier, environ 13.899 cas pédiatiques ont été cliniquement gérés, 5495 enfants vaccinés contre la rougeole et 2.927 femmes enceintes dépistées pour le VIH parmi lesquelles 17 étaient séropositives. L’autonomie institutionnelle et les motivations basées sur la performance des agents affectés à ces structures ont été très bénéfiques et la qualité des soins de santé s’en est trouvée grandement améliorée. Un bonus spécial d’équité a été accordé et a servi à remettre en état les installations sanitaires endommagées dans les districts touchés, afin d’offrir de meilleures conditions de santé aux populations déplacées à leur retour dans leurs communautés d’origine.

Discussion / Conclusion Les états instables et touchés par un conflit ont quelques-uns des pires indicateurs de santé dans le monde; Cependant, l’exemple de l’Adamawa démontre le potentiel du PBF pour fournir des services de santé, même dans un contexte précaire, ce qui améliore sensiblement les indices à impact élevé tels que les services de santé maternelle et infantile. Certes, cela va inspirer les donateurs qui cherchent de meilleurs résultats pour la santé comme la voie à suivre pour soutenir ou rétablir les systèmes de santé dans les états instables et touchés par un conflit.
**PS 09/10**

**Les blocages des processus budgétaires pour le financement des campagnes d'immunisation en République Démocratique du Congo (RDC).**

Jean-Bernard Le Gargasson, Agence de Médecine Préventive (AMP) jblegargasson@aamp.org
Benoît Mibulumukini, SANRU asbl, Kinshasa, The Democratic Republic of the Congo
Anaïs Colombini, Bradford D. Gessner, Agence de Médecine Préventive, Paris, France

**Contexte:**

En République Démocratique du Congo (RDC), la disponibilité des ressources nationales pour le programme de vaccination est limitée et repose principalement sur le soutien des donateurs extérieurs. La RDC a introduit une série de réformes visant à faire avancer le pays vers une gestion basée sur les performances et les programmes budgétaires.

**Méthodes:**

Les objectifs de l'étude étaient les suivants: (i) Décrire la norme de processus budgétaire, (ii) Analyser le processus budgétaire dans la pratique et les goulets d'étranglement associés à chacune de ses phases, et (iii) Recueillir les suggestions faites par les acteurs concernés pour améliorer la situation. Les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies par un examen de la documentation existante et des entretiens individuels.

**Résultats:**


**Discussion:**

Les blocages des processus budgétaires identifiés dans notre analyse conduisent à un taux de mobilisation faible pour le programme de vaccination. Ces blocages identifiés montrent qu'une mauvaise circulation des fonds provoque un pourcentage insuffisant de ressources déjà allouées pour atteindre différents niveaux du système de santé.
PS 09/11


Nneka Orji, Federal Ministry of Health, Abuja, Nigeria, nnemorji@yahoo.com
(1) Dr. Nneka Orji, Federal Ministry of Health, nnemorji@yahoo.com
(2) Prof. B.S.C Uzochukwu, University of Nigeria, Nsukka, bscuzochukwu@gmail.com

Introduction

La Maladie à Virus Ebola (MVE) est particulièrement nouvelle en Afrique, mais la dernière épidémie de MVE a commencé en Guinée en Décembre 2013 et l’OMS en a été officiellement informée en Mars 2014. Cette épidémie a incontestablement enregistré le plus fort taux de morbidité, de mortalité et la plus grande propagation géographique dans un court espace-temps. Les données épidémiologiques disponibles indiquent que la maladie se déclare à partir de l’introduction d’un seul virus dans un organisme humain à travers un réservoir inconnu.

Objectifs


Méthode


Résultats

Ce document met en évidence les tendances de propagation dans les pays touchés par la dernière épidémie de MVE, les facteurs favorables à l’épidémie, les tendances en matière d’accès à l’eau potable et à un minimum sanitaire au cours des 10 dernières années dans les pays cibles en utilisant l’indice WATSAN. Il résume les insuffisances dans l’accès à l’eau potable et au minimum sanitaire dans les pays cibles et expose les perspectives pour l’agenda de développement post 2015 et au-delà.

Conclusion

Le financement de la santé reste aujourd’hui l’un des principaux défis à relever par les pays africains afin d’améliorer l’état de santé de leur population. A ce sujet, la littérature reste assez controversée sur la contribution des dépenses publiques de santé à l’amélioration de la santé infantile dans les pays en développement, particulièrement en Afrique. Tandis que certaines études trouvent que les dépenses publiques de santé n’ont aucun effet significatif sur la mortalité infantile, d’autres auteurs ont montré que ces dépenses publiques de santé affectent négativement et de manière significative la mortalité infantile. Cet effet serait dépendant de la gouvernance selon un troisième groupe de travaux.

Toutefois, une gestion efficiente des dépenses publiques de santé serait d’un atout non négligeable dans la mesure où elle permettrait de mobiliser des fonds supplémentaires qui pourraient être utilisés afin de promouvoir la qualité des soins mais aussi l’accès des populations, en particulier des enfants, aux soins de santé. De ce fait, l’efficience des ressources publiques allouées au secteur de la santé permettrait d’améliorer la santé infantile dans les pays africains.

L’étude a pour objectif de réexaminer la relation entre les dépenses publiques de santé et la santé infantile au sein d’un échantillon de 62 pays africains couvrant la période 1995-2013. Nous considérons une nouvelle technique d’instrumentation utilisant des instruments fondés sur l’hétéroscédasticité dans l’échantillon. En outre, nous estimons l’effet d’une meilleure efficience des dépenses publiques de santé sur la santé infantile. Nous calculons ainsi des scores d’efficience à partir de la méthode d’enveloppement des données (DEA), en orientation output intégrant des rendements d’échelle variables. Deux outputs (les taux de couverture vaccinale contre le DPT et la rougeole) et un input (les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses de santé mises en commun) sont considérés.

Après une analyse de robustesse, nous trouvons que le financement de la santé basé sur les ressources publiques n’a pas d’effet significatif sur la mortalité infantile et infanto-juvénile. En revanche, l’efficience de ces dépenses publiques de santé contribue significativement à l’amélioration de la santé infantile. En effet, pour toute augmentation de 1% des scores d’efficience, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile baissent respectivement de 1.1‰ et 0.97‰. Ce résultat suggère que malgré le fait que l’insuffisance des ressources publiques soit un obstacle majeur à une meilleure santé pour les enfants, une priorité devrait être accordée au renforcement de l’efficience dans la gestion de ces ressources.
**PS 09/13**

**Atteindre la CMU en Sierra Léonne : La voie à suivre.**

*Tomas Lievens, OPM, tomas.lievens@opml.co.uk*

*Miss, Nouria. Brikci, OPM, nouria.brikci@opml.co.uk*

Le programme de gratuité des soins de santé (« Free Health Care Initiative » – FHCI) a été lancé en Avril 2010 par le Président de la Sierra Léonne en réponse aux forts taux de mortalité maternelle et infantile, qui étaient parmi les plus élevés au monde. Il vise à garantir des soins de santé gratuits pour les populations cibles, à savoir les femmes enceintes, les mères allaitant et les enfants de moins de cinq ans. L’ambition est d’atteindre jusqu’à 230.000 femmes enceintes, 230.000 mères qui allaient et 1 million d’enfants de moins de cinq ans chaque année, de sauver des vies et d’améliorer la santé de ces populations. Gouvernement de Sierra Léonne. Soins de santé gratuits pour les femmes enceintes, les mères allaitant et les enfants de moins de cinq ans en Sierra Léonne. Conférence de Novembre 2009. Le programme a été complété par sept offres d’interventions nouvelles dans le but de renforcer les services de santé afin qu’ils puissent répondre à la demande supplémentaire ainsi créée.

Cinq ans après son lancement, la question cruciale est de savoir s’il faut étendre la gratuité des soins à l’ensemble de la population. Est-il possible d’atteindre la CMU dans un pays aussi pauvre que la Sierra Léonne ? Cet article présente une analyse du contexte budgétaire pour la CMU en Sierra Léonne, analyse qui mettra en évidence les sources de financement supplémentaires et les améliorations techniques à rechercher pour que la CMU devienne une réalité dans le pays.
Session Parallèle 9 : Les services de santé communautaires

PS 09/14

Des volontaires de santé communautaires, comme médiateurs de l'accessibilité, de la réactivité et de la solidité du système de santé communautaire: les leçons du développement sanitaire de l'Armée de l’Éthiopie

Mirkuzie Woldie (MD, MPH), Department of Health Policy and Management, Jimma University, e-mail: mirkuzie@yahoo.com
Tesfamichael Alaro, Bitleya Admasu, Kirstin Mitchell, Susannah Mayhew, Martin McKee, Dina Balabanova

Contexte: Face à la pénurie chronique d’agents de santé, de nombreux pays pauvres ont investi dans la formation des Agents de Santé Communautaires pour étendre et améliorer les soins de santé des zones rurales. En Éthiopie, la stratégie des SSP est mise en œuvre par deux groupes distincts: les agents de vulgarisation sanitaire qui administrent des soins de santé de base dans les zones rurales appuyées par l’Armée de Développement Sanitaire (ADS) et un grand groupe polyvalent composé de personnes recrutées localement et des bénévoles communautaires formés. Majoritairement composés de femmes, l’ADS agit comme un intermédiaire entre la communauté et le système de santé formel. Son rôle consiste à mobiliser les communautés et à répondre à leurs préoccupations. Les ADS sont perçus comme étant des défenseurs essentiels de la vision du gouvernement pour la mise en œuvre des SSP solides, réactifs. Processus au cours duquel les communautés sont «producteurs de la santé».

Méthodologie: L’étude explore le rôle de l’ADS en Éthiopie et identifie les conditions qui leur permettent de maximiser leur potentiel afin d’améliorer l’accès aux soins et l’atteindre des objectifs du secteur de la santé. Les données ont été obtenues à partir de: 18 Focus groupes faites auprès des bénévoles de l’ADS, les dirigeants et les membres de la communauté dans 3 districts d’Oromia ayant des performances des systèmes différents; 39 entretiens auprès des personnes ressources des niveaux district, Zonal, régional et fédéral. L’analyse des documents de la politique et de la réglementation en comparaison avec la stratégie planifiée à la réalité de l’exécution sur le terrain, a été également faite.

Résultats: Les résultats préliminaires suggèrent que l’approche ADS a, avec succès engagé la communauté, identifié les goulots d’étranglement locaux qui entravent l’utilisation des services, et la mise à l’échelle des bonnes pratiques. L’ADS montre l’importance de l’amélioration de l’accès aux services de santé essentiels, administrés au niveau des villages et des ménages. Cela contribue à l’amélioration de l’état de santé, à l’établissement des technologies locales et à la duplication des stratégies. L’initiative a contribué à une forte réduction du taux d’accouchement à domicile de 74% (EDHS, 2014) à zéro suivant les zones. Le programme ADS a également favorisé l’engagement et la responsabilité communautaire dans l’amélioration de la santé et la prévention des maladies. Les défis de cette initiative, comprennent la formation et la mise en réseau des leaders de l’ADS, le faible niveau de compétences et d’expériences de ceux qui gèrent le processus de mise en œuvre de l’ADS, ainsi que l’échec des districts et du personnel de gestion du niveau de kebele dans la réalisation d’une supervision régulière de soutien.

Conclusions: L’étude suggère que les bénévoles communautaires peuvent soutenir des modèles de SSP participatifs, adaptés et de base pour améliorer l’accès et la résilience des services essentiels. Compte tenu de la nature des systèmes de santé en tant que contrats sociaux, les bénévoles de l’ADS sont bien placés pour promouvoir la confiance et établir un pont entre les communautés et l’administration des services. Cependant, des efforts ciblés devraient être mis en œuvre pour les former, soutenir et motiver, avec des attentes réalistes de leurs rôles, et les intégrer dans un cadre institutionnel unifié de Soins de Santé Primaire (SSP).

Mr. Aloysius Mutebi, Makerere University School Of Public Health, amutebi@hotmail.com

Contexte
Une coopérative d’épargne est un groupe qu’on peut former avec des voisins et des ami(e)s pour résoudre des problèmes financiers en épargnant, ensemble, de petits montants d’argent. Alors que la formation des groupes d’épargnes (SG) a été identifiée comme l’une des façons d’aider les ménages et individus à économiser au sein de la communauté, les coopératives d’épargnes fournissent l’accès aux services financiers, en particulier, dans les zones rurales. Ces zones ont de faibles capacités à épargner pour les soins de santé et l’investissement. Il a été observé que le fait de regrouper des coopératives d’épargnes, peut particulièrement changer, la vie financière des femmes et de leurs familles en agrandissant leurs choix financiers et en leurs offrant de nouvelles opportunités économiques et sociales.

Méthodologie
Notre étude a utilisé les agents de développement communautaires et les membres des équipes de santé du village pour mobiliser les membres de la communauté à rejoindre ou à former des coopératives d’épargnes. Les membres de ces groupes ont été formés pour épargner en vue de la création de richesse et en vue de la santé. Le compte de la santé a été séparé des épargnes générales du groupe et n’a été utilisé que sur des questions liées à la santé des familles respectives.

Résultats
Il a été noté dans les objectifs des interventions que le nombre de coopératives d’épargnes a plus que doublé, il est passé de 431 à 915 entre Septembre 2013 et Décembre 2016 en raison de la réussite de la mobilisation et la sensibilisation. Il a été également remarqué que certaines localités qui n’avaient pratiquement aucune coopérative d’épargne au début de l’étude, avaient à la fin de l’année 2016, au moins une coopérative dans chaque association locale. L’une d’entre elles avait au moins 15 adhérents. Sur 915 coopératives d’épargnes, 22% avaient au moins, un membre qui épargnait pour la SMN dans le groupe tandis que le reste, continuait à épargner à titre individuel ou familial.

Discussion
L’effort pour démarrer un compte de la santé dans toutes les coopératives d’épargnes a une réponse très positive, étant donné que l’étude n’a duré qu’un an. Une sensibilisation et supervision continue de ces coopératives, par des agents de développement communautaire, permettra de progresser vers une forme d’assurances maladies des zones rurales, où il n’y a aucun type formel d’assurance maladie.

Conclusions
Ces résultats témoignent que les communautés rurales peuvent adapter leurs coopératives en types d’assurances maladies. Celles-ci, ne nécessiteront aucun effort de bureaucratie, en termes de documents et de voyages allé et retour vers des villes. En formant les leaders de ces regroupements en gestion et en leadership, ces groupes peuvent bien gérer les épargnes de leurs adhérents.
PS 09/16

Les limites de la capacité des collectivités à gérer la mise en œuvre progressive du programme de santé communautaire au Ghana.
Roger A. Atinga, Irene Agyepong, Gilbert Abiiro, Patricia Akweongo, and Philip B. Adongo

*Department of Public Administration and Health Services Management, University of Ghana Business School

*Department of Health Policy Planning and Management, University of Ghana School of Public Health.

*Department of Planning and Management, University for Development Studies, Wa, Ghana

*Department of Public Administration and Health Services Management, University of Ghana Business School and Department of Health Policy Planning and Management, University of Ghana School of Public Health ayimbillah@yahoo.com

Contexte: Au cours de la dernière décennie, le Ghana a mis en œuvre une réforme de la politique nationale de santé primaire connue sous le nom de « Community-based Health Planning Service » (CHPS), initiative qui reflétait les principes de Alma-Ata en matière de soins de santé primaire. Renforcer la capacité des communautés pour qu’elles puissent participer activement et gérer le programme est important pour son implantation progressive. Pour le moment, nous savons peu de choses sur la capacité des populations pauvres et des communautés périphériques à participer activement et à gérer le CHPS et en tirer le maximum de bénéfices. Inspirés par le cadre défini par Simmons (2011) sur les capacités des communautés, nous avons évalué les limites de la communauté à fournir un leadership social, économique et à s’impliquer volontairement dans l’implantation progressive du CHPS.


Résultats: Nous avons constaté que le leadership local était assez efficace dans la capacité à motiver les autres, mobiliser des ressources et montrer la voie dans la mise en œuvre. Ces dirigeants ont également défini un cadre pour la gestion de la participation et des contributions de tous. Par contre, des différends entre leaders communautaires ont pollué l’esprit de la participation communautaire dans la gestion du programme. Les communautés ont également démontré une forte capacité sociale à participer et à gérer le programme. Cette force sociale est basée sur la création d’associations dont la capacité de mobilisation de ressources humaines à grandement contribué à susciter une volonté de participation et d’implication dans la gestion du programme. Les énergies pro-sociales, individuelles et collectives, qui constituaient des atouts dans l’implantation ont eu tendance à faiblir. Une partie des membres de la communauté attendait une rémunération matérielle pour contribuer volontairement à la mise en œuvre du CHPS. De plus, les communautés étaient économiquement faibles et donc n’avaient pas de ressources matérielles à investir dans l’implantation progressive du programme. Par conséquent, ils ont préféré que les autorités sanitaires jouent un rôle de premier plan dans la fourniture de ressources financières pour faciliter la mise en œuvre.

Conclusion : Ce constat devrait attirer l’attention des décideurs politiques sur la nécessité de développer des stratégies plus subtiles pour renforcer les capacités des communautés à davantage s’impliquer dans l’implantation et la gestion du CHPS. Une collaboration plus étroite entre la politique communautaire et la bureaucratie est donc nécessaire pour corriger le faible impact des communautés.
Étude de la décision de souscrire pour une micro-assurance santé au Malawi rural.

Gilbert Abotisem Abiiro, Department of Planning and Management, Faculty of Planning and Land Management, University for Development Studies, Ghana
Aleksandra Torbica, Department for Policy Analysis and Public Management, Bocconi University, Italy,
Kassim Kwalamasa, Research for Equity and Community Health Trust (REACH Trust), Malawi
Manuela De Allegri, Institute of Public Health University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

Contexte: Le phénomène qui pousse les membres de la communauté à souscrire pour les micro-assurances santé en Afrique subsaharienne est encore assez mal compris. Par une expérience de sondage discret, nous avons évalué les tendances de la communauté vers les bénéfices éventuels d’un régime de micro-assurance santé, visant à combler les lacunes de la couverture sanitaire dans le système de santé du Malawi.

Méthodes: Une étude qualitative a conduit à l’identification de six caractéristiques (et attributs-niveaux): l’entité où l’on souscrit, la structure de gestion, les prestations proposées, les niveaux de paiement conjoint, la prise en charge du transport, et la prime mensuelle par personne. A partir de ces caractéristiques, nous avons construit un questionnaire de sondage discret comprenant dix-huit ensembles de choix, chacun avec deux alternatives de micro-assurance et la possibilité de s’abstenir, en utilisant le logiciel Ngene. A l’aide d’images, des enquêteurs formés ont administré les questionnaires aux chefs de famille et leur conjointe (s) dans 504 ménages cibles, situés dans deux districts ruraux. La décision de souscrire en Malawi Kwacha (MWK) (1 $ US ≈ 417 MWK) pour chaque volet de la micro-assurance a été estimé à partir de modèles de logit conditionnel et de logit séquentiel calculés avec STATA12, en utilisant la méthode DELTA.

Résultats: Tous les niveaux de souscription à une micro-assurance, sauf en cas de gestion par une ONG, ont influencé de manière significative la décision de souscrire (P <0,05). Les répondants étaient prêts à payer les primes les plus élevées pour un régime qui couvrira tous les frais de transport (813,95 MWK), suivi d’un package complet de services de santé (672,11 MWK), d’un package intermédiaire (431,40 MWK), du transport d’urgence (410,35 MWK), qui caractérise la famille nucléaire de base comme unité d’inscription (258,72), sans paiement conjoint (223,57 MWK), qui caractérise l’ensemble de la famille élargie en tant qu’unité d’inscription (189,71 MWK), et pour un paiement conjoint de 25% seulement (183,02 MWK). Par contre les répondants n’étaient pas prêts à souscrire quand le régime définissait l’individu comme unité d’inscription, lorsqu’il était géré par des membres de la communauté, qu’il offrait un package minimal ne prenant en charge que les médicaments, que le paiement conjoint allait jusqu’à 50%, ou qu’il ne couvrait aucun frais de transport.

Conclusion: Le nombre de souscriptions relativement élevé pour une micro-assurance (services de transport et de santé) reflète les écarts dans le système de santé du Malawi, d’où la nécessité de comprendre les préférences communautaires pour la conception de réformes appropriées vers la Couverture Maladie Universelle.
**PS 09/18**

**Efficacité de la Radio Communautaire dans la promotion et la diffusion d’informations instantanées sur les politiques de santé pour la réalisation de l’ODD 3 en Afrique d’ici 2030.**

*Wilson Okaka, Kyambogo University, Faculty of Education, P.O.Box 1, Kyambogo, Kampala, (Uganda) Tel: +256782588846. Email: nupap2000@yahoo.com*

**But et objectifs:** La radio communautaire (RC) est très efficace quant au rôle qu’elle joue dans la mise en œuvre de la politique de santé nationale pour la réalisation du troisième Objectif de Développement Durable (ODD 3) visant l’accès universel aux soins de santé en Ouganda et au niveau sous régional. Nos objectifs sont les suivants: Discuter du rôle de la radio communautaire dans la promotion des objectifs et des stratégies de la politique nationale de santé; Discuter de l’égalité des sexes et de l’autonomisation des femmes pour les pratiques de santé publique durable; et Expliquer l’efficacité de la RC dans la mise en œuvre des réformes politiques nationales et régionales en mettant l’accent sur les résultats vers une couverture nationale minimale en Afrique d’ici 2030.

**Méthodes:** Cette étude a utilisé les émissions de la radio communautaire (RC) sur les meilleures pratiques agricoles et les systèmes alimentaires pour atteindre le deuxième Objectif de Développement Durable (ODD 2). Des données supplémentaires ont été sollicitées auprès des organismes nationaux, régionaux et internationaux. Dans le processus de recherche, nous avons cherché des documents sur l’efficacité des campagnes de communication sur les réformes des politiques nationales de santé dans le but de garantir une meilleure santé pour tous. Dans un premier temps, les documents recueillis ont été analysés en fonction de leur pertinence et, dans certains cas, ont été utilisés pour approfondir la recherche en utilisant des références spécifiques qui ont aidé dans la recherche de sources de données primaires. Enfin, les informations récupérées ont été compilées pour les besoins de cette présentation.

**Constats:** Les stations de radio communautaire sont essentielles pour une diffusion rapide de l’information sur les innovations de la politique de santé. La radio communautaire est le meilleur canal, parmi tous les médias communautaires, pour la communication sur la politique de santé. Les RC sont encore trop peu nombreuses pour créer le changement ou l’impact souhaité. Par contre, il faut noter, entre autres, la faiblesse des institutions pour ce qui est de garantir des systèmes de santé et des politiques fonctionnels, la faiblesse des investissements, le manque de matériel, le peu de motivation du personnel et les ingérences excessives des agents de l’état. Les états africains sont confrontés à un manque chronique de RC pour créer, développer et maintenir une bonne sensibilisation du public par rapport aux réformes des systèmes de santé.

**Conclusion (s):** Des réformes bien pensées des politiques de santé sont absolument nécessaires pour assurer une couverture sanitaire efficace et améliorer la planification stratégique, la gouvernance, le leadership, la budgétisation ou le financement et les modes de gestion. Des stratégies efficaces de diffusion de l’information sur les politiques de santé joueraient un rôle majeur dans le renforcement, le développement et le maintien de la sensibilisation et de l’éducation de tous pour une attitude positive sur les questions de santé et un changement des comportements. Les campagnes de sensibilisation du public devraient être participatives, durables, bien fondées, multi genre, suivies et évaluées si nous voulons faire des progrès dans la réalisation de l’ODD 3 en Afrique. Bien plus encore, l’Afrique a besoin de se faire une place ou de consolider sa position dans le renforcement de la collaboration Nord-Sud, l’élaboration de politiques de santé, le financement, le renforcement des capacités, la pratique éthique, les échanges et le transfert de technologie.

**Mots clés:** Afrique, santé, ODD 3, partenariat Nord-Sud, recherche sur les politiques de santé, radio.
Présentations Posters
**Communication Conjuguale et Comportement de Contraception au Cameroun: une analyse basée sur Les Couples**

Mbella Mbella Cedric Stephane, Ministry of Economy, Planning and Regional Development (Cameroon), Department of Analysis and Economic Policies, cdricmbella@yahoo.fr
Yakam Yemtchoua Willy Adrien, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (CARE-IFA/IFORD), yakamwilly@yahoo.fr

**Contexte :** Malgré la diminution du nombre de femmes qui meurent suite à des complications de la grossesse et pendant l'accouchement, passant à près de 50%, sur une estimation de 523 000 morts en 1990 à 289 000 en 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait, en 2013, que près de 800 femmes meurent chaque jour pour des causes de maternité. La quasi-totalité de ces décès (99%), se produit dans les pays en développement (OMS, 2014).

La planification familiale (PF), un élément clé de la santé de la reproduction, peut aider à réduire la mortalité maternelle par la prévention des grossesses, non désirées, et des décès liés à l'avortement. Cependant, dans les pays en développement, la PF, demeure une véritable préoccupation pour de nombreux couples et le taux de prévalence contraceptive est encore bas. Selon le Bureau de Reference pour la Population (PRB), le taux de prévalence contraceptive (TPC) chez les femmes mariées dans les pays moins avancés était d'environ 34% en 2013, alors que cette proportion était respectivement d'environ 72% et 26% dans les pays développés et les pays d’Afrique subsaharienne, (PRB, 2013).

Au Cameroun, le nombre de décès dû à des complications liées à la maternité, est passé de 669 en 2004 à 782 pour 100 000 naissances vivantes en 2011. Le TPC (Taux de prévoyance Contraceptive) chez les femmes vivant en couple, a augmenté entre 1991 et 2004 de 16% à 26%, mais il y a un contraste en 2011, avec une baisse de 23% (EDS-MICS 2011). En outre, 24% des femmes en union ont eu un besoin non satisfait de planification familiale en 2011 alors que cette proportion était de 22% en 1991.

**Questions de Recherche :** Dans la littérature, il est prouvé que la communication conjugale basée sur la PF, a une grande influence dans le processus de prise de décision des couples pour l'adoption d'une mesure de PF donnée. Cependant, dans les cultures dominées par les hommes, l'on pense qu'il est inutile pour les hommes de discuter de la planification familiale sous l'angle de la procréation et la contraception, car ce sont des questions supposées réservées aux femmes (Islam et al, 2010; Becker, 1996). Au Cameroun, 53% des femmes en union (mariées ou concubinages) n'ont jamais discuté de PF avec leurs partenaires (EDS-MICS, 2011). Cette étude a tenté de répondre à deux questions précises: quel est l'effet de la communication conjugale basée sur la PF, sur la pratique contraceptive des couples au Cameroun? et quel est l'effet de cette communication conjugale sur les intentions futures des couples d'utiliser des contraceptifs au Cameroun?

**Méthodologies :** Cette étude a utilisé une base de données sur les couples provenant de l'édition 2011 de l'Enquête démographique et de Santé du Cameroun, combiné avec les enquêtes Clusters sur les Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2011) établies par l'Institut National de la Statistique du Cameroun. Les données de l'EDS-MICS sont issues d'une enquête dont l'échantillonnage est représentatif de deux volets et d'envergure nationale, couvrant toutes les dix régions administratives et les deux plus grandes villes Yaoundé et de Douala, considérées comme des régions phares. L'enquête a recueilli des données sur la démographie, l'accès aux services sociaux, le statut socio-économique, la dynamique familiale, la connaissance et pratique de la planification familiale. La base de données des couples a été générée en reliant, les conjoints de l'ensemble de la base de données des hommes constituée d'un échantillon de 3000 hommes actuellement en union (mariés ou en concubinages). Ces derniers sont âgés de 15-59 ans, celle des femmes, a un échantillon de 9805 femmes mariées ou en concubinages âgés 15-49 ans. Au sein d’un ménage, nous avons relié l’homme qui est identifié comme le chef de ménage avec la femme qui est...
identifiée comme son épouse; cela a abouti à un maximum d'un couple par ménage. Ainsi, notre échantillon est-t’ elle, de 2973 couples.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l’aide des logiciels SPSS v17 et Stata 12. Les tests de Khi carrés et les modèles logistiques binaires ont été utilisés pour analyser les associations entre la discussion conjugale sur la planification familiale et les variables dépendantes (utilisation de la contraception et l’intention future d’utilisation de contraceptifs). Nous avons créé quatre modèles multivariés: Le premier comprenait seulement notre principale variable indépendante, le deuxième regroupait les variables d’interactions conjugales, la troisième comprenait les caractéristiques individuelles et la quatrième représentait les caractéristiques du niveau communautaire.

**Résultats :** Le pourcentage de couples utilisant actuellement des contraceptifs est de 19,34% et environ 56% de couples n’ayant jamais discuté de la planification familiale. L’analyse bivariée, montre une forte association entre la communication conjugale au sujet de la PF et l’utilisation de contraceptifs au sein du couple; seulement 10,7% des couples n’ayant jamais discuté de la FP, utilisent les contraceptifs alors que cette proportion est de 33,7% au sein des couples qui en discutent parfois / souvent. Les analyses multivariées montrent, une forte influence positive de la communication entre mari et femme au sujet de la planification familiale, sur l’utilisation des contraceptifs et leurs intentions futures d’en utiliser. Les conjoints sont moins susceptibles d’utiliser des contraceptifs lorsqu’ils n’ont jamais discuté de la planification familiale par rapport à ceux qui en ont discuté une ou deux fois (OR = 2,38; 99%), ou par rapport à ceux qui en discutent parfois ou souvent (OR = 3,18; 99%). En outre, parmi les couples qui n’utilisent pas en ce moment la contraception, ceux qui en ont au moins discuté une ou deux fois de la PF, étaient plus susceptibles de prétendre de pratiquer la contraception que ceux qui n’en n’ont jamais discuté (OR = 2,17; 99%). De même, les couples qui discutent parfois ou souvent de la FP, étaient plus susceptibles de pratiquer la contraception un jour, par rapport aux couples au sein desquels il n’y a pas de discussion (OR = 2,23; 99%). Cette étude a également montré que d’autres facteurs tels que l’autonomie des femmes, le désir du couple d’avoir un autre enfant, le nombre d’enfants vivants (tel que rapporté par la femme), la religion et l’indice de richesse du ménage, influencent actuellement l’utilisation des contraceptifs dans les couples, tandis que le désir de couple d’avoir un autre enfant, le nombre de les enfants vivant (tel que rapporté par la femme), la religion, le niveau d’éducation du couple et l’indice richesse des ménages influencent positivement l’intention future du couple d’utiliser des contraceptifs.

**Conclusion :** Les questions de planifications familiales restent d’actualité dans les pays en développement dont le taux global de fécondité est encore élevé. Il a été prouvé que la PF peut, aider à éviter la morbidité et la mortalité maternelle et infantile puis contribuer au bien-être de la population et participer au développement économique. La connaissance des principaux facteurs déterminants expliquant l’opposition des couples aux méthodes contraceptives, est déterminante pour les politiques publiques des pays à bas revenus ou à revenus intermédiaires tel que le Cameroun. Dans ces pays, la santé maternelle est globalement alarmante. Par ailleurs, la connaissance des facteurs influençant le processus décisionnel des couples par rapport à la PF, sera une importante contribution aux programmes de PF des pays tels que le Cameroun, qui jusqu’à présent, n’ont pas atteint les résultats escomptés. Plusieurs études ont été menées au Cameroun, pour montrer le dynamisme de l’adoption de la planification familiale, mais ces études sont généralement portées sur les déterminants de l’utilisation des contraceptifs par les femmes. Des études mettant en évidence l’influence du mari dans la prise de décision concernant la taille de la famille et l’adoption de la planification familiale sont peu nombreuses et moins récentes. En outre, jusqu’à présent, aucune étude au Cameroun utilisant une base de données des couples, ne s’est penchée sur l’interaction entre la communication conjugale sur la PF et les comportements liés à l’utilisation des contraceptifs des couples. Cette étude, contribue par conséquent, à la littérature sur la PF au Cameroun. Les résultats de cette étude pourraient aider les décideurs à reformuler les programmes de PF, en mettant l’accent sur l’implication des hommes dans leur communication avec leur conjointe sur la PF. Cette question semble nécessaire pour l’amélioration de la santé des femmes aussi bien au niveau des ménages qu’au niveau national.
PT 01/2

Participation des citoyens à la mise œuvre des politiques: Évaluation de la responsabilité sociale dans le programme de gratuité des soins maternelle et infantile au Nigeria.

Daniel Ogbuabor, Department of Health Administration and Management, University of Nigeria, daniel.ogbuabor.104908@unn.edu.ng

Contexte : Bien que l’orientation communautaire des systèmes de santé soit importante, des études ont prouvées que dans les pays à faibles revenus, les initiatives basées sur la responsabilité sociale ou communautaire pour la mise en œuvre des politiques de financement de la santé, sont encore limitées. Cette étude cherche à savoir, comment les initiatives basées sur la responsabilité communautaire ont facilité ou freiné la mise en œuvre les programmes de soins gratuits pour la mère et l’enfant au Nigeria

Méthodologie : Une évaluation qualitative et réaliste, utilisant une approche empirique a été adoptée. Plusieurs méthodes de collecte, telles que les entretiens individuels auprès, des décideurs politiques (n=16), prestataires (n=16), et membres des comités des structures de santé (n=4); puis des focus groupes (n=4); et des revues documentaires (n=14) ont été utilisées. Les données étaient analysées utilisant l’analyse à comparution constante.

Résultats : Il ressort que les comités de santé des structures sanitaires, sont des initiatives dans lesquelles le principe de la responsabilité sociale est dominant. La performance des programmes de gratuités des soins maternelles et infantiles est influencée par le mode de fonctionnement de ces comités de santé. Ces comités sont composés de (sages des villages, relais communautaires, représentant du gouvernement, rapporteur du gouvernement ou superviseur général). Leur fonctionnement dépend des ressources, des attitudes et cultures des acteurs. Des alliances existent entre les comités de santé mais elles sont inefficaces. Les boîtes à suggestions et les chartes de services sont presque qu’inexistants à cause de la faible adoption d’idées nouvelles par les prestataires. La prédominance de la culture des plaintes verbales chez les utilisateurs des services, peut également expliquée ce fait.

Conclusions : La résolution des questions de responsabilité sociale ou communautaire, est nécessaire dans les politiques d’exemptions au Nigeria et dans certains pays pauvres.
Les Décisions de Fertilité sur survie de l'enfant et sur les résultats de la santé au Ghana.

Eric Arthur, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, earthur3@gmail.com.
Alfred Kechia Mukong, Postdoctoral Research Fellow, School of Economics, University of Cape Town, Rondebosch 7701. kchmuk001@myuct.ac.za

Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile de 500 pour 100.000 et 128 pour 1.000 naissances sont au centre des préoccupations des politiques de santé et de la recherche. Ils sont souvent causés par une inégalité dans l'utilisation des services de santé maternelle et infantile au Nigéria. Bien que les rapports existants aient fourni des éléments déterminants quant à l'utilisation des soins de santé maternelle et infantile, les inégalités, surtout en ce qui concerne la santé maternelle, n’ont pas retenu suffisamment d’attention. Cette étude a donc cherché à examiner l’inégalité horizontale dans l’utilisation des soins de santé maternelle au Nigéria. Un indice de concentration standard et des courbes de concentration ont été utilisés pour construire le profil de l’inégalité horizontale dans l’utilisation des soins de santé pour les mamans. Les soins de santé maternelle ont été mesurés par les consultations prénatales et les accouchements qualifiés. Les données proviennent de quatre ensembles du « Nigeria Demographic and Health Survey » (NDHS) qui comprennent respectivement 1999, 2003, 2008 et 2013. La courbe de concentration pour les consultations prénatales et les accouchements qualifiés a révélé un indice de l’inégalité horizontale positif de 0,26 à 0,37 et de 0,32 à 0,48 entre 1999 et 2013, indiquant une inégalité en faveur des riches dans l’utilisation, avec un indice de concentration normalisé en rapport avec le besoin total variant de 0.001 à 0.002 et de -0.03 à -0.02, tandis que le non-besoin variait de 0.26 à 0.37 et de 0.189 à 0.30. La richesse et l’éducation ont été les principaux facteurs d’inégalité dans l’utilisation des soins de santé maternelle au Nigeria. De ce fait, des programmes de renforcement et d’amélioration du niveau d’éducation contribueront à augmenter l’utilisation des soins de santé maternelle et donc à réduire la mortalité.

Mots-clés: soin prénatal, accouchement qualifié, inégalité horizontale, Utilisation, soins de santé maternelle, Nigéria.

Rifkatu Nghargbu1, Olanrewaju Olaniyan2, Akanni O.Lawanson3
Department of Economics, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria., rifnghargbu@gmail.com1 lanreolaniyan@yahoo.co.uk2, aolawanson@yahoo.com3
Rifkatu Nghargbu1, Department of Economics, Usmanu Danfodiyo University Sokoto, Sokoto, Nigeria, Email: rifnghargbu@gmail.com1

Conférence AFHEA (Rabat 2016) – Session Poster 1
**Nutrition et santé publique : contribution à l’étude de la carence iodée chez la population de la région orientale du Maroc**

Ikram Azzakhnini, El Hassan Talbi et Abdesselam Abdelouas

azzakhninikram@yahoo.fr, Faculté des Sciences/Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc
Abdesselam.Abdelouas@subatech.in2p3.fr, SUBATECH/ Ecole des Mines de Nantes, France.


Une étude réalisée sur la métrologie de l’iode dans la région Orientale du Maroc et la disponibilité de ce micronutriments pour la consommation, a permis de mettre en évidence la présence de carences en iode chez les populations de certaines zones de cette région. L’étude a été réalisée suite à la mi évidence d’un excès de cas de goître dans certaines zones de la région, en se basant sur les données statistiques fournies par l’hôpital régional Al Farabi.

L’apport journalier en iode a été estimé en se basant sur le bilan alimentaire des femmes habitant dans l’une des zones ciblées. Ainsi, le régime alimentaire a été étudié à l’aide d’une enquête impliquant un échantillon de 25 femmes de la ville d’El Ayoun. En prenant en compte leur régime alimentaire et les teneurs en iode dans les produits les plus consommés, l’apport en iode assuré par l’alimentation a été calculé. Le résultat obtenu montre que l’apport journalier en iode assuré par l’alimentation reste inférieur à la quantité recommandée par l’OMS (150µg/jour pour un adulte). L’apport faible en iode s’expliquerait par le fait que les concentrations en iode dans les céréales et l’eau, qui sont des composants essentiels de l’alimentation des populations, sont très faibles. Alors que, la consommation des aliments riches en iode comme le lait et les autres produits laitiers, reste très limitée. Par ailleurs, il faut souligner que le sel iodé, qui devrait être utilisé pour lutter contre la carence iodée, ne contient pas assez d’iode.

Parallèlement, l’analyse de l’iode urinaire (IU) d’une centaine de jeunes filles d’âge scolaire a été réalisée pour vérifier si le manque d’iode calculé se traduit réellement par des carences en iode chez les populations. Après le prélèvement des échantillons au Maroc, les analyses des teneurs en iode ont été faites à l’aide de l’ICP-MS au Laboratoire SUBATECH de l’École des Mines de Nantes. Le résultat indique une déficience en iode chez 65% des cas étudiés. Ce résultat explose l’excès de cas de goître dans les zones étudiées ; Ce qui souligne la nécessité d’une mise à jour des données concernant la carence iodée dans la région.

**Mots-Clés :** goître, iode, carence iodée, iode urinaire, Oriental marocain.
Déterminants démographiques et modèles d'utilisation de la contraception chez les femmes dans le Nord-Est du Nigéria.

RAJI Sakiru Olarotimi, Department of Sociology, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria, walerajee@gmail.com.

Notre étude a examiné les modèles d'utilisation de la contraception chez les femmes rurales dans le Nord-Est du Nigeria. Par une méthode d'analyse multi variée, nous avons utilisé l'ensemble des données de 2013 du NDHS. Sur un total de 6 630 répondants, le résultat de l'analyse a révélé que les facteurs démographiques tels que l'âge, l'âge au premier mariage, la religion et le statut socio-économique des personnes interrogées ont une grande influence sur l'utilisation de la contraception dans cette région du pays. L'étude en a conclu que les efforts doivent être orientés vers l'éducation de masse des petites filles de cette région où le niveau de sensibilisation sur l'utilisation des contraceptifs et d'autres comportements de fécondité chez les femmes est au plus bas. Il est donc recommandé, pour stopper l'augmentation persistante de la population dans la région la moins développée et la plus peuplée du pays, qu'une plus grande attention soit accordée à l'utilisation de la contraception et le développement de programmes de sensibilisation communautaires, ce qui aiderait à améliorer les conditions de vie de plus de 40 millions de Nigérians.
Cette étude a pour objectif d'examiner la relation entre les caractéristiques de la mère et l'état nutritionnel de long terme de l'enfant de moins de cinq ans au Burkina Faso en utilisant les données DHS-MICS IV de 2010. Plus spécifiquement, l'étude analyse l'impact de l'éducation maternelle sur la taille-pour-âge de l'enfant. En vue de prendre en compte l'endogénéité de l'éducation maternelle, la présente étude fait recours aux variables d'interaction afin de déterminer la présence d'effet direct et indirect de l'éducation maternelle. Les régressions par les moindres carrés ordinaires (MCO) et les effets fixes ont permis de déterminer les variables par lesquelles l'éducation maternelle affecte la santé nutritionnelle de l'enfant.

Tout d'abord, les résultats par les MCO montrent que l'éducation maternelle est fortement liée à la connaissance en santé de la mère et aussi à sa participation aux prises de décisions au sein du ménage. Ensuite, les régressions par les effets fixes montrent que l'éducation de la mère n'a pas d'effet direct sur la croissance de l'enfant. Les résultats montrent ainsi que l'accès à l'information à travers la télévision, la participation aux prises de décision dans les dépenses du ménage et l'accès à l'eau potable sont les voies par lesquelles l'éducation de la mère affecte la taille-pour-âge de l'enfant. L'interaction a également permis de montrer que l'accès à la télévision et la participation aux prises de décision dans les dépenses du ménage sont des facteurs complémentaires à l'éducation maternelle tandis que l'accès à l'eau potable en est substituable. L'accès à l'eau potable améliore les conditions d'hygiène du ménage et permet d'éviter la diarrhée chez l'enfant. La mère éduquée qui regarde la télévision bénéficie de bonnes informations et de programmes de sensibilisation pour compléter ses connaissances acquises à travers l'éducation. Lorsque la mère éduquée participe aux prises de décision pour les dépenses du ménage, elle peut influencer les dépenses sur les biens de consommation, ce qui contribue au bien être des membres du ménage. Enfin, la taille de la mère et l'indice de richesse du ménage améliorent l'état nutritionnel de l'enfant.

Au regard de ces résultats, des actions doivent être menées : améliorer l'accès des jeunes filles et des femmes aux médias et l'accès de la communauté à l'eau potable. Cela passe par une inclusion du volet santé dans les programmes scolaires et lors des sessions d'alphabétisation des femmes particulièrement dans les zones rurales.

Mots-clés: éducation maternelle, état nutritionnel, taille-pour-âge, effets fixes, Burkina Faso.

Classification JEL : I12, C51, O15
**Poster sessions 2**

**PT 02/1**

*Coût social de la transmission Mère - Enfant du VIH / SIDA en Ethiopie : Paramètres de la forte prévalence du VIH en milieu urbain comparativement au milieu rural.*

*Elias Asfaw, Josue Mbonigaba, Sylvia Kayes, Benjamin John*

**Contexte:** Le calcul des coûts sociaux joue un rôle important dans la conception de programmes et de politiques de santé. De plus, il favorise les efforts pour éradiquer les infections au VIH et pour atteindre une Couverture Maladie Universelle. Cependant, dans les pays à faible revenu, comme l’Ethiopie, les systèmes de santé n’ont jamais pu produire assez de données sur les coûts, sur les patients et les perspectives sociales. Cette étude évalue le coût social de la transmission Mère-Enfant du VIH / SIDA à travers la prévalence hétérogène du VIH (haut / bas) suivant le contexte et urbain ou rural.

**Méthodes:** Le coût du système de soins de santé, les frais médicaux directs et les dépenses non médicales directes des patients ont été considérés pris en compte pour dresser une perspective sociétale. Les barèmes de coûts des prestataires de soins de santé été recueillis auprès de douze structures de santé en Ethiopie. Six d’entre elles ayant la plus forte prévalence du VIH chez les femmes enceintes (8,1% à 17,3%) ont été choisies en milieu urbain, et six autres, avec le taux de prévalence le plus faible (0,0% à 0,1%) ont été localisées en zone rurale. Dans le même temps, les données de coût pour les patients ont été recueillies auprès de 85 femmes enceintes et séropositives, qui fréquentent les structures de santé ciblées, 17 groupes de soutien aux mères et 12 professionnels de la santé. Le coût unitaire annuel par femme enceinte et leur bébé a été enregistré en 2014 comme année de base, réajusté à 3% du taux d’inflation.

**Constats:** Le coût social annuel par femme enceinte et leur bébé étaient de 5.832,80 ETB (296.53 $US) dans les zones rurales à faible prévalence du VIH, et 24.054,56 ETB (1.222.88 $US) dans les milieux urbains où la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée. Les soins de santé représentaient 74% et 90% du coût unitaire respectivement. Les frais médicaux et non médicaux directs ont contribué pour 7% et 17% du coût annuel. À l’échelle nationale, dans les régions rurales à faible prévalence du VIH et une couverture de 57%, le coût social global était de 3,35 millions de dollars. Dans un contexte de forte prévalence du VIH en milieu urbain, la société a dépensé 7,3 millions de dollars dans l’année de base. Pour la Couverture Maladie Universelle dont les objectifs sont de fournir des soins de santé à tous ceux qui en ont besoin, la société dépensait 5,88 millions $US en milieu rural avec une faible prévalence du VIH et 12,82 millions $US en milieu urbain avec une forte prévalence du VIH.

**Conclusion:** Le coût unitaire pour la société variait suivant l’hétérogénéité du contexte (urbain ou rural). La société urbaine où la prévalence du VIH est forte dépensait beaucoup plus que la société rurale où la prévalence du VIH est faible. Dans la mouvance actuelle d’éradiquer toute nouvelle infection au VIH, il est plus que nécessaire d’analyser de façon plus large les perspectives sociales quant aux coûts, dans le but d’influencer les décisions en matière de santé publique mais aussi de mener une étude « efficacité du coût » fiable.
**PT 02/2**


*Elias Asfaw, Josue Mobnigaba, Sylvia Kayes, Benjamin John.*

**Contexte:** Même si les évidences sur les coûts locaux sont pertinentes pour la planification des soins de santé, la budgétisation et l’analyse coût-efficacité, elles sont encore rares en Éthiopie. Cette étude évalue le coût de la PTME du VIH / SIDA suivant des facteurs hétérogènes de prévalence (haute / basse) et de contexte socio-économique (urbain / rural).

**Méthodes:** Un total de douze structures de santé sur six régions (Amhara, South Nations and Nationality Peoples (SNNP), Harrar, Dire Dawa, Oromia et Addis-Abeba) ont été volontairement choisies à partir du dernier rapport sur la prévalence du VIH publié en 2012 par l’ANC (EPHI, 2014). Les six structures dont la prévalence du VIH était la plus élevée (8,1% à 17,3%) ont été choisies en milieu urbain et les six autres, avec le plus faible taux de prévalence (0,0% à 0,1%), en milieu rural. Nous avons appliqué une approche de micro-coûts pour identifier, mesurer évaluer la valeur des ressources utilisées pour la fourniture de services complets de PTME. L’analyse a été effectuée à travers différentes offres de services de PTME et diverses catégories de ressources. Nous avons également estimé le coût national de la PTME en milieu urbain et rural. Nous avons appliqué un taux d’actualisation de 3%, et l’inflation ajustée à l’année de base (2014).


**Conclusion:** L’analyse révèle que la ressource utilisée pour les packages de services de PTME variait suivant les structures de santé et les paramètres de prévalence du VIH. Fournir des services de PTME coûte plus cher aux structures de santé urbaines où la prévalence est élevée, comparativement aux structures des zones rurales. Le calcul des coûts spécifiques au contexte est essentiel pour fournir des évidences pertinentes pour la gestion des services de santé au niveau local et l’établissement de priorités.

Laar AS and Dalinjong PA

1 Kybele/Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Greater Accra Region.
2 Navrongo Health Research Centre, Navrongo, Upper East Region, Ghana.

Contexte: L’Option B + est une nouvelle approche recommandée par l’Organisation Mondiale de la Santé pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Elle veut que toutes les femmes séropositives, enceintes et allaitant initient un traitement antirétroviral continu (ART). Les directives de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au Ghana sont que toutes les femmes séropositives enceintes soient soumises à une série d’interventions, y compris des conseils de routine lors des consultations prénatales et le dépistage du VIH, la fourniture d’antirétroviraux / traitement approprié (ARV / ART) pour les mères et les nouveau-nés, et le soutien pour les options et les habitudes alimentaires plus appropriées pour le nourrisson. Le potentiel de la PTME pour l’éradication de la transmission Mère-Enfant et améliorer la survie et la santé des nouveau-nés est largement reconnu au Ghana. Cependant, les facteurs qui influent sur sa mise en œuvre par les prestataires de santé n’ont pas encore été analysés. Cette étude a évalué les facteurs du système de santé qui affectent la fourniture de services de PTME et les répercussions sur la prestation de services de qualité.

Méthodes et Ressources: Nous avons adopté une approche de recherche qualitative. Les données ont été obtenues à travers des entretiens approfondis avec 7 acteurs principaux et 2 discussions de groupe avec des prestataires de soins de santé offrant des services de PTME dans un hôpital urbain du Ghana. Les données ont été analysées suivant une approche thématique.

Résultats: Des efforts conséquents ont été faits à grande échelle pour une bonne connaissance et une meilleure compréhension de la transmission mère / enfant et des directives de la PTME par les prestataires. Cependant, des facteurs individuels et de systèmes de santé tels que le manque de véhicules pour l’accompagnement et le suivi des patients, l’approvisionnement insuffisant en médicaments ARV, le manque de formations de recyclage pour les prestataires de santé, l’incompétence des agents médicaux, l’espace de travail inadéquat, le manque d’intimité, le manque de personnel infirmier et de conseillers, les relations personnel / patients conflictuelles et le manque de compassion des prestataires ont été identifiés comme facteurs défavorables affectant les services de PTME.

Conclusion: L’option B + est très prometteuse pour ce qui est d’améliorer la vie et la santé des femmes infectées par le VIH et leurs enfants. Les programmes visant à accroître l’accès aux services de PTME et la continuité des ART doivent tenir compte des facteurs individuels et contextuels pour une éradication plus efficace de la transmission mère / enfant du VIH.

Mots clés: Prévention de la transmission mère / enfant du VIH, Option B +, prestataires de soins de santé, système de santé, Ghana.
Niveaux élevés de Sélénium dans les nourritures des communautés à fort taux de prévalence en VIH de type 1, cas de Pala dans le District de Bondo au Kenya.

S.B.Otieno*, F.Were, EW Kabiru, K.Waza

1 Department of Public Health, Kenyatta University
2 Department of Pediatrics, School of Medicine University Of Nairobi
3 Department of Health System Management, Kenya Methodist University
4 Kenneth Kaunda Children of Africa Foundation, Lusaka Zambia
*Corresponding author; samwelbotieno@yahoo.com

Introduction: Une enquête sur les habitudes alimentaires et les niveaux de sélénium dans les régimes alimentaires des répondants a été réalisée dans Pala Sous-location.

Méthodologie: Dans cette étude, un total de 386 répondants sélectionnés au hasard a été interrogé dans quatre villages de la localité et 17 aliments couramment consommés ont été échantillonnés. Les données ont été codées et analysées par SPSS pendant que les niveaux de sélénium alimentaire ont été analysés par AAS.

Résultats: Les aliments consommés par 75,2% des répondants étaient de l'Oreochromis niloticus, du Lates niloticus et Ugali provenant du Sorghum bicolor spp, 64,1% mangent des légumes. Les enfants et les adultes mangent tous les mêmes types d'aliments. En outre, il a été montré que les aliments traditionnels qui ont disparu sont principalement des légumes traditionnels (46%). L'étude a établi que les niveaux de sélénium dans les aliments consommés dans la sous-localité de Pala varient, les légumes traditionnels ont des niveaux plus élevés en sélénium, Laurnea cornuta (148,5mg / kg) Cleome gynandra (121,5mg / kg), Vignia unguiculata (21,97 mg / kg), tandis que les poissons argentea Rastrineobola (51mg / kg), Oreochromis niloticus (mdl), Lates niloticus (mdl) Sorghum bicolor spp (rouge) 19,97 mg / kg, et Sorghum bicolor spp (blanc) (mdl). L'étude a montré qu'il y a une relation inverse entre les aliments consommés et les niveaux de sélénium. Soixante-quinze pour cent (75,2%) des répondants (Oreochromis niloticus / Lates niloticus) n'ont pas de sélénium détectable dans les aliments consommés.

Recommandation: Pour augmenter les niveaux de sélénium dans le régime alimentaire, il importe d'encourager une plus grande production et consommation des légumes traditionnels. Cela devrait être accompagné d'une éducation nutritionnelle des femmes et ce à travers, peut-être l'utilisation à court thème des mass médias. Pendant les interventions de long terme, inclure l’enrichissement des aliments couramment achetés et consommés au sein de la communauté en sucre, sel de table, farine de maïs et une augmentation du sélénium dans les aliments des animaux et de l’engrais.

Mots-clés: Sélénium, VIH, Régime alimentaires.

Bangaman Christian Akani1, Bangaman Christian Akani2, Petronille Acray-Zengbé3, Douba Alfred4, Lepri Bernadin Nicaise Aka5, Attoh Harvey Touré6, Patrick Yvan Agbassi7, Hervé Lafarge8

1Institut national d’Hygiène Publique Côte d’Ivoire, banakani1@gmail.com
2Institut National d’Hygiène Publique, banakani1@gmail.com, 04 BP 2951Abidjan 04.
3Institut National d’Hygiène Publique, petronille.acray@gmail.com, BPV 14 Abidjan 04,
4Institut National d’Hygiène Publique, alfreddouba1@gmail.com, BPV 14 Abidjan 04,
5Institut National d’Hygiène Publique, akanicaise@yahoo.fr, BPV 14 Abidjan 04
6Institut National d’Hygiène Publique, harveyattohtoure@yahoo.fr, BPV 14 Abidjan 04
7Aconda-Vs, ayjpatrick@gmail.com
8Pari-Dauphine, lafargeh@yahoo.fr


Méthodologie: Nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective couvrant une période de 05 ans sur 89 patients. Nous avons utilisé le point de vue de l’hôpital. Une analyse des coûts a été réalisée à l’Hôpital principale de Dakar en utilisant la méthode de section homogène. Un modèle de population, basé sur le modèle de Markov a été stimulé sur une cohorte de 1000 patients infectés afin d’évaluer l’impact humain.

Résultats: Le coût médical annuel d’un cancer du foie a été estimé à 613,565 FCFA et le coût médical attendu du cancer s’élève à pres de 5,223,888,459 FCFA pour l’année 2012. Cela représente environ 5% du budget accordé à la santé. Sur le plan humain, le nombre attendu de cas de cancer du foie a été de 8514 patients soit, 8,1 années de vie perdues.

Conclusion: Cette étude a montré que la stratégie de la politique de "ne rien faire" représentait un coût économique et humain plus élevé.

Mots-clés: Évaluation des coûts, cancer, foie, Sénégal
La sensibilité de l’indice EQ-5D dans la prédiction de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 fréquentant deux établissements de santé de niveau tertiaires, du sud-est du Nigeria.

Charles Ezenduka, Dept. of Clinical Pharmacy & Pharmacy Mgt., Nnamdi Azikiwe University, Awka, cc.ezenduka@unizik.edu.ng

Bede Uzoma, Department of Clinical Pharmacy & Pharmacy Management, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Nnamdi Azikiwe University, Awka Nigeria.

Contexte: L’outil EQ-5D est un instrument générique le plus important et couramment utilisé pour évaluer la santé en rapport avec la qualité de vie (QVLS) dans les études portant sur les résultats de la santé au niveau mondial. Bien que cet instrument ait été utilisé dans l’évaluation de la QVLS des patients diabétiques dans de nombreuses études, la question est de savoir s’il a été utilisé au Nigeria.

Objectif: Cette étude a été réalisée pour évaluer la sensibilité de l’instrument EQ-5D dans la prédiction de la QVLS (qualité de vie), d’un échantillon de patients atteints du diabète de type 2 (DT2) dans deux structures de santé de niveaux tertiaires du Nigeria.


Résultats: Un total de 226 patients atteints de DT2 a participé à l’étude. L’âge moyen des participants était de 57 ans (± 10 ans) dont 61,1% étaient des hommes. Les moyennes des variables EQ VAS et l’indice EQ-5D, étaient respectivement de 66,19 (± 15,42) et de 0,78 (± 0,21). Le nombre de complications diabétiques, les comorbidités, l’âge et le niveau d’instruction du patient, prévus par les variables EQ VAS, étaient respectivement de -6,76; -6,15; -0,22 et de 4,51. De même, les scores sur le nombre de complications diabétiques, les comorbidités, l’âge et le niveau d’instruction du patient, prévus par l’indice EQ-5D, étaient respectivement de -0,12, -0,07, -0,003, and 0,06.

Conclusion: Les résultats de cette étude, indique la capacité de l’indice-5D EQ à régler de manière adéquate le fardeau du diabète de type 2 et ses complications connexes parmi les patients de l’échantillon.
Problématique de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH à l’ère de la dévolution des activités VIH des bailleurs de fonds l’Etat de Côte d’Ivoire : de la gratuité au recouvrement.

Leyo Christine ADIKO, CHU Treichville, christineleyo@yahoo.fr
Ecra . E. J ; Yao J.K;  Kacou.E  service de dermato- vénérologie du CHU de Treichville 010BP V3 Abidjan 01.

But :
La prise en charge (PEC) par les ARV des PVVIH en Côte d’Ivoire (CI) est financée dans plus de 90% par les partenaires internationaux principalement le PEPFAR (80%) et le Fonds Mondial. La part de l’Etat est constitué essentiellement par les structures sanitaires et son personnel médical. Ils ont permis de rendre gratuit les soins des PVVIH depuis 2008 prenant en compte le traitement ARV et le bilan biologique.

Cet effort a permis de réduire la prévalence de 10% au début de la pandémie à 2.9% selon l’ONUSIDA 2015. Devant ces résultats, le PEPFAR a signifié officiellement au gouvernement de CI en 2015 le retrait de ses financements pour d’autres pays.

Alors quelle sera la problématique de la Prise en charge des PVVIH en Côte d’Ivoire ?

Méthodes
C’est une étude transversale à visée descriptive dont le recrutement des patients s’est fait dans la cellule de prise en charge PVVIH du service de dermatologie du CHU de Treichville. Elle a intéressé tous les patients venus en consultation dans la période du 01 au 14 Février 2016.

Résultats
111 patients ont été enrôlés dont 73 femmes (66%) et 38 hommes (34%). La moyenne d’âge était de 44 ans. 66% avaient un partenaire dont 41.5% vivent en couples; 30% vivent dans les cours communes. 83% des patients avaient un revenu. 70% avaient un revenu ≤ 100 000FCFA dont 58.5% avaient un revenu ≤ 50 000 FCFA. Quant aux dépenses 52% patients avaient une dépense > 50 000FCFA dont 30.5% avaient des dépenses >100 000 FCFA. 49% des patients effectuent eux même leurs dépenses et 51% par une tierce personne dont 26% de conjoints.

Le traitement ARV et les deux bilans biologiques annuels sont à la charge des partenaires.

En cas de dévolution, même si l’Etat finance l’achat des ARV, les frais du bilan de suivi qui coûte 40 000FCFA seront fort probables à la charge des patients. Vu ces résultats, nous pouvons constater que 70% des clients, ayant un revenu ≤ 100 000FCFA ne pourront pas s’offrir le bilan biologique de suivi car 52% des clients avaient une dépense >50 000FCFA.

Conclusion
Le recouvrement de la PEC des PVVIH sera une réalité en cas de dévolution à l’Etat. Malgré le faible pouvoir d’achat des patients, cette PEC devrait rester toujours de qualité ; pour ce faire l’Etat devrait subventionner celle-ci à 95 à 100%.

Mots-clés : Gratuité- Recouvrement, PVVIH
La politique de couverture maladie universelle (CMU) vise à assurer à toute la population sénégalaise un accès aisé aux soins de santé. La CMV+ est une stratégie complémentaire conçue et mise en œuvre par le ministère de la santé et de l’action sociale et ses partenaires (FHI360 et Abt)/USAID pour améliorer la situation médicosociale et l’autonomisation des groupes vulnérables particulièrement les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH). Le mécanisme est tout aussi applicable aux autres groupes tels que les personnes handicapées.

La stratégie de base est la facilitation de l’adhésion des PVVIH aux mutuelles de santé (MS), et la subvention du ticket modérateur des bénéficiaires pour les services partiellement pris en charge ou non par les MS. Cette subvention est rendue possible grâce à un fonds de garantie sociale (FGS) alimenté par plusieurs sources. Ce fonds permet également la facilitation de l’accès aux financements pour la réalisation d’activités génératrices de revenus pour les PVVIH qui permet aux bénéficiaires de s’acquitter de leurs cotisations aux MS et la prise en charge des autres besoins primaires pour toute la famille.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie CMV+ sont assurés au niveau national et régional respectivement par un comité national de pilotage et un comité régional de gestion dans chaque site de couverture.

La stratégie est mise en œuvre à Kaolack depuis plus de 3 ans et produits de bons résultats sur la situation socio économique des PVVIH. Après l’évaluation de sa phase pilote, le ministère a recommandé son extension dans les autres régions. Elle fonctionne depuis un an à Ziguinchor et à Kolda. Le processus a démarré à Sédhiou et se poursuivra dans les autres régions.

A ce jour, elle a permis l’adhésion aux MS de 702 PVVIH et plus de 1347 bénéficiaires constitués de leurs conjoints et proches. A travers la CMV+, ce sont plus de 1882 actes médicaux qui ont été subventionnés par le FGS pour un coût total de 7 743 021 F CFA, soit une subvention moyenne par acte de 4142 FCFA. Elle est passé de 6149 F CFA en 2011 à 3127 F CFA en 2015. Aucune violation de la confidentialité n’a été relevée par les bénéficiaires.

La CMV+ s’articule parfaitement avec la politique de CMU. Elle assure une utilisation efficiente et rationnelle des ressources dans la prise en charge médicosociale et économique des PVVIH en particulier et partant des groupes vulnérables en général.
PT 02/9

Le Poids Économique des Infections Liées à l’Eau dans le District Sanitaire de Bamenda. Le cas de la Diarrhée.

Chenjoh Joseph Nde1, 2. E-mail: jchenjoh@yahoo.com
Ndong Ignatius Cheng1. E-mail: ndongicheng@yahoo.com
Johannes’s Tabi1, 3. E-mail: jtabiatem@yahoo.com
Wilfred Mbacham1, 4. E-mail: wfmbacham@yahoo.com

1Department of Health Economics, Policy and Management, Catholic University of Cameroon, Bamenda
2Ministry of Secondary Education, Cameroon
3University of Buea, HTTTC Kumba
4Department of Biochemistry and Physiology, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences and The Biotechnology Centre, University of Yaoundé.

La diarrhée reste, encore aujourd’hui, l’une des préoccupations majeures des services de santé publique avec une eau souvent impropre à la consommation et une mauvaise évacuation des déchets humains. Les causes en sont diverses et variées et vont de la diarrhée d’origine virale, bactérienne aux intoxications dues aux métaux. La diarrhée est classée parmi les 10 plus grandes causes de maladie au Cameroun. Pour évaluer la charge financière et la perte de revenus dus à la diarrhée, cette étude vise à quantifier les dépenses des ménages pour les infections diarrhéiques dans le District Sanitaire de Bamenda (BHD), Région Nord-Occident du Cameroun. Une technique d’échantillonnage en grappes a été utilisée pour sélectionner 8 Centres de Santé Publique dans 8 Zones Sanitaires, sur une population d’environ 189.730 individus. Les données pour tous les cas de diarrhée signalés pour 2011 et 2012 ont été recueillies auprès des Centres de Santé. La méthodologie « Coût de la Maladie » (Cost of Illness) a été utilisée pour quantifier les dépenses directes et indirectes pour les infections diarrhéiques. Les dépenses des ménages ont été évaluées à près de 22.361 $US et 37.198 $US pour 2011 et 2012 respectivement. Le poids économique au cours de ces deux années a été estimé à 53.602,3 $US. Si nous faisons une projection de ce montant sur 10 ans, il s’avère que près de 260.000 $US seront engloutis dans le traitement des infections diarrhéiques. Des mesures devraient être mises en place pour limiter ces pertes économiques en améliorant la qualité de l’eau et les systèmes d’assainissement.
Évaluer les préférences pour la Mutuelle de Santé parmi les travailleurs du secteur informel dans les communautés de Gwagwalada, Abuja, Nigeria.

Victor Abiola Adepoju, University of Liverpool, schrodinga05@yahoo.com.

Introduction et contexte: Le régime national d’assurance maladie ne couvre que 5% de la population nigériane. Pour aggraver la situation, les membres du secteur informel qui constituent 70% des citoyens sont exclus de ce régime. L’adhésion à une mutuelle est encore une option pour les travailleurs du secteur informel. Il y a cependant trop peu de données sur la corrélation entre les préférences en matière d’assurance santé et les adhésions aux mutuelles. Comprendre ce phénomène aidera les décideurs à concevoir un système qui pourrait accroître le nombre d’adhésions. L’objectif de cette étude était d’analyser les préférences pour les services d’assurance de santé en relation aux souscriptions aux mutuelles chez les travailleurs du secteur informel dans les communautés de Gwagwalada, territoire fédéral de la capitale, au Nigéria.


Résultats: La grande majorité (83,3%) des participants a préféré l’inclusion des maladies qui se contractent le plus souvent, la plupart (50,5%) opte pour un abonnement annuel, un grand nombre (62,8%) choisit aussi bien les structures publiques que privées comme fournisseurs de soins, 61,5% préfèrent souscrire auprès d’organismes sans but lucratif, tandis que 95% ont exprimé leur souhait d’appartenir à un groupe qui ne fait aucune distinction de religion, de profession ou de race. La plupart des participants étaient prêts à payer l’équivalent mensuel de 5 à 10 $US. Il y avait une relation significative entre les services de santé offerts et l’adhésion aux mutuelles (p = 0,000).

Conclusion: Pour une mutualisation réussie, il est plus que nécessaire d’associer les bénéficiaires éventuels à la définition des avantages et autres prérogatives suivant les régions et contextes sociaux. Pour un meilleur transfert des capacités de gestion à des acteurs issus de la communauté locale, il est indispensable que les organismes soient à but non lucratif. Une étude plus approfondie est nécessaire pour déterminer la nature et l’acceptabilité de ces organismes à but non lucratif et définir la meilleure approche pour l’implantation de mutuelles. L’impartialité dans la gestion rationnelle des bénéfices devrait également faire l’objet d’une évaluation plus poussée.
Les inégalités socio-économiques dans le système de santé en Afrique du Sud : Incidences sur la réalisation des Objectifs de Développement Durable.

Kehinde O. Omotoso et Steve Koch
1, 2 Department of Economics, University of Pretoria, South Africa, jewelslife2003.ko@gmail.com.

Le système de soins de santé de l'Afrique du Sud, comme la plupart des autres pays en développement et émergents, est encore caractérisé par l'inégalité dans l'accès aux services. Pendant que les classes privilégiées ou à revenus intermédiaires utilisent les services de santé privés pour une meilleure prise en charge et des soins de qualité, les populations les plus pauvres fréquentent tout au plus les structures publiques ou alors ne cherchent même pas à se faire soigner parce que ne pouvant pas se le permettre. Afin de remédier à certains des effets néfastes du régime de l'apartheid et de répondre à certaines différences liées aux revenus dans l'utilisation des services de santé, le gouvernement Sud-Africain a lancé une série de réformes post-apartheid et une restructuration du système de santé. Ces nouvelles dispositions incluent un réaménagement voire une refonte du système de soins de santé primaires. Cet article cherche donc à examiner en profondeur les tendances post-apartheid au fil du temps dans la demande de soins de santé à travers divers facteurs socio-démographiques, y compris l'âge, le sexe, la race, la province de résidence et le statut urbain ou rural. L'accent a été mis sur l'association entre statut socio-économique et utilisation des services de santé publique ou privés. Cette étude est basée sur des enquêtes / ménage classiques (GHS) sur les années 2002-2014 dans le but d'établir un modèle quant au processus de décision individuelle pour l'utilisation des services de santé privés ou publiques en cas de maladie et la répartition de l'utilisation du public ou du privé à travers tous les groupes socio-économiques. Les tendances sont présentées à l'aide de statistiques descriptives et différentielles. Les résultats permettent d'observer une croissance régulière de la fréquentation des établissements publics et privés, avec un taux plus élevé pour les structures publiques. La fréquentation des établissements aussi bien publics que privés a atteint un pic en 2009-2010. La population de 0-6 ans, celle au-dessus de 46 ans, les noirs, les femmes seules, les célibataires, les moins instruits et les citadins marquent une préférence pour les établissements publics. La tendance à utiliser les structures publiques a augmenté chez les populations les plus démunies. Dans l'ensemble, la population sud-africaine semble plus réticente à l'utilisation des structures publiques et ce pour tous les groupes socio-économiques. Cela pourrait être lié, en partie, à quelques-unes des différences remarquables dans la prestation de qualité et les services qui ne sont pas encore pleinement pris en compte. Afin de parvenir à la couverture maladie universelle, le gouvernement a besoin de comprendre et d'intégrer les questions d'acceptabilité de la demande dans la prise de décision.
Les Pauvres, leurs santé et bien-être dans les villes du Nigéria.

Geoffrey I. Nwaka, Abia State University, Uturu, Nigeria, Email: geoffreynwaka@yahoo.com.

Les villes bien dirigées devraient, en principe, promouvoir la bonne santé et le bien-être mais les conditions précaires et la pauvreté des villes du Nigeria, posent un défi sanitaire à la population urbaine qui a une croissance et rapide. L’organisation des NU pour l’habitat, estime que les villes de l’Afrique sub-saharienne, ont plus de 166 millions de personnes qui vivent dans des quartiers précaires. La plupart d’entre eux, travaillent dans le secteur informel où, ils ne gagnent pas assez pour s’offrir un abri et des services décents. Que signifie durabilité pour les populations de ces villes? Les élites des quartiers environnantes se réjouissent de leurs belles habitations et confort environnemental alors que la majorité des pauvres vivent dans des conditions épouvantables et dangereuses pour leurs santé.

L'approvisionnement en eau pour l'hygiène personnelle et domestique est totalement insuffisant ainsi que la couverture des structures de santé. Le niveau de gestion et le drainage des déchets est rudimentaire, les normes nutritionnelles sont faibles, la contamination alimentaire est courante, particulièrement dans les restaurants en bordure de route. La pollution intérieure, provenant des feux ouverts et poêles de maisons mal ventilées est responsable d'une grande variété de maladies respiratoires chez les femmes et les enfants exposés en permanence à des fumées toxiques des cuisines. Les pauvres sont aussi exposés aux taux croissants de criminalités et de violences dans les villes ainsi que les effets pervers du changement climatique sur la santé. Ils ont peu ou pas de couvertures sociales, et se basent généralement sur leurs propres moyens et sur leurs méthodes traditionnelles d’entraide ou sur d’autres réseaux informels de sécurités sociales. La grande partie des Objectifs du Millénaire pour le Développement concernant la santé, la développement durable, la réduction de la pauvreté et l’amélioration de l’aide internationale au développement, n’ont pas été atteints en dépit des améliorations constatées dans certains secteurs.

Malheureusement, le modèle actuel de dépense du gouvernement pour le secteur de la santé, tend à favoriser les riches qui sont les principaux bénéficiaires des services curatifs de santé. Plusieurs agents et planificateurs du gouvernement, continuent de voir autour d’eux, des pauvres des zones urbaines et les taudis dans lesquels ils vivent, signes évident de l’échec des politiques publiques erronées. Ces politiques telles que les politiques d’expulsion forcées et d’autres formes de répression doivent être, par conséquent, abolies. Comme nous adoptons maintenant le programme de développement d’après 2015 pour l’Afrique, les principaux défis seraient de déterminer la meilleure façon d’atteindre les pauvres et réduire les inégalités d’accès aux soins de santé; de savoir comment la promouvoir la croissance des villes de façon plus inclusives et humaines par la révision des lois et des codes discriminatoires qui empêchent l’accès des pauvres à des terrains abordables, aux soins de santé et à un logement sain; comment prévenir la croissance et la propagation des bidonvilles et s’assurer que ceux qui existent ont déjà été modernisés; comment la situation de pauvreté qui conduit à des taudis peut-elle être atténuée et inversée; comment intégrer les préoccupations sanitaires dans les politiques de planification et de développements des villes et veiller à ce que l’impact sanitaires de ces politiques soit suivi.

Des recherches récentes ont montré que la voie de la réussite de la santé et développement durable des milieux urbains, en Afrique, repose sur la construction de villes plus inclusives et socialement justes. Dans ces villes, chacun sans considération de ses moyens, son âge, son sexe, son groupe ethnique et de sa religion est capable et encouragé, à participer à la productivité à travers les opportunités économiques, sociales et politiques qu’offrent les villes.

La conclusion met l’accent sur la nécessité d’un bon ciblage et approprié de la santé urbaine et d’autres interventions sociales par l’État et le secteur urbain pauvres dans le cadre effort collaboratif pour la construction de villes propres, en bonne santé et plus équitables.
**Introduction**

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, il existe une faible utilisation des services de santé liée aux frais d'accès, à des facteurs socioculturels et d'accessibilité géographique. Les inégalités d'accès aux services de santé sont préoccupantes en zone rurale où la couverture sanitaire est plus faible et les mécanismes de mutualisation des risques financiers face à la maladie sont quasi-inexistants. Dans un tel contexte, notre étude envisageait de décrire l'utilisation des services de santé selon le milieu de résidence.

**Matériel et Méthode**

Les données proviennent de l'enquête sur le niveau de vie des ménages ENV 2015. Ces données ont été collectées du 23 janvier au 25 mars 2015 sur un échantillon stratifié comportant 12900 ménages et 47635 individus. Le recueil des données s'est fait à l'aide de Smartphone. L'utilisation des services de santé a été mesurée à partir de la consultation d'un personnel de santé moderne ou d'un tradipraticien au cours des 4 dernières semaines précédant la date de l'enquête. L'analyse des données a été réalisée selon le milieu de résidence. Le seuil de signification des tests statistiques a été fixé à 0,05.

**Résultats**

La répartition de l'échantillon montrait 55% (7030), 35% (4523), 10% (1346) de ménages et 55% (26227), 34% (16164) et 11% (5244) d'individus résidant en milieu rural, urbain et dans la capitale économique Abidjan. Au moins une consultation de personnel de santé chez 9%, 10%, 11% des individus en milieu rural, urbain et à Abidjan a été réalisée. En milieu rural, urbain et Abidjan, 68%, 70%, 68% des individus avaient réalisé une consultation, 21%, 20%, 18% deux consultations et 11%, 10%, 14% plus de deux consultations. La consultation chez un tradipraticien a concerné 2%, 1%, 1% des individus en zone rurale, urbaine et Abidjan. Les motifs du non recours au système moderne étaient par ordre décroissant le coût trop élevé (34, 41, 42%), l'attachement à la tradition (95, 11, 40%) et la non perception de la nécessité de le faire (91, 10, 92%).

**Conclusion**

Les populations en milieu rural ont moins recours au système de soins moderne. Ce qui soulève la problématique de l'équité, la nécessité d'améliorer l'accès à la couverture universelle et d'accélérer l'intégration de la médecine traditionnelle au système de santé moderne.

**Mots clés** : Utilisation des services de santé, milieu de résidence, Côte d'Ivoire.
PT 03/5

Coût économique du paludisme: une menace pour les revenus des ménages du Nigéria.

Nsikan Affiah, University of Ibadan, Oyo State, Nigeria, afixilinosky@gmail.com.

Le paludisme reste l'une des principales causes de mortalité dans le monde, menaçant la vie de plus d'un tiers de la population mondiale. Certaines personnes se réfèrent à une maladie de la pauvreté, car elle contribue à la pauvreté nationale par son impact sur l'investissement étranger direct, le tourisme, la productivité et le commerce. Au niveau micro économique, il peut causer la pauvreté par des dépenses en soins de santé, la perte de revenus et les décès prématurés. Malheureusement, le paludisme est une maladie qui affecte à la fois les ménages à faible revenu mais aussi les ménages les plus aisés, même si les pauvres sont encore plus exposés car une partie importante de leur revenu mensuel est consacré à diverses mesures de prévention et de traitement.

L'objectif de cette étude est d'estimer le coût direct et indirect du traitement du paludisme pour les ménages dans la Région Sud (Akwa Ibom) du Nigeria. Une étude transversale a été menée sur six cent quarante (640) chefs de famille ou adultes représentants de ménage dans trois secteurs de la localité d'Akwa Ibom au Nigeria, du 1er au 31 mai 2015. Le questionnaire qui leur a été soumis s'est inspiré du rapport d'enquête sur le paludisme au Nigeria. La technique de clustering, s'appuyant sur le décompte des ménages du système de soins de santé primaire, a été utilisée pour sélectionner les 640 ménages.

Sur la base du taux de change de 197 Naira pour 1 $US, les résultats montrent que le coût direct et indirect du traitement du paludisme était de 8.894,44 $US et de 11.012,81 $US respectivement. Le coût total du traitement est composé de 44,7% des coûts directs et 55,3% des coûts indirects. Le coût moyen pour les ménages était de 20,6 $US (coûts directs) et de 25,1 $US (coûts indirects). Le coût total moyen pour chaque cas (888) de paludisme a été estimé à 22,4 $US. Par contre, au niveau des ménages, le coût total moyen était de 45,5 $US. Les ménages à faible revenu dépensent 36% de leur budget mensuel pour le traitement du paludisme, ce qui constitue un désastre économique. Les ménages plus aisés n’utilisent que 1,2% de leurs revenus mensuels pour le traitement du paludisme.

On pourrait en conclure que le coût du traitement du paludisme est bien au-delà des moyens des ménages et compte tenu de la réalité des crises répétées de paludisme et de sa contribution à l’appauvrissement des ménages, il est plus que nécessaire de mener des d’actions concrètes pour infléchir cet état de fait.

Mots-clés: Paludisme, faible revenu des ménages, coûts directs, coûts indirects.
Approche réflexive de l'usage des médicaments de rue dans une communauté de transporteurs des communes d'Adjamé et d'Abobo du district d'Abidjan - Côte d'Ivoire.

Fofana Memon and Dr ALLY Yao Lanzali, fofanamemon20@yahoo.fr, ally lanzali@gmail.com.

La loi n°60-27 du 2 septembre 1960, portant création d’un Ordre National des Pharmaciens; et la loi n°62-249 du 31 juillet 1962 instituant un code de Déontologie Pharmaceutique témoignent de la volonté de l’État ivoirien d’organiser le secteur pharmaceutique surtout la production, le contrôle, l'approvisionnement, le stockage, la distribution, la dispensation, l’usage et la surveillance des produits pour une meilleure accessibilité des populations aux soins de qualités (MSHP, 2009). Malgré cette grande ambition affichée de l’État, la consommation des médicaments de rue est devenue une habitude thérapeutique de la population ivoirienne au point qu’elle est devenu un problème de santé publique. Et si rien n’est fait, le pays risque de “fabriquer plus de cercueil que de berceau” dans un futur proche ou lointain. En effet, Plus de 75% des populations Ivoiriennes ont recours à des pratiques thérapeutiques inimaginables et reconnue sous le nom de l’automédication (MSHP-2006).

L’usage des médicaments de rue dans le traitement des maladies s’est enraciné au fur et à mesure dans la population Abidjanaise en général et plus particulièrement dans la communauté des chauffeurs, gnanbro et apprentis Gbaka. C’est ainsi lors des entretiens sur le terrain il n’était pas rare d’entendre que « nous, ici on se soigne avec les médicaments que les femmes vendent dans notre gare ». Dans le même ordre d’idée, nous avons entendus des acteurs que des ONG ont sensibilisé dire « à la monté les matins je paye le 14 (quatorze) pour être djué-djué12 au travail ». Autant de discours reçus et de tendances qui peuvent permettre, au niveau d’une communauté donnée, de prédire les chances de survenance de maladies grave et de cas de décès évitables. L’objectif est de questionner cette fidélisation exceptionnelle de la communauté des transporteurs aux médicaments de rue en vue d’approfondir le débat sur la question de l’utilisation de ces médicaments illicites. Au plan méthodologique, le texte repose sur une approche qualitative axée sur des entretiens semi-structurés et des observations.

Comme résultat, le caractère ‘chape-chape13” que les individus attribuent aux médicaments de rue et la présence des médecins, infirmiers etc. sur ce marché illicite ont été repéré comme des facteurs de la consommation des médicaments de rue.

11 Quatorze est le nom d’un médicament de rue
12 ‘’djué-djué signifie être énergique au travail.
13 “chape-chape” signifie, la rapidité, l’efficacité du produit
Étude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé complémentaire: Police du Sénégal.

Kouakou Frank Hervé Yao, CESAG, franckyaobethel@gmail.com
Yao Konan Christian, Health Economist Consultant, BP 3802 DAKAR christianyao2006@gmail.com.

Introduction
Le Développement du secteur de la santé au Sénégal en général et du système d'assurance maladie en particulier constitue une priorité du Gouvernement. La politique de santé mise en place fixait à 80%, le pourcentage du budget aux frais de consultations et des soins dans les hôpitaux pour les fonctionnaires et leur famille. Les défis liés à la croissance démographique, l’évolution du coût de la vie pour assurer les charges familiales (éducation, santé) ainsi qu’à l’élèvement des coûts d'accès à la santé, vont constituer autant d'obstacles à l'accès aux soins des fonctionnaires de la police. Face à cette situation, vont naître plusieurs mutuelles de santé corporatives dont le principal objectif est de prendre en charge les soins de santé non couverts par la politique actuelle. C'est dans ce cadre que la Mutuelle de la police a entrepris une étude de faisabilité pour la mise en place d’une mutuelle de santé complémentaire.

Objectif de l’étude : Déterminer les conditions de faisabilité pour la mise en place d’une mutuelle de santé complémentaire au sein de la police du Sénégal

Objectifs spécifiques :
• Montrer qu’il existe un besoin réel et prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie
• Identifier les conditions de faisabilité sociale, financière, institutionnelle et économique d’une mutuelle de santé complémentaire au sein de la police

Méthode
Dans le cadre de notre étude nous réaliserons une enquête par questionnaire au niveau de la population des policiers qui nous permettra de quantifier et d’analyser l’information sur la situation socio sanitaire économiques de la cible. Des entretiens avec les responsables des services médicaux et des gestionnaires de la mutuelle de la police seront faits pour cerner les difficultés liées à la prise en charge rencontrées par les policiers.

Résultat
L’étude nous a permis de vérifier que les modalités de mise en œuvre de la mutuelle de santé complémentaire de police au regard des critères définis sont satisfaites. Les médicaments, le ticket modérateur et autres prestations de santé non prises en charge peuvent être couverts. Les résultats constituent un outil d’aide à la décision pour les décideurs et l’Etat dans leur ambition d’améliorer le bien-être de leur population.

Conclusion
Notre étude a montré les étapes nécessaires à la mise en place de la mutuelle de santé complémentaire de la police du Sénégal. Les résultats nous permettent de formuler des recommandations pour renforcer la politique de protections sociales en général et pour la cible des policiers en particulier. Il présente des orientations pour des structures voulant mettre en place une mutuelle de santé complémentaire.
Les expériences communautaires de l'épargne pour la santé à travers les réseaux financiers locaux. Une étude de cas de districts de l'Est de l'Ouganda.

Aloysius Mutebi, Makerere university, School of Public Nealth, amutebi@hotmail.com.

Contexte

L'Ouganda n’a pas atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4, 5 et 6, malgré les diverses interventions mises en place pour améliorer la santé maternelle et infantile (SMI) comme une priorité dans les offres minimales de soins de santé en Ouganda. Le constat est que parfois les familles ne peuvent pas bénéficier de soins de santé en raison de leur coût élevé. Les résultats des comptes nationaux en matière de santé ont montré que 49% des dépenses de santé proviennent des ménages. Ces derniers supportent les frais de transport, de nourriture, d’achat de médicaments et autre matériel lorsqu’ils ne sont pas disponibles au niveau de leur structure de santé. Avec 24% des ménages qui gagnent moins d’un dollar par jour, une forte proportion de la population est incapable de répondre aux besoins de santé en raison de l’épargne faible.

Méthodes

L’étude a utilisé une approche de recherche par l’action participative dans la collecte de données. Les membres de la communauté et les chefs de district avec l’appui du personnel du projet (Manifest) ont ainsi participé à l’identification des problèmes dans les communautés et la recherche de solutions, s’étant préalablement mis d’accord sur l’utilisation des ressources locales disponibles et d’autres réseaux.

Résultats

Il a été noté lors des interventions de support que le nombre de groupes d’épargne a plus que doublé, passant de 431 à 915 entre Septembre 2013 et Décembre 2016 en raison de la mobilisation réussie et de la sensibilisation. Il a également été noté que certaines paroisses qui n’avaient aucun groupe d’épargne au début de l’étude en avaient créé au moins un dans chaque conseil local avec au moins 15 membres par groupe. Sur les 915 groupes d’épargne, 22% avaient des membres qui épargnaient déjà pour la santé tandis que les autres étaient sur le point de le faire dès l’exercice suivant ou étaient encore en attente d’être formés à la gestion et la direction des groupes d’épargne.

Discussion

Lorsque les différents partenaires se réunissent et utilisent des méthodes de recherche par l’action participative, les problèmes sont identifiés et des solutions efficaces sont trouvées et mises en œuvre dans les réseaux locaux. On l’a vu à travers la mobilisation réussie des communautés dans la création de groupes d’épargne et le désir de commencer à économiser non plus seulement pour les biens matériels mais aussi pour la santé.

Conclusions

Les résultats ont montré qu’il est très possible de mobiliser les communautés avec une méthode de recherche par l’action participative en se basant sur les ressources locales et les réseaux sociaux existants pour qu’elles intègrent un groupe d’épargne et commencent à économiser pour leur santé. Il a également été observé que les ménages qui épargnent pour la santé sont plus susceptibles de survivre aux dépenses catastrophiques dues à des problèmes de santé ponctuels.
Poster session 4

PT 04/1

Augmentation du Budget National pour les Ressources Humaines dans le secteur de la Santé en Ouganda. L’apport des Organisations de la Société Civile (OSC).

Odwe Dennis, Action Group for Health, Human Rights and HIV/AIDS (AGHA), Uganda, odudendennis@gmail.com.

Introduction:

Ce résumé met l'accent sur les efforts déployés par les OSC en Ouganda pendant l'exercice 2012/13 pour engager le gouvernement à augmenter le budget national pour le recrutement, la motivation et la rétention des travailleurs de la santé et ainsi réduire la mortalité maternelle et infantile qui est de 485 / 100.000 naissances vivantes.

Méthodologie:

Notre étude de cas de l'Ouganda a utilisé des méthodes qualitatives et quantitatives pour recueillir les données à travers un examen de la documentation pertinente, des entretiens avec certains agents importants, et des discussions de groupes.

Enseignements tirés de l'étude :

La campagne de financement de la santé peut réussir lorsque vous appliquez les dispositions suivantes: Utilisation de l'approche de confrontation pour gagner la campagne de plaidoyer politique, Utilisation de stratégies de collaboration, travail en consortiums, élaboration d'un plaidoyer basé sur des évidences et utilisation de tactiques de communication rigoureuses.

Impacts de la campagne

La campagne a donné des résultats positifs et le gouvernement a alloué 49,5 milliards de shillings ougandais au recrutement de plus de 7000 travailleurs de la santé, et le budget national pour les ressources humaines a considérablement augmenté, passant de 45% à 80%, suite à un plaidoyer intense et bien mené.

Les relations entre le Parlement, la société civile et le ministère de la Santé. Les OSC ont rapporté que le "grand succès" de la campagne était peut-être dû à l'amélioration des relations entre le Parlement et les OSC. Il y a désormais une entente, consignée dans un mémorandum, entre le forum des ONG et le Parlement. Ce dernier convoque maintenant les OSC chaque année pour exposer leurs priorités et débattre des questions centrales du secteur de la santé. Par exemple, en 2013 les OSC se sont concentrés sur la question du financement des soins de santé primaires. Elles ont également signalé que la campagne RHS a permis d'accroître l'accès au Ministère de la santé et d'améliorer les relations de travail. Par exemple, une OSC a été invitée à prendre part à l’élaboration du Budget TWG au ministère de la Santé.

Une attention accrue au financement de la santé et les questions de santé maternelle. Les OSC ont rapporté que les journaux comprennent désormais l'importance des questions de santé et émettent au quotidien des articles sur ce sujet. Selon une OSC, l'engagement des médias pendant la campagne RHS a contribué à créer un groupe de journalistes qui a commencé à produire régulièrement des articles sur les questions de santé.

Menaces sur les structures et remaniement des membres du cabinet et des comités. A la fin de la campagne, les OSC ont rapporté que les députés qui étaient des alliés pendant la campagne ont été fragilisés. Le cabinet a ensuite été remanié, et les députés qui avaient toujours été du côté de la société civile en soutenant la Campagne RHS ont perdu des postes stratégiques.
PT 04/2

Financement basé sur la Performance, Prestation des services de santé et génération de revenue : des résultats issus des structures de santé primaire au Ghana.

Jacob Novignon, Economics Department, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana, jnovignon@gmail.com
Chris Atim, Results for Development, Washington DC, chrisatim1@gmail.com

Le financement basé sur la performance a été mis en œuvre dans de nombreux systèmes de santé partout dans le monde. Les principaux objectifs de ce système d'améliorer la qualité et la couverture de la prestation des soins de santé, en partie, par la mobilisation des recettes supplémentaires pour les structures de santé puis par le biais du système d'incitation basé sur les résultats lui-même. Dans les pays en développement, cela est considéré comme un outil important dans la réalisation des objectifs de santé. Au Ghana, le FBR a été mis en œuvre au cours des dernières années, pour entre autres, améliorer l'administration des soins de santé primaires. Bien que cela soit salué par certains analystes comme une étant politique pertinente, d'autres soutiennent qu'elle ne peut conduire à une amélioration réelle des résultats des établissements sanitaires. Toutefois, il n'y a pas de données empiriques claires sur l'impact du FBR au Ghana. Dans cette étude, nous avons l'intention d'estimer l'effet du mécanisme FBR sur les prestations des services et la génération de revenus dans les établissements de santé primaires. Nous chercherons à répondre à deux principales questions de recherche suivantes : (i) Le FBR améliore-t-il la prestation des services aux patients ? (ii) Le FBR empêche-t-il la génération des revenus à partir d'autres sources ? Les données secondaires provenant de l'enquête au niveau des structures sur l'accès, les goulets d'étranglement, les coûts et sur l'équité, seront utilisées pour l'analyse. Ce sont des données de panel recueillies dans des structures au Ghana entre 2007 et 2012. Près de 73 établissements de santé primaires (centres de santé) ont été inclus dans l'enquête. Les effets du traitement seront estimés en utilisant l'estimateur de la différence entre différences. Les structures utilisant le système FBR seront étudiées alors que celles ne l'utilisant pas, constitueront les groupes témoins. Nous attendons que les établissements appliquant le FBR améliorent les prestations des services aux patients, par rapport aux établissements témoins. Nous espérons également prouver que des comportements tels que le « risque moral » dans les structures étudiées ont tendance à bloquer les efforts visant à générer des revenus supplémentaires.

Mots clés : Financement basé sur la performance, les soins de santé primaires, le financement de la santé, le Ghana
**PT 04/3**  
Allocation budgétaire au Régime National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS) au Ghana : Implications sur le financement du système de santé en général et sur la durabilité du NHIS.

Jacob Novignon, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, jnovignon@gmail.com  
Chris Atim, Results for Development, chrisatim1@gmail.com

Le financement durable de la santé a été l'un des principaux obstacles à la réalisation de la Couverture Maladie Universelle. De nombreux efforts ont été fournis pour améliorer le financement de la santé dans les pays africains avec comme principal objectif de rendre les soins de santé plus accessibles. Les recettes allouées à la santé sont des fonds supplémentaires destinés au secteur de la santé et qui ne doivent être utilisés que pour des programmes ou activités spécifiques. Ils sont le plus souvent votés pour améliorer les ressources d'un programme de santé prioritaire spécifique.

Au Ghana, il a été remarqué que plus de la moitié des ressources du secteur de la santé proviennent de ce type d'allocation. Le débat est toujours en cours pour répondre à la question de savoir si de telles stratégies de financement sont en fait une valeur ajoutée au financement du système de santé ou si les Ministères des Finances essayent de compenser la « perte » de ces fonds alloués sans leur contrôle et leur système d'allocation budgétaire. Il n'existe encore aucune preuve absolue pour permettre d’en juger. Dans cette étude, nous nous concentrerons sur les recettes allouées au Régime National d'Assurance Maladie du Ghana. Nous avons cherché à savoir si ces fonds ont conduit à une augmentation globale des ressources disponibles pour le système de santé ou si les allocations spéciales ont contribué par inadvertance à une diminution des fonds allant au secteur de la santé.


Nos résultats préliminaires suggèrent que les recettes allouées constituent une partie importante des recettes totales du NHIA et au secteur de la santé dans son ensemble. Plus de 90% du chiffre d'affaires du NHIA et 26% du budget du secteur de la santé sont des allocations spéciales au moins jusqu’en 2013. Il y avait aussi des preuves de la fungibilité des crédits alloués par le gouvernement au secteur de la santé. Une tendance à la baisse a été observée dans les allocations budgétaires gouvernementales aux services de santé et dans les investissements, tandis qu'une hausse a été observée dans les émoluments du personnel.
Calcul des coûts, pour un PS, d'un modèle de distribution des produits PF basé sur la performance (IPM) au Sénégal.

Bakeu Gonhoko Jean-Macaire, Yao Konan Christian

Introduction: La contractualisation, dans le contexte du Financement Basé sur les Résultats, permet de susciter la Performance dans les Structures de santé. Le modèle IPM « Info Push Model », est un modèle qui vise à améliorer la disponibilité des produits de PF aux points de prestation de services (PPS) au Sénégal. Il est mis en œuvre dans le cadre de la collaboration entre l’IntraHealth et le ministère de la santé et de l’action sociale. L’intervention se compose d’opérateurs privés, contractés dans chaque région par IH, fournisseur des produits de PF depuis la Pharmacie Régionale d’Approvisionnement (PRA), Jusqu’aux PPS.

Méthode: Le coût de l’intervention dans les PS, sera estimé à travers une approche bottom-up permettant d’évaluer le niveau d’utilisation des ressources par modèle d’activité et d’identifier le type de ressources utilisées et de mesurer l’utilisation des ressources afin de calculer les coûts des services spécifiques. Ces méthodes comprennent une combinaison d’approches de mesure directe, dans lesquelles le processus de production est spécifié, les entrées pour chaque processus sont énumérées, leurs prix sont identifiés et leurs coûts sont estimés. Pour cette étude, les méthodes de mesure directes qui seront utilisés sont les suivants: (a) l’examen des documents, la classification des comptes et l’estimation des coûts par catégorie de coûts, et (b) une étude des temps et des mouvements.


Conclusion: L’IPM est un modèle qui favorise la performance des systèmes de santé. IL permettra d’améliorer l’efficience et l’efficacité de la chaîne d’approvisionnement des produits PF et partant participera à la réduction de la mortalité maternelle dans les Postes de Santé. L’étude a montré que plusieurs acteurs et donc sources de financement participent à la mise en œuvre de l’IPM au niveau PS (IH, Etat, comité santé, autres partenaires).

Mots clés: (≤5) Calcul de coût, FBP, IPM, Contractualisation, performance, privé.
La gestion budgétaire par objectifs ; les réalités et les perspectives : Cas du Ministère de la Santé Tunisien.

Raoudha Ladjimi, Hajer Harrouchi, Rim Hassine
Ministry of Public Health 1040 Bab Saadoun Tunis Tunisia
raoudha.ladjimi@rns.tn; raoudhaladjimi@yahoo.fr; raoudhaladjimi@gmail.com

Une meilleure gouvernance, une responsabilisation des acteurs, une transparence des comptes publics et un ancrage solide du processus budgétaire dans un cadre démocratique, sont des défis à soulever par les pouvoirs publics afin d’assurer l’amélioration continue de l’efficacité et de l’efficience du secteur public, la cohérence des politiques.

A cet effet, la Tunisie s'est engagée dans une réforme décisive de la gestion de ses finances publiques, en adoptant une approche budgétaire orientée vers la performance, désignée sous l'expression "gestion du budget par objectifs" (GBO).

Afin de permettre le développement de cette nouvelle approche budgétaire, la possibilité d’affecter, dans la loi de finances, les ressources selon des programmes a été introduite dans la loi organique du budget, lors de sa révision en mai 2004.

Afin de progresser vers la GBO, le gouvernement dispose d’une feuille de route et d’un schéma directeur.

Le schéma directeur vise à fournir, à tous les responsables de l’administration impliqués dans la gestion budgétaire, un cadre de référence pour la mise en œuvre des réformes et coordonner les diverses initiatives.

Les composantes principales de la réforme comprennent :

A. Un renforcement des procédures de budgétisation comprenant la préparation d’un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT).
B. La mise en place progressive d’une gestion budgétaire par programmes et d’un suivi de la performance
C. L’introduction d’une gestion axée sur les résultats

Le schéma directeur de la réforme prévoit la mise en place de cinq groupes thématiques de réflexion pour la définition et la mise en œuvre des différents chantiers à engager à savoir :

1. L’adaptation du cadre législatif et règlementaire à la GBO,
2. L’adaptation de la nomenclature budgétaire,
3. La modernisation de la comptabilité publique,
4. La réforme des systèmes et modes de contrôles des finances publiques, et
5. L’adaptation des systèmes d’information et informatiques

Le gouvernement tunisien a adopté une démarche progressive, comportant des expériences pilotes, dans la mise le ministère des Ressources hydrauliques et de la pêche (MARHP), le Ministère de la Santé publique (MSP), le Ministère de l’Enseignement supérieur de la Recherche scientifique (MESRS), Le ministère de l’Education et le Ministère de de la Formation Professionnelle et de l’Emploi (MFPE), ont été choisis comme sites pilotes.

Notre communication consistera à la présentation de l’expérience du ministère de la santé dans ce domaine, l’état d’avancement , les contraintes et les perspectives dans le cadre du plan quinquennale s’étalant sur les années 2016-2020.
Le financement du système de santé tunisien : Les efforts pour atteindre le 3ème point des ODD.

Jamel-Eddine El Hamdi, Ministère de la Santé, Tunisie, jameleddinehamdi@gmail.com.

Le 3ème objectif des ODD vise à permettre à tous les de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être pour tous à tout âge.

Conscients de l’importance du défit les autorités sanitaires, les décideurs politiques et toute la société cherche à améliorer les performances du système d’offre de soins en Tunisie.

L’objectif de ce travail est d’analyser les modes de financement du SS tunisien et dans quelles mesures ce système pourra atteindre l’objectif visé moyennant une consolidation de ressources financières.

En 2013 les dépenses totales de santé en Tunisie s’élèvent à 57662,7 millions de dinars tunisien (26831,35 $) soit 7,1% du PIB.

37,5% de ces dépenses parviennent des ménages, la Caisse d’Assurance Maladie n’intervient que dans 34,9%, l’Etat contribue dans 26,3% des dépenses.

Le secteur privé accapare la majorité des dépenses en santé (45% des dépenses de la CNAM, 91% des dépenses des ménages).

Le secteur publique est largement sous financé en particulier les structures de 1ère et 2ème ligne. Ainsi les personnes vulnérables risquent de ne pas accéder aux soins de qualité, ils risquent de faire face à des dépenses catastrophiques.

En fin de présentation j’essaie d’étayer les différentes propositions pour assurer un financement Perrin du système de santé tunisien.
PT 04/7

Le rôle de la société civile dans l'analyse, le suivi et la défense du budget de la santé au Nigéria : Obstacles et perspectives.

Felix Obi, Health Policy Research Group, University of Nigeria, Enugu Campus, obifelix@gmail.com.

Contexte

Des efforts et des investissements considérables ont été consentis par les gouvernements successifs et les partenaires au développement pour réformer le secteur de la santé du Nigéria, mais les indicateurs de santé restent des plus pauvres en Afrique sub-saharienne et le pays n’a pas pu atteindre les OMD. Les experts en santé attribuent les mauvais résultats à une mauvaise allocation budgétaire, à l’inefficacité, au manque de responsabilité et de transparence, ce qui contribue de manière significative à la faible rentabilité financière pour les services fournis. Cet article examine le processus budgétaire de la santé au Nigéria et le rôle de la société civile dans le suivi, l’analyse et la défense de ce budget, et dans quelle mesure son implication et sa participation ont contribué à améliorer la transparence et la responsabilité, et les implications sur le financement de la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) de santé.

Méthodologie


Principaux résultats

Les résultats montrent que les OSC sont devenus de plus en plus engagés dans le suivi et l’analyse du budget de la santé, utilisant des systèmes de traçage pour suivre le budget de la santé, entre autres stratégies. Malgré tous ces efforts, le Nigéria n’a pas pu atteindre l’allocation budgétaire de 15% du secteur de la santé, comme stipulé par la Déclaration d’Abuja de 2001. Le budget annuel de la santé a été en moyenne d’environ 5% au cours des dernières années, avec un rapport élevé de récidive de dépassement. Le financement pour lutter contre la mortalité infantile et maternelle a été généralement faible par rapport à des interventions spécifiques pour des maladies telles que le VIH / SIDA. Malgré le cadre juridique favorable, le processus de budgétisation de la santé manque de transparence et d’ouverture, et avec la faible participation des citoyens, il leur est difficile d’accéder aux informations sur le budget de la santé.

Conclusion / Recommandations

La participation active des citoyens dans le processus budgétaire est un développement positif. Les experts du financement de la santé ont la possibilité de renforcer et de soutenir le poids et l’implication des OSC à travers la recherche d’évidences, ce qui implique un suivi rigoureux et une analyse permanente du budget de la santé.
L'expansion du Régime d'Assurance Maladie au Nigéria ; la sensibilisation comme outil de propagande potentiel.

David Adewole, University of Ibadan, Nigeria, ayodadewole@yahoo.com
Saidat A. Akanbi, MBBS, Department of Staff Medical Services, University College Hospital, Ibadan, Nigeria, saidatakanbi@gmail.com
Kayode O. Osungbade, MBBS, MSc, FMCPH, FWACP, Department of Health Policy & Management, Faculty of Public Health, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria, koosungbade@yahoo.com

Buts et objectifs / Introduction
Les partenaires dans les pays en développement sont confrontés aux obstacles de la mise en œuvre et de l'élargissement du régime d'assurance-maladie dans le secteur informel. À l'aide d'un modèle novateur, une enquête descriptive transversale a été réalisée afin d’évaluer le niveau de connaissance et de compréhension du régime d'assurance-maladie chez les femmes du secteur informel.

Méthodes
Une technique d'échantillonnage en plusieurs étapes a été utilisée pour sélectionner les participants à l'étude. Un questionnaire semi-structuré administré par un enquêteur a été utilisé pour recueillir des données. Les données ont été analysées en utilisant la version 16 de SPSS. Le test « Chi-Square » a été utilisé pour analyser les associations entre les variables sélectionnées. Le modèle « Logistic Regression » a été utilisé pour déterminer les prédictions quant à la sensibilisation sur le Régime d'Assurance Maladie. La sensibilisation stratégique en particulier chez les femmes de ce secteur est importante. Des concepts innovants pour permettre aux bénéficiaires potentiels de mieux comprendre le concept peut améliorer son acceptation. Les partenaires doivent aborder les sujets de préoccupation exprimés dans cette étude.
Quelles ressources mobiliser pour l’atteinte des ODD : analyse des résultats et du financement des interventions dans le cadre de la lutte contre le paludisme en Côte d’Ivoire.

Colette YAH epouse KOKRASSET, National Malaria Control Program, coletteyah@yahoo.fr
Antoine MÂ©a TANOH, National Malaria Control Program, tanomeaantoine@yahoo.fr, Postal Serges Brice ASSI, National Malaria Control Program, assisergi@yahoo.fr.

But
Contribuer à une évaluation des financements à mobiliser pour tendre vers les ODD dans le cadre de la lutte contre le paludisme

Méthodologie
Il s’agit d’une étude descriptive. Les progrès réalisés dans le cadre des OMD en matière de lutte contre le paludisme et les ressources mobilisées pour parvenir à ces résultats ont été examinés de 2011 à 2014

Les opportunités de financement connus sur la période des ODD ont été listées et une corrélation entre les ressources mobilisées et les objectifs à atteindre a été établie.

Une projection du financement de l’Etat en 2030 a été faite de même que les résultats attendus.

Résultats
La lutte contre le paludisme a contribué à réduire la mortalité chez les moins de 5 ans toutes causes confondues passant de 125‰ (MICS) en 2006 à 108‰ en 2012 (EDSIII).
Le taux d’utilisation des MILDA chez les enfants de cette tranche d’âge est passé de 3% en 2006, à 37% en 2012 avec un ratio utilisation/possession de 68% dans la population.
La proportion des ménages disposant d’au moins une (01) moustiquaire imprégnée d’insecticide est passé de 10% (MICS) en 2006 à 67% en 2012 (EDSIII) puis à 95% en 2014 (Rapport campagne MILDA, 2014).
L’incidence des cas de paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans, a diminué de 109 points entre 2011 et 2014 passant de 389‰ à 280‰.
Les ressources mobilisées pour parvenir à ces résultats entre 2011 et 2014 s’élèvent à 127 294 694 622. Sur cette période 87,8% ont été mobilisés auprès du Fonds mondial. La part de l’Etat et les autres partenaires représente 13,2%.
Il n’y a pas suffisamment de visibilité de financement des partenaires jusqu’en 2030.
La part de l’Etat passera à 36 504 208 637,78 FCFA, en tenant compte de la volonté de payer qui prévoit une hausse annuelle de 25%, sur la base du montant annoncé en 2017 (2 006 840 093 francs CFA).

Conclusion
Le passage à échelle des interventions effectif depuis 2010 a eu un impact sur les résultats de la lutte contre le paludisme. Ces actions ont nécessité la mobilisation en moyenne de 31 823 673 655,50 par an.
Si l’Etat et les partenaires maintiennent les efforts, l’incidence régressera et tombera en dessous de 0 chez les enfants d’ici 2022 à raison de 27,25 point par an.
PT 04/10
Évaluation des coûts économiques du traitement du paludisme non compliqué dans une structure de santé universitaire au Nigéria: Implications pour l'efficacité dans le traitement du paludisme.

Charles Ezenduka, Nnamdi Azikiwe University, Awka, cc.ezenduka@unizik.edu.ng
(1) Dr. Charles Ezenduka, Dept of Clinical Pharmacy & Pharmacy Management, Nnamdi Azikiwe University, Awka, cc.ezenduk@unizik.edu.ng, ezendukacc@yahoo.com
(2) Mathew Okonta, Dept of Clinical Pharmacy & Pharmacy Mgt, University of Nigeria Nsukka (UNN), okojema@yahoo.com
(3) Charles Esimone, Dept. of Pharmaceutical Microbiology & Biopharmaceutics, Nnamdi Azikiwe University, Awka, Nigeria.

Contexte: Comme il est d’usage dans la gestion des cas de paludisme, il est nécessaire d’avoir des informations exactes et récentes sur le coût de traitement appliqué par la structure de santé, ceci pour faciliter la prise de décision dans l’allocation des ressources ou le financement pour le traitement et le contrôle du paludisme. L’étude a estimé les coûts du traitement du paludisme simple grâce à un centre de santé universitaire, au sud-est du Nigéria.

Méthodes: Basé sur une approche coût global de la maladie, les coûts hospitaliers associés aux épisodes de paludisme non compliqué ont été estimés à partir du point de vue du prestataire, en appliquant une procédure standard de fixation des coûts pour les services ambulatoires. Les dépenses ont été estimées en utilisant l’approche « ingrédient » combinée à la méthodologie step-down. Les coûts attribuables au traitement du paludisme ont été calculés sur la base de la proportion des cas de paludisme sur le total des consultations ambulatoires. Les coûts non hospitaliers ne sont pas pris en compte. Les totaux et les moyennes des coûts financiers et économiques ont été estimés pour les deux types de paludisme (simple et compliqué). Tous les coûts ont été calculés dans la monnaie locale, convertis ensuite en dollars américains au taux de change de 2013.

Résultats: L’hôpital a dépensé un total annuel (N28) de 723,723,15 (182,953,65 $US), pour le traitement du paludisme non compliqué, à raison de 31,49 $US par cas. Cela représente environ 25% du montant total des dépenses de l’hôpital dans l’année étudiée. Le personnel à lui seul, en tant que facteur de coût dominant, représentait 82% des dépenses totales, suivi par les antipaludéens (6,6%). Plus de 45% des consultations ambulatoires ont été traitées pour le paludisme non compliqué au niveau de la structure, ce qui favorise l’utilisation accrue des ressources de l’hôpital. L'évolution des coûts de personnel, les prix des médicaments et la prévalence du paludisme ont eu un impact significatif sur les résultats de l'étude, ce qui fait ressortir la nécessité d'améliorer l'utilisation des ressources de la structure de santé.

Conclusion: le traitement du paludisme au niveau de la structure de santé est un gouffre qui engloutit une bonne partie des ressources hospitalières, principalement en raison des frais de personnel et la proportion élevée de cas de paludisme. Il existe des possibilités considérables pour une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources hospitalières, afin d’éviter les gaspillages et réduire les coûts pour le prestataire et le consommateur.
Les Résultats des Comptes de la santé de 2013 à 2014 et son impact sur le financement de la santé en RDC.

Eddy Mongani Mpotongwe, National Health Accounts Programme, eddmerphy@yahoo.fr
Eloko Eya Matangelo Gerard Minga Minga Georges; Mingele Kalonji Michel Mukengeshayi Kupa.

But de l’étude :
Fournir des informations fiables essentielles sur les flux financiers permettant aux décideurs de prendre des décisions susceptibles d’orienter la politique de santé en RDC.

Objectif Général :
Reconstituer les flux financiers des dépenses de santé engagées

Objectifs Spécifiques :
- Identifier les sources, les régimes et agents de financement. Les prestataires des soins de santé et les fonctions ;
- Proposer des recommandations aux décideurs visant à l’amélioration de la gestion du système de santé.

Méthodologie :

Principaux résultats :
La dépense Courante annuelle de santé par habitant a variée entre 2013 et 2014 passant de 19$ à 21$.
Les paiements directs des ménages constituent la principale source des recettes des régimes de financement du système de santé en RDC, représentant 41% en 2013 et 43% en 2014. Le Gouvernement n’a financé que 14% de la DCS (2013-2014). La part du reste du monde est restée globalement constante sur la période, environ 40% de même que la contribution des entreprises qui est restée à 5% en 2013 et 2014.
Il apparait que la dépense totale de santé a représenté 7,6 % du Produit Intérieur Brut dont 7.43 % de Dépenses Courantes en Santé du PIB en 2014.
Malgré l’effort Gouvernement et des bailleurs, la population Congolaise continue à supporter une lourde charge des dépenses de santé. Le paludisme qui est la reine des maladies en Afrique est financé à 47% de la Dépenses Courantes en santé par les ménages en 2014.
Examen de la gestion des finances publiques dans les soins de santé primaires au Nigeria: Une étude de cas l'Etat de Kaduna.

Yewande Ogundeji, Health Strategy and Delivery Foundation, ykogundeji@gmail.com
Yewande Ogundeji, HSDF, 1980 Wikki Spring Street Maitama Abuja, Nigeria
Oyebanji Filani, HSDF, 1980 Wikki Spring Street Maitama Abuja, Nigeria
Benson Obonoyo, Bill and Melinda Gates Foundation, Abuja Nigeria
Kelechi Ohiri, HSDF, 1980 Wikki Spring Street Maitama Abuja, Nigeria

Contexte: L'État de Kaduna est l'un des 36 États du Nigeria, le pays le plus peuplé d'Afrique avec de faibles résultats, largement documentés, en matière de santé maternelle et infantile. Un financement limité des services de santé publique et le manque de sens responsabilité dans la gestion des flux de ressources caractérise le système de soins de santé à Kaduna. Cela a pour conséquence une médiocre prestation de services et une faible utilisation des services de soins de santé primaires (SSP). La nouvelle administration a fait preuve d'une volonté d'accroître l'espace budgétaire de la santé pour améliorer la prestation des services de santé. Cependant, l'augmentation des dépenses de santé publique, en particulier celles les SSP ne se traduisent pas nécessairement par l'amélioration des prestations de services en raison de la mauvaise gestion financière. Cela met en évidence, la nécessité d'une compréhension des raisons profondes des lacunes dans la gestion des fonds publics destinés aux soins de santé primaires en vue de la mise en œuvre des interventions sur mesure dans l'Etat de Kaduna.

Objectif: La raison principale de cette étude était de faire une analyse de la gestion financière des fonds publics destinés aux SSP dans l'État de Kaduna en analysant systématiquement les forces et faiblesses, liées à cette gestion et proposer aux décideurs politiques des solutions pour redresser les lacunes observées.

Méthodologie: Notre analyse a été basée à la fois sur les données recueillies des entretiens faites auprès des principales autorités étatique et des modules issus de l'outil d'évaluation organisationnelle du financement de la santé pour l'amélioration et le renforcement (OASIS).

Résultats: Nous avons identifiés 5 facteurs clés de mauvaise gestion financière dans l'Etat de Kaduna:

1. Une forte dépendance des allocations fédérales imprévisibles et une faible génération au niveau interne (IGR) ce qui limite l'espace budgétaire pour la santé;
2. Une faible coordination entre les multiples sources de financement des SSP (gouvernement de l'État, les donateurs, HMO), entraîne ainsi une duplication des efforts et de l'inefficacité;
3. Des prévisions financières inexactes dans le processus de préparation du budget et de la planification, se manifestant par un manque d'appui financier pour les budgets approuvés;
4. D'importants retards dans l'émission des bons de souscription pour des projets d'investissement, résultant par conséquent une faible exécution du budget;
5. Un manque de dépenses de fonctionnement et de simples mécanismes de comptabilité mis en place au niveau des structures de santé, pour le répertorier les ressources (en espèces et en nature).

Recommandations : Des recommandations ont été faites pour corriger ces faiblesses et assurer que les ressources sont utilisées et gérées de manière efficiente et efficace. Parmi celles-ci, nous avons, le soutien en renforcement et la capacitation pour l'amélioration la mise en œuvre de la Génération Interne des Revenus(IGR), la création d'un fonds commun de mutualisation des ressources pour la santé, l'augmentation de la capacité des agents de l'État dans la planification et l'élaboration budgétaire, et l'institutionnalisation de la traçabilité des ressources de la santé.
Élaboration d'une stratégie de campagne de communication pour une politique efficace de santé d'accès de la population à un Paquet Minimum Économique en Afrique

Wilson Okaka, Kyambogo University, Faculty of Education, P.O.Box 1, Kyambogo, Kampala, Uganda, nupap2000@yahoo.com

But et Objectifs: La stratégie nationale de campagnes de communication efficace de la politique de santé, peut permettre aux communautés, familles, institutions et individus d'avoir accès à un paquet Minimum Économique de soins de santé en Afrique. Les objectifs de l'étude sont: (1) discuter des principaux résultats prévus du paquet minimum de soins de santé pour la politique économique nationale de l'Ouganda de; (2) indiquer le rôle du rôle des principales parties prenantes dans le processus de développement de la politique nationale de santé de l'Ouganda; (3) décrire les perspectives de réalisation des Objectifs de Développement Durable 3 en Afrique; et (4) évaluer le rôle de la stratégie de communication pour l'amélioration de l'environnement économique de la politique de santé.


Résultats: Nous avons enregistré un manque d'accent sur le rôle de la stratégie de communication efficace; un système durable de prestation de services pauvre et de faible qualité; besoin de sensibilisation et d'information de la population sur les questions de politique nationale de la santé; faible appui budgétaire et manque d'engagement politique; attitudes conflictuelles des acteurs de la santé, insuffisance des infrastructures, nombre limité et peu motivé du personnel. Des changements et évolutions constants des données d'économie de la santé et sur des résultats de l'analyse politiques; le gap et l'absence de données, révèlent des défis sur l'accessibilité aux données; l'écart entre chercheurs et décideurs politiques, continue de miner la demande ou l'utilisation des analyses des politiques économiques de santé dans la région.

Conclusion(s): La communication pour la promotion des politiques est indispensable pour la réalisation de la prise de conscience, le changement d'attitudes et de comportements entre tous les acteurs de la santé communautaire souhaitée. La communication efficace sur la politique doit être participative, basée sur la théorie et l'éthique, bien coordonnée et équilibrée prenant en compte le concept genre. Une recherche durable Nord-Sud, un renforcement des capacités et des techniques, un financement et une collaboration dans l'application des politiques sont des impératifs pour l'amélioration de l'accès au paquet minimum de soins de qualité de la politique économique nationale et de l'Ouganda et des services de santé publics en Afrique.

Mots clés: Afrique, communication, santé, politique, ODD, le bien-être
PT 05/2

Le rôle des médias dans le renforcement de la coopération Nord-Sud pour la mise en œuvre efficace des politiques nationales de santé en Afrique.

Wilson Okaka, Kyambogo University, Faculty of Education, P.O.Box 1, Kyambogo, Kampala, Uganda, nupap2000@yahoo.com

But et objectifs: Les institutions ougandaises et la gestion des résultats et des impacts de la mise en œuvre des systèmes alimentaires et nutritionnels sont encore trop faibles et mal coordonnées. Les médias ont un rôle essentiel dans la sensibilisation du public à la nécessité de renforcer la gouvernance institutionnelle des systèmes de santé pour l’efficacité de la politique de santé en Ouganda. Les objectifs sont les suivants: Présenter les fonctions de responsabilité sociale des médias dans la surveillance des institutions et des systèmes de gestion de la santé; Identifier les rôles des partenaires dans la mise en œuvre de la politique des systèmes alimentaires; Expliquer les lacunes et les faiblesses de la politique axée sur la santé publique; et Discuter du rôle de la politique de communication et de sensibilisation de la communauté universitaire.

Méthodes: Pour cette étude, nous avons obtenu des publications sur le rôle de l’aide internationale dans le renforcement des capacités pour la mise en œuvre des politiques de santé. Tous ces documents ont été utilisés pour élargir davantage la recherche de sources de données primaires. Plus d’informations ont été sollicitées auprès des organismes nationaux, régionaux et internationaux. Dans un premier temps, les documents accessibles ont été examinés pour leur pertinence et certains ont été utilisés comme références pour orienter d’autres recherches de données. Les résultats ont été contextualisés en fonction des questions politiques spécifiques. Les informations ont ensuite été résumées pour les besoins de cette étude.

Constatations: Un déploiement efficace des canaux médiatiques permet la sensibilisation maximale et immédiate du public sur les rôles et fonctions des institutions spécifiques et sur la gestion des systèmes alimentaires. Les médias ont une responsabilité sociale et se doivent de jouer un rôle efficace dans le suivi de la performance des institutions publiques. Ils ont le devoir de rendre compte aux citoyens et aux contribuables, d’exposer les abus de la fonction publique, de créer, de développer et de maintenir une sensibilisation permanente du public sur la bonne gestion des institutions et des systèmes. Des institutions intra gouvernementales et des systèmes alimentaires ont été mis en place dans le pays. La diffusion d’informations sur la politique est entravée par: la médiocrité ou le manque d’infrastructures, des questions d’éthique, la mauvaise coordination de la communication, les déficits de financement, la corruption gangrénée, le faible impact sur les communautés, la pauvreté, la coordination des politiques, les changements climatiques, la dégradation de l’environnement, l’atmosphère politique, et le manque de compétences.

Conclusion(s): Les médias ont la grande responsabilité de surveiller et d’exposer la performance des institutions et la gestion des systèmes alimentaires, d’initier ou de renforcer la sensibilisation du public sur les rôles des principaux intervenants dans la mise en œuvre de la politique nationale des systèmes alimentaires et nutritionnels, d’informer sur la faiblesse du cadre institutionnel et d’organiser des débats sur le rôle critique des alliances Nord-Sud dans le renforcement des capacités, l’appui budgétaire, la coopération, le partage d’expériences et les innovations politiques.

Mots clés: Afrique, coopération Nord-Sud, recherche, corruption, médias, la politique.
Le Maroc a fait des progrès significatifs en matière de santé, notamment en éliminant certaines maladies infectieuses. L'espérance de vie de la population a augmenté de dix ans au cours des trente dernières années et la mortalité maternelle et infantile s'est réduite de moitié.

En outre, grâce aux agences AMO et RAMED, le Maroc a mis en place un système de protection sociale pour certains groupes cibles: les employés actifs et retraités dans le secteur formel (34% de la population du Maroc), les personnes à faible revenu (27%), des groupes spécifiques (0,7%). D'autres systèmes pour les étudiants (30,8%) et les travailleurs indépendants (1,5%) sont également en cours d’élaboration.

Ainsi, le pourcentage de la population bénéficiant d’une couverture sanitaire est passé d’environ 16% à près de 53% de la population totale entre 2006 et 2013, ce qui représente une progression significative.

Cependant, le Maroc a encore du chemin à parcourir pour atteindre la CMU: Une grande partie de la population n’est toujours pas couverte, les systèmes d’assurance et RAMED sont encore à parfaire, et le système de santé dans son ensemble est sous-financé. En effet les paiements directs par les ménages restent la source majeure de financement. Il est assez improbable que le gouvernement atteigne son objectif qui est de réduire le paiement direct à 20 - 25% des dépenses totales de santé d’ici 2020. En outre, le financement de la CMU pour les soins de base a connu un déficit d’environ 16 milliards de dirhams en 2013 et pourrait atteindre 27 milliards de dirhams en 2030.

Pour garantir la progression vers une couverture plus complète, trois réformes prioritaires sont absolument nécessaires : une meilleure utilisation des ressources existantes, une meilleure maîtrise des risques et des ressources disponibles, et une augmentation du budget de la santé.

Cet article va développer ce qui pourrait être entrepris sous chacun de ces flux de réformes, et proposer une démarche concrète vers la réalisation de la CMU au Maroc.
PT 05/4

Comprendre les facteurs de capacité qui influent sur la performance des prestataires dans les programmes de soins gratuits au Nigeria: Une analyse des systèmes de santé basée sur des cas spécifiques.

Daniel Ogbuabor, Department of Health Administration and Management, University of Nigeria Enugu Campus, daniel.ogbuabor.104908@unn.edu.ng

Contexte

Pour offrir des services de santé gratuits aux populations, il est nécessaire que les prestataires des districts soient bien outillés. La preuve de l'influence des prestataires sur la mise en place de la politique de suppression des frais d'utilisation n'a pas encore été faite. Cette étude cherche donc à décrire les facteurs de capacité qui ont été favorables ou qui ont plutôt freiné la mise en œuvre du programme de soins maternels et infantiles gratuits au Nigeria.

Méthodes

Une étude qualitative basée sur une théorie constructiviste a été adoptée. Les données ont été recueillies grâce à des entretiens en profondeur avec des décideurs (n = 6), des prestataires (n = 16), et des membres de comité de santé (n = 12). Des discussions de groupe ont été menés (n = 4) et des documents importants ont été consultés (n = 14). La collecte de données s’est faite sur deux districts sanitaires assez contrastés: le district le plus fonctionnel et le district le moins fonctionnel. Sur le modèle de Grindle et Hilderbrand, les données ont été analysées en utilisant une approche de comparaison constante.

Résultats

Le contexte dans lequel évoluaient les prestataires était caractérisé par une faible décentralisation, une faible capacité de réaction, une faible participation des prestataires à la prise de décision, un manque de confiance des patients pour les prestataires et le peu de vision stratégique. Une politique de remboursement mal appliquée, une bureaucratie trop lourde et une mauvaise compensation constituaient le contexte institutionnel pour les prestataires. Le manque de compétence dans la communication et le partage d'informations et le manque de soutien de la part des cadres du district ont lourdement entravé les échanges. Les contraintes organisationnelles s’articulaient autour de la faible supervision, du manque de financement, de la suppression du fond de roulement pour les médicaments et de l'insuffisance des infrastructures. Les contraintes en matière de ressources humaines étaient l'insuffisance de la main-d’œuvre qualifiée et le manque de mécanisme disciplinaire. Les prestataires des districts les moins fonctionnels étaient encore plus limités que ceux des districts plus performants.

Conclusions

L’expérience du Nigéria nous permet, à travers cette étude, de mettre en lumière la nécessité d’améliorer les capacités des prestataires dans le but d’accélérer la mise en œuvre de la politique de gratuité.
PT 05/5

Planification opérationnelle du secteur de la santé et processus d'alloca
dation budgétaire au Ghana et en Côte d'Ivoire.

Joseph Dodoo, Nadege Ade, Mathieu Tchetché.

Contexte

La façon dont les pays africains planifient et allouent des budgets à leur secteur de la santé est déterminant dans la performance à fournir à sa population des soins de qualité et en temps opportun. Bien que ces processus puissent influencer positivement la performance des systèmes de santé, ils sont trop peu souvent consignés et divulgués, en particulier dans les pays d'Afrique sub-saharienne. Cette étude cherche donc à répondre à la question du sujet de recherche: "Comment le secteur de la santé est-il planifié et budgétisé dans les pays d'Afrique de l'Ouest?"

Méthodes


Résultats

Les résultats préliminaires dans les deux pays révèlent que les processus annuels d'allocation budgétaire, par le biais du Ministère des Finances, ont des lignes directrices claires et un calendrier bien défini. Par contre, ce n’était pas du tout le cas pour les processus d’élaboration des plans d’action. Au Ghana, le processus de planification est vertical (du bas vers le haut). Les agences affiliées au Ministère de la Santé préparent des plans annuels qui sont ensuite rassemblés au niveau national. Cependant, le feedback et la répartition des ressources du haut vers le bas pour la mise en œuvre du plan sont apparemment inexistantes, ce qui conduit de nombreux partenaires à s’interroger sur la raison d’être de ces processus. En Côte-d’Ivoire, la logique de la coopération entre les partenaires au développement, les gestionnaires régionaux et le Ministère de la Santé semble être une contrainte en ce sens qu’elle entrave l’alignement entre les processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé.

Discussion

Ces résultats préliminaires révélant une inadéquation et des déphasages entre les processus de planification et de budgétisation au Ghana et en Côte-d’Ivoire ne sont pas uniques. Des situations similaires ont été rencontrées dans quelques autres études de cas (Banque mondiale, 1998; Houérou & Taliercio, 2002; Tsofa et al, 2015, etc). Les résultats de notre étude seront examinés et comparés avec ces travaux qui existent dans les archives.

Conclusion

La centralisation et l’harmonisation des processus d’élaboration de lignes directrices claires d’un plan d’action national, des stratégies d’allocation budgétaire du Ministère des Finances et des processus de collecte de fonds auprès des partenaires au développement pourraient être un moyen efficace de pallier à ces difficultés.
Réflexion sur la nouvelle politique de santé du Burkina Faso : vers une remise en cause de l'Initiative de Bamako.

Angelain PODA, Research Professor University of Ouagadougou, Research Associate at the Health Law Center Aix-Marseille University, Lawyer at Marseille, podange@yahoo.fr

Lorsque les premières autorités ont pris en main la gestion des États en Afrique, après les indépendances, elles se sont inspirées des grands modèles d’État providence prévalant dans les pays industrialisés. Elles ont donc fait de la gratuité des soins, un principe de base dans le fonctionnement des systèmes de santé. Mais la planification du système de gestion de l’approvisionnement des médicaments n’a pas été faite. Les dotations d’argent dans le secteur sanitaire n’ont pas connu d’amélioration. La même dotation devait servir à la fois à la construction des dispensaires, à l’équipement des services de santé et également au renouvellement des stocks de médicaments. Le système sanitaire des pays africains, alors soutenu par l’aide extérieure, a commencé à s’effondrer. Pour contrecarrer la dégradation rapide de ces systèmes de santé, les pays africains, sous un climat de « grande déprime sociopolitique et économique », ont signé l’Initiative de Bamako en 1987.

L’Initiative de Bamako, est une stratégie correctrice de la déclaration d’Alma Ata. En remettant en cause la gratuité des soins qui prévalait depuis les indépendances, elle vise à créer les conditions d’accès des populations aux soins de santé de qualité dans l’équité, la disponibilité et l’accessibilité des médicaments à moindres coûts sur toute l’étendue du territoire national.

Mais aujourd’hui au Burkina, le bilan de cette politique sanitaire en vigueur depuis 1987, peine à convaincre. Si l’Initiative de Bamako a permis d’instaurer une démocratie dans la gestion des services de santé, la situation sanitaire et sociale du pays est restée désastreuse. Si bien qu’aujourd’hui, les autorités burkinabé ont lancé une autre politique de santé basée sur la gratuité des soins, marquant ainsi un retour à la case d’avant Bamako.

Le but de cette étude est d’examiner la nouvelle politique de santé du Burkina Faso lancée début 2016.

Objectifs: Analyser la pertinence et les insuffisances de cette politique, afin de voir si elle peut permettre d’atteindre les objectifs de développement durable.

Méthodologie: Pour ce faire l’étude procédera par une évaluation de l’Initiative de Bamako à travers la littérature existante, elle exposera de brefs entretiens réalisés au Burkina Faso sur la nouvelle politique de santé.

Les résultats attendus:
- Amélioration de l’accès aux soins
- Recueil des opinions pour prévenir les risques d’échecs afin de formuler des suggestions.

En conclusion, l’étude appréciera cette politique à l’aune des objectifs mondiaux de développement durable.
Quand la conscience sanitaire freine l'atteinte des OMD en Côte d'Ivoire.

Memon Fofana, University of PGC-Korhogo, fofanamemon20@yahoo.fr
Amao Nourdine, Legal Officer, Ministry of Higher Education and Scientific Research,
Ally Yao Lanzani, Physician, Ministry of State, Planning and Development, (CI)

Au sein de tout système de santé, il y a deux groupes d'acteurs en présence dont les démarches sanitaires n'obéissent pas aux mêmes logiques. Les contrariétés qui structurent leur relation portent parfois atteinte à l'atteinte des OMD. Certes, les études diagnostiques ont toujours identifié de nombreux obstacles à l'atteinte d'OMD et/ou à la promotion de la santé publique, mais elles ont rarement démenties les pratiques ou débouchés sur les comportements sanitaires néfastes entretenus par la population elle-même. Ces comportements relevant de la conscience sanitaire de la population ne doivent pas rester exemptes de tous soupçons puisqu'elles édifient les stratégies de préservation de la santé. C'est cette conscience sanitaire que le papier tente de questionner en mettant au centre de la réflexion, les pratiques sanitaires néfastes commises par la population.

Méthodologiquement l'étude repose sur une approche qualitative à visée compréhensive axée sur des entretiens, observations et la littérature systématique.

L'étude a repéré l'existence d'une causalité ou d'exogénéité entre la survenance de la maladie, décès évitables et la conscience sanitaire de la population. En effet, dans l'imaginaire de la population, la quasi-totalité des maladies ou malheurs portent le nom des facteurs supposés en être la cause. Par exemple, chez les Bété de Côte d'Ivoire, «la diarrhée infantile est associée au fait que la mère et le père du bébé ont partagé le lit de façon précoce». Pendant que l'opinion "incrimine" les rapports conjugaux, la diarrhée fait des victimes. En outre, l'utilisation de la poire à lavement persiste chez les enquêtés alors que l'efficacité qu'on lui attribue est de plus en plus infirmée par la gastro-entérologie et la gynécologie obstétrique. Et la récurrence dans la presse écrite et audiovisuelle de drames de toutes sortes y afférents en est une parfaite illustration. En fait, cette rationalité des acteurs en jeu est limitée par une ignorance collective de l’impact négatif que ces pratiques peuvent avoir sur le fonctionnement de la santé. Et « comme la raison d’être de l’atteinte des OMD demeure aussi la transformation qualitative des comportements à risque qui passe par la construction de pont culturel entre le savoir populaire et le savoir médical, la promotion de la conscience sanitaire est perçue, à cet égard comme un défi à relever». 
Formulation des Ressources Humaines dans la politique de santé au Nigéria : Analyse des rôles des acteurs et de l'utilisation d'évidences.

Nkoli Uguru, University of Nigeria, nk_uguru@yahoo.com
Enyi Etiaba, University of Nigeria, Health Policy Research Group, Department of Pharmacology and Therapeutics, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, enyi.etiaba@unn.edu.ng;
Benjamin Uzochukwu, University of Nigeria Department of Pharmacology and Therapeutics, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, benjamin.uzochukwu@unn.edu.ng;
Miriam Ajuba, Enugu State University, Department of Community Medicine, Enugu State University College of Medicine, miriam_ajuba@yahoo.com;
Giuliano Russo, University of Lisbon, Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), The New University of Lisbon, Portugal, grusso@ihmt.unl.pt;
Reinhard Huss, University of Leeds, Nuffield Centre for International Health and Development, Leeds Institute for Health Sciences, University of Leeds, United Kingdom, R.Huss@leeds.ac.uk;
Obinna Onwujekwe, University of Nigeria Health Policy Research Group, Department of Pharmacology and Therapeutics, College of Medicine, University of Nigeria, Enugu Campus, obinna.onwujekwe@unn.edu.ng.

Contexte: Le point de vue des acteurs sur les évidences et leur rôle dans l’élaboration de politiques semblent essentiels à l’utilisation de ces évidences.

Objectif: Cette étude vise à analyser dans quelle mesure la perception des acteurs et les niveaux de responsabilité ont influencé la formulation des Ressources Humaines pour le développement des politiques de Santé au Nigéria (RHS).

Méthode: L’approche « étude de cas » a été utilisée pour mener cette recherche. Nous avons procédé à un examen systématique des documents et autres rapports politiques pertinents et à des entretiens en profondeur avec douze répondants parmi lesquels des décideurs gouvernementaux, des universitaires, des membres d’organisations de la société civile, des travailleurs de la santé et des partenaires au développement. Les entretiens ont été traités par le logiciel NVivo 10 pour analyse qualitative.

Résultats: La plupart des répondants considèrent que les évidences doivent être factuelles et concrètes pour soutenir une décision donnée. Les décideurs du gouvernement exerçaient un haut niveau de responsabilité et constituaient de ce fait le fer de lance du processus politique. Les partenaires au développement faisaient partie des principaux décideurs parce qu’ils détenaient le pouvoir financier et technique. Les organisations de la société civile exerçaient le pouvoir de plaidoyer et ont fourni des évidences. Le milieu universitaire, dont le niveau de responsabilité est assez moyen, a aussi fourni des évidences.

Conclusion: Les acteurs qui avaient le plus haut niveau de responsabilité ont grandement influencé le choix et l’utilisation des données prises en compte dans la formulation de la politique des RHS. Les partenaires, par leur pouvoir coercitif, financier ou numérique, ont influencé le type d’évidences finalement choisies dans la formulation de la politique des RHS.
Les partenariats public-privé (PPP) pour stimuler la recherche et le développement pour les maladies tropicales négligées (MTN).

*Elisa Sicuri, ISGlobal, elisa.sicuri@isglobal.org*  
(1) Celine Aerts, ISGlobal, Barcelona, Spain (2) Elisa Sicuri, ISGlobal, Barcelona, Spain

Les maladies tropicales négligées (MTN) affectent principalement les populations les plus pauvres du monde. Les industries pharmaceutiques hésitent à investir dans la recherche et le développement dans les MTN non seulement en raison du faible pouvoir d'achat des consommateurs potentiels, mais aussi en raison de la faible protection des droits de propriété intellectuelle dans les pays touchés. Le contexte économique a conduit à la prolifération des partenariats public-privé (PPP) dans les deux dernières décennies. Néanmoins, en dépit de leur rôle croissant dans la santé publique, la façon dont ces modèles de développement fonctionnent ainsi que leur impact reste vague. En conséquence, nous avons procédé à un examen systématique des PPP pour chacune des 17 MTN de la liste de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur trois grandes bases de données : « Scopus », « PubMed » et « IDEAS / Repec ». La recherche a produit 181 documents individuels parmi lesquels 71 correspondaient aux critères. Les résultats laissent beaucoup à désirer: En dépit de l’ampleur croissante et de l’importance des partenariats public-privé, il y a très peu de recherche empirique approfondie. Une seule analyse de l'évaluation économique a pu être trouvée et elle a révélé que le modèle PPP n’est pas l’approche la plus rentable pour développer des produits pour lutter contre les MTN.