6ème

La Conférence scientifique biennale d'AfHEA de 2022

Theme: Vers des systèmes de santé résilients en Afrique: le rôle de la santé Recherche en économie et politique.

7th - 11th Mars 2022

Hôte Virtuel:
Kigali, Rwanda

Theme

Vers des systèmes de santé résilients en Afrique

Le rôle de la santé Recherche en économie et politique

6ème Conférence Scientifique Biennale AfHEA

7 – 11 MARS 2022

Livre du programme et résumés des présentations

La 6ème Conférence Scientifique de l'AfHEA est organisée en partenariat avec la **Fondation Bill et Melinda Gates, le Bureau Régional pour l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Observatoire africain de la santé - Plateforme sur les systèmes et politiques de santé (UNFPA), le Centre de ressources pour les achats stratégiques en Afrique (SPARC)** et **l'Observatoire africain de la santé - Plateforme sur les systèmes et politiques de santé.**

Vers des systèmes de santé résilients en Afrique :

Le rôle de la recherche sur l'économie et les politiques de la santé.

6e Conférence scientifique biennale de l'Association africaine d'économie et de politique de la santé (AfHEA)

Edité par AfHEA © 2022

Page de Couverture: nomezo creative works and Dot Scale

Compilation du programme et des résumés: Elizabeth Adote et Daniel Achala

Le contenu scientifique des résumés relève de l'entière responsabilité de leurs auteurs. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement les positions de l'AfHEA.

Pour plus d'informations, merci d'écrire à:

info@afhea.org

Visitez le site Web de l'AfHEA pour des mises à jour sur ses activités: www.afhea.org

Table des matières

Session organisée 1-1 20

Comment les ajustements de la gestion des finances publiques et des achats stratégiques ont-ils contribué à la riposte du secteur de la santé de COVID-19 ? Leçons pour mieux reconstruire. 20

Gestion des finances publiques et riposte sanitaire au COVID-19 : Principales leçons pour effectuer une réforme du système 21

Gestion des finances publiques et riposte sanitaire au COVID-19 en Afrique du Sud 22

Ajustements des accords d'achat dans le cadre de la riposte du secteur de la santé au COVID-19 : une synthèse mondiale 23

Ajustements des modalités d'achat pour la riposte au COVID-19 au Ghana 24

Session Parallel 1-1 :Orale 25

Investir dans les systèmes de santé post pandémique (COVID -19) 25

COVID-19, Investissement public dans les soins de santé dans les régions EAC et SADC : Le rôle du capital social dans le soutien public à l'investissement dans les soins de santé 25

Tirer parti de la réponse à la pandémie COVID-19 pour améliorer le financement du système de santé et l'investissement dans les infrastructures : les leçons apprises (le cas du Ghana) 26

Analyse des 19 premiers mois du processus de réponse à la pandémie du COVID-19 en Guinée : une analyse exploratoire 27

Examen de la réponse des systèmes de santé du Nigeria au COVID-19 : leçons tirées pour le renforcement des systèmes de santé en vue d'une meilleure prestation de services 28

Résilience des systèmes de santé et endémie : Preuves de l'épidémie de COVID-19 29

Session Parallèle 1-2 : Orale 30

Renforcement des systèmes de gestion des finances publiques 30

Examiner la mise en œuvre des lois sur la gestion des finances publiques en vue d' accroître l'autonomie des établissements et leur impact sur la réponse au COVID-19 : aperçu de cinq comtés au Kenya. 30

Suivre les dépenses de santé de Covid-19 pour informer l'efficacité et l'équité de l'investissement futur de la pandémie, et construire un système de santé plus résilient au Malawi. 31

Améliorer la Gestion des Finances Publiques en vue de la Concrétisations des Objectifs du Ministère Fédéral de la Santé du Nigeria 33

Renforcer les Systèmes de Gestion des Finances dans les Hôpitaux de Soins Tertiaires : Etude du Cas d'un Hôpital National d'Afrique de l'Ouest 34

Renforcer la Gestion des Finances Publiques aux fins de rendre les réformes du financement de la santé plus efficaces 35

Session Parallèle 1-3 Orale 37

Modèles de décision et qualité des soins 37

Développement de la base de données EQ-5D-5L pour l'Ouganda au moyen du protocole allégé 37

L'architecture financière des maladies vectorielles au Burkina Faso 38

Application des modèles décisionnels analytiques au diabète dans les pays à revenu faible et intermédiaire : Une étude systématique 39

Optimisation des investissements dans le domaine de la santé grâce à la modélisation de l'ensemble des prestations de santé : Une étude de cas du système de santé nigérian (Ward Health System) 40

Effets des pairs et qualité : Réactivité des installations voisines aux changements de qualité 42

L'évaluation économique, son rôle et son éventuel impact dans la gestion des épidémies et des interventions d'urgence en matière de santé publique en Afrique 43

Session parallèle 1-4 : Orale 45

Impact du COVID sur les Services de Santé **45**

Impact de la Covid-19 sur l'accès aux soins de santé au Madagascar 45

Impact de COVID-19 sur l'utilisation des services de soins maternels au Malawi 46

Impact du confinement lié au COVID-19 sur l'économie des régions à faibles revenus 47

Impact socio-économique des mesures d'accompagnement de l'état d'urgence sanitaire déclaré suite à la déclaration de l'épidémie de Covid-19 en R.D. Congo 48

Recours aux soins de santé et facteurs connexes pendant la pandémie de COVID-19 au Ghana - Une enquête publique transversale 49

Session organisée 2-1 51

La décentralisation : Allies ou Adversaire de la gestion des finances publiques dans le domaine de la santé? 51

Implications de la décentralisation pour la gestion des finances publiques dans le domaine de la santé : Leçons du Burkina Faso, du Kenya, de l'Indonésie, du Mozambique, du Nigeria, des Philippines, de la Tanzanie et de l'Ouganda. 52

L'état de préparation des collectivités locales à la dévolution du financement de la santé : le cas des communes au Burkina Faso 53

Quelles sont les implications de la décentralisation et des réformes de la gestion des finances publiques pour la prestation de services au niveau des soins primaires ? Résultats obtenus au Mozambique. 54

L'expérience de la Tanzanie dans la mise en œuvre du financement direct des établissements dans le secteur de la santé 56

Session organisée 2-2 58

Comment les systèmes de gestion des finances publiques des pays peuvent-ils permettre une meilleure riposte aux futures épidémies : Quelles leçons les pays africains ont-ils tirées de COVID-19 ? 58

Prévisibilité et délais des ressources de soins de santé du niveau national aux établissements de santé au Kenya : Quelles sont les implications à la réponse d'urgence? 59

Structure budgétaire et riposte aux urgences : Exploitation de la transition de l'Ouganda vers une budgétisation basée sur les programmes pour améliorer la préparation et la riposte. 60

Redevabilité des fonds extrabudgétaires pour lutter contre le COVID-19 en Afrique. 61

Session parallèle 2-1 : Orale 62

Renforcement des Systèmes de Soins de Santé Communautaires **62**

Volonté de souscrire et de contribuer à l'assurance maladie communautaire, motifs de décision et facteurs associés chez les ménages ruraux de l'État d'Enugu, dans le sud-est du Nigeria. 62

Efficacité de l'utilisation des ressources allouées aux établissements de santé de niveau local en Ouganda : Une étude de cas sur les centres de santé IV 63

Niveau et Déterminants de l'Efficacité Technique du Système de Santé des Comtés au Kenya : Analyse d'enveloppement des données en deux étapes 64

Développement du système de santé communautaire au Bénin : une analyse de la Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2024 65

Session parallèle 2-2 : Orale 67

Soins de Santé Primaires **67**

Soins de santé primaires et couverture sanitaire universelle : Vers la réalisation de la « santé pour tous 67

Aspect commercial des centres de santé primaire au Nigeria et son incidence sur la prestation de soins de santé 68

Niveau et corrélats de la volonté de payer pour le test rapide du COVID-19 fourni par des pharmacies de 69

Rôle des réseaux d'acteurs dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les pays à faibles et moyens revenus : Examen exploratoire 70

Vers des systèmes de soins de santé primaires plus résilients au Bénin : Leçons tirées de l'expérience des médecins de soins primaires confrontés au COVID-19 71

Session Parallèle 2-3: Orale 73

Interventions en matière de santé maternelle, adolescente et infantile 1 **73**

Charge de l'asthme chez les enfants et les adolescents au Nigeria : Années de vie pondérées de l'incapacité. 73

Extension de la chimioprévention du paludisme saisonnier aux enfants de plus de cinq ans : une évaluation quasi-expérimentale de l'efficacité et des effets externes. 74

Comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé maternelle et infantile au Nigeria : leçons tirées pour les prochaines pandémies 75

Aspirations et réalité de la collaboration en matière de gouvernance à plusieurs niveaux : aperçus d'un processus politique de santé maternelle, néonatale et infantile au Nigeria 76

Décomposition des inégalités socio-économiques dans l'utilisation des inégalités socio-économiques dans l'utilisation des soins de santeprénatale dans 12 pays de la Communauté de développement de l'Afrique Australe. 78

Estimation du fardeau économique de la typhoïde chez les enfants et les adultes à Blantyre, Malawi : une étude de cohorte sur les coûts 79

Séance d'affiches 1.1 81

Séance d'affiches sur le financement de la santé 1 **81**

Poursuivre l'assurance maladie nationale à l'ère (post) Covid-19 : implications politiques et options pour l'avancement de la CSU en Ouganda 81

Intégration des services de planification familiale dans le régime d'assurance maladie sociale : l'expérience de Lagos, au Nigéria 82

Du mode de projet aux activités courantes : les efforts de l'Ouganda pour institutionnaliser le financement basé sur les résultats dans les achats publics de services de soins de santé primaires 84

Session d'Affiches 1-2 86

Séance d'affiches sur le financement de la santé 1 **86**

Approches innovantes du renforcement des systèmes de santé 86

Approche de programmation par objectifs pondérés pour résoudre le budget du traitement du VIH en Ouganda 87

Du mode de projet aux activités courantes : les efforts de l'Ouganda pour institutionnaliser le financement basé sur les résultats dans les achats publics de services de soins de santé primaires 88

Informer le développement de produits au bénéfice de la santé en Afrique : une approche généralisable et son application à un vaccin contre la leishmaniose 89

COVID-19 Évaluation des technologies de santé liées aux vaccins dans les pays africains 90

Évaluation des Technologies de la Santé des vaccins Covid-19 au Nigeria 91

Évaluation des technologies de santé des vaccins COVID-19 en Éthiopie 92

L'impact et l'évaluation économique des stratégies vaccinales COVID-19 dans différents contextes de population et d'épidémie dans les pays africains 93

Collecter des preuves pour informer les décisions d'achat de vaccins COVID-19 : Une boîte à outils pour les pays africains 94

Évaluation des technologies de la santé des vaccins COVID-19 au Kenya 95

Session organisée 3-1 96

L'impact de COVID-19 sur le financement de la santé dans les pays à faible et moyen revenu : Résultats du Burkina Faso, du Kenya et de l'Ouganda. 96

L'impact du COVID-19 sur le financement de la santé au Kenya, au Burkina Faso et en Ouganda 97

Réformes de la PFM et gestion du COVID-19 dans le secteur de la santé : le cas du Burkina Faso 98

L'impact de COVID-19 sur le financement de la santé au Kenya 99

Modalités d'achat et ajustements adoptés pour financer la riposte au COVID-19 en Ouganda : Aperçus des gouvernements locaux et des agents de premières lignes 100

Session organisée 3-2 101

L'utilisation des données et des preuves pour la prise de décision dans ETS : adoption d'un processus de délibération sur les preuves comme mécanisme de renforcement de la prise de décision dans l'évaluation des technologies de la santé. 101

L'utilisation des données probantes et le processus d'ETS au Ghana 102

Des preuves et un processus de décision en Tanzanie 102

Données probantes et méthodes d'ETS pour la sélection des médicaments en Afrique du Sud 103

Intégration de l'EDP et d'ETS dans la révision du HBP de la Zambie 104

Parallel Session 3-2: Oral 105

Impact of COVID on Health Services 105

Impact of a free care policy on the utilization of health services during an Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo: an interrupted time-series analysis 106

Facteurs Associes Aux Connaissances Des Populations Sur La Covid-19 a Abidjan 107

Economic impact of the Covid-19 pandemic in Africa: the case of Côte d'Ivoire 108

Les contributions à la riposte contre le coronavirus au Burkina Faso, dynamique vers un système résilient : résultats d'un living mapping 109

Poster 2-1 110

Pricing and Procurement Practices Poster Session 3 **110**

Price structure of medicines in Côte d'Ivoire and price comparison in the countries of the West African Monetary and Economic Union 110

Facteurs Associes Aux Connaissances Des Populations Sur La Covid-19 a Abidjan 111

Economic impact of the Covid-19 pandemic in Africa: the case of Côte d'Ivoire 112

Les contributions à la riposte contre le coronavirus au Burkina Faso, dynamique vers un système résilient : résultats d'un living mapping 113

114

Poster 2-1 110

Pricing and Procurement Practices Poster Session 3 **110**

Price structure of medicines in Côte d'Ivoire and price comparison in the countries of the West African Monetary and Economic Union 110

Facteurs Associes Aux Connaissances Des Populations Sur La Covid-19 a Abidjan 111

Economic impact of the Covid-19 pandemic in Africa: the case of Côte d'Ivoire 112

Les contributions à la riposte contre le coronavirus au Burkina Faso, dynamique vers un système résilient : résultats d'un living mapping 113

114

Affiche 2-2 115

Session d'affiches sur l'allocation des ressources 4 **115**

Allouer des ressources pour soutenir la couverture sanitaire universelle : développement d'une formule de financement géographique au Malawi 116

Les Allocations budgétaires du secteur de la santé et leurs implications sur la prestation des services de santé et la CSU en Ouganda 117

Le Contrat unique dans la Province du Lualaba : Analyse de la mise en œuvre d'une politique d'allocation des ressources au niveau décentralisé en République Démocratique du Congo. 1119

Session organisée 4-1 121

Reconstruire de meilleurs systèmes de santé : Planification d'un investissement dans le personnel de 121

Planification des investissements dans le personnel de santé en fonction des besoins : Cadre, outils et perspectives d'une application empirique au Ghana 122

Investir dans le personnel de santé actuel et futur : Une analyse de l'espace fiscal en Afrique orientale et australe 123

Plaider en faveur d'investissements dans le personnel de santé en Afrique en utilisant l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé (HLMA) : Leçons tirées de 16 pays 124

Reconstruire de meilleurs systèmes de santé en Afrique après COVID-19 : Approches innovantes pour améliorer la performance du personnel de santé pour la sécurité sanitaire et la couverture sanitaire universelle 125

Session organisée 4-2 127

Opérationnaliser l'efficacité : opportunités, contraintes et nécessités 127

Analyse de l'efficacité inter-programmes pour soutenir la riposte au COVID-19 au Ghana 128

Inefficacités inter-programmes et implications pour le déploiement contre le COVID-19 en Ouganda 129

Pérennité des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au Soudan 130

Contraintes et possibilités de remédier à l'inefficacité de l'AFRO 131

Synthèse des résultats des analyses d'efficacité inter-programmes 132

Session organisée 4-3 133

Forces et faiblesses de l'achat dans les cinq principaux systèmes de financement de la santé au Burkina Faso 133

Forces et faiblesses des achats au Rwanda pour progresser vers la couverture sanitaire universelle 134

Achats stratégiques de santé au Nigeria : Enquête sur la gouvernance et les capacités institutionnelles au sein du programme d'assurance maladie sociale du secteur formel et des services de santé financés par le contribuable. 135

Évaluation des accords stratégiques d'achat de soins de santé dans trois régimes d'assurance publique en Tanzanien 136

Session Parallèle 4-1 : Oral 138

Processus politiques et réformes de la CSU **138**

Examen de l'efficacité des systèmes de la santé en Afrique subsaharienne : Suivi des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle 138

Progrès face aux coupures budgétaires : une étude de cas qualitative nigériane sur le maintien des progrès vers la couverture sanitaire universelle après la perte de l'aide des donateurs 139

Situer la transition des donateurs dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU) et de la résilience du système de la santé : leçons tirées de l'évaluation de l'efficacité des programmes croisés au Kenya 140

Iniquité socio-économique dans le dépistage et le traitement de l'hypertension au Kenya : résultats d'une enquête nationale 141

Améliorer les processus de CSU en Afrique subsaharienne : qu'est-ce que l'approche méthodologique de documentation du processus peut apporter ? 142

Session Parallèle 4-1 : Oral 138

Processus politiques et réformes de la CSU **138**

Examen de l'efficacité des systèmes de la santé en Afrique subsaharienne : Suivi des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle 138

Progrès face aux coupures budgétaires : une étude de cas qualitative nigériane sur le maintien des progrès vers la couverture sanitaire universelle après la perte de l'aide des donateurs 139

Situer la transition des donateurs dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU) et de la résilience du système de la santé : leçons tirées de l'évaluation de l'efficacité des programmes croisés au Kenya 140

Iniquité socio-économique dans le dépistage et le traitement de l'hypertension au Kenya : résultats d'une enquête nationale 141

Améliorer les processus de CSU en Afrique subsaharienne : qu'est-ce que l'approche méthodologique de documentation du processus peut apporter ? 142

Session parallèle 4-2 : Oral 143

Achat stratégique **143**

Suivre les progrès vers l'achat stratégique pour les services soins de santé au Nigeria : Étude de cas sur le système de santé de l'État du Niger 143

La contribution du Nigeria State Health Investment Project (Projet d'investissement dans la santé de l'État du Nigeria) au renforcement de systèmes de santé résilients : Leçons tirées de dix années de mise en œuvre du financement axé sur les résultats au Nigeria 144

Achat stratégique de services de santé pour la couverture sanitaire universelle au Bénin : Une évaluation critique 145

Financement durable de la santé en Afrique : Projections des dépenses et des recettes et analyse de l'espace budgétaire 146

Une analyse critique de l'histoire récente du financement de la santé dans les pays africains, avec une attention particulière sur les achats stratégiques et l'établissement des priorités 147

Parallel Session 4-3: Oral 149

Impact of COVID on Health Services **149**

Non-linear effects of health crises on economic activity in 27 African countries 150

Role of civil society and contribution of community actors to fight COVID-19 in Burkina Faso 151

Impact of the COVID-19 pandemic and response on the utilization of health services in public facilities during the first wave in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo 152

Session organisée 5-1 153

Cas d'investissement pour des résultats transformateurs dans la Décennie d'action : Études de cas en Afrique sub-saharienne 153

Soudan du Sud : L'investissement et les résultats transformateurs d'ici 2030 154

Namibie : L'investissement et les résultats transformateurs d'ici 2030 155

Session organisée 5-2 157

Mise à l'échelle de la chirurgie en Afrique subsaharienne: Exploration de l'économie fondamentale et des 157

Financement de la chirurgie et de l'anesthésie en Afrique sub-saharienne: Une revue de la situation 158

Coûts économiques de la prestation de services chirurgicaux au niveau des districts et des régions en Tanzanie 158

Capacité, productivité et efficacité chirurgicales au niveau du district en Afrique sub-saharienne: Une étude dans trois pays 159

Options pour le mentorat chirurgical: Leçons de la Zambie basées sur la consultation des parties prenantes et la science des systèmes 160

Session organisée 5-2 157

Mise à l'échelle de la chirurgie en Afrique subsaharienne: Exploration de l'économie fondamentale et des complexités dynamiques 157

Financement de la chirurgie et de l'anesthésie en Afrique sub-saharienne: Une revue de la situation 158

Coûts économiques de la prestation de services chirurgicaux au niveau des districts et des régions en Tanzanie 158

Capacité, productivité et efficacité chirurgicales au niveau du district en Afrique sub-saharienne: Une étude dans trois pays 159

Options pour le mentorat chirurgical: Leçons de la Zambie basées sur la consultation des parties prenantes et la science des systèmes 160

Session parallèle 5-1 : Oral 161

Coût et rentabilité des interventions en santé 1 **161**

Évaluer les coûts médicaux directs associés à la prématurité pendant l'hospitalisation initiale au Rwanda : une étude du coût de la maladie fondée sur la prévalence 161

Analyse coût-efficacité de la chimio-prévention du paludisme saisonnier au Bénin 162

Modélisation du rapport coût-efficacité de la prise en charge critique essentielle et avancée des patients COVID-19 au Kenya 163

Coût et rentabilité de l'unité d'oncologie pédiatrique en Éthiopie 164

Projection du coût de l'introduction du vaccin conjugué contre la typhoïde (TCV) dans le programme national de vaccination au Malawi, à l'aide d'un cadre standardisé de calcul des coûts. 165

Session parallèle 5-2 : Oral 167

Coût et rentabilité des interventions en santé 2 **167**

Coûts directs et indirects du traitement non chirurgical de l'amygdalite aiguë chez les enfants dans le sud-est du Nigeria 168

Examen des coûts unitaires de la vaccination contre la COVID-19 au Kenya 169

Analyse coût-efficacité de l'extension de la chimio-prévention du paludisme saisonnier aux enfants âgés de 5 à 9 ans dans un district sanitaire, Mali : Méthodes et constats préliminaires 170

Examen de la rentabilité de l'équipement de protection individuelle pour les professionnels de la santé au Kenya pendant la pandémie de COVID-19 171

Séance par affiches 3-1 172

Investissement dans la formation du personnel de santé Séance d'affichage 5 **172**

Formation des dirigeants stratégiques du secteur de la santé nigérian : Une étude d'évaluation des besoins 173

Renforcement de la capacité des acteurs de la surveillance à transformer les données SORMAS en données probantes pour une prise de décision éclairée sur la riposte à la COVID-19 au Nigeria 173

L'amélioration des systèmes de santé passe par l'accès à des soins de qualité pour les personnes âgées dans les communautés sélectionnées pour l'octroi de subventions - Implications pour le système de santé ghanéen dans la réalisation de la CSU. 173

Comment les planificateurs de la santé peuvent-ils décider des investissements à réaliser pour renforcer les systèmes de santé ? Examen de la documentation existante et des priorités de recherche future. 175

Résultats de l'évaluation d'une formation de formateurs en évaluation économique pour la prise de décisions en santé publique 176

Séance par affiches 3-2 181

Séance d'affichage n°6 sur les déterminants de la santé 181

COVID-19 : Impact sur l'utilisation des soins dentaires parmi les étudiants de l'Université du Nigeria 182

Fardeau socio-économique de la COVID-19 sur les ménages à Blantyre, au Malawi : Preuves d'une enquête transversale 183

Une analyse empirique des déterminants du développement humain en Afrique : Une approche de genre 184

Impact des accidents de la route sur le bien-être économique des ménages en Afrique subsaharienne 185

Session Organisée 6-1 181

Intégration des soins pour la santé maternelle et les maladies non transmissibles: conception, coûts et durabilité 181

Réduction des causes indirectes de mortalité et de morbidité maternelles au Nigéria : Expériences de la mise en oeuvre d'un modèle intégré de soinsre 182

Tirer parti de la technologie de santé numérique pour intégrer les soins : conception, résultats préliminaires, coûts et considérations critiques 183

Coûts, économies potentielles à long terme et viabilité d'un modèle intégré de services de santé maternelle et de soins liés aux maladies non transmissibles 184

Session Organisée 6-2 185

Économie des maladies tropicales de la peau négligée : Résultats obtenus au Libéria, au Ghana et en Éthiopie 186

Impact économique des maladies tropicales négligées de la peau sur les ménages au Ghana : Une analyse qualitative 187

« Même s'il a faim ou soif, il va tout supporter juste pour le coût du traitement » : Une analyse qualitative de l'impact économique et financier de la leishmaniose cutanée et de la lèpre sur les ménages en Éthiopie rurale 188

Modèle conceptuel pour évaluer la rentabilité des stratégies intégrées de recherche de cas et de gestion des maladies tropicales négligées de la peau 189

Financer les soins pour les maladies cutanées sévères et stigmatisantes au Libéria : défis et possibilités 189

Session organisée 6-3 190

Mise en œuvre et économie du diagnostic des maladies transmissibles et non transmissibleses 190

Définir un continuum de diagnostic des maladies infectieuses de la R-D à l'utilisation : perspectives sur les lacunes des données 191

Expériences du diagnostic de la schistosomiase génitale féminine et du cancer du col de l'utérus à Madagascar 192

Évaluation d'un programme de dépistage et de traitement de masse du virus de l'hépatite C au Rwanda 193

Initiative d'engagement communautaire pour améliorer l'accès aux services de diagnostic des maladies cardiovasculaires au Sénégal 194

Le potentiel de l'ETS pour éclairer les décisions sur les nouvelles technologies de santé dans les milieux à faible revenu. Le cas du Malawi 195

Session organisée 6-4 196

Exploitation des connaissances pour les systèmes de santé - le rôle de la coproduction des connaissances 196

Session parallèle 6-1 : Oral 197

Économie des vaccins : équité, distribution et financement 1 197

Points de vue des intervenants sur la responsabilisation interne dans un programme d'immunisation infranational : une étude qualitative dans l'État d'Enugu, au sud-est du Nigéria 198

Facteurs qui influencent la prise du vaccin AstraZeneca par les agents de santé de la région de l'Upper East au Ghana : Une enquête transversale 199

Prise et couverture de la vaccination contre le COVID-19 au Nigeria : Leçons du Nigéria 200

Session parallèle 6-2 201

Économie des vaccins : équité, distribution et financement 2 **202**

Estimation du coût de déploiement et d'introduction du vaccin COVID-19 au Ghana à l'aide de l'outil CVIC 202

Détermination de la prévalence des occasions manquées de vaccination et de ses facteurs associés dans un État du sud-ouest du Nigéria : Un impératif politique pour le programme de vaccination 2030 203

Une évaluation de la qualité des données sur la vaccination de routine dans les établissements de santé de l'État de Lagos, dans le sud-ouest du Nigeria. 204

Analyse comparative du risque et des probabilités de décès liés à l'infection par le Covid-19 et aux Vaccinations au Cameroun 205

Évaluation de la valeur de l'investissement dans la vaccination contre le virus COVID-19 dans les pays à faible et à moyen revenu : Une analyse coût-efficacité 206

Session parallèle 6-3 207

Recherche sur le paludisme, les maladies non transmissibles et le VIH **207**

Réduction du choc sanitaire, épargne des ménages et investissements dans l'éducation : Cas du paludisme au Mali. 207

Revue systématique du coût et du rapport coût-efficacité de la chimio-prévention du paludisme saisonnier (SMC) 208

Estimation du fardeau économique du VIH/SIDA sur les patients hospitalisés et les patients externes vivant avec le VIH/SIDA à l'hôpital de Nkambe- Cameroun 209

Coût de l'introduction et de la livraison du vaccin antipaludique RTS,S/AS01 dans le cadre du programme de mise en œuvre du vaccin antipaludique 210

Double charge relative au diabète sucré et de l'hypertension artérielle - Évaluation des coûts directs et indirects du traitement et de leurs dépenses de santé catastrophiques dans l'État d'Enugu, au sud-est du 211

Session de Poster 4-1 212

Interventions en matière de santé maternelle **212**

Impact de la rupture de stock de la prophylaxie du paludisme sur les résultats maternels et de naissance au Zimbabwe 212

Parcours de vie en santé reproductive et approche multisectorielle pour améliorer la santé et la survie de la mère et de l'enfant. 213

L'Effet des Foyers D'attente de Maternité Sur l'Utilisation des Soins de Santé et la Santé Maternelle et Infantil1 214

L'effet des politiques d'exemption de frais sur les résultats en matière de santé post-partum ; les résultats 215

Affiche 4-2 215

Perceptions du secteur de la santé et demande de services : Séance de posters 8 **215**

Charge économique du diabète sucré au Kenya : L'analyse du coût de la maladie 216

Ripostes et capacités du système de santé pour le COVID-19 au Nigéria : Une étude Exploratoire 217

Examen des Perceptions des Parties Prenantes du Secteur de la santé sur l'efficacité des Systèmes de Santé des Comtés au Kenya 218

La relation entre l'appropriation des soins de santé et la demande de services de santé au Malawi 219

L'ambigüité des lois : les dilemmes éthiques de l'accès aux services d'avortement du second trimestre 219

Session organisée 7-1 220

COVID-19 impact et réponse : expériences de plusieurs pays 220

Impact du COVID-19 sur le financement du VIH au Nigeria 221

L'impact de COVID-19 sur les systèmes de santé et les leçons à tirer pour la préparation aux futures urgences : une étude qualitative au Kenya 222

L'assistance sociale en Ethiopie pendant le COVID-19 : Une analyse temps-événement 223

Évaluation de l'état de préparation des pays pour le vaccin COVID-19 : résultats d'une enquête multi-pays 224

Session organisée 7-2 225

COVID-19 impact et réponse : expériences de plusieurs pays 225

Technique de coaching: Renforcer les capacités pour un changement durable des systèmes de santé 226

Introduction à la technique de coaching 227

Conception et facilitation de processus de changement efficacies 228

Coaching à distance 228

Session parallèle 7-1 229

Assurance maladie et volonté de payer **229**

Soutenir le développement d'un ensemble de prestations de santé en Ouganda : un cadre d'optimisation sous contrainte 229

Inégalité dans la volonté des ménages de payer pour la mutuelle nationale d'assurance maladie en Zambie 230

Le paiement à la performance a-t-il un effet progressif sur les programmes verticaux de santé ? Une analyse basée sur l'affichage géographique d'une étude cas-témoins sur le VIH/SIDA en Mozambique 231

Sélection adverse sur les marchés de l'assurance maladie : Evidence from South Africa using panel data 232

Recouvrement d'attention politique pour entreprendre des reformes de paiement au sein du Mutuel d'Assurance Maladie au Ghana : Une analyse prospective des politiques 233

Session parallèle 7-2 234

Évaluation des systèmes de financement de la santé **234**

Facteurs opérationnels et structurels influençant l'inscription aux régimes d'assurance maladie communautaires : une étude d'observation utilisant 12 vagues de données de panel nationales au Sénégal. 234

Traitement électronique des demandes de remboursement et efficacité : le cas de l'assurance maladie nationale du Ghana 235

Une évaluation économique de la couverture d'assurance maladie pour les enfants atteints de lymphome de Burkitt au Ghana 235

Evaluation du rôle de la protection sociale pour rendre les systèmes de santé et de financement de la santé en Afrique plus résilients aux pandémies : Une revue de la littérature 236

Parallel Session 7-3 238

Maternal, Adolescent and Child Health Interventions **238**

Public financial management and health in Sub-Saharan Africa : evidence from a quantitative review over 2005-2018. 238

Perception of Covid-19 and Behaviours of Pregnant Women in the Bamako District (Mali) 239

Determinants of health care renunciation among women in Côte d'Ivoire: the case of the district of Abobo Anonkoi-3 240

Adolescents sexual and reproductive health: Identification of priority interventions in Senegal 241

Économie des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents au Ghana: Une analyse situationnelle 242

Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Sénégal : Analyse des interventions prometteuses ou efficaces. 243

Session organisée 8-1 244

Vers une amélioration des systèmes de santé : Pourquoi l'efficacité des systèmes de santé est importante **244**

L'état et les déterminants de l'efficacité des systèmes de santé en Afrique : Une revue systématique et une méta-analyse. 244

Évaluation de l'efficacité technique des systèmes de santé dans la région africaine : Une analyse d'enveloppe de données en deux étapes avec régression Tobit 245

La transition des donateurs sur la voie de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : Leçons tirées de l'évaluation de l'efficacité des programmes au Kenya 246

Session organisée 8-2 247

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont-ils prêts à s'éloigner du financement de la santé par les donateurs ? L'expérience du Ghana et du Nigeria **247**

La transition de l'aide des donateurs pour la santé : perspectives des parties prenantes nationales et preuves d'une expérience de choix discrets (DCE) au Ghana. 247

Qui bénéficie du Programme élargi de vaccination (PEV) au Ghana : preuves tirées de l'analyse de l'incidence des avantages ? 248

Le Nigéria est-il sur la bonne voie pour atteindre la couverture sanitaire universelle dans le contexte de sa transition épidémiologique et financière ? Une analyse des lacunes en matière de connaissances, de capacités et de politiques 249

Surveillance améliorée du financement de la vaccination de routine au Nigeria : Une stratégie de transition vers l'autofinancement complet de la vaccination de routine 250

Session parallèle 8-1 244

Dynamiques politico-économiques dans le secteur de la santé **244**

L'impact de la politique sur les comportements de recherche de soins : Le cas de Covid-19 dans la région 244

Priorité politique pour le financement basé sur la performance au niveau du comté au Kenya : 2015 à 2018 245

Examen des questions de corruption et de responsabilité en matière de riposte au COVID 19 au Nigeria : Implications pour la gouvernance des systèmes de santé 245

La coordination de l'aide internationale entre théorie et pratique 246

La dynamique politique de la vaccination contre le COVID-19 au Ghana : Une approche du cadre des priorités politiques 246

Session parallèle 8-2 247

Construire des systèmes de santé résilients **247**

Le financement de la santé comme pilier essentiel pour accélérer la couverture sanitaire universelle : le cas des systèmes de santé résilients au Nigeria 247

Coordination des ripostes au COVID-19 par les autorités locales dans le contexte de la réponse nationale au Ghana 248

Les revenus propres constituent-ils une option pour les établissements de santé primaire de maintenir leurs opérations pendant la pandémie de COVID-19 ? Résultats obtenus dans le comté de Makueni au Kenya 248

Examen de l'impact social et économique de la pandémie de COVID-19 sur les personnes déplacées internes et les communautés d'accueil au Nigeria : Travail pour le renforcement de la résilience des populations les plus vulnérables face aux futures pandémies. 249

Renforcement du soutien des donateurs au renforcement des capacités - Une analyse systémique de 250

Session parallèle 8-3

Reconstruire de meilleurs systèmes de santé

Un état d'esprit commercial bien ancré et l'engagement de faire en sorte que chaque effort compte : Les messages de santé publique du gouvernement pendant la pandémie de Covid-19 au Rwanda

Examen du mécanisme de financement COVID-19 de l'Ouganda, de la riposte et des achats pour un système de santé résilient : Réflexions des gouvernements sous-nationaux et des personnelles de première ligne.

Examen de la résilience du système de santé mentale, de l'accès et de la prestation des services de santé mentale au Ghana

Bâtir un système de santé résilient pour faire face aux épidémies au Nigeria : Les lacunes du renforcement du système de santé et du financement des urgences sanitaires

Collaboration multisectorielle (secteur public et privé) pour la fourniture de services de santé de qualité dans le contexte de COVID-19

Session parallèle 8-4 267

Innovations pour améliorer les systèmes de santé **267**

Le Rôle des Modèles Novateurs de Prestation de Services dans l'Amélioration de l'Équité au Ghana - Recherche sur la Mise en Œuvre des Réseaux de Prestataires de Soins Primaires 267

Variation du traitement par le praticien : Une étude de cas sud-africaine sur la pathologie rachidienne 268

Comment Kampala a rapidement déployé un nouveau système d'information sanitaire pour soutenir la surveillance et la réponse à la pandémie dans la plus grande zone urbaine d'Ouganda. 268

La nécessité a motivé la collaboration public-privé dans la pandémie de COVID-19 : L'approche multisectorielle de l'Ouganda dans la réponse au COVID-19 269

Effets de la conception des tarifs d'assurance sur l'approvisionnement en oxygène dans les hôpitaux publics 270

Session parallèle 8-5 274

Inciter les parties prenantes à utiliser des données probantes pour l'élaboration des politiques **274**

Engager les parties prenantes au Nigeria pour identifier les lacunes et développer des stratégies pour améliorer l'utilisation des preuves dans la politique de santé. 274

Mesure et décomposition de l'inégalité d'accès aux services de santé essentiels dans le contexte de la couverture sanitaire universelle dans la région Afrique 276

Des données pour soutenir les décisions : quelle est la qualité des évaluations économiques et de leurs sources de données pour les maladies non transmissibles réalisées en Afrique subsaharienne ? Une analyse transversale 277

COVID-19 et les inégalités de santé mentale liées au revenu en Afrique du Sud 278

Parallel Session 8-6 279

UHC Policy processes and reforms **279**

Equity and financial risks protection in access to health care for all in Côte d'Ivoire 279

Antenatal care utilization in Côte d'Ivoire from 2010 to 2020 and fee exemption policy 280

Health financing in South Kivu province in Democratic Republic of Congo : evidences from an operational research. 281

Magnitude and determinants of catastrophic out-of-pocket payments for health care in Burkina Faso 281

Ordre du jour

Conférence scientifique de l'AfHEA 2022 Aperçu du programme				
Ateliers de préparation à la conférence				
DATE/HEURE (GMT):				
Du 1er au 3 Mars : de 12 h à 15 h	Atelier de renforcement des capacités en matière de gestion des achats stratégiques dans le domaine de la santé - Organisé par Le Centre de Ressources pour Achats Stratégiques en Afrique (SPARC)			
3-4 Mars: 15h30-18h30	Rédaction scientifique pour les chercheurs en début de carrière dans le domaine des systèmes et des politiques de santé - Organisé par AfHEA et OMSAFRO			
4 Mars : 12h00-13h30	Atelier sur l'utilisation effective des outils et méthodes de communication scientifique pour la promotion de la recherche - Organisé par l'Observatoire africain de la santé (AHOP) et The Conversation Africa.			
Lundi : 7 Mars 2022				
12:00-13:00 GMT	1211: Cérémonie d'ouverture officielle			
13h15-2h30 GMT	**Plénière 1 :** 1201 : Reconstruire de meilleurs systèmes de santé : le rôle de l'innovation, des approches multisectorielles et de la structure financière mondiale dans la construction de systèmes de santé résilients en Afrique			
14:45-4:00 GMT	**Sessions parallèles 1**			
	Titre de la session: 1115 : Comment les changements dans la gestion financière publique et les achats stratégiques ont-ils contribué à la lutte contre le COVID-19 dans le secteur de la santé ? Des enseignements pour mieux reconstruire	**Titre de la session:** 1165 : Investir dans les systèmes de santé après le COVID	**Titre de la session:** 1167 : Impact du COVID sur les services de santé	**Titre de la session:** 1183 : modélisations décisionnelles et qualité des soins
13h15-2h30 GMT	**Sessions parallèles 2**			
	1102 : Décentralisation : alliée ou adversaire de la gestion financière publique dans le domaine de la santé?	1139 : Comment les systèmes de gestion des finances publique des pays peuvent-ils permettre une meilleure réactivité aux futures épidémies : Quelles leçons les pays africains ont-ils tirées de COVID19 ?	1182 : Soins de santé primaires	1186 : Interventions en matière de santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant_1
	1209 : Renforcement des systèmes de santé communautaire			
Mardi : 8 Mars 2022				
12h00-13h15 GMT	**Plénière 2:** 1202 : COVID-19 Évaluation des technologies de la santé liées aux vaccins dans les pays africains			
13:30-14:00 GMT	**Séances de présentation d'affiches**			
	Session de présentation 1: 1192 : Financement de la santé_Session de présentation 1		**Session de présentation 2:** 1193 : Approches innovatrices du renforcement des systèmes de santé	
14h15-15h30 GMT	**Sessions parallèles 3**			
	1128 : L'impact du COVID19 sur le financement de la santé dans les pays à faibles et moyens revenus : Constatations au Burkina Faso, au Kenya et en Ouganda	1140 : L'utilisation des données et des preuves pour la prise de décision dans l'HTA : adopter un processus de délibération sur les preuves comme mécanisme pour renforcer la prise de décision dans l'évaluation des technologies de la santé.	1111 : Achats stratégiques de santé en Afrique subsaharienne et adaptation nécessaire des systèmes de financement pour qu'ils deviennent plus résistants aux pandémies.	1136 : Reconstruire de meilleurs systèmes de santé : planifier l'investissement dans le personnel de santé en Afrique
	1106 : Rendre l'efficacité opérationnelle : opportunités, contraintes et nécessités	1189 : Impact du COVID sur les services de santé_FR	1180 : Impact des dépenses de santé	

Mercredi : 9 mars 2022				
12:00-13:15 GMT	**Plénière 3:** 1203 : Leçons tirées de six pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre sur les mesures prises par les systèmes de santé face à Covid 19 pour renforcer une future réactivité au niveau nationale et sous-régionale en matière de sécurité sanitaire.			
13:30-14:00 GMT	**Séances de présentation de posters**			
	Session de posters 3: 1194 : Pratiques de tarification et d'approvisionnement		**Session de posters 4:** 1195: Allocation des ressources	
14:15-15:30 GMT	**Sessions parallèles 4**			
	1133 : Cas d'investissement pour des résultats transformatifs dans la Décennie d'action : études de cas en Afrique subsaharienne	1135 : Mise à niveau de la chirurgie en Afrique subsaharienne : Exploration de l'économie fondamentale et des complexités dynamiques	1188 : Impact du COVID sur les services de santé_FR2	1181 : Processus et réformes des politiques de CHU
	1171 : Achats stratégiques	1181 : Processus et réformes des politiques de CHU		
15:45-17:00 GMT	**Sessions parallèles 5**			
	1173 : Coût et rentabilité des interventions sanitaires_2	1132 : Intégration des soins pour la santé maternelle et les maladies non transmissibles : conception, coûts et durabilité	1117 : Économie des maladies tropicales négligées de la peau : résultats obtenus au Liberia, au Ghana et en Éthiopie	1109 : Mise en œuvre et économie du diagnostic des maladies transmissibles et non transmissibles
	1156 : Exploitation des connaissances pour les systèmes de santé - le rôle de la coproduction de savoir	1172 : Coût et rentabilité des interventions sanitaires_1		
Jeudi : 10 mars 2022				
12:00-13:15 GMT	**Plénière 4:** 1204 : Accélérer la réalisation de l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et de procréation (SDSR) dans le cadre de la décennie d'action			
13:30-14:00 GMT	**Séances de presentation d'affiches**			
	Session d'affiches 6: 1196 : Investissement dans la formation du personnel de santé		**Session d'affiches 6:** 1197 : Déterminants de la santé	
14:15-15:30 GMT	**Sessions parallèles 6**			
	1141: COVID-19 Impact et réactivité au COVID-19 : expériences vécues dans plusieurs pays	1129: La Méthode d'accompagnement : Renforcement des capacités pour un changement durable des systèmes de santé	1176 : Économie des vaccins : équité, distribution et financement_1	1177 : Économie des vaccins : équité, distribution et financement_2
	1175 : Recherche sur le paludisme, les MNT et le VIH			
Vendredi : 11 Mars 2022				
12:00-12:30 GMT	**Séances de présentations**			
	Session d'affiches 7: 1198 : Interventions en matière de santé maternelle		**Session d'affiches 8:** 1199 : Perceptions du secteur de la santé et demande du services	
12:45-14:00 GMT	**Sessions parallèles 7**			
	1138: Vers l'amélioration des systèmes de santé : Pourquoi la performance des systèmes de santé est importante	1137: Les pays à revenu faible et moyen sont-ils préparés à des transitions loin du financement de la santé par les donateurs ? Preuves du Ghana et du Nigeria	1178 : Évaluation des systèmes de financement dans le domaine de la santé	1191 : Interventions en matière de santé maternelle, adolescente et infantile_FR
	1179 : Assurance maladie et volonté de payer			
14:15-15:30pm GMT	**Sessions parallèles 8**			
	1169 : Reconstruire de meilleurs systèmes de santé	1170 : Mettre en place des systèmes de santé résilients	1174 : Inciter les parties concernées à utiliser des données fiables pour l'élaboration des politiques	1185 : Dynamique politicoéconomique dans le secteur de la santé
	1190: Processus et réformes des politiques de CHU_FR	1184 : Innovations pour améliorer les systèmes de santé		
16:00-17:00pm GMT	**1212 : Cérémonie de clôture**			

Présentations Orales

Session organisée 1-1

Comment les ajustements de la gestion des finances publiques et des achats stratégiques ont-ils contribué à la riposte du secteur de la santé de COVID-19 ? Leçons pour mieux reconstruire.

Auteurs: ***Dr Hélène Barroy, PhD***, *OMS, Genève, Suisse, Jonatan Daven, National Treasury, South Africa, Afrique du Sud, Dr Inke Mathauer, PhD, OMS, Genève, Suisse, Aaron Asibi Abuosi, University of Ghana Business School, Ghana, Danielle Serebro, CABRI, Afrique du Sud.*

Description

La crise du COVID-19 a mis en évidence les goulots d'étranglement systémiques de la gestion des finances publiques (GFP) dans les dépenses de santé. Elle a contraint les pays à adapter leurs systèmes de GFP pour offrir une plus grande flexibilité financière et à adapter les systèmes de responsabilité pour répondre à cette crise sans précédent. De même, les pays ont dû reconfigurer leurs dispositifs d'achat pour répondre à des demandes de services nouvelles et différentes. La GFP et les accords d'achat sont étroitement liés, ce qui nécessite une orientation commune de la recherche et des conseils politiques.

La session partagera les perspectives mondiales et nationales sur les aspects de la GFP et des achats stratégiques des pays dans le cadre de la réponse sanitaire à COVID-19. Elle abordera les obstacles et les facteurs favorables à une réponse efficace, les ajustements clés introduits dans les pays pour faciliter la réponse du secteur de la santé, et les leçons à tirer pour reconstruire et renforcer les systèmes de GFP et les accords d'achat stratégique afin de les rendre plus réactifs aux futures pandémies et capables de soutenir les efforts en faveur de la santé universelle.

La première présentation d'Hélène Barroy, experte senior en finances publiques de l'OMS, présentera les principaux enseignements sur les ajustements nécessaires en matière de gestion des finances publiques à la suite de la crise, sur la base d'une enquête menée par l'OMS dans 180 pays en 2020. Elle sera illustrée par une présentation sur l'Afrique du Sud, faite par Jonatan Daven, économiste au Trésor national d'Afrique du Sud, pour réfléchir aux récents ajustements apportés à la budgétisation de la santé et aux modalités de dépenses pour faciliter une réponse budgétaire efficace à la COVID-19, en équilibrant flexibilité et responsabilité dans les dépenses de santé en Afrique du Sud.

La troisième présentation, faite par Inke Mathauer, spécialiste senior du financement de la santé à l'OMS, portera sur la reconfiguration des modalités d'achat pour fournir des services de santé liés à COVID-19, ainsi que pour continuer à fournir des services de santé non liés à COVID-19. Une présentation sur le Ghana, faite par Aaron Abuosi, professeur associé en politique et gestion de la santé à l'école de commerce de l'université du Ghana, suivra et portera sur les ajustements apportés au paquet de prestations, au paiement des prestataires et aux mécanismes contractuels au cours des deux dernières années au Ghana.

Un discutant, Danielle Serebro de CABRI, se joindra à la fin de la session pour partager des remarques finales, en s'appuyant sur les travaux approfondis menés sur le financement du COVID-19 et le déploiement du vaccin COVID-19 dans la région.

Gestion des finances publiques et riposte sanitaire au COVID-19 : Principales leçons pour effectuer une réforme du système

Dr Hélène Barroy, PhD, *OMS, Genève, Suisse*

Buts et objectifs:

Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP), qui désignent les institutions, les politiques et les processus qui régissent l'utilisation des fonds publics, sont essentiels à la bonne gestion du secteur de la santé et de la riposte à la pandémie. Un système de GFP solide peut garantir des allocations budgétaires plus élevées et plus prévisibles, une réduction de la fragmentation des flux de revenus et de financement, une exécution du budget en temps voulu, ainsi qu'une meilleure responsabilité et transparence financières. Lors d'une pandémie, les systèmes de GFP sont mis à l'épreuve de nombreuses manières, comme cela a été démontré lors de précédentes urgences sanitaires telles qu'Ebola et les SRAS, et lors de la crise actuelle du COVID-19. Les défis auxquels les pays sont généralement confrontés sont les suivants (i) l'estimation et la formulation de provisions budgétaires supplémentaires, (ii) l'assurance que les fonds sont disponibles pour les unités de prestation de services et qu'ils sont déboursés efficacement tout en maintenant le respect du contrôle, (iii) l'assurance que les fonds publics déployés pour la réponse d'urgence sont suivis et comptabilisés de manière transparente. Dans cette Revue rapide, les auteurs documentent la manière dont les pays ont utilisé les modalités existantes de GFP ou ont affiné leurs pratiques habituelles pour permettre une réponse budgétaire rapide à COVID-19. Les principales conclusions sont organisées autour des étapes d'un cycle budgétaire.

Résultat majeur:

Notre principale conclusion est que les pays qui avaient déjà renforcé leurs systèmes de PFM conformément aux bonnes pratiques mondiales ont été en mesure de répondre plus rapidement aux besoins de financement public de COVID-19. Nous mettons en avant des exemples de ces pratiques tels que la budgétisation par programme, des règles de virement souples, des ajustements budgétaires légalement obligatoires et l'adoption de budgets supplémentaires, des mécanismes de transfert intergouvernementaux efficaces. Les pays qui disposent d'une budgétisation traditionnelle et rigide basée sur les intrants ont eu plus de mal à agir rapidement pour le déploiement des fonds COVID-19, bien que certaines nouvelles pratiques aient été adoptées par les pays pour introduire des flexibilités dans la budgétisation basée sur les intrants en regroupant les dispositions budgétaires pour COVID-19 dans une seule enveloppe. Les règlements d'urgence ont également permis de simplifier et d'accélérer les modalités de dépenses dans certains pays vers les "lignes de front", en accélérant les processus d'autorisation des dépenses, en accélérant le décaissement des fonds et en fournissant des paiements anticipés aux acheteurs et/ou aux fournisseurs. Les pays ayant une budgétisation stricte basée sur les intrants et des systèmes de GFP faibles ont dû recourir à d'autres mécanismes - créer des Fonds extrabudgétaires hors budget pour mettre en commun et déployer les ressources. Ces fonds (puisqu'ils fonctionnent en dehors des règles de budgétisation) peuvent fragmenter davantage les pools budgétaires de financement de la santé et ne sont pas soumis à des normes strictes en matière de rapports budgétaires et de responsabilité.

Il convient de s'attacher davantage à repenser les systèmes de GFP ordinaires qu'à soutenir de nouveaux mécanismes extrabudgétaires et parallèles. Pour l'avenir, les pays sont encouragés à s'appuyer sur ces enseignements pour concevoir les futurs systèmes de GFP pour la santé.

Gestion des finances publiques et riposte sanitaire au COVID-19 en Afrique du Sud

Jonatan Daven, *Trésorerie Nationale, Afrique du Sud*

Buts et objectifs:

Comme dans de nombreux autres pays, la pandémie de COVID-19 a constitué un choc sans précédent pour l'Afrique du Sud en tant que société, mais aussi pour ses finances publiques. Malgré une position fiscale pré-pandémique déjà contrainte, un plan d'aide de 500 milliards de rands (environ 33 milliards de dollars, soit environ 10% du PIB) a été annoncé. L'objectif de cette présentation est de fournir une vue d'ensemble des mécanismes PFM utilisés dans la réponse de l'Afrique du Sud au COVID-19, et de réfléchir à leur efficacité, aux leçons apprises ainsi qu'à certains des défis rencontrés.

Résultat majeur:

L'Afrique du Sud dispose d'une série de mécanismes pour répondre aux urgences et autres événements extraordinaires dans son cadre de GFP, dont plusieurs ont été utilisés dans la riposte au COVID-19. Certains de ces mécanismes sont spécifiquement conçus pour les urgences, tandis que d'autres sont des mécanismes budgétaires plus courants qui ont été appliqués ou adaptés à la riposte au COVID-19. Il s'agit notamment de : Un budget d'ajustement spécial ; des virements au sein des crédits budgétaires ; une subvention provinciale de secours en cas de catastrophe ; des dispositions pour les allocations d'urgence dans le PFMA ; une autorisation en cours d'année des dépenses annoncées dans le discours du budget ; des dispositions pour les achats d'urgence et l'introduction de catégories spécifiques à COVID-19 dans le système comptable de base. Les principaux enseignements tirés de l'expérience sud-africaine sont les suivants. L'incertitude entourant la pandémie a nécessité une flexibilité considérable et il était utile de disposer d'un large éventail de mécanismes pour financer riposte au COVID-19. Différents mécanismes se sont avérés bénéfiques pour différents objectifs et dans différentes phases de la réponse. Les mécanismes permettant d'augmenter rapidement les allocations en cours d'année ont été particulièrement utiles lorsque les besoins de financement sont difficiles à prévoir, par exemple lors de la budgétisation du déploiement du vaccin COVID-19. Les systèmes robustes de reporting des dépenses existantes, avec des catégories supplémentaires pour l'enregistrement des dépenses liées au COVID-19, ont contribué à l'évaluation continue des allocations budgétaires, mais dépendent d'une utilisation cohérente et uniforme par les départements. En plus de ces mécanismes, la budgétisation par programme, qui est utilisée de manière routinière dans l'ensemble du gouvernement depuis au moins deux décennies, a donné aux départements la flexibilité nécessaire pour redéfinir les priorités des fonds destinés au COVID-19 au sein des programmes budgétaires et entre eux. L'assouplissement des règles de passation des marchés, s'il part d'une bonne intention et s'il est peut-être nécessaire pour accélérer l'acquisition de biens essentiels et rares, comporte également un risque d'abus et de corruption.

Ajustements des accords d'achat dans le cadre de la riposte du secteur de la santé au COVID-19 : une synthèse mondiale.

Dr. Inke Mathauer, *PhD, OMS, Genève, Suisse .*

Buts et objectifs:

COVID-19 continue d'avoir un impact considérable sur les systèmes de santé, les pays du monde entier ayant reconfiguré la prestation des services de santé afin de répondre aux besoins changeants de leur population. Il est important de noter que les accords d'achat jouent un rôle clé en facilitant et en soutenant les ajustements dans la fourniture de services de santé personnels qui sont nécessaires en raison de la pandémie, tant pour les services de santé COVID-19 que pour les services non COVID-19. Les responsables des politiques de financement de la santé des pays ont pris des mesures pour ajuster leurs accords d'achat. Les mesures d'achat essentielles sont les suivantes : étendre les avantages et informer le public avec des messages clairs et simples ; adapter les méthodes et les taux de paiement aux nouvelles dispositions de prestation de services et assurer la continuité des flux de financement vers les prestataires de soins de santé ; utiliser les capacités du secteur privé si nécessaire ; et établir des dispositions de gouvernance pour accélérer la prise de décision et fixer des normes de rapport claires. Cette présentation résume la façon dont les pays ont ajusté leurs accords d'achat pour riposter au COVID-10, explore l'impact que ces ajustements ont eu sur le système de santé et pour les progrès de la CHU, tout en soulignant les défis. Elle se termine par les leçons à tirer pour mieux reconstruire. La présentation s'appuie sur une enquête axée sur les pays africains, un examen rapide de documents et diverses études de cas nationales en Afrique et dans d'autres régions.

Résultat majeur et leçons:

Les stratégies les plus courantes utilisées par les acheteurs pour faire face à des besoins de financement accrus étaient la réaffectation des fonds existants et la création d'une plus grande flexibilité dans l'utilisation des fonds. Il a également été signalé que certains acheteurs ont dû se lancer dans le financement déficitaire. La majorité des pays ont élargi leurs prestations pour inclure les tests, l'hospitalisation et les médicaments, et plusieurs pays ont également inclus la téléconsultation et les soins à domicile. Une autre mesure fréquemment introduite par les acheteurs était des incitations financières pour motiver le personnel de santé travaillant dans des conditions difficiles. En outre, environ un tiers des pays ont indiqué qu'il fallait payer ou inciter à augmenter la capacité en lits des unités de soins intensifs. Cependant, l'un des grands défis rencontrés dans un certain nombre de pays est le décalage entre la conception et la mise en œuvre des ajustements d'achat, en raison des contraintes de capacité ainsi que de l'interprétation différente des nouvelles règles. Un enseignement clé est que des modalités d'achat stratégiques doivent être mises en place pour permettre une adaptation rapide au contexte d'une crise pandémique.

Ajustements des modalités d'achat pour la riposte au COVID-19 au Ghana.

Aaron Asibi Abuosi, *École de Business de l'Université du Ghana.*

Buts et objectifs:

Pour répondre aux besoins de santé liés au COVID-19 au Ghana, certains ajustements ont été fait en relation avec les accords d'achat dans le cadre de la reconfiguration des prestations de services. L'objectif de cet article est de partager les résultats d'une étude qui a évalué les ajustements apportés aux dispositions d'achat au Ghana dans le cadre de la réponse du secteur de la santé à la COVID-19 et d'analyser ses impacts sur le système de santé et le système de financement de la santé ainsi que sur les objectifs de la CHU. L'étude se concentre sur les questions de recherche suivantes :

- Dans quelle mesure les ajustements des modalités d'achat ont-ils été efficaces pour soutenir la riposte du secteur de la santé au COVID-19 ?
- Ces modifications rendent-elles les achats plus stratégiques ?
- Quels ont été les défis de la mise en œuvre de ces ajustements dans les achats ?
- Quelles modifications et innovations devraient être maintenues à l'avenir ?
- Que faut-il faire pour "reconstruire en mieux" ?

Méthodes

Une étude à méthode mixte a été menée, comprenant une étude documentaire et des entretiens avec des informateurs clés basés sur des techniques d'échantillonnage raisonné. Les informateurs clés comprenaient des décideurs du ministère de la Santé, du Service de santé du Ghana et de l'Agence nationale d'assurance maladie, des représentants des établissements de santé ainsi que des représentants des patients. Pour l'aspect quantitatif, nous avons obtenu des hôpitaux les données des réclamations COVID-19 en 2020 pour examen, que nous avons analysées au moyen de statistiques descriptives.

Principaux résultats :

Le Ministère de la Sante de Ghana a introduit plusieurs changements dans les modalités d'achat : le paquet de prestations a été élargi, en incluant le dépistage, l'isolement et l'hospitalisation sans frais pour le public ghanéen ; les médicaments et les équipements de protection ont été fournis directement aux hôpitaux par le gouvernement et les donateurs. Toutefois, les hôpitaux ont eu besoin de fournitures supplémentaires et ont présenté des demandes de remboursement au gouvernement. Le nombre d'établissements désignés pour l'isolement et le dépistage a augmenté grâce à un processus d'accréditation accéléré. Bien que la demande de services de santé non liés au COVID-19 ait légèrement diminué, cela n'a pas été substantiel en raison du nombre relativement faible de cas de COVID-19. Les premiers résultats suggèrent que ces changements ont été décisifs pour garantir l'accès des personnes aux services de santé critiques du COVID-19. Cependant, le système de gestion de l'information est resté un défi pour influencer l'allocation des ressources aux prestataires de santé et assurer leur suivi. L'un des principaux enseignements qui se dégage est qu'il est nécessaire d'impliquer pleinement les parties prenantes pour discuter des achats stratégiques en vue d'une réponse efficace à l'épidémie.

Session Parallel 1-1: Orale

Investir dans les systèmes de santé post pandémique (COVID -19)

COVID-19, Investissement public dans les soins de santé dans les régions EAC et SADC : Le rôle du capital social dans le soutien public à l'investissement dans les soins de santé.

Jack Chola *Bwalya, University College Dublin, Irlande*

La pandémie du COVID-19 a insufflé un nouveau dynamisme aux États membres de la Communauté d'Afrique de l'Est (EAC) et de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), qui ont décidé d'investir dans leurs systèmes de santé afin de freiner la propagation et d'atténuer l'impact global et durable de la pandémie du COVID-19 sur leurs secteurs de la santé.

Alors qu'auparavant, l'engagement supposé de la plupart des pays à financer les soins de santé publics se traduisait par des niveaux de soutien inadéquats et une faible mise en œuvre. L'arrivée du COVID-19 a fait prendre conscience aux États membres de l'EAC et de la SADC de la nécessité d'affecter des ressources financières suffisantes à la santé et à la mise en place d'un système de santé beaucoup plus résilient.

Cet article présente la première analyse empirique d'un lien de causalité entre le capital social, mesuré par l'adhésion des associations bénévoles, dans la détermination des réactions de l'opinion publique à l'égard des gouvernements de 15 pays appartenant à deux communautés économiques régionales – l'EAC et la SADC qui donnent la priorité aux investissements dans les soins de santé. L'analyse s'appuie sur les enquêtes de 2014 - 2015 Round 6 basées sur des échantillons probabilistes nationaux menées par l'Afrobaromètre. Les résultats de la régression logistique montrent que le capital social est fortement et correspond positivement avec l'opinion publique envers les gouvernements qui donnent la priorité aux investissements dans les soins de santé publics. La probabilité que la première priorité soit l'investissement dans les soins de santé augmente lorsqu'il y a une diminution d'1 point du capital social structurel (odds=1,053 (1/0,950), p<0,001).

Mots-clés: COVID-19, Investissement en matière de santé, EAC, SADC, Capital social

Tirer parti de la réponse à la pandémie COVID-19 pour améliorer le financement du système de santé et l'investissement dans les infrastructures : les leçons apprises (le cas du Ghana).

Jacob Novignon et Kwasi Gyabaa Tabiri, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana

---

La pandémie du COVID-19 a mis en évidence les problèmes de financement des systèmes de santé dans de nombreux pays en développement. L'infrastructure nécessaire pour répondre efficacement à la pandémie était absente dans de nombreux pays en développement. En raison de l'insuffisance des ressources, les capacités de test, de recherche des contacts et de traitement étaient limitées et les stratégies de verrouillage étaient inefficaces. Les responsables politiques ont donc eu recours à diverses stratégies pour mobiliser des ressources suffisantes en réponse à la pandémie. Ce document passe en revue les efforts déployés par le Ghana pour mobiliser des ressources intérieures et extérieures pour le secteur de la santé en réponse à la pandémie. Le document analyse également les leçons tirées de ces stratégies et souligne comment ces leçons pourraient être exploitées pour soutenir le financement du secteur de la santé. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes appuyés sur des informations provenant de trois sources principales:

i) le budget national semestriel 2020 produit par le ministère des Finances,
ii) les documents officiels du site Internet du fonds du secteur privé pour le COVID-19 et
iii) le ministère de la Santé. Nous avons effectué une étude documentaire de ces documents et extrait les preuves nécessaires.

Les résultats confirment l'existence d'un espace fiscal grâce à des sources externes, à un partenariat avec des acteurs non étatiques et à une gestion efficace des finances publiques (espace budgétaire). Si les sources de financement externes ont été essentielles dans la réponse à la pandémie, nous avons constaté qu'elles n'étaient pas durables, en particulier pour les pays en situation d'endettement. Nous montrons également que la pandémie de COVID-19 constitue une impulsion importante pour stimuler les investissements dans les infrastructures de santé dans les pays en développement. L'absence d'une stratégie claire de réponse à la pandémie a également été identifiée comme un facteur important des difficultés de financement. Il est donc fortement recommandé de prendre des mesures pour développer des stratégies de réponse à la pandémie. Il sera également important de maintenir l'élan créé par la pandémie en vue de l’amélioration des investissements dans le secteur de la santé.

Analyse des 19 premiers mois du processus de réponse à la pandémie du COVID-19 en Guinée : une analyse exploratoire.

Delphin Kolie1, Fatoumata Namaren Keita1, Alexandre Delamou1, Jean-Paul Dossou2, Jean-Pierre Olivier de Sardan3, Wim Van Damme4 et Irene Akua Agyepong5, (1)University of Conakry, African Centre of Excellence in the Prevention and Control of Communicable Diseases, Conakry, Guinea, Conakry, Guinea, (2)Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Benin, (3)LASDEL, Niamey, Niger, (4)Public Health Department, Institute of Tropical Medicine of Antwerp, Belgium, Antwerp, Belgium, (5) University of Ghana, School of Public Health, Accra, Ghana

Introduction

Le premier cas de la pandémie de COVID-19 a été signalé le 12 mars 2020. Cette étude vise à évaluer le processus d'intervention à la pandémie de COVID-19 en Guinée, depuis le début de la pandémie jusqu'en septembre 2021.

Méthodes:

Nous avons mené une analyse exploratoire en utilisant des documents de politique et des articles de recherche sur la pandémie de COVID-19 en Guinée. Pour les documents politiques, nous avons fait des recherches sur les plateformes électroniques nationales sur le COVID-19 et les sites web du gouvernement et des principales institutions nationales de santé. Nous avons effectué une analyse thématique, en utilisant une approche déductive, pour évaluer les études.

Résultats :

Entre janvier 2020 et septembre 2021, la réponse à la pandémie du COVID-19 est divisée en cinq phases : anticipation de la réponse ; réponse à la première vague avec la relance soudaine des actions politiques parallèlement à la mise en place de mesures restrictives strictes ; levée des mesures restrictives ; réponse concomitante à la deuxième vague du COVID-19 et à plusieurs maladies à tendance épidémique ; réponse à la troisième vague du COVID-19 incluant le renforcement des activités de vaccination. Lors de l'avènement de la pandémie, des luttes d'égo et d'influence ont été observées parmi les acteurs clés du système national de santé, ce qui a probablement affecté la réponse au COVID-19, et aux épidémies récurrentes en Guinée. Par ailleurs, certaines mesures restrictives adoptées au cours de la réponse ont eu des impacts humains et économiques sur la population.

Conclusion :

Les acteurs du système de santé ont anticipé la réponse à la pandémie du COVID-19 et ont réadapté les stratégies de réponse au contexte sanitaire et socio-économique du pays au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie. Il est nécessaire de travailler à la mise en place d'un cadre de gouvernance pour la réponse aux maladies à tendance épidémique avec la pleine participation des acteurs et institutions du système de santé national.

Mots clés: Décisions politiques, Coronavirus, préparation, réponse, Guinée.

Examen de la réponse des systèmes de santé du Nigeria au COVID-19 : leçons tirées pour le renforcement des systèmes de santé en vue d'une meilleure prestation de services.

Chinyere Cecelia Okeke1, Chioma Amarachi Onyedinma1, Benjamin Chudi Uzochukwu2 et Obinna Onwujekwe3, (1) HPRG, Enugu, Nigeria, (2) University of Nigeria, Enugu, Enugu, Nigeria, (3) University of Nigeria, Nsukka, Enugu campus, Enugu, Nigeria

---

Introduction

La pandémie du COVID-19 a mis au défi les systèmes de santé de presque tous les pays du monde. Un système de santé solide se caractérise par sa capacité à répondre aux urgences tout en restant résilient pour fournir rapidement des services essentiels de routine de haute qualité. Ce n'est pas le cas dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, dont le Nigeria fait partie, ce qui les rend très vulnérables à la pandémie du COVID-19. Avant la pandémie, les systèmes de santé n'avaient pas reçu une attention suffisante. Cependant, avec cette pandémie, les dirigeants du pays ont fait des efforts pour réagir et réduire sa propagation. Ces efforts méritent d'être documentés, car ils permettront aux décideurs politiques et aux autres parties prenantes au Nigeria de réfléchir aux moyens d'adopter et d'étendre les mesures positives identifiées.

Méthodes

Une revue de cadrage de la littérature publiée et grise, y compris les journaux, les nouvelles / documents des médias et les documents officiels qui ont été publiés du 1er décembre 2019 au 31 décembre 2020 a été réalisée. Les examinateurs ont lu et extrait les données pertinentes en utilisant FACTIVA dans un modèle d'extraction de données uniforme. Le modèle était structuré en thèmes utilisant les blocs de construction du système de santé et le sous-thème de prestation de services qui capturait le soutien technique et les interventions ciblant les agents de santé a été utilisé pour l'analyse de contenu manuelle.

Résultats

Les interventions et stratégies identifiées qui ont eu un impact sur la prestation des services de santé étaient principalement un soutien technique et des interventions ciblant les agents de santé. Il s'agit notamment de la formation d'environ 17 000 agents de santé, de la supervision et de l'engagement d'un plus grand nombre d'agents, de la modernisation des laboratoires et de la construction de nouveaux laboratoires pour améliorer le dépistage et le diagnostic, de la motivation du personnel de santé par des incitations (financières et non financières). Il y a eu un afflux de gestes philanthropiques et une amélioration des systèmes de données et d'information, la fourniture de médicaments, de produits médicaux et de matériels préventifs non pharmaceutiques par la production locale. Dans l'ensemble, la présence d'une volonté politique et les efforts du gouvernement dans la réponse des systèmes de santé à COVID-19 ont facilité ces interventions.

Conclusions

Les interventions des acteurs étatiques et non étatiques ont, dans une certaine mesure, renforcé les systèmes de santé pour une meilleure prestation de services. Cependant, il

reste encore beaucoup à faire pour pérenniser ces acquis et rendre le système de santé solide et résilient pour absorber les chocs sans précédent.

Mots clés: COVID-19, réponse des systèmes de santé, renforcement des systèmes de santé, prestation de services, Nigeria.

Résilience des systèmes de santé et endémie : Preuves de l'épidémie de COVID-19.

Albert Opoku Frimpong, Department of Banking and Finance, University of Professional Studies, Accra, Ghana

Contexte

L'importance de la résilience des systèmes de santé pour contenir les endémies et les pandémies est devenue une question internationale importante. Car les épidémies augmentent la mortalité, réduisent la productivité et provoquent des externalités négatives. La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est l'une de ces épidémies. Les dépenses de santé reflètent l'investissement dans la santé. Il a été constaté que les dépenses de santé publique augmentent l'accès aux services de santé et améliorent les résultats sanitaires. Il existe toutefois peu de données sur la relation entre les dépenses de santé publique et la résilience des systèmes de santé pour contenir les épidémies.

Objectif

Cette étude a exploré la contribution des dépenses de santé publique à la résilience des systèmes de santé pour contenir l'épidémie de COVID-19.

Méthodes

L'étude a appliqué le modèle de probits sur la régression suivant des données transversales établis sur 154 pays. Les données proviennent des indicateurs de développement mondial 2021 de la Banque mondiale et des ensembles de données sur le coronavirus 2020 de l'Organisation mondiale de la santé.

Résultats

Une probabilité plus élevée de contenir le COVID-19 a été associée à une augmentation des dépenses de santé publique dans le temps que dans l'année précédant l'épidémie. Les résultats ont également montré un effet positif de la densité de population et un effet négatif du ratio de médecins et du taux de scolarisation dans l'enseignement supérieur sur la probabilité qu'un pays atteigne un statut endémique de COVID-19.

Conclusion

L'augmentation des dépenses de santé publique au fil du temps accroît la résilience des systèmes de santé pour contenir les épidémies. Les dépenses de santé publique allouées aux établissements de santé publics et privés, et pas seulement aux établissements de santé publics, permettraient d'accélérer le rythme d'endiguement des endémies.

Session Parallel 1-2: Orale

Renforcement des systèmes de gestion des finances publiques

Examiner la mise en œuvre des lois sur la gestion des finances publiques en vue d' accroître l'autonomie des établissements et leur impact sur la réponse au COVID-19 : aperçu de cinq comtés au Kenya.

Boniface Mbuthia[1], *Ileana Vilcu*[2], *Anne Musuva*[3], *Felix Murira*[3], *Felix Murira*[3] *and Nirmala Ravinshankar*[4], *(1) ThinkWell, Nairobi, Kenya, (2)ThinkWell, Geneva, Switzerland, (3)ThinkWell, Kenya, (4)ThinkWell, WA*

Contexte

La Constitution kényane de 2010 et la loi sur la gestion des finances publiques (PFM) de 2012 obligent les comtés à déposer toutes leurs recettes dans le fonds de recettes du comté. Les comtés gèrent des établissements de santé publique et sont autorisés à élaborer leur propre législation afin de simplifier les flux financiers vers les établissements publics et de leur accorder l'autonomie nécessaire pour conserver leurs propres revenus. Le ministère de la santé (MOH) a donné des conseils pour permettre l'autonomie de gestion et financière des établissements publics. Cependant, la façon dont les comtés interprètent la loi PFM et les conseils affectent la prestation de services dans les établissements publics, en particulier pendant la pandémie du COVID-19.

Buts et objectifs

Cette étude examine l'impact des lois PFM sur la réponse des établissements publics aux besoins de santé de la population pendant la pandémie du COVID-19. Nous avons sélectionné à dessein cinq comtés (Isiolo, Kakamega, Kilifi, Makueni et Nakuru) afin de saisir les variations des dispositions de PFM.

Méthodes

Nous avons mené des entretiens avec les responsables de la santé des comtés et des discussions de groupe avec les responsables des établissements publics afin de comprendre leur expérience des dispositions de GFP et la manière dont celles-ci ont affecté leur réponse au COVID-19. Nous avons examiné les législations élaborées par les comtés, conformément à la loi sur la gestion des finances publiques, afin d'évaluer leur impact sur les accords de gestion des finances publiques.

Principales conclusions

Alors qu'un comté est en train d'élaborer une législation pour répondre aux avis du ministère de la Santé, les quatre autres disposent déjà de telles législations. Deux comtés sont en train de réviser leurs législations pour se conformer à la loi PFM et simplifier le flux de fonds vers les établissements. Actuellement, le flux de fonds dans ces comtés est complexe, ce qui entraîne des ruptures de stock de fournitures essentielles et des transferts peu fiables, affectant négativement la prestation de services essentiels et la réponse COVID-19. Les deux autres comtés ont des législations conformes qui simplifient le flux de fonds et accordent l'autonomie aux établissements publics. Les revenus des établissements, qui représentent 3 % et 18 % des allocations de santé dans ces comtés, sont utilisés

pour couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements. Cela a été bénéfique pendant l'épidémie COVID-19 dans ces deux comtés, permettant aux établissements d'acheter des équipements de protection individuelle et des fournitures dans l'attente de financements supplémentaires de la part des comtés.

Conclusion

En tant qu'acheteurs de services de soins de santé primaires, les comtés peuvent mettre en place des systèmes de santé résilients en s'assurant que les établissements publics disposent de fonds qu'ils peuvent utiliser de manière flexible. Cela s'est avéré essentiel pour les établissements pendant le COVID-19 mais aussi pour améliorer la qualité de la prestation de services dans le secteur public. L'application correcte des lois sur la gestion des finances publiques permet un flux de fonds simplifié qui donne aux établissements les moyens de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Suivre les dépenses de santé de Covid-19 pour informer l'efficacité et l'équité de l'investissement futur de la pandémie, et construire un système de santé plus résilient au Malawi.

Emily Chirwa, Ministère de la santé, Lilongwe, Malawi, Atamandike Chingwanda, Health Policy Plus Project-Palladium Group, Lilongwe, Malawi, Mark Malema, Options Consultancy Services Ltd, Lilongwe, Malawi et

---

Contexte :

Le suivi des dépenses de santé dans le cadre de la Covid-19 est un outil politique essentiel pour informer l'efficacité et l'équité de la réponse à la Covid-19. Le suivi des dépenses dans les situations d'urgence est également une source importante de transparence et de responsabilité dans le contexte d'importants flux de fonds et d'évaluations limitées des risques fiduciaires. Au Malawi, le suivi des dépenses de santé dans le cadre de Covid-19 était d'autant plus important que le système de santé est généralement caractérisé par des fuites, une fragmentation des donateurs et une allocation inefficace des ressources.

Buts et objectifs :

Cette étude a pour but d'informer sur l'efficacité et l'équité des investissements futurs en réponse à la pandémie du Covid-19 et construire un système de santé plus efficace.

Méthodes :

Un outil de collecte de données Excel a été conçu en accord avec le cadre du Système des Comptes de la Santé. L'outil a été utilisé pour capturer les données sur les dépenses de santé de Covid-19 pour 2020 à travers les agents de financement des soins de santé, les agents de mise en œuvre et le niveau de mise en œuvre. Les données ont été collectées auprès d'institutions gouvernementales, de donateurs et d'agents d'exécution non étatiques de programmes financés par des donateurs, dans le cadre d'ateliers et par courrier électronique. L'outil de production des comptes nationaux de la santé a été utilisé pour

Résultats :

Nos résultats montrent que les dépenses totales de santé de Covid-19 (TCHE) en 2020 étaient de 93, 869, 153 dollars américains, ce qui se traduit par 5,34 dollars par habitant. Les donateurs ont contribué à 80,6% de la DCT, le gouvernement à 10,2% et le secteur privé à 9,2%. Les dépenses de santé du gouvernement en tant que part de la TCHE sont significativement faibles par rapport au Burkina Faso (78,7%) qui a des dépenses de santé par habitant similaires (40 dollars américains). 84% de la TCHE étaient de nouveaux fonds supplémentaires pour le système de santé. La flexibilité des dépenses était limitée, 84% de la CMT étant strictement réservée aux activités.

62% de la DCT a été regroupée sous les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), 27,8% sous les donateurs non-résidents et 10,2% sous le gouvernement. Les dépenses curatives, qui représentent 15,8 % de la CMT, sont relativement faibles, bien que le système de santé ait dû investir massivement dans les infrastructures, les équipements médicaux et le personnel de santé pour faire face à la pandémie. Les dépenses infranationales n'étaient pas non plus liées à la charge de morbidité réelle ou anticipée, Lilongwe (24% du total des cas) et Blantyre (34% du total des cas) ayant respectivement 1,8% et 1,5% des dépenses au niveau infranational.

Conclusion :

Le gouvernement du Malawi devrait augmenter les budgets de santé alloués à la pandémie du Covid-19. L'efficacité et l'équité peuvent être améliorées par une plus grande flexibilité dans l'allocation des fonds entre les activités de Covid-19 et en se concentrant davantage sur les points chauds potentiels. La principale limite de l'étude est qu'elle n'inclut pas de données au niveau des ménages en raison de contraintes de temps et de fonds.

Améliorer la Gestion des Finances Publiques en vue de la Concrétisations des Objectifs du Ministère Fédéral de la Santé du Nigeria.

Felix Obi[1], *Oluwafeyikemi Agbola*[1], *Simbiat Lawal*[2], *Hope Uweja*[3] *and Stanley Chibuzor Ezenwa*[3], *(1) Des Résultats pour le Développement (R4D), Abuja, Nigeria, (2) Des Résultats pour le Développement, Abuja, Nigeria, (3) Des Résultats pour le Développement (R4D), Abuja, Nigeria*

Contexte

À mesure que les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM) s'efforcent d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), l'utilisation stratégique du financement public s'avère indispensable pour la concrétisation d'une couverture plus équitable. Cependant, les gouvernements ne parviennent pas encore à établir un lien entre le financement et la réalisation de la CSU. Dans de nombreux PFR-PRI, les fonds publics destinés aux soins de santé, sont souvent déployés par le biais de budgets classiques basés sur des rubriques budgétaires et des postes de dépenses, et acheminés par des systèmes de Gestion de Finances Publique de routine. Une évaluation du cycle de Gestion des Finances Publiques du Ministère Fédéral de la Santé (FMOH) a mis en évidence la déconnexion entre le budget et les priorités en matière de soins de santé primaires universels et a servi de base à l'assistance technique fournie par Résultats pour le développement (R4D) dans le cadre de la réforme du processus budgétaire de la FMOH financée par la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF).

Buts et Objectifs

Ce document met en évidence la façon dont le R4D a aidé le FMOH à rendre ses budgets plus spécifiques, alignés sur les priorités, avec des mécanismes de contrôle plus efficaces pour le suivi des résultats dans différents domaines. Il est attendu que l'appui octroyé par R4D, permette à la FMOH de rendre les dépenses de santé plus stratégiques et orientées vers les résultats.

Méthodologie

Cet appui a adopté une conception centrée sur l'homme (HCD) et trois propositions basées sur l'intervention de R4D dans le pays et visant à réformer les systèmes de GFP pour les rendre plus stratégiques :

1. Adopter une perspective "pangouvernementale" pour la formulation et l'exécution du budget.
2. Un suivi de routine ciblé/basé sur les résultats et la production d'éléments probants pour le suivi des résultats.

Mise en place d'une unité de collaboration clairement identifiée et bien conçue : un Comité de la planification et du budget (Comité P&B) au sein du ministère de la santé.

Principaux Résultats et Leçons Apprises

Cet appui a révélé ce qui suit :

- Pour assurer le suivi harmonieux du budget, il est important que les activités prioritaires des plans opérationnels annuels (POA) soient alignées sur celles du budget.
- Pour remédier à la rupture de la communication, il faut mettre en place un langage commun qui fasse appel aux départements, agences et programmes (DAP) du ministère pour ainsi constituer une approche unifiée du cycle budgétaire lié aux objectifs de santé.

- Les fréquents changements dans la composition du comité et l'évolution de la direction du FMOH ont été des variables clés qui ont influencé les résultats.

Enfin, les obstacles bureaucratiques du système et l'inadéquat financement public ont affecté le calendrier des activités prévues et des résultats attendus.

Conclusion

Cet appui a confirmé l'importance du suivi de l'exécution du budget dans la mise en place d'un meilleur système de santé. Il a également permis d'avoir des informations factuelles pour plaider pour l'augmentation des ressources auprès du Gouvernement en vue du financement adéquat de ces processus. Enfin, les partenaires financiers, techniques et de la société civile peuvent donner la priorité à ce programme axé sur le processus budgétaire comme composante essentielle des réformes de la Gestion des Finances Publiques (GFP) et des achats stratégiques.

Renforcer les Systèmes de Gestion des Finances dans les Hôpitaux de Soins Tertiaires : Etude du Cas d'un Hôpital National d'Afrique de l'Ouest.

Adesola Ogundiran[1], *Augustine Aghogho Omodieke*[2], *Olasunmbo Makinde*[3], *Chinwe Weli*[3], *Julie Wieland*[3] *and Zeluwa Maikori*[3], *(1) Health Strategy and Delivery Foundation, Lagos, Nigeria, (2) Health Strategy and Delivery Foundation, Abuja, Nigeria, (3)Health Strategy and Delivery Foundation*

Contexte :

Les organismes de santé publique des Pays à Faible ou Moyen Revenu sont fortement affectés par la mauvaise gestion des systèmes financiers. En matière de soins de santé, l'efficacité du système de budgétisation permet La mauvaise gestion des systèmes financiers constitue un défi majeur pour les structures de soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFM). Dans le domaine des soins de santé, la bonne gestion des systèmes financiers permet d'optimiser les ressources limitées et les risques afin d'atteindre des objectifs financiers durables et de contribuer à la prestation de services de santé de qualité aux patients. La mise en place d'une gouvernance financière et de systèmes de contrôle efficaces, de rapports financiers transparents et détaillés, d'une gestion adéquate des flux de trésorerie et du traitement des liquidités, entre autres, sont des conditions préalables à l'organisation d'un système de gestion financière efficace. Cet article met en évidence les impacts d'un système de gestion financière faible sur la prestation de services dans un établissement tertiaire d'Afrique de l'Ouest.

Méthodologie

Notre approche d'évaluation a été à la fois qualitative et quantitative. Dans un premier temps, nous avons développé un outil complet d'évaluation de la gestion financière (FMAT), qui porte sur des domaines clés tels que la gouvernance financière, le budget et la planification, le contrôle interne, les systèmes d'information applicables aux rapports financiers, l'administration des assurances et des payeurs, la trésorerie et la gestion des revenus. En outre, un outil d'enquête sur la satisfaction des patients a été mis au point.

Deuxièmement, nous avons évalué le système fiscal de l'établissement à l'aide de l'outil d'évaluation en combinant l'observation du processus, les entretiens avec les informateurs clés et l'examen des documents pertinents. Troisièmement, nous avons analysé les données d'évaluation en utilisant une approche analytique thématique et narrative. Nous avons organisé une session de co-création avec l'équipe de gestion de l'établissement pour développer et prioriser des interventions à fort impact et à faible coût pour remédier aux faiblesses identifiées

Résultats et Discussion

Les résultats de l'évaluation ont révélé des faiblesses importantes dans le système global de gestion financière de l'hôpital. Le système de gestion financière a obtenu un score quantitatif moyen de 36%, ce qui indique une performance faible et un risque moyen. La faiblesse des systèmes de contrôle/audit internes, l'inefficacité des systèmes d'information financière, les mauvaises pratiques de gestion de la trésorerie et des recettes prédisposaient l'établissement à des pertes financières et à la fraude. Plusieurs interventions, élaborées conjointement avec les parties prenantes, ont été mises en place, notamment l'accompagnement de l'équipe fiscale par des experts en matière de rapports et de contrôles financiers, ainsi que l'élaboration et l'utilisation des politiques et directives financières requises. Ces interventions ont permis de rationaliser le processus d'encaissement des fonds par le biais de l'externalisation, la construction d'un point d'encaissement central étant en cours. L'institutionnalisation d'audits périodiques et de revues mensuelles des performances financières a également été mise en œuvre pour renforcer le système fiscal de la structure et améliorer l'efficacité de la collecte des recettes et de la gestion des dépenses.

Renforcer la Gestion des Finances Publiques aux fins de rendre les réformes du financement de la santé plus efficaces.

Uche Ezeh[1], *Kimberly Idoko*[1], *Paul Ongboche*[1], *Habibah Umar*[2], *Hauwa Aliyu*[3], *Musa Musa*[4] *and Yewande Ogundeji*[5], *(1)Health Strategy and Delivery Foundation, (2) Agence d'assurance maladie contributive de l'État du Niger, (3) Commission de planification de l'État du Niger, (4) Agence d'assurance maladie contributive de l'État du Niger, (5)Health Strategy and Delivery Foundation, FCT, Canada*

Contexte:

La gestion des finances publiques (GFP) dans les systèmes de santé offre la possibilité d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques à travers la responsabilité et la transparence, la planification et le contrôle des activités financières. En outre, les réformes du financement de la santé dans de nombreux pays intègrent la mise en œuvre de régimes d'assurance maladie et le financement décentralisé des installations, qui ont tous deux une composante essentielle de Gestion des Finances Publiques (GFP). Cependant, par le passé, on a accordé moins d'importance au rôle de la GFP dans le financement de la santé et la réforme des systèmes de santé. Notre article décrit la conception et les effets d'une intervention de GFP pour les soins de santé primaires au niveau régional au Nigeria.

Méthodes

Les interventions de GFP ont été conçues pour relever les défis spécifiques identifiés par un diagnostic antérieur du système de santé, qui a mis en évidence la faiblesse des capacités techniques et de la supervision nécessaires à une GFP efficace pour les soins de santé primaires (SSP). Ces interventions GFP comprennent:

- **Renforcement de capacités:** Renforcement ciblé des capacités de 25 comptables de SSP du GL pour améliorer à la fois les connaissances informatiques et les compétences de GFP nécessaires pour préparer, examiner et utiliser les rapports financiers. Les comptables ont acquis des capacités et ont commencé à soumettre des rapports mensuels en temps opportun.
- **Innovation:** Entre avril et septembre 2020, une plateforme mobile a été créée au moyen de l'application mobile WhatsApp pour permettre la communication de résumés des transactions financières ainsi que la mise en place d'un soutien technique et d'un mentorat virtuels.
- **Institutionnalisation:** En vue d'encourager l'institutionnalisation et l'appropriation, des mentors au sein du groupe de travail technique de la GFP de l'État ont été formés pour offrir une assistance technique virtuelle sur la plateforme mobile. Cependant, la faible demande et l'utilisation des rapports financiers par les agences de contrôle peuvent affecter la durabilité.

Résultats

Plus de 80 % des directeurs d'établissement formés ont montré une nette amélioration de leurs connaissances en matière de gestion des finances publiques et ont traité les résultats des tests préalables et postérieurs. En outre, le taux de soumission en temps opportun des rapports financiers est passé de 0 % en mars 2020 à 86,7 % en septembre 2020 dans tous les établissements pilotes.

Les données des rapports financiers ont contribué à la transparence des fonds du système de soins de santé primaires et à la responsabilisation au niveau de la prestation des services. Cependant, vers la fin du projet pilote, la motivation des mentors de l'État pour l'application virtuelle avait considérablement diminué et la demande de données financières de la part des organismes de surveillance des SSP était limitée.

Conclusion

Les interventions ciblées en matière de GFP donnent des résultats remarquables au niveau de l'amélioration de la capacité des acteurs clés et de l'établissement des meilleures pratiques et procédures pour les rapports financiers. Cependant, il est crucial que les organismes de surveillance aux niveaux sous-nationaux intensifient l'efficacité de leur rôle de coordination en demandant régulièrement des rapports financiers et le statut de la gestion financière dans les établissements de soins de santé primaires afin de garantir le maintien des acquis bien au-delà du projet.

Session Parallèle 1-3 Orale

Modèles de décision et qualité des soins

Développement de la base de données EQ-5D-5L pour l'Ouganda au moyen du protocole allégé.

*Fan Yang[1], **Kenneth Roger Katumba**[2], Bram Roudijk[3], Zhihao Yang[4], Paul Revill[5], Susan Griffin[1], Perez Nicholas Ochanda[6], Mohammed Lamorde[6], Giulia Greco[7], Janet Seeley[8], Janet Seeley[8] and Mark Sculpher[1], (1)Centre for Health Economics, University of York, United Kingdom, (2)MRC/UVRI & LSHTM Uganda Research Unit, Entebbe, Uganda, (3)EuroQol Research Foundation, Netherlands, (4)Health Services Management Department, Guizhou Medical University, China, (5)Centre for Health Economics, University of York, York, United Kingdom, (6)Infectious Diseases Institute, Makerere University, Uganda, (7)MRC/UVRI & LSHTM Uganda Research Unit, Uganda, (8) London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom*

Contexte:

Dans les pays africains, les méthodes de Dans les pays africains, les méthodes d'évaluation des technologies de la santé, y compris l'évaluation économique, sont de plus en plus utilisées pour orienter les décisions d'allocation des ressources de santé. Cependant, jusqu'en septembre 2021, un seul ensemble de valeurs EQ-5D-5L était disponible pour l'Éthiopie. Comme l'ensemble de valeurs EQ-5D reflète les préférences sociales d'une population, un ensemble de valeurs EQ-5D-5L spécifique au pays est préférable et fournirait des informations précieuses pour les évaluations économiques futures dans un contexte où de meilleures décisions concernant l'allocation des ressources sont essentielles.

Le protocole d'évaluation standardisé de l'EQ-5D nécessite un échantillon représentatif de 1 000 participants issus de la population générale, chacun devant accomplir 10 tâches de compromis temporel composite (cTTO) et 7 tâches d'expérience de choix discret (DCE), ce qui peut être très coûteux en ressources et cognitivement contraignant.

Objectifs:

C'est pourquoi, dans cette étude, nous avons proposé une version " allégée " du protocole d'évaluation de l'EQ-5D-5L, qui nécessite un échantillon plus petit en recueillant plus de données sur les cTTO de chaque participant, et nous l'avons appliquée pour développer un ensemble de valeurs EQ-5D-5L pour l'Ouganda.

Méthodes :

Des répondants adultes issus de la population générale ougandaise ont été échantillonnés par quotas en fonction de l'âge et du sexe. Les participants éligibles ont été invités à réaliser 20 tâches de compromis temporel composite (cTTO) lors d'entretiens personnels sur tablette à l'aide du logiciel hors ligne EuroQol Portable Valuation Technology, sous contrôle qualité de routine. Aucune tâche d'expérience de choix discret n'a été administrée.

Les données cTTO ont été modélisées à l'aide de quatre modèles de régression additifs et de deux modèles de régression multiplicatifs. La performance des modèles a été évaluée sur la base de la validité apparente (des diminutions plus importantes pour des problèmes plus graves), de la précision de la prédiction en validation croisée et de la prédiction des états de santé légers. L'ensemble de valeurs final a été généré en utilisant le modèle le plus performant.

L'architecture financière des maladies vectorielles au Burkina Faso.

Dr. Fadima Yaya Bocoum, *Institut de Recherche en Science de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso, Corneille Traore, CNRFP, Ouagadougou, Burkina Faso et Eve Worall, LSTMED, Liverpool, Royaume Uni*

Introduction

Les maladies vectorielles sont responsables de plus de 17 % de toutes les maladies infectieuses dans le monde et causent plus de 700 000 décès par an. Malgré la disponibilité d'interventions efficaces pour de nombreuses maladies à transmission vectorielle, le manque de ressources empêche leur contrôle efficace. Des ressources financières supplémentaires sont nécessaires pour le contrôle des maladies vectorielles. Mais il existe peu d'informations publiées sur les ressources financières nationales et internationales allouées à la lutte contre les maladies vectorielles. Plus précisément, nous ne savons pas grand-chose sur les niveaux, les tendances et l'allocation des financements nationaux et des donateurs pour les activités liées à la lutte contre la maladie. Ainsi, il est nécessaire de procéder à des évaluations empiriques pour déterminer l'allocation actuelle des ressources. Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de cartographier les principaux bailleurs de fonds de la DVB au Burkina Faso, et d'explorer comment les décisions d'investissement dans la DVB par les bailleurs de fonds qui ont rapporté des données de 2015 à 2018 ont été réparties entre les maladies et les activités particulières.

Méthode

Notre cadre de recherche était fondé sur l'analyse de l'économie politique et sur différents cadres d'analyse des politiques publiques. L'étude était une conception d'étude de cas axée sur le Burkina Faso et principalement basée sur des données secondaires en plus de certaines analyses qualitatives. Les données sur les allocations budgétaires et les dépenses de 2015 à 2018 ont été recueillies auprès du programme de lutte contre les MTN et d'une institution de gestion des fonds du ministère de la Santé. Les rapports annuels et les rapports financiers ont été utilisés pour l'extraction des données. Les informations ont été extraites de ces ensembles de données et regroupées dans une base de données unique. Cette base de données comprend des variables telles que le budget mobilisé et alloué, les dépenses, la source de financement et le type d'activité. L'analyse descriptive a exploré les niveaux, les tendances et l'allocation des fonds nationaux et des donateurs pour le VBD.

Résultats

La plupart des sources provenaient de donateurs externes (7/8). Le gouvernement n'a financé que 4% des activités. Les modes de financement ont été discontinus. Au fil du temps, certaines sources ont disparu et d'autres sont apparues. Les sources étaient au nombre de 5 en 2015 et 2016, 4 en 2017 et 6 en 2018. En termes d'activités, 28% des activités étaient liées à la prévention, suivie de celles de la surveillance et du suivi et évaluation de 2015 à 2018. Il y a eu peu de variations entre les ressources mobilisées, allouées et les dépenses pendant cette période. En termes de dépenses, plus de 85% des ressources allouées ont été dépensées. Les activités étaient principalement concentrées sur la filariose lymphatique, l'onchocercose et la schistosomiase.

Conclusion

Les résultats ont mis en évidence la dépendance persistante du financement de la santé vis-à-vis des fonds des donateurs. Cette situation remet en question la durabilité des activités de lutte contre les maladies à transmission vectorielle et la concrétisation de l'élimination des maladies à transmission vectorielle dans les pays à faible revenu.

Application des modèles décisionnels analytiques au diabète dans les pays à revenu faible et intermédiaire : Une étude systématique.

Eunice Twumwaa Tagoe[1], *Justice Nonvignon*[2], *Robert van Der Meer*[1] *and Itamar Megiddo*[1], *(1)Université de Strathclyde, Glasgow, Royaume Uni, (2) Département des Politiques, de la planification et de la gestion de la santé, Ecole de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana.*

Contexte:

Les modèles analytiques de décision (DAM) sont utilisés pour développer une base de données probantes qui est utilisée dans les évaluations d'impact et les évaluations économiques de la santé, y compris pour évaluer les interventions visant à améliorer la prise en charge du diabète et les services de santé - un domaine de plus en plus important dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM), où la charge de la maladie est élevée, les systèmes de santé sont faibles et les ressources sont limitées. Par rapport aux essais de contrôle randomisés et aux études de cohorte à grande échelle et en vie réelle, les DAM peuvent démontrer les avantages sanitaires et économiques des interventions à un coût abordable et en temps opportun, tout en surmontant les problèmes éthiques, en utilisant des relations mathématiques et logiques pour extraire les aspects vitaux de la réalité/des systèmes à analyser.

Objectif:

Cette étude examine comment les modèles DAM, de Markov, de dynamique des systèmes, à base d'agents, de simulation d'événements discrets, et les hybrides de ces modèles ont été appliqués pour étudier les interventions politiques non pharmacologiques (NP), quelles sont les lacunes dans leur utilisation, et comment faire progresser leur adoption dans la recherche sur le diabète dans les PRFM.

Méthode:

Nous avons effectué une recherche systématique d'articles évalués par des pairs et publiés en anglais entre 2000 et 2020 dans PubMed, Cochrane et la liste de référence des articles examinés. Les articles ont été évalués en fonction des détails de la publication, de la conception et des processus du modèle, des interventions modélisées et des limites du modèle.

Principaux résultats:

Treize études ont été incluses (six modèles de Markov, six modèles de micro-simulation et un modèle à base d'agents), dont la plupart modélisaient des interventions dans une sous-population chinoise. Toutes les études, sauf une, ont évalué des interventions ciblées sur la santé.

Près de la moitié des études n'ont pas fait état du type de validation du modèle effectué. Parmi les six études faisant état d'une validation du modèle, quatre ont procédé à une validation externe et deux ont combiné quatre types de validation : validité apparente, interne, externe et croisée. Douze des treize études examinées ont fait état d'une analyse d'incertitude. La plupart des études ne font pas état de la validation des modèles ou de l'évaluation économique des interventions. Seules quatre études ont modélisé des interventions politiques parmi les patients diabétiques ; la plupart des études portaient sur des sous-populations à risque et une seule politique fiscale (augmentation d'impôt) a été évaluée. Toutes les études font état de difficultés à obtenir des données suffisantes pour la modélisation.

Conclusion:

Cette analyse fournit un résumé des DAMs utilisés dans l'étude des interventions de NP sur le diabète dans les PRFM afin d'identifier les lacunes existantes dans leur adoption et de déterminer comment faire progresser le développement de DAMs appropriés pour étudier les politiques d'intervention de NP pour lutter contre le diabète. L'étude recommande que les PFR-PRI exploitent l'utilité des DAMs pour établir des preuves à même de justifier l'évaluation économique des interventions de politique de NP à l'échelle de la population, en particulier les politiques fiscales, pour contrôler le fardeau croissant du diabète.

Optimisation des investissements dans le domaine de la santé grâce à la modélisation de l'ensemble des prestations de santé : Une étude de cas du système de santé nigérian (Ward Health System).

Oritseweyimi Ogbe[1], *Sarah Martin*[1], *Onajite Otokpen*[2], *Hyeladzira Garnvwa*[1] *et Muhammad Awwal Abdullahi*[3], *(1) National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA), Abuja, Nigeria, (2) Solina Group, Nigeria, (3) Sydani, Abuja, Nigeria*

Context:

Les décideurs politiques doivent faire des choix quant à l'allocation de ressources rares compte tenu des contraintes budgétaires. Les décisions sont devenues de plus en plus pressantes depuis la pandémie de COVID-19 et les faibles efforts en matière de cantonnement. Pour influencer les décisions budgétaires, les politiques doivent être fondées sur des preuves. Les paquets de prestations de santé (HBP) sont un outil fréquemment utilisé dans les contextes à faibles ressources pour fixer les priorités afin de s'assurer qu'il est possible de fournir davantage de services compte tenu des contraintes budgétaires.

But:

L'utilisation d'un cadre pour la conception du RAP pour évaluer le rapport coût-efficacité des interventions actuellement incluses dans l'ensemble des services de santé des quartiers (WHS) du Nigeria. Modélisation de l'ensemble optimal de prestations pour le Nigeria sur la base du budget actuel et utilisation d'une étude de faisabilité pour évaluer les pertes nettes de santé qui pourraient être résolues par le renforcement des systèmes et des investissements supplémentaires dans les SSP.

Méthodes :

Un modèle a été créé dans Microsoft Excel. Les rapports coût-efficacité différentiels (ICER) ont été appliqués aux interventions basées sur le paquet actuel de la WHS, en utilisant la base de données mondiale d'analyse coût-efficacité de Tufts. Les interventions ont ensuite été comparées à un seuil de coût-efficacité (TEC), [1] et ceux dont le RCEI était inférieur au TEC ont été jugés rentables. Les coûts par patient et les AVCI corrigées pour chaque intervention ont été estimés à partir de l'outil « One Health Tool », puis mis à l'échelle des estimations de population. Le bénéfice net pour la santé (BNS) de l'ensemble des services a été estimé pour comprendre le gain de santé qui peut être obtenu en fournissant des services à pleine capacité (100%) avec les exigences budgétaires implicites. Des contraintes de faisabilité variables ont été appliquées pour refléter les différents niveaux d'utilisation du système de santé. Ces contraintes ont été utilisées pour estimer les conséquences des contraintes actuelles des systèmes de santé du Nigeria, principalement le sous-investissement, c'est-à-dire la perte de NHB due à l'absence d'un système de santé pleinement opérationnel.

Résultats:

Le modèle estime le HBP optimal pour le Nigeria en fonction du budget actuel de la santé et de l'impact attendu sur la santé de la population, tout en indiquant le coût pour le système de santé des contraintes actuelles (tant du côté de l'offre que de la demande), comme le démontre la perte du bénéfice économique net. Le modèle met également en évidence les domaines dans lesquels les investissements dans les interventions à grande échelle pourraient être faits comparativement aux investissements dans le renforcement du système pour permettre une couverture accrue. Cela peut influencer les décisions d'allocation des ressources basées sur les dépenses actuelles du RAP et influencer les nouveaux investissements dans le renforcement du système.

Conclusions :

Les résultats peuvent être utilisés pour susciter de nouvelles discussions entre le gouvernement, les donateurs et les parties prenantes à propos des compromis à effectuer dans la fourniture de services de santé, de l'augmentation des investissements dans le domaine de la santé et de l'allocation des ressources.

[1] Le TEC estimé pour le Nigéria est basé sur la fourchette de 214 à 291 $ d'Ochalek et al.

Effets des pairs et qualité : Réactivité des installations voisines aux changements de qualité.

Finn McGuire[1], *Noemi Kreif*[2], *Peter C. Smith*[2], *Nicholas Stacey*[3], *Ijeoma Edoka*[4] *et Rita Santos*[2], *(1) Université de York, Addis Abeba, Ethiopie, (2) Université de York, York, Royaume Uni, (3) LSE / Université Wits, Johannesburg, Afrique du Sud, (4) Université de Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud.*

Contexte

Un nombre croissant de systèmes de santé des PFR-PRI développent, standardisent et mesurent régulièrement des indicateurs de qualité afin d'évaluer les normes de qualité et d'indiquer les zones - tant géographiques que thématiques - de mauvaise performance. Si la mesure de la qualité peut révéler des lacunes, on peut se demander si, en l'absence d'incitations matérielles, elle est suffisante pour améliorer la qualité dans des circonstances où elle s'avère insuffisante. Des données récentes ont suggéré que la mesure des performances peut être en mesure d'induire des améliorations de la qualité des soins de santé par le biais de la motivation intrinsèque et des préoccupations liées à la réputation.

Buts et Objectifs

Nous cherchons à savoir si les établissements de santé en Afrique du Sud adaptent leur qualité en réponse aux changements intervenus dans les mesures de qualité de leurs « pairs », même en l'absence d'incitations matérielles à cet effet. Plus précisément, nous examinons si la publication d'une mesure standardisée de la qualité des installations peut induire une forme de concurrence basée sur des informations comparatives sur les performances.

Méthodes

À l'aide d'un recensement des établissements publics de santé primaire dans le pays, nous exploitons les données sur dix composantes structurelles et de processus de la qualité, en examinant comment ces mesures évoluent sur la période 2014/15-2016/17. Nous examinons les interactions stratégiques des établissements en utilisant à la fois une approche d'économétrie spatiale et une approche plus traditionnelle exploitant un programme d'amélioration de la qualité comme source de variation exogène pour estimer la réponse des établissements aux changements de qualité de leurs pairs.

Principaux résultats

Nos résultats suggèrent que, même sans réformes financières d'accompagnement, il suffit de lier le remboursement des installations à des indicateurs, des mesures et des rapports de qualité pour stimuler l'amélioration de la qualité.

Principales Conclusions

Ces résultats renforcent les arguments en faveur de l'amélioration des systèmes de collecte de données et suggèrent qu'il existe peut-être des alternatives aux réformes du financement de la santé pour améliorer la qualité des soins de santé fournis. Un nombre croissant de systèmes de soins de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire introduisent et mesurent régulièrement des indicateurs de qualité au niveau des établissements de santé. Cependant, l'amélioration de la qualité des soins de santé fournis a

surtout été axée sur les réformes financières. Cela suggère que les rapports de qualité entre pairs peuvent avoir un potentiel d'amélioration similaire. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les mécanismes précis sur lesquels agissent ces rapports sur la qualité afin de comprendre si les rapports publics sont un substitut ou un complément potentiel aux améliorations de la qualité induites financièrement.

L'évaluation économique, son rôle et son éventuel impact dans la gestion des épidémies et des interventions d'urgence en matière de santé publique en Afrique.

Elias Asfaw Zegeye, *Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC), Health Economics Unit, Addis Ababa, Ethiopia, Mahlet Kifle Habtemariam, 2. Africa Centres for Disease Control and Prevention, East African Region Collaborating Center (RCCs), Nairobi, Kenya and Nonvingon Justice, 1. Africa Centres for Disease Control and Prevention, Health Economics Unit, Addis Ababa, Ethiopia*

Contextes:

La pandémie de COVID affecte considérablement l'économie mondiale et en particulier le continent africain. Dans le cadre de la réponse à cette pandémie, une organisation continentale, Africa CDC, a développé un large éventail de stratégies de réponse et d'atténuation. Dans le cadre de la lutte contre la pandémie, plusieurs théories indiquent que l'évaluation économique (EE) peut jouer un rôle important dans la définition des priorités à différents niveaux. L'applicabilité de l'EE est limitée dans le contexte de la gestion des urgences de santé publique (GUSP), qui se caractérise par des épidémies récurrentes et inattendues, ainsi que par son impact sur les ressources destinées à gérer les conséquences sanitaires des catastrophes naturelles et humaines, des urgences, des crises et des conflits.

Objectifs:

L'objectif de cette analyse qualitative est de mettre en évidence le rôle de l'EE dans le contexte de la gestion des urgences de santé publique (alerte et réponse aux épidémies), et d'évaluer l'impact possible dans la gestion des urgences de santé publique des épidémies et de la réponse en Afrique.

Méthodes:

Un échantillon raisonné de douze informateurs clés au sein de CDC Afrique a été sélectionné. Les participants ont acquis une vaste expérience professionnelle au sein de CDC Afrique et ont été désignés en fonction de l'objectif de l'étude. Une technique d'analyse qualitative, utilisant le guide de l'informateur clé, a été utilisée pour les sessions d'entretien et une série de consultations a été menée pour définir les thèmes. Des documents supplémentaires tels que des documents stratégiques, des directives politiques et des déclarations ont été examinés. Quatre thèmes ont été identifiés à partir de l'analyse qualitative et ont utilisé le modèle logique pour illustrer davantage le lien occasionnel et la chaîne d'impact possible de l'EE dans le cadre du PHEM.

Résultats:

Dans le contexte de la poursuite de la pandémie mondiale de COVID-19 et d'éventuelles

préoccupations futures en matière de sécurité sanitaire mondiale, l'EE pourrait jouer de nombreux rôles décrits dans le cycle de gestion des urgences de santé publique (préparation, alerte précoce, réponse et rétablissement) pour la prise de décisions à l'échelle continentale et pour renforcer les décisions nationales en matière de réponse aux épidémies émergentes. Le rôle de l'EE a été défini comme étant de générer des données probantes liées à l'optimisation des ressources, d'investir dans la gestion d'urgence de la maladie sur le continent, de prendre en compte les ressources et les aspects économiques dans la préparation et la réponse aux épidémies et de synthétiser ces données pour faciliter la prise de décision politique.

Conclusion:

Le rôle potentiel de l'EE peut être maximisé dans la gestion des urgences de santé publique pour une utilisation efficace et efficiente des ressources limitées du continent et il convient d'élargir l'applicabilité des outils et méthodes d'EE à la gestion des épidémies de maladies émergentes à différents niveaux.

Session Parallèle 1-4 Orale

Impact du COVID sur les Services de Santé

Impact de la Covid-19 sur l'accès aux soins de santé au Madagascar.

Diana Ratsiambakaina, *Faculté de Médicine, Université de Mahajanga, Madagascar, Antananarivo, Madagascar, Franck Maherinirina Rakotomalala, Faculté de Medicine, Université de Mahajanga, Madagascar, Antananarivo, Madagascar et Jack Chola Bwalay, Ecole des Politiques Sociales, Action Sociale et Justice Sociale, University College, Dublin, Ireland*

Introduction :

La pandémie de coronavirus (Covid-19), qui a causé des dommages sans précédent aux systèmes de prestation de services de santé à Madagascar, reste une menace majeure pour la santé publique. Le premier cas de Covid-19 à Madagascar a été déclaré le 19 mars 2020, et à la fin du mois de septembre 2021, le pays comptait plus de 42 392 cas confirmés et 928 décès enregistrés. Cette étude décrit l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les usagers des établissements publics de santé communautaires pendant la période 2019 - 2020 à Madagascar.

Méthodes :

Nous avons utilisé les données du Système d'Information du Ministère de la Santé Publique, DHIS2, couvrant la période du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2020. Nous avons analysé les indicateurs d'utilisation des établissements de santé communautaires, y compris les taux d'utilisation des services de planification familiale, la couverture vaccinale (DTP3), les services de soins prénataux, l'accouchement au centre de santé et les services de consultation externe.

Résultats :

Une baisse de 3,2 points du taux de prévalence des méthodes contraceptives a été observée, passant de 27,6 % en 2019 à 24,4 % en 2020. Le taux de couverture du DTC3 a chuté de 92,2% en 2019 à 86,4% en 2020. Les soins prénataux ont diminué, passant de 35,1 % à 29,2 %. Les consultations externes (47,3% en 2019 à 46,3% en 2020) et les accouchements dans les centres de santé ont chuté de 33,7% en 2019 à 28,9% en 2020.

Conclusion & Recommandation:

Cette étude a démontré que l'accès aux établissements de santé au cours des premiers stades de la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur les utilisateurs des services de santé communautaires, en particulier pour les soins de santé infantile et maternelle. Il est recommandé de concevoir des stratégies efficaces pour maintenir l'accès aux services de santé pendant que la pandémie de COVID-19 continue de sévir.

Impact de COVID-19 sur l'utilisation des services de soins maternels au Malawi.

Jacob Mazalale, *Université de Malawi, Zomba, Malawi*

Contexte

La maladie COVID-19 a fortement perturbé l'ensemble des systèmes de santé à travers le monde. Le Malawi a signalé ses trois premiers cas de COVID-19 en avril 2020 à Lilongwe, peu après que le gouvernement ait déclaré l'état de catastrophe nationale pour gérer la pandémie de COVID-19. Étant donné qu'il s'agit d'une maladie nouvelle, son impact sur l'utilisation des services n'est pas clair, mais il est possible qu'un être rationnel évite d'utiliser les services de santé, soit parce qu'il s'attend à ce que les prestataires de soins de santé soient débordés par la prise en charge des patients atteints du COVID-19, soit parce qu'il a peur de contracter la maladie lorsque les établissements de santé sont encombrés de patients atteints du COVID-19.

Objectif

Cette étude a évalué l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des services de soins maternels au Malawi.

Méthodes

À l'aide d'une analyse des séries chronologiques interrompues des données administratives mensuelles entre janvier 2017 et mars 2021, l'étude a cherché à déterminer si le niveau et la tendance du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins quatre visites de soins prénatals (SPN), du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de leur première visite de soins prénatals au cours du premier trimestre et de l'accouchement en établissement, ont changé.

Résultats

Au niveau national, alors que le niveau est resté inchangé, la tendance des visites de soins prénatals par femme enceinte a diminué de 100 femmes chaque mois (p=0,045). Aucun impact n'a été observé sur le nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite de soins prénatals au cours du premier trimestre, et sur l'accouchement en établissement. Dans la zone Nord, le niveau et la tendance du nombre de femmes ayant eu au moins quatre visites de consultation prénatale ont diminué de 223 (p=0,009) et 13 (p=0,034), respectivement. Le niveau d'accouchement en établissement a diminué de 347 (p=0,009). Pour la zone Centre-Est, le niveau du nombre de femmes ayant effectué au moins quatre visites de soins prénatals a diminué de 265 (p=0,018) tandis que la tendance des femmes ayant accouché dans un établissement de santé a diminué de 83 femmes par mois (p=0,003). Dans la zone Centre-Ouest, le nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations de soins prénatals a diminué de 34 femmes par mois (p=0,008). Enfin, dans la zone Sud-Est, le nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations de CPN a diminué de 348 femmes par mois (p=0,038).

Conclusion

Les résultats suggèrent que la pandémie a supprimé l'utilisation des services, ce qui

implique que, bien qu'il soit très important de répondre aux besoins liés à la pandémie, des efforts doivent être faits pour assurer que ceux qui ont besoin d'autres services de santé soient pris en charge, sinon les effets négatifs potentiels pourraient être dévastateurs, en particulier dans des pays comme le Malawi où les résultats des soins maternels sont insuffisants.

Impact du confinement lié au COVID-19 sur l'économie des régions à faibles revenus.

Felix Olaniyi Sanni[1], *Paul Olaiya Abiodun*[2], *Ali Johnson Onoja*[3], *Freddy Rukema Kaniki*[4] *and Elizabeth Abike Sanni*[1], *(1)Fescosof Data solutions, Ota, Nigeria, (2)Laboratory Services, Management Sciences for Health, Compliance and Quality control Department, Akesis, Anuja, Nigeria, (3)African Health Project, Abuja, Nigeria, (4)Department of Health Sciences, Eben-zer University, Minembwe, Congo (The Democratic Republic of the)*

Contexte:

La politique de confinement imposée en réponse à la pandémie de COVID-19 a restreint diverses activités, notamment le commerce, les déplacements interétatiques pour l'achat/la vente et la fourniture de biens et de services, les industries hôtelières et la collecte de recettes publiques. Cette étude a évalué les impacts du confinement imposé par le COVID -19 sur l'économie d'une communauté nigériane à faibles ressources.

Méthodes:

Cette étude est une enquête descriptive transversale menée dans la zone de collectivité locale (LGA) d'Ado-Odo Ota de l'État d'Ogun, au Nigeria. Un questionnaire structuré a été utilisé pour collecter des données sur les impacts économiques du confinement lié au COVID-19, auprès de 383 participants âgés de 20 à 60 ans, en janvier et février. L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'IBM-SPSS version 25.

Résultats:

Seuls 29,2 % d'entre eux ont pu effectuer leurs principales activités pendant le confinement, 26,1 % ont perdu leur emploi, 34,5 % ont subi des réductions de salaire, seuls 6,5 % ont reçu un salaire régulier, 6,0 % ont travaillé à domicile et ont reçu un paiement complet. En ce qui concerne les moyens de subsistance pendant le confinement, plus de la moitié des personnes interrogées (53,8%) ont déclaré qu'elles ne pouvaient pas satisfaire leurs besoins essentiels. Toutes les personnes interrogées (100,0%) ont déclaré que les prix de la nourriture et des autres produits de première nécessité étaient plus élevés pendant le confinement qu'avant. Le taux de perte d'emploi pendant le confinement était de 18,74 [95 % IC-6,20 - 56,60 ; p<0,001] et de 4,32 [95 % IC-1,50 - 12,43 ; p<0,001] plus élevé chez le personnel des structures privées et des entreprises individuelles que chez les fonctionnaires. Le taux de perte de clients était de 15,21 [IC 95 % - 7,59 - 30,51 ; p<0,001] et de 7,07 [IC 95 % - 3,26 - 15,34 ; p<0,001] plus élevé chez les indépendants et les entreprises privées que dans les établissements publics.

Conclusion:

Chaque travailleur devrait bénéficier de la sécurité de l'emploi de manière à limiter les pertes d'emploi et de revenu en période de crise. Le gouvernement devrait également mettre des prêts et des subventions à la disposition des petites entreprises, en particulier dans

des périodes comme celle-ci. Le gouvernement devrait assurer la sécurité alimentaire en subventionnant les produits et en fournissant des palliatifs pour aider à répondre aux besoins quotidiens des personnes durement touchées pendant les crises, ce qui contribuerait à limiter l'émergence d'activités criminelles.

Mots-clés: COVID-19, confinement, économie, pandémie, coronavirus

Impact socio-économique des mesures d'accompagnement de l'état d'urgence sanitaire déclaré suite à la déclaration de l'épidémie de Covid-19 en R.D. Congo.

Chrispin Kabanga, *centre de connaissances en santé en RD.congo, Kinshasa, Congo (The Democratic Republic of the)*

Introduction

Depuis le début de l'année 2020, l'épidémie de COVID-19 s'est répandue dans le monde. Dans tous les pays touchés, les pouvoirs publics ont pris des mesures fortes pour arrêter la propagation de l'épidémie. En RDC où le premier cas de Covid-19 a été notifié le 10 mars 2020, le Président de la République a décrété l'état d'urgence sanitaire du 24 mars au 21 juillet 2020 assorti de mesures de réduction des interactions et des mouvements des populations (fermeture des frontières, suspension des vols en provenance des pays à risque, interdiction des rassemblements de plus de 20 personnes, interdiction de l'ouverture des discothèques, bars, terrasses, restaurants, ...). L'application de ces mesures a eu des conséquences sur le train de vie des populations dont plus de 80% vivent des activités économiques relevant du secteur informel.

L'objectif

de cette étude était de déterminer l'impact socioéconomique des mesures prises contre l'épidémie de Covid-19 durant la période de l'état d'urgence sanitaire.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude des cas basée sur la revue documentaire, associant la littérature grise et scientifique complétée par des entretiens approfondis avec les autorités sanitaires et leaders d'opinions.

Résultats

La RDC a subi un grave choc sous l'effet de la pandémie à Covid-19 : Moins de 6% des entreprises de trois grandes villes de la RDC (Kinshasa, Goma, Lubumbashi) ont mis en congé technique des employés depuis le mois d'avril 2020. A Goma, 13% des unités économiques ont donné des congés techniques à leurs employés dont 59% sont des femmes. Les mesures prises contre la pandémie entraînent des conséquences importantes sur les activités locales dépendantes des importations et sur le secteur informel. Environ 55% des ménages ont vu leurs revenus baisser. On a noté un manque à gagner estimé à 40 millions$ pour la compagnie d'aviation Congo Airways ; à 3,3 millions$ la Société nationale des

chemins de fer du Congo ; à 6,68 Millions$ occasionné par la fermeture des bars, restaurants et terrasses. On a aussi observé une récession économique. Une très forte dépréciation de la monnaie nationale a été notée, passant de 1.750 à 1.850 FC/USD.

Conclusion

En RDC, l'état d'urgence sanitaire contre la covid-19 a mis en péril le secteur informel dont dépend la majorité de la population. Elles devraient en conséquence être repensées autrement dans leur mise en œuvre pour en atténuer les effets délétères sur la population.

Mots clés: Covid-19, effets, économie informelle, RDC

Recours aux soins de santé et facteurs connexes pendant la pandémie de COVID-19 au Ghana - Une enquête publique transversale.

Dominic Dormenyo Gadeka, *Université du Ghana, Ecole de Santé Publique, Accra, Ghana*

Contexte:

Le déclin de l'utilisation des soins de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM), dû à la pandémie de Covid-19, pourrait annuler des décennies de progrès dans l'amélioration des résultats en matière de santé, et exposer davantage les populations à des risques accrus de maladies et de décès évitables. Il est essentiel de comprendre l'utilisation des soins de santé pendant les pandémies pour informer les politiques et préparer les systèmes de santé aux futures pandémies. Cette étude a examiné le recours du grand public aux soins de santé et les facteurs connexes au cours de la première vague de la pandémie de Covid-19 au Ghana.

Méthodes:

Une enquête publique transversale utilisant un questionnaire structuré et auto-déclaré a été menée entre le 23 mai et le 11 juillet 2020, pendant la première vague de cas confirmés de COVID-19 et après la cinquième semaine de confinement partiel au Ghana. Une approche d'échantillonnage de circonstance a été utilisée pour recruter les répondants de manière virtuelle par le biais de publicités sur les plateformes de réseaux sociaux. Au total, 643 répondants ont consenti à l'étude en participant à l'enquête. Les données ont été analysées au moyen de Stata version 15. Des analyses descriptives, bi variés et de régression logistique binaire ont été effectuées. Une valeur de P<.050 a été considérée comme statistiquement importante.

Résultats:

La prévalence de l'utilisation des soins de santé parmi le grand public pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 était de 27,4%. Environ 15,9 % des personnes interrogées ont signalé un traitement inéquitable dans les établissements de santé, tandis que

16,5 % n'étaient pas satisfaits des services fournis. Environ 15,6 % des personnes interrogées n'ont pas eu recours aux soins de santé par crainte de contracter le virus dans un établissement de santé. Le traitement équitable par les prestataires de santé (OR ajusté = 1,80 ; IC à 95 % = [1,025, 3,165] ; P < 0,05), la consommation d'alcool (OR ajusté = 1,80 ; IC à 95 % = [1,025, 3,165] ; P < 0,05) ou la prise de drogues (OR ajusté = 1,80 ; IC à 95 % = [1,025, 3,165] ; P < 0. 05) pour aider à surmonter la peur causée par la Covid-19, l'état civil (P < 0,05) et la possession d'une assurance maladie valide (OR ajusté = 1,80 ; 95 % CI = [1,025, 3,165] ; P < 0,05) étaient associés de manière statistiquement importante à l'utilisation des services de santé.

Conclusion:

Un système de santé résilient qui garantit un traitement équitable pour tous, est indispensable pour améliorer l'utilisation des soins de santé par le grand public pendant les pandémies, en particulier dans les PFR-PRI. Il est important de sensibiliser le public en temps utile afin d'atténuer la peur au niveau des établissements de santé et de promouvoir le recours anticipé aux soins de santé pendant les pandémies.

Session organisée 2-1

La décentralisation : Allies ou Adversaire de la gestion des finances publiques dans le domaine de la santé?

Auteurs : *Nirmala Ravishankar, ThinkWell, Michael Chaitkin, MPH, ThinkWell, Kampala, Ouganda, Marie-Jeanne Offosse, ThinkWell, Ouagadougou, Burkina Faso, Salomão Lourenço, ThinkWell, Mozambique, Gemini Mtei, Abt. Associates Inc, Public Sector Systems Strengthening Plus (PS3+) Project, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de, John Kinuthia, International Budget Partnership, Kenya, Dr. Hélène Barroy, PhD, OMS, Genève, Suisse et Ileana Vilcu, ThinkWell, Genève, Suisse.*

Description

Au cours des dernières décennies, la plupart des pays du monde se sont engagés dans des processus de décentralisation qui affectent la prestation des services de santé. Parallèlement, le financement public a augmenté plus rapidement que toute autre source de dépenses de santé, ce qui a conduit à une attention accrue sur l'efficacité, l'efficience et l'équité avec lesquelles les gouvernements dépensent les fonds publics pour la santé. En conséquence, les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) sont de plus en plus reconnus comme des catalyseurs essentiels de réformes efficaces du financement de la santé en vue d'une couverture sanitaire universelle. Dans de nombreux contextes, les performances du système de santé dépendent de la cohérence entre la décentralisation, la GFP et les réformes du financement de la santé - lorsque ces éléments sont déconnectés ou mal coordonnés, la prestation de services peut en pâtir. Malgré ces relations importantes, ce n'est que récemment que des efforts ciblés ont été déployés pour évaluer systématiquement la manière dont la décentralisation affecte les processus de GFP et, par conséquent, la prestation de services de santé. De nombreuses parties prenantes de la santé ne comprennent toujours pas comment fonctionne la GFP et comment les rôles fonctionnels et financiers sont distribués et remplis dans des contextes décentralisés. Par conséquent, afin de guider les réponses politiques appropriées, il est nécessaire d'approfondir les processus de GFP et d'identifier les goulots d'étranglement qui affectent la prestation de services de santé dans les pays décentralisés.

Cette session explorera comment la décentralisation a façonné les processus de GFP dans le secteur de la santé, y compris le développement, l'approbation, l'exécution et la responsabilité du budget. Elle s'appuiera sur une initiative d'apprentissage entreprise par ThinkWell et l'Organisation mondiale de la santé pour documenter les dynamiques de décentralisation et de GFP qui façonnent les systèmes de santé de huit pays : Burkina Faso, Indonésie, Kenya, Mozambique, Nigeria, Philippines, Tanzanie et Ouganda. La session s'ouvrira par une analyse transnationale des principaux goulets d'étranglement de la GFP résultant de la décentralisation dans les huit pays, soulignant les implications des désalignements entre les réformes de la GFP et de la décentralisation pour le financement de la santé et la prestation de services. Ensuite, les auteurs d'études de cas du Burkina Faso, du Mozambique et de la Tanzanie partageront leurs points de vue sur les implications de la décentralisation et des réformes de la GFP pour la performance du système de santé. Deux experts discuteront ensuite des implications politiques des expériences des pays présentés. Enfin, le président animera une discussion entre les panélistes et les participants, y compris les questions et les commentaires du public

Implications de la décentralisation pour la gestion des finances publiques dans le domaine de la santé : Leçons du Burkina Faso, du Kenya, de l'Indonésie, du Mozambique, du Nigeria, des Philippines, de la Tanzanie et de l'Ouganda.

Michael Chaitkin, MPH, ThinkWell, Kampala, Ouganda

Contexte

Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) sont de plus en plus reconnus comme des éléments clés d'un financement efficace de la santé. Alors que les pays s'efforcent d'atteindre une couverture sanitaire universelle, on s'intéresse de plus en plus à la question de savoir si les gouvernements dépensent les fonds publics de manière efficace, efficiente et équitable. En outre, la plupart des pays ont décentralisé un certain nombre de fonctions publiques. La manière dont la décentralisation affecte la prestation de services dépend de sa cohérence avec le financement de la santé et les réformes de la GFP.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude décrit la manière dont la décentralisation a façonné les processus de GFP dans le domaine de la santé, examine les goulets d'étranglement et leurs effets sur la prestation de services de santé, et propose des enseignements politiques basés sur les expériences de huit pays.

Méthodes

Une analyse de synthèse a été réalisée à partir des études de cas commandées sur les huit pays. Chaque étude de cas a combiné un examen approfondi des documents et des données avec des entretiens semi-structurés et des consultations avec des experts et des parties prenantes du système de santé sélectionnés à dessein. Les résultats des pays ont été rassemblés par phase du cycle budgétaire et analysés pour identifier les pratiques communes et divergentes, les défis et les solutions politiques.

Principaux résultats

Les goulets d'étranglement et les remèdes ont été classés par étape budgétaire.

Élaboration du budget : La décentralisation complique la budgétisation de la santé. La disparité des structures budgétaires et la fragmentation des financements entravent la collaboration entre les niveaux, ce qui contribue à la disjonction des plans sectoriels et à la faible priorité budgétaire accordée à la santé. Les pays peuvent mettre en place des structures budgétaires plus souples et mieux les aligner entre les niveaux.

Approbation du budget : Les pratiques d'approbation des budgets divergent souvent des directives. Les pays décentralisés peuvent bénéficier d'une plus grande formalisation et transparence des processus d'approbation.

Exécution du budget : Les prévisions de recettes surestimées nuisent à l'exécution du budget, tout comme les procédures alambiquées de transfert de fonds dans le système. Les pays peuvent élaborer des budgets plus réalistes et rationaliser le déblocage des fonds. En outre, la décentralisation ne garantit pas l'autonomie au niveau des prestataires ; en fait, les établissements perdent souvent leur indépendance dans les premières phases

des réformes de décentralisation. Avec le temps, les pays reconnaissent ces inconvénients et commencent à placer davantage d'argent sous le contrôle direct des établissements.

Responsabilité budgétaire : Les systèmes d'information restent faibles et fragmentés, ce qui empêche l'établissement de rapports et l'analyse des dépenses en temps voulu, de manière efficace et complète. Les pays peuvent déployer des systèmes d'information financiers et de gestion de la santé robustes et numérisés.

Résultat majeur

Les pays décentralisés doivent examiner minutieusement les goulets d'étranglement de la GFP et adapter les réformes politiquement réalisables à leur contexte, en adoptant parfois des changements de paradigme et en affrontant des défis de gouvernance épineux. Les besoins et capacités variables des acteurs du système de santé conduiront à des conceptions politiques différentes. Là où le besoin de changement n'a pas encore fait son chemin, il est urgent de faire comprendre les questions de GFP aux décideurs politiques nationaux et sous-nationaux.

L'état de préparation des collectivités locales à la dévolution du financement de la santé : le cas des communes au Burkina Faso.

Marie-Jeanne Offosse, ThinkWell, Ouagadougou, Burkina Faso

Contexte

La Constitution du Burkina Faso de 1991 a fait passer la gouvernance du pays d'un système centralisé à une structure déconcentrée. Elle a ouvert la voie au transfert de l'autorité décisionnelle liée à quatre secteurs, dont la santé, du gouvernement central aux communes, l'unité de gouvernement local la plus basse du pays. Pourtant, trois décennies plus tard, la dévolution d'un pouvoir décisionnel substantiel et efficace n'a pas encore été pleinement mise en œuvre.

Buts et objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'état de préparation du Burkina pour une dévolution effective du financement de la santé et de souligner les exigences de la gestion des finances publiques (GFP) pour une transition réussie.

Méthodes

Nous avons entrepris une analyse documentaire détaillée de la littérature sur les accords de financement de la santé, la déconcentration dans le secteur de la santé, et les systèmes et pratiques de GFP à différents niveaux de gouvernement au Burkina Faso. Ensuite, nous avons mené des entretiens avec des informateurs clés au niveau national et communal.

Principaux résultats

La plus grande partie des ressources du gouvernement central pour la santé va du gouvernement national aux prestataires publics et aux bureaux de santé de district, qui fonctionnent comme les représentants locaux du ministère de la Santé. En revanche, les dépenses de santé des communes restent minimes et se limitent à couvrir une partie des coûts de fonctionnement des établissements publics. Par exemple, en 2017, 75 % des dépenses de santé du Burkina ont eu lieu au niveau infranational, mais seulement 3 % de ces dépenses étaient contrôlées par les communes.

Plusieurs contraintes de GFP compliquent le transfert de ressources sanitaires supplémentaires aux communes. Par exemple, les communes utilisent toujours la budgétisation par poste alors que le gouvernement central est passé à la budgétisation par programme (PBB). Les fonds du secteur de la santé transférés aux communes seront enregistrés comme des dépenses gouvernementales pour la décentralisation plutôt que comme des dépenses de santé. Plus important encore, l'absence de structures de responsabilité et de mesures de sauvegarde pour la GFP au niveau communal constitue un défi pour garantir le maintien des niveaux de dépenses de santé.

Un transfert complet des fonctions de dépenses de santé aux communes pourrait être inefficace et entraver le recrutement des agents de santé dans les centres de santé primaire. Le transfert des salaires du secteur de la santé aux communes peut entraîner des coûts supplémentaires pour le gouvernement et une charge administrative pour les communes rurales, compte tenu des problèmes de ressources humaines auxquels elles sont confrontées.

Résultat majeur

La dévolution des dépenses publiques de santé aux niveaux des communes au Burkina Faso semble être un défi en raison de la faiblesse des systèmes de gestion des finances publiques au niveau communal. La dévolution des fonctions de financement de la santé sera probablement partielle et mise en œuvre de manière progressive. Des activités telles que la gestion des salaires pourrait rester gérées au niveau central, tandis que toutes les dépenses non salariales seraient transférées aux communes qui adoptent le PBB.

Quelles sont les implications de la décentralisation et des réformes de la gestion des finances publiques pour la prestation de services au niveau des soins primaires ? Résultats obtenus au Mozambique.

Salomão Lourenço, ThinkWell, Mozambique

Contexte

Au Mozambique, le processus de décentralisation a débuté dans les années 1990, après l'ouverture de l'arène politique, dans le cadre de la Constitution de 1990 et la fin de la guerre civile. Le processus est basé sur la décentralisation administrative et fiscale dans le cadre de la loi de 2003 sur les organes de l'État local et sur la décentralisation politique dans le cadre de la création d'autorités locales et de l'approbation du paquet de décentralisation en 2019 et 2020.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude explore comment la décentralisation a façonné les processus de gestion des finances publiques dans le secteur de la santé au Mozambique.

Méthodes

Nous avons recueilli des données par le biais d'une étude documentaire complétée par des informations fournies par des experts en financement et en politique de la santé dans le pays. L'étude documentaire a consisté en un examen ciblé des documents et des données accessibles en ligne, notamment ceux du gouvernement du Mozambique, des organisations internationales, des projets d'aide au développement et de la littérature évaluée par des pairs. Lorsque des clarifications étaient nécessaires, nous avons consulté des experts en financement et en politique de la santé.

Principaux résultats

En 2018, la Constitution du Mozambique a été révisée pour créer des organes décentralisés au niveau provincial. Par conséquent, il existe désormais deux organes provinciaux spécifiques au secteur de la santé : la Direction provinciale de la santé, l'organe décentralisé, et les Services de santé provinciaux, l'extension du pouvoir national. Cela met en évidence la nécessité d'une coordination accrue entre ces deux organes pour atteindre les objectifs de santé. Chaque organe provincial élabore son propre budget. Alors que le budget des directions provinciales de la santé est approuvé par l'Assemblée provinciale, le budget des services de santé provinciaux est soumis à la discussion et à l'approbation de l'Assemblée nationale. Parallèlement, les bureaux de santé de district élaborent leurs propres budgets dans les limites des plafonds prévus par les ministères provinciaux des finances. Leurs budgets sont consolidés avec ceux des services de santé provinciaux pour être finalement présentés et approuvés par l'Assemblée nationale. Cette situation génère des goulets d'étranglement dans le financement des établissements de soins primaires, car ils relèvent de la compétence de l'organe provincial décentralisé qui fixe les priorités en matière de santé. Cependant, les établissements de soins primaires dépendent du financement des bureaux de santé de district, qui devraient être décentralisés en 2024. Par conséquent, les établissements de soins primaires ne reçoivent pas suffisamment de ressources financières pour fournir des services de qualité et atteindre les objectifs fixés au niveau provincial.

Résultat majeur

Le processus de décentralisation au Mozambique n'est pas achevé. Il y a souvent des décalages entre les différents niveaux de gouvernement infranationaux, chacun ayant son propre budget et ses propres interventions prioritaires. Cela a des répercussions sur le mode de financement des établissements de soins primaires, ce qui entrave la prestation de services et la réalisation des objectifs de santé.

L'expérience de la Tanzanie dans la mise en œuvre du financement direct des établissements dans le secteur de la santé.

Gemini Mtei, Abt. Associates Inc, Public Sector Systems Strengthening Plus (PS3+) Project, Dar es Salaam, Tanzanie.

Contexte

En 2017, la Tanzanie a introduit des réformes du financement direct des installations (DFF) dans le décaissement de l'argent du fonds commun du secteur de la santé (HSBF) à partir du système du Trésor. Auparavant, l'argent du HSBF était versé aux autorités gouvernementales locales (LGA), qui étaient chargées de planifier, de budgétiser et d'acheter des intrants pour les établissements de santé. Les établissements recevaient des intrants en nature qui, dans la plupart des cas, ne correspondaient pas aux besoins de la communauté. Grâce au DFF, les fonds ont été versés directement du Trésor aux comptes bancaires des établissements de santé, ce qui a marqué un changement essentiel dans le système de gestion des finances publiques (PFM).

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude documente l'expérience de la Tanzanie dans la mise en œuvre du DFF et met en évidence les facteurs favorables à une mise en œuvre à l'échelle nationale, en se concentrant sur l'extension des systèmes PFM aux établissements de santé.

Méthodes

Il s'agit d'un document descriptif expliquant comment l'extension des systèmes PFM aux établissements de santé a permis la mise en œuvre réussie du DFF dans un système PFM rigide. L'étude s'appuie sur la littérature disponible et sur l'expérience des auteurs au cours du processus de conception et de mise en œuvre du DFF.

Principaux résultats

Les fonds versés par le Trésor public suivent des règles strictes de GFP, parmi lesquelles l'obligation d'élaborer des plans et un budget et d'utiliser les systèmes de gestion financière du gouvernement pour la comptabilité et l'établissement de rapports. Avant 2017, ces systèmes n'étaient utilisés que jusqu'au niveau des AGL, et les installations n'étaient pas visibles dans le système PFM. L'introduction du DFF a nécessité l'extension des systèmes de planification, de budgétisation et de gestion financière afin de garantir que l'utilisation des fonds versés par le Trésor central directement sur les comptes bancaires des installations respecte les règles de la PFM. Pour ce faire, le plan comptable du système de planification électronique (PlanRep) a été révisé afin d'inclure les codes des prestataires de tous les établissements de santé, ce qui a permis à tous les établissements d'élaborer leurs propres plans et budgets. En outre, un système simple de comptabilité et de rapports financiers des établissements (FFARS) a été mis au point pour faciliter l'exécution du budget au niveau des prestataires de services. L'extension de ces systèmes au niveau des établissements a permis d'instaurer la confiance dans le fait que les fonds versés aux établissements par le biais d'un mécanisme de paiement par capitation seraient gérés efficacement au sein du système PFM.

Résultat majeur

L'expérience de la Tanzanie montre qu'il est nécessaire d'instaurer la confiance au sein du système du Trésor public pour pouvoir mettre en œuvre le financement direct des établissements. Cette confiance peut être gagnée en s'assurant que des systèmes de planification, de budgétisation et de gestion financière solides sont mis en œuvre au niveau des établissements de santé afin de garantir une gestion efficace des fonds publics.

Session organisée 2-2

Comment les systèmes de gestion des finances publiques des pays peuvent-ils permettre une meilleure riposte aux futures épidémies : Quelles leçons les pays africains ont-ils tirées de COVID-19?

Auteurs *: Juliet Nabyonga, Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe, Diane Karenzi Muhongerwa OMS/AFRO, Brendan Kwesiga, Bureau de pays de l'OMS au Kenya, Nairobi, Kenya, Christabell Abewe, Bureau de pays de l'OMS en Ouganda, Kampala, Ouganda, Anita Njemo Musiega, Institute of Healthcare Management, Starthmore University Business School, Nairobi, Kenya.*

Description

La pandémie de COVID-19 a démontré que de nombreux systèmes de santé ne sont actuellement pas suffisamment équipés pour anticiper, prévenir ou atténuer les menaces sanitaires et les crises économiques qui en découlent. Pour que les pays puissent répondre à la pandémie COVID-19 et, à terme, se remettre sur la voie de la couverture sanitaire universelle, il est nécessaire de mieux hiérarchiser les dépenses publiques, tant dans l'immédiat qu'à moyen terme. Une action immédiate est nécessaire pour garantir l'accès et la fourniture des services individuels et de population nécessaire dans le cadre de la réponse, ainsi que la mise en place de systèmes de durabilité et de responsabilité à long terme. Pour cela, il faut financer des actions qui ne se limitent pas à la fourniture d'interventions biomédicales, mais qui renforcent (et dans certaines situations, établissent) des fonctions de base au sein de la population pour soutenir la préparation à la sécurité sanitaire. Pour y parvenir, il faudra réorienter les dispositions budgétaires afin de permettre aux pays de mettre en œuvre des interventions de réponse, y compris la fourniture de vaccins, de produits thérapeutiques et de diagnostics, et de maintenir la capacité à prévenir, atténuer et répondre aux menaces sanitaires à court, moyen et long terme. Alors que les besoins en ressources ont été estimés pour la réponse à COVID-19, y compris le déploiement des vaccins, il y a un manque d'informations sur la façon dont (et si) ces besoins ont influencé le processus budgétaire / la réorientation du budget sur le financement adéquat de la réponse à COVID-19 et ont permis la préparation aux futures pandémies dans les secteurs de la santé et de l'habilitation. Cette session s'attachera à répondre aux questions suivantes sur la base des systèmes de gestion des finances publiques (PFM) des pays et de leurs expériences/leçons dans la réponse à COVID-19 ;

- Qu'est-ce qui doit être financé ? les fonctions clés et les apports budgétaires qui doivent être prioritaires pour la préparation et la réponse.
- Qui doit être financé ? Les organismes détenteurs de budget qui sont responsables de l'exécution de ces fonctions sur la base des domaines de financement identifiés (santé et non santé, ainsi que les acteurs non étatiques).
- Comment doivent-ils être financés ? -Les instruments fiscaux disponibles pour financer la préparation et, plus largement, les capacités à assurer la sécurité sanitaire ? Lesquels sont réalisables et quelles sont leurs implications ? Quels changements dans les processus de formulation et d'exécution du budget pourraient être nécessaires pour permettre la réalisation efficace des fonctions clés à moyen terme?
- Comment rendre compte des dépenses et des résultats ? - Suivi et responsabilité afin que la flexibilité requise pour une réponse agile ne donne pas lieu à des abus.

Prévisibilité et délais des ressources de soins de santé du niveau national aux établissements de santé au Kenya : Quelles sont les implications à la réponse d'urgence?

Brendan Kwesiga, Bureau de pays de l'OMS au Kenya, Nairobi, Kenya

Contexte

En 2013, le Kenya a mis en œuvre la dévolution fiscale Kenya dans le cadre des nouvelles réformes constitutionnelles issues de la constitution de 2010. Cela a changé la façon dont les ressources circulent dans le système de santé et qui prend les décisions sur l'utilisation des ressources. Les changements qui en ont résulté dans les lois sur la gestion des finances publiques (PFM) ont également affecté la façon dont la planification et la budgétisation, l'exécution du budget et la responsabilité, ainsi que les rapports sont effectués. Pour examiner l'efficacité des flux de ressources pour les services de santé du niveau national vers les établissements de santé dans les comtés, nous avons évalué la prévisibilité et l'opportunité des fonds pour les services de santé dans les établissements publics.

Méthodes

L'étude a entrepris une enquête de suivi des dépenses publiques (PETS) qui a utilisé une approche de méthodes mixtes. Les données quantitatives ont été collectées au niveau national, auprès d'un échantillon de 18 comtés et de 564 établissements de santé au sein de ces comtés échantillonnés. Les données quantitatives ont été collectées pour les exercices 2017/18 et 2018/19 en se concentrant sur toutes les ressources du secteur de la santé au sein du système PFM du gouvernement et des donateurs.

Résultats

Bien que tous les décaissements du niveau national aient été reçus au niveau du comté, il y a eu des retards importants dans le décaissement des ressources du niveau national au niveau du comté. Le pourcentage des ressources transférées du comté au niveau national a varié selon les différentes subventions en fonction de la discrétion de réaffectation exercée au niveau du comté. Dans certains comtés, les dépenses ont été engagées au niveau du comté sans que les fonds ne soient versés aux établissements, tandis que dans certains cas où les ressources ont été versées aux établissements, l'autonomie en matière de dépenses était limitée. Il y avait un retard supplémentaire à ce niveau qui s'ajoutait au retard au niveau national. On a constaté que cela affectait la capacité du secteur de la santé à dépenser les ressources allouées pour améliorer la prestation de services de santé de qualité au niveau des établissements.

Conclusion/Recommandations:

Le manque de prévisibilité et les retards dans le flux des ressources sont susceptibles de limiter l'utilisation efficace des ressources allouées. Ceci a été un obstacle à la réponse du Kenya au COVID-19 et est susceptible d'affecter également la préparation aux futures épidémies.

Structure budgétaire et riposte aux urgences : Exploitation de la transition de l'Ouganda vers une budgétisation basée sur les programmes pour améliorer la préparation et la riposte.

Christabell Abewe, Bureau de pays de l'OMS en Ouganda, Kampala, Ouganda,

Contexte

Depuis les années 1990, l'Ouganda a entrepris diverses réformes dans la manière dont les ressources publiques sont budgétisées et utilisées pour assurer une gestion efficace des recettes et des dépenses. L'une des réformes les plus récentes est le passage d'une budgétisation basée sur les résultats à une budgétisation basée sur les programmes, grâce au système de budgétisation basée sur les programmes (PBB), dans lequel les ministères et les agences gouvernementales (MDA) sont censés établir leur budget en fonction des résultats. Ce système vise à harmoniser la budgétisation au sein des MDA et entre eux au sein du gouvernement. Cette étude a pour but de documenter l'expérience de la transition vers la budgétisation par programme dans le secteur de la santé en Ouganda, tant au niveau national que sous-national.

Méthodes

Les données ont été collectées par le biais d'une revue documentaire et d'entretiens avec des informateurs clés au niveau central et dans deux districts sélectionnés à dessein en fonction de leur implication dans la première phase de déploiement de la budgétisation par programme.

Résultats

La transition vers la budgétisation par programme a été difficile en raison de la complexité du système de financement de la santé et des aspects spécifiques à la réforme de la budgétisation par programme, ce qui a nui à l'alignement complet sur les principes de la budgétisation par programme. Lorsqu'ils sont pleinement mis en œuvre, les objectifs du PBB en Ouganda peuvent permettre la réorientation budgétaire nécessaire pour une préparation et une riposte efficace. Cependant, nous constatons qu'il existe toujours une fragmentation omniprésente (silos dans la mise en œuvre) et une rigidité qui entravent la préparation et la réponse efficaces. Les indicateurs utilisés pour l'établissement des rapports reflètent toujours les processus et les produits, plutôt que les résultats.

Conclusion/Recommandations

Sur la base des leçons apprises en réponse à COVID-19, il est nécessaire de s'assurer que la transition du secteur de la santé de l'Ouganda vers le PBB mette l'accent sur des structures de programme claires qui permettent une action gouvernementale coordonnée si le pays veut réaliser pleinement le potentiel de cette réforme.

Redevabilité des fonds extrabudgétaires pour lutter contre le COVID-19 en Afrique.

Juliet Nabyonga, Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe

Contexte

La pandémie de COVID-19 a représenté une crise sanitaire et économique sans précédent à l'échelle mondiale. Compte tenu de l'ampleur de la pandémie, les pays ont eu recours à plusieurs mécanismes pour financer la riposte au COVID-19, notamment la réaffectation de fonds provenant de secteurs non prioritaires, le déblocage de budgets supplémentaires et la création de fonds extrabudgétaires spéciaux. La mise en place de tels fonds vise à garantir une réponse agile pour remédier aux retards et aux rigidités existants dans les systèmes de gestion des finances publiques. Nous avons examiné les mécanismes de responsabilité utilisés dans les 22 pays africains qui ont déclaré avoir établi des fonds extrabudgétaires dans le cadre de leur réponse initiale à COVID-19.

Méthodes

Les données ont été obtenues à partir de la base de données PFM de l'OMS COVID qui a compilé les informations générées par une enquête web PFM conçue et administrée en avril-mai 2020 par l'OMS et d'autres sources d'information primaires et secondaires sur les mesures de dépenses d'urgence, la promulgation de plans de dépenses, la formulation de plans de dépenses, les modalités de dépenses et les mécanismes de rapport). Pour l'examen des mécanismes de responsabilité, nous nous concentrons sur la présence et la nature des structures de gestion et de contrôle, ainsi que sur les dépenses et les modalités de responsabilité.

Résultats

Quatorze (14) des vingt-deux (22) pays ayant alloué des fonds extrabudgétaires pour riposter le COVID-19 n'ont fourni aucune information sur au moins un des trois paramètres analysés, à savoir la présence et la nature des structures de gestion et de contrôle, et les modalités de dépense. La gestion et la supervision des fonds extrabudgétaires au COVID-19 étaient assurées par les ministères de la santé et le trésor public dans seulement 3 pays. Onze pays ont eu recours à des mesures ad hoc, notamment la création de comités et de structures indépendants pour gérer les fonds Covid-19. Le manque de transparence explicite et la faiblesse de la surveillance, compte tenu des fonds en jeu et de l'ampleur de la réponse, auraient exacerbé la fraude et la mauvaise gestion de ces fonds publics. Cela a affecté la confiance du public dans la réponse du gouvernement à la pandémie.

Conclusion/Recommandation

La réponse à une pandémie majeure dans le contexte d'institutions fragiles et d'une faible méfiance du public envers les gouvernements nécessite des systèmes de finances publiques solides. Les leçons tirées de la mise en place et de la gestion des fonds extrabudgétaires offrent la possibilité d'une réponse agile, mais nécessitent une population habilitée et une bonne gouvernance générale si l'on veut qu'ils fonctionnent efficacement pour améliorer la capacité de réponse du pays.

Session parallèle 2-1 : Orale

Renforcement des Systèmes de Soins de Santé Communautaires

Volonté de souscrire et de contribuer à l'assurance maladie communautaire, motifs de décision et facteurs associés chez les ménages ruraux de l'État d'Enugu, dans le sud-est du Nigeria.

Chikezie Adolf Nwankwor, *Université du Nigeria, Enugu, Nigeria, Eric Oluedo, Université du Nigeria, Enugu, Eric Obikeze, Université du Nigeria, Nsukka, Enugu Campus, Enugu, Nigeria and Ijeoma Okoronkwo, Université du Nigeria, Enugu Campus, Enugu State, Nigeria*

Contexte

La population du Nigéria se caractérise par un secteur informel important et de nombreux ruraux pauvres. Plus de 70% de la population n'a pas de protection contre les risques financiers, ce qui affecte principalement les populations informelles et rurales. L'assurance maladie à base communautaire (CBHI) peut être une stratégie d'intervention essentielle pour garantir que des soins de santé de qualité atteignent les populations informelles et rurales.

But/Objectifs

Cet article explore la volonté des membres de la communauté à souscrire et à contribuer au CBHI, les considérations décisionnelles et les facteurs qui y contribuent dans l'état d'Enugu, au Nigeria.

Méthodes utilisées

Nous avons adopté un plan d'enquête descriptif transversal. 510 répondants ont été recrutés au moyen d'une approche d'échantillonnage à plusieurs degrés et d'un questionnaire validé. La volonté de se souscrire (WTE) et la volonté de débourser (WTP) pour la CBHI ont été déterminées en utilisant la méthode d'évaluation contingente de la demande. Un test de corrélation/association (chi carré et régression par moindres carrés ordinaires) a été effectué pour vérifier la relation entre le WTP pour le CBHI et d'autres variables à un intervalle de confiance de 95%. L'indice du statut socio-économique (SSE) a été généré à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP). Un test d'association a été réalisé entre les caractéristiques démographiques et les variables WTE et WTP.

Principaux résultats

Au total, 501 ménages ont été inclus dans l'étude, ce qui a donné un taux de retour de 98,2%. Les résultats montrent que la plupart (92,4 %) des répondants ont indiqué qu'ils étaient prêts à s'inscrire au programme CBHI. 86,6 % ont indiqué qu'ils étaient prêts à payer en espèces pour le CBHI, tandis que 84,4 % ont indiqué qu'ils étaient prêts à payer pour les autres membres du ménage. Il existe une association significative entre le sexe, l'état civil, l'éducation et le lieu de résidence et la volonté de payer. 81,6% des répondants ont déclaré que la disponibilité de personnel qualifié les incite à s'inscrire et à payer pour le CBHI. 78,1% seraient prêts à s'inscrire et à payer pour le CBHI si les services

étaient gratuits, et 324 (74,6%) ont déclaré que la proximité d'un établissement de santé les encouragerait à s'inscrire et à payer pour le CBHI.

Principales conclusions

En ce qui concerne l'équité dans les services de santé, les préoccupations des personnes interrogées doivent faire l'objet d'une attention adéquate de la part du gouvernement. Le NHIS et l'ENSUHCA devraient créer un fonds commun pour subventionner et exempter les plus pauvres et autres personnes défavorisées de l'inscription au CBHI. L'étude ne peut être généralisée à toutes les zones urbaines en raison de la nature mixte de la LGA dans laquelle elle a été réalisée.

Efficacité de l'utilisation des ressources allouées aux établissements de santé de niveau local en Ouganda : Une étude de cas sur les centres de santé IV.

Ezrah Trevor Rwakinanga, *Organisation Mondiale de la Santé, Kampala, Ouganda*

Contexte

Tout le monde a droit à une vie de qualité avec un ménage en bonne santé ; le financement du secteur de la santé devrait donc être une priorité absolue, car lorsque la population est en bonne santé, elle est très productive et riche. En Ouganda, les centres de santé IV (HCIV) créés dans le cadre du programme national minimum de soins de santé, offrent des services de soins curatifs, de prévention et de promotion. L'efficacité de ces HCIV est donc aussi importante que la santé de la population.

Buts et Objectifs

Évaluer l'efficacité de l'utilisation des ressources aux niveaux les moins élevés en Ouganda en partant du fait que de nombreuses recherches à ce sujet se sont concentrées sur les hôpitaux et les établissements de soins de santé tertiaires et que par conséquent, il y a peu de connaissances sur l'efficacité des niveaux inférieurs et sur la possibilité d'appliquer des méthodes quantitatives telles que l'analyse d'enveloppement des données (DEA) à ces établissements.

Méthodes Utilisées

L'étude a utilisé les données du recensement des hôpitaux et du HCIV de 2014 et les données du secteur de la santé pour l'exercice 2015/16 communiquées par le MOH dans le rapport annuel sur les performances du secteur de la santé. Le logiciel STATA a été utilisé pour effectuer la DEA pour un modèle privilégié orienté vers les résultats qui optimise les rendements variables à l'échelle ; des coefficients d'efficacité ont été calculés pour chaque HCIV. En outre, un modèle de régression Tobit a été appliqué pour estimer les facteurs contribuant aux coefficients d'inefficacité ajustés des HCIV.

Principaux résultats

Dans l'ensemble, 7 HCIV (23,3 %) fonctionnaient avec des rendements d'échelle constants, ce qui implique qu'ils étaient efficaces (efficacité technique pure et efficacité d'échelle), tandis que 19 (63,3 %) fonctionnaient avec des rendements d'échelle croissants, ce qui

implique que les résultats de leurs services de santé augmenteraient dans une plus grande proportion par rapport à toute augmentation proportionnelle des services de santé si davantage de moyens étaient utilisés dans l'établissement. Quatre HCIV (13,3 %) fonctionnaient avec des rendements d'échelle décroissants, ce qui signifie qu'un apport supplémentaire aux HCIV produirait un changement moins proportionnel des résultats. L'étude a révélé que la population desservie, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits et le nombre de visites au service de consultation externe par rapport au nombre de jours d'hospitalisation étaient les principaux facteurs d'efficacité des HCIV.

Principales Conclusions

Cette étude a montré comment les méthodes DEA peuvent être appliquées au niveau des HCIV du système de santé afin d'avoir un aperçu de la variation de l'efficacité entre les centres de santé à partir de données couramment disponibles. Et comme la majorité des HCIV fonctionnent avec des rendements d'échelle croissants, l'étude montre qu'il est nécessaire d'augmenter les ressources comme le personnel, les médicaments et les lits pour atteindre l'échelle optimale souhaitée en cas de rendements d'échelle constants.

Niveau et Déterminants de l'Efficacité Technique du Système de Santé des Comtés au Kenya : Analyse d'enveloppement des données en deux étapes.

Anita Njemo Musiega[1], *Edwine Barasa*[1], *Kara Hanson*[2], *Lizah Nyawira*[1], *Andrew Mulwa*[3], *Sassy Molyneux*[4], *Isabel W Maina*[5], *Benjamin Tsofa*[4], *Charles Normand*[6] *and Julie Jemutai*[4], *(1)Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya, (2)London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom, (3)Council of Governors, (4)KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Kilifi, Kenya, (5)Ministry of Health, Nairobi, Kenya, (6)University of Dublin*

Contexte :

L'amélioration de l'efficacité du système de santé est une stratégie essentielle pour accroître les performances du système de santé et accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. En 2013, le Kenya est passé à un système de décentralisation des pouvoirs qui confère aux administrations des comtés une autonomie en matière de budgets et de priorités. Nous avons évalué le niveau et les déterminants de l'efficacité technique des 47 systèmes de santé des comtés du Kenya.

Méthodes :

Nous avons effectué une analyse d'enveloppement des données (DEA) en deux étapes en utilisant la méthode du double bootstrap de Simar et Wilson, avec des données provenant des 47 comtés du Kenya. Dans la première phase, nous avons dérivé les notes bootstrapée DEA en utilisant une orientation de sortie. Nous avons utilisé trois variables d'entrée (dépenses publiques des comtés en matière de santé, dépenses privées des comtés en matière de santé, nombre d'établissements de santé), et une variable de résultat (années de vie corrigées de l'incapacité) en utilisant les données de 2018. Dans un deuxième temps, les notes d'inefficacité technique corrigées du déséquilibre ont été régressées par rapport à 14 facteurs exogènes en utilisant une régression bootstrapée tronquée.

Résultats:

La notation moyenne d'efficacité technique corrigée du déséquilibre des 47 comtés était de 69,72% (95%CI 66,41-73,01%), ce qui indique qu'en moyenne, les systèmes de santé des comtés pourraient augmenter leurs résultats de 30,28% avec le même niveau de ressources. Les notations d'efficacité technique des comtés variaient de 42,69% (IC 95% 38,11%-45,26%) à 91,99% (IC 95% 83,78%-98,95%). Une prévalence plus élevée du VIH était associée à une plus grande inefficacité technique des systèmes de santé des comtés, tandis qu'une densité de population plus élevée, l'absorption par les comtés des budgets de développement et la qualité des soins fournis par les établissements de santé étaient associées à une moindre inefficacité des systèmes de santé des comtés.

Conclusions :

Les résultats de cette analyse soulignent la nécessité pour les départements de santé des comtés d'envisager des moyens d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé des comtés. Les approches pourraient inclure la priorisation des ressources vers les interventions qui réduiront la charge élevée des maladies chroniques, la correction des lacunes structurelles en matière de qualité, la mise en œuvre d'interventions visant à améliorer la qualité des processus, l'identification des défis liés aux taux d'absorption et la réforme des systèmes de gestion des finances publiques pour améliorer leur efficacité.

Développement du système de santé communautaire au Bénin : une analyse de la Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2024.

Luc Mahougbé Kouwanou[1], *Clara Affun-Adegbulu*[2], *Kirsten Accoe*[2], *Remco van de Pas*[2], *Vanessa Pridith Noukoudodji Tohoubi*[3] *et Bruno Marchal*[2], *(1)Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Benin, (2)Institute of Tropical Medicine (ITM), Antwerp, Belgique, (3)Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CNLS-TP), Cotonou, Benin*

Contexte:

Les agents de santé communautaires (ASC) contribuent efficacement à l'atténuation du problème mondial de la pénurie de personnel de santé. Ils contribuent à l'amélioration des résultats sanitaires et l'accès aux soins. L'extension des programmes d'agents de santé communautaires est une étape clé vers la couverture sanitaire universelle (CSU), en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Bénin.

Objectif :

Ce document analyse la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) 2020-2024 du Bénin, et identifie et traite les défis potentiels qui peuvent entraver sa bonne mise en œuvre.

Méthodes:

Nous avons analysé de manière déductive le nouveau système de santé communautaire du Bénin, et plus particulièrement son personnel de santé communautaire, par le biais d'une revue documentaire, en utilisant comme cadre, respectivement, le cadre de dynamique du système de santé de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) et la matrice d'amélioration de l'évaluation du travailleur de santé communautaire (AIM). Les analyses

ont été fortement influencées par le « Guide de l'OMS sur la politique de santé et le soutien du système pour optimiser les programmes des agents de santé communautaires ».

Résultats:

Selon le nouveau système de santé communautaire (NCHP), la gouvernance et le fonctionnement du système de santé communautaire sont assurés par une collaboration multisectorielle, basée sur l'approche « One Health ». Une « composante locale du système de santé » (CoLoSS) est censée être l'extension du système de santé dans chaque village ou quartier, et fournir un espace pour une participation communautaire effective.

En ce qui concerne la main-d'œuvre, le NCHP a identifié deux cadres d'ASC : l'agent de santé communautaire qualifié (ASCQ) et le relais communautaire (RC). Tous deux sont supposés intégrer l'ensemble du personnel de santé, avec des rémunérations formelles. Cependant, il n'existe pas de base institutionnelle ou légale pour soutenir le statut officiel des ASC. En outre, les représentants communautaires sont sélectionnés dans leur communauté où ils doivent dispenser des services de promotion et de prévention par le biais de visites à domicile, d'actions de proximité et de campagnes. L'ASCQ, couvrant chaque arrondissement, est un agent de santé qualifié qui soutient et supervise les CR sous ses responsabilités et fournit des soins curatifs de première ligne dans un poste.

Certains défis potentiels de mise en œuvre ont été identifiés, avec des recommandations spécifiques pour aider à les surmonter. La pérennisation du programme est un défi important qui nécessite un engagement politique et financier fort de la part du gouvernement. D'autres défis sont liés à la charge de travail non optimale des ASC et au caractère imprécis de leur formation ; ce qui peut entraver leur performance et leur rétention à long terme.

Conclusion:

Le nouveau NCHP du Bénin est ambitieux et prometteur dans sa conception, et pourrait contribuer à améliorer efficacement les résultats en matière de santé de la population, si les défis identifiés sont relevés rapidement et de manière adéquate.

Session parallèle 2-2 : Orale

Soins de Santé Primaires

Soins de santé primaires et couverture sanitaire universelle : Vers la réalisation de la « santé pour tous »..

Emmanuel Nembundah Tangumonkem, *Academic and Career Development Initiative Cameroon (ACADI), Bamenda, Cameroun*

L'année 2015 a marqué un tournant décisif dans l'agenda mondial du développement, puisque l'Assemblée générale des Nations unies a adopté le 25 septembre 2015 les Objectifs de développement durable (ODD), qui visent à induire un développement inclusif et durable dans les États membres, afin de surmonter les limites des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), à savoir une orientation limitée, entraînant une verticalisation des programmes de santé et de lutte contre les maladies, un manque d'attention au renforcement des systèmes de santé, l'accent mis sur une approche de planification du développement « uniformisée », et une concentration sur des objectifs globaux plutôt que sur l'équité. Les ODD comprennent 17 objectifs et 169 cibles, dont un objectif spécifique pour la santé avec 13 cibles, à savoir : « Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». L'ODD 3.8 stipule : « Assurer une couverture sanitaire universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous. »

Le paragraphe 26 de l'agenda 2030 évoque la santé comme suit : « Pour promouvoir la santé physique et mentale et le bien-être, et pour prolonger l'espérance de vie de tous, nous devons assurer une couverture sanitaire universelle et l'accès à des soins de santé de qualité ». Personne ne doit être laissé pour compte. Nous nous engageons à accélérer les progrès réalisés à ce jour dans la réduction de la mortalité néonatale, infantile et maternelle en mettant fin à tous ces décès évitables avant 2030... Nous accélérerons également le rythme des progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, l'hépatite, le virus Ebola et d'autres maladies transmissibles et épidémies, notamment en nous attaquant à la résistance croissante aux antimicrobiens et au problème des maladies non prises en charge qui touchent les pays en développement. Nous sommes engagés dans la prévention et le traitement des maladies non transmissibles, notamment les troubles du comportement, de la croissance et neurologiques, qui constituent un défi majeur pour le développement durable. »

La couverture sanitaire universelle (CSU) est le véhicule adopté pour la mise en œuvre du vaste et ambitieux programme de santé dans tous les pays. Il est nécessaire que les décideurs politiques intègrent les soins de santé primaires dans le discours global visant à garantir la réalisation des objectifs du SDG, compte tenu des observations faites à partir du contexte local du système de santé camerounais. L'auteur estime que les soins de santé primaires complets restent une approche précieuse et intégrée qui pourrait garantir la santé de toutes les populations de manière universelle, et non un simple concept à négliger, comme cela a été le cas au cours des deux dernières décennies.

Mots-clés: Soins de santé primaires, Couverture sanitaire universelle, Renforcement du système de santé, ODD, Santé communautaire, Accès, Équité.

Aspect commercial des centres de santé primaire au Nigeria et son incidence sur la prestation de soins de santé.

Aloysius Odii[1], *Obinna Onwujekwe*[2], *Prince Agwu*[3], *Pamela Ogbozor*[4], *Tochukwu Orjiakor*[5], *Eleanor Hutchinson*[6] *and Dina Balabanova*[6], *(1)University of Nigeria, Nsukka, Nsukka, Enugu, Nigeria, (2)University of Nigeria, Nsukka, Enugu Campus, Enugu, Nigeria, (3)University of Nigeria, Nsukka, Nsukka, United Kingdom, (4)Enugu State University of Science and Technology, (5)University of Nigeria, Nsukka, (6)The London School of Hygiene & Tropical Medicine*

Contexte

Les établissements de soins de santé sont généralement considérés comme étant fondamentalement une ou plusieurs institutions abritant des services ou des pratiques médicales locales. Ainsi, les interactions humaines et les transactions économiques durables dans ces espaces sont souvent négligées. Pourtant, cela pourrait constituer un défi pour la prestation des soins de santé et l'intention générale d'atteindre les objectifs liés à la santé.

Objectif

Dans cette étude, nous expliquons comment les établissements de santé fonctionnent comme un marché, et nous attirons l'attention sur son implication dans la prestation des soins de santé. Notre description des marchés s'inscrit dans une perspective d'anthropologie économique, qui les considère comme des sites de processus sociaux complexes, des instigateurs d'activités culturelles et des lieux d'échanges économiques.

Méthodes

L'étude s'est basée sur huit semaines d'observation de six centres de santé primaires (SSP) et de deux sièges de collectivités locales par quatre travailleurs sociaux dans l'État d'Enugu, au Nigeria. Les données ont été complétées par des entretiens semi-structurés avec des agents de santé, des utilisateurs de services et des gestionnaires de santé. Les données ont été analysées à l'aide de NVivo, et ont suivi une approche analytique narrative.

Résultats

Le récit indique que les établissements de santé ne sont pas seulement des centres de soins, mais aussi des centres d'activités économiques, liés à des processus sociaux et culturels qui influent à leur tour sur l'accès aux soins. Outre les produits pharmaceutiques, des friandises, des vêtements et des boissons sont vendus par les commerçants et les agents de santé en service dans les locaux. Parfois, cela interfère avec les soins lorsque les agents de santé s'absentent pour s'occuper de leurs affaires privées. Notre exposé a également démontré que l'accès aux produits pharmaceutiques ainsi qu'à d'autres services médicaux peut être influencé par les relations sociales et la capacité perçue à payer, alors que des services gratuits peuvent être proposés moyennant paiement. Ces activités sont le résultat de la faiblesse des structures institutionnelles qui ne communiquent guère les politiques ou ne réglementent pas les activités des agents de santé.

Conclusions

L'étude conclut qu'en plus de servir de centre de prestation de soins, les établissements de santé soutiennent également des activités sociales et économiques qui interfèrent parfois avec la prestation de services. Les gestionnaires de la santé doivent contrôler les structures informelles dans cet espace afin d'améliorer la prestation des soins de santé.

Mots-clés: Marché, Centres de santé primaires, Économique, Absentéisme, Paiement informel.

Niveau et corrélats de la volonté de payer pour le test rapide du COVID-19 fourni par des pharmacies de détail privées au Kenya.

Jacob Kazungu[1], *Audrey Mumbi*[2], *Precious Kilimo*[3], *Jessica Vernon*[3] *et Edwine Barasa*[1], *(1) Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya, (2)Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, (3)Maisha Meds*

Contexte:

La pandémie de COVID-19 a accentué la morbidité, la mortalité et le fardeau social et économique au niveau mondial. Alors que la plupart des pays développés ont fait des progrès dans la mise au point de vaccins et la vaccination de leurs citoyens, les pays en développement comme le Kenya ont toujours du mal à garantir que l'ensemble de la population puisse accéder au test de dépistage du COVID-19, les méthodes de dépistage existantes étant soit trop coûteuses, soit inaccessibles, ou encore les deux. Le dépistage du COVID-19 en pharmacie est une composante essentielle de la stratégie de réponse. Cependant, on ne sait pas exactement combien les gens seraient prêts à payer pour de telles approches au Kenya. Cette étude a examiné le niveau et les corrélats de la volonté de payer (WTP) pour un test rapide de COVID-19 fourni par des pharmacies privées au Kenya.

Méthodes:

Nous avons mené une enquête transversale d'évaluation contingente à choix dichotomique et à double limite auprès de 341 clients visitant cinq pharmacies privées de détail dans les comtés de Nairobi, Kisumu et Siaya au Kenya. Nous avons calculé la VDP moyenne et médiane, les courbes de demande ainsi que les corrélats de la VDP.

Résultats:

Nos résultats indiquent une VDP moyenne de 611 KES (5,5 USD) (IC 95 % : 418 - 666) et une VDP médiane de 506 KES (4,6 USD) (IC 95 % : 385 - 572). En outre, l'étude montre que le CAP du client augmente avec le revenu du ménage et l'intérêt à obtenir le test COVID-19 dans une pharmacie de détail privée.

Conclusion:

Ces résultats donnent un aperçu de la fixation des prix des tests COVID-19 fournis par les pharmacies de détail privées au Kenya. Cette analyse souligne le rôle des pharmacies de détail privées dans l'extension de la capacité de dépistage du COVID-19 au Kenya et l'utilité de la VDP des clients dans la fixation des prix. Les décideurs politiques et les autres acteurs peuvent adopter ces estimations pour concevoir et mettre en œuvre des subventions et des prix adéquats qui tiennent compte de la volonté des clients, ce qui pourrait améliorer l'utilisation du test COVID-19 au Kenya.

Rôle des réseaux d'acteurs dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les pays à faibles et moyens revenus : Examen exploratoire.

Dominic Dormenyo Gadeka, *University of Ghana School of Public Health, Accra, Ghana and Lucy Gilson, University of Cape Town, South Africa*

Contexte:

Les pays à revenu faible et moyen (PRFM) ont répondu à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en adoptant des stratégies communautaires. La mise en œuvre de ces stratégies est restée largement médiocre. Une myriade de facteurs liés à la gestion et à l'utilisation des services ont été attribués aux difficultés de mise en œuvre. On a accordé beaucoup moins d'attention aux acteurs impliqués dans la mise en œuvre, aux réseaux qu'ils forment par leurs interactions et aux rôles que ces réseaux jouent, soit comme obstacles, soit comme facilitateurs dans le processus de mise en œuvre. Pourtant, la mise en œuvre des SSP exige qu'on travaille avec un ensemble d'acteurs ou de réseaux et à travers leurs relations pour communiquer les objectifs politiques, en accordant une attention particulière aux intérêts de ces acteurs et aux relations structurées entre eux. Cette étude a pour but d'identifier les réseaux d'acteurs et leurs rôles dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les pays à faible et moyen revenu et de comprendre, à partir des expériences existantes, dans quelle mesure les réseaux contribuent à notre compréhension des processus de mise en œuvre.

Méthodes:

L'étude a suivi le cadre méthodologique en cinq étapes de l'examen exploratoire d'Arksey et O'Malley. Nous avons effectué des recherches dans quatre bases de données bibliographiques afin d'identifier toutes les études de recherche primaire pertinentes, de type universitaire ou non, rapportées en langue anglaise, quel que soit leur statut de publication et sans limite de date. Nous avons également consulté les listes de référence et effectué des recherches manuelles dans certains journaux et sites Web. Pour être éligibles à la revue, les études primaires devaient décrire et rapporter les résultats qui déterminent la relation entre les réseaux (réseaux d'acteurs) ou les réseaux sociaux et tout aspect des SSP dans les PRFM. Toutes les références ont été exportées vers la bibliothèque Mendeley. Un tri des titres et des résumés a été effectué et les doublons ont été supprimés. Une synthèse narrative a été appliquée pour décrire les études incluses et les résultats.

Résultats:

Nous avons identifié 13 études primaires. Les différents documents ont examiné différents réseaux. Dix types de réseaux différents ont été identifiés : réseaux de soutien professionnel, réseaux d'amitié, réseaux d'orientation, réseaux de collaboration intersectorielle, réseaux de comités de santé communautaire, réseaux de pairs, réseaux de coordination sanitaire et d'orientation d'urgence, réseaux de partenariat, réseaux inter organisationnels et réseaux de communication. On a observé que les réseaux de conseils professionnels des travailleurs de la santé dans les unités de soins de santé primaires permettaient de mieux modifier les pratiques des prestataires de soins de santé ; les réseaux de pairs augmentent la probabilité d'un examen prénatal précoce et de l'achèvement des soins prénatals. Il a également été observé que les réseaux de collaboration intersectorielle renforcent la capacité des organisations à servir de gardiens de l'information et que les réseaux de

communication améliorent le flux d'informations entre les responsables de la mise en œuvre des SSP.

Conclusion:

Notre revue fournit des preuves que les éléments relationnels tels que les réseaux existent et qu'ils influencent la mise en œuvre des SSP dans les PRFM. Tirer profit des réseaux d'acteurs dans les SSP pourrait conduire à leur mise en œuvre efficace dans les PRFM.

Vers des systèmes de soins de santé primaires plus résilients au Bénin : Leçons tirées de l'expérience des médecins de soins primaires confrontés au COVID-19.

Kéfilath Bello, *Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Benin, Jan De Lepeleire, KU Leuven - University of Leuven, Leuven, Belgium, Ludwig Apers, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, Djimon Marcel Zannou, Université d'Abomey Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Benin et Bart Criel, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Antwerp, Belgique*

Introduction

COVID-19 constitue un défi pour les systèmes de santé africains, en particulier pour la première ligne de soins, qui est responsable de l'opérationnalisation d'une grande partie des soins de santé primaires. Cet article analyse l'expérience des médecins travaillant à ce niveau du système et en tire des leçons pour améliorer les soins de santé primaires.

Méthodologie

Nous avons mené une étude explicative séquentielle à méthode mixte entre avril et juillet 2020. Les données quantitatives ont été collectées auprès de 90 médecins de soins primaires (PCP) dans quatre districts sanitaires du Bénin. Nous avons effectué des analyses descriptives et bivariées sur ces données. Nous avons ensuite effectué une analyse de contenu thématique sur les données qualitatives, recueillies auprès de 14 PCP. Les résultats quantitatifs et qualitatifs ont été triangulés.

Résultats

Selon les PCP, leurs établissements de santé avaient mis en œuvre 74,8% des mesures de contrôle de la COVID-19, sans différence significative entre les secteurs public et privé. Cependant, plusieurs mesures importantes étaient mal appliquées. En outre, seuls 54,7% des PCP se sentaient confiants pour gérer efficacement un cas suspect de COVID-19, avec une proportion plus faible dans le secteur privé. Alors que 80,2% des PCP ont déclaré être stressés, seul un quart d'entre eux ont déclaré recevoir un soutien adéquat de la part des autorités sanitaires locales. Ce soutien semblait être plus faible pour les PCP privés. Enfin, près des trois quarts des PCP ont déclaré que la pandémie avait réduit la fréquentation des services et avait eu un impact sur leur travail quotidien. Il y a eu des impacts négatifs tels qu'une diminution de la qualité des soins ou de la disponibilité des services. Cependant, il y avait aussi des points positifs tels que des innovations pour maintenir les services essentiels, des stratégies pour réduire les coûts pour les patients, et le rôle joué par les PCP dans le renforcement des capacités du personnel non médical des soins primaires.

Conclusions

Nos résultats rappellent la nécessité d'améliorer l'organisation des soins de santé primaires dans nos milieux. En effet, la pandémie semble avoir exacerbé des dysfonctionnements existants tels que la faible qualité des soins ou l'absence d'un mécanisme structuré de soutien aux agents de santé, notamment dans le secteur privé. Cependant, l'étude a également révélé plusieurs opportunités. Si elles sont correctement exploitées, ces opportunités pourraient constituer des leviers d'action pour renforcer les soins de santé primaires.

Session Parallèle 2-3: Orale

Interventions en matière de santé maternelle, adolescente et infantile 1

Charge de l'asthme chez les enfants et les adolescents au Nigeria : Années de vie pondérées de l'incapacité.

Maduka Ughasoro, *University of Nigeria Enugu Campus, Enugu, Nigeria*
Auteurs : Ughasoro D. Maduka [1], Eze N Joy [1], Oguonu Tagbo[1], Onwujekwe Obinna Emmanuel[2]

Contexte:

Une meilleure représentation de la charge de l'asthme infantile devrait reposer à la fois sur la morbidité et la mortalité, et non uniquement sur la mortalité. Cela permettra de réduire le manque d'informations sur la charge de l'asthme infantile et d'améliorer la prise de décision fondée sur des données probantes. Dans cette étude, la charge de l'asthme infantile a été analysée à l'aide d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), en tenant compte de la pondération de l'incapacité liée à l'asthme, de l'âge au moment de la mort et de l'espérance de vie.

Méthodes:

L'étude a été menée à l'Hôpital Universitaire de l'Université du Nigeria, Enugu. Un questionnaire administré par un enquêteur a été utilisé pour recueillir des informations auprès des parents d'enfants asthmatiques qui se sont présentés à la clinique respiratoire sur : le niveau de contrôle de leur asthme (asthme contrôlé, partiellement contrôlé et mal contrôlé), leur répartition par âge et par sexe. La prévalence de l'asthme, la prévalence de l'invalidité associée et la létalité ont été obtenues à partir de publications antérieures. Les DALYs ont été estimés en additionnant les années perdues en invalidité (YLDs) et les années perdues en vie (YLLs) à cause de l'asthme (DALYs = YLD + YLL). Les DALYs ont été désagrégés par groupe d'âge et selon que l'asthme était contrôlé, partiellement contrôlé ou mal contrôlé.

Résultats:

Un total de 66 enfants souffrant d'asthme a été étudié. Les proportions de sujets dont l'asthme était contrôlé, partiellement contrôlé et mal contrôlé étaient respectivement de 26 (39,4 %), 31 (47 %) et 9 (13,6 %). Les sujets présentant une forme de handicap lié à l'asthme étaient au nombre de 16 (24,3 %). L'asthme infantile a causé 23,6 à 34,24 AVI pour 1000 habitants, 0,01 à 1,28 AVI pour 1000 habitants et 24,23 à 34,41 AVCI pour 1000 habitants. Les différences d'AVAI entre les trois catégories cliniques étaient minimes, mais elles étaient systématiquement plus élevées chez les enfants plus âgés de 12 à 17 ans. Le nombre estimé d'AVCI au niveau national était de 407 820,2, soit 1,6% des 24,8 millions d'AVCI tous âges confondus (enfants et adultes).

Conclusion:

Les AVCI dues à l'asthme infantile étaient élevées et ne variaient pas beaucoup entre les catégories cliniques, mais augmentaient avec l'âge. Il est donc impératif de ne pas

mettre l'accent sur les seules réponses cliniques comme indicateur de l'efficacité des interventions de contrôle de l'asthme infantile, mais d'adopter une approche holistique qui tienne compte des limitations subies par l'enfant en tant que composante des modifications de la vie et de l'environnement dans une tentative délibérée de prévenir les crises. La capacité de l'enfant à fonctionner de manière optimale pendant le traitement doit être pris en compte dans l'évaluation de l'impact du traitement.

Extension de la chimioprévention du paludisme saisonnier aux enfants de plus de cinq ans : une évaluation quasi-expérimentale de l'efficacité et des effets externes.

Yaya Togo[1], *Hannah Marker*[2], *Mahamoudou Touré*[3], *Mark McGovern*[4], *Hamadoun Sangho*[3], *Peter Winch*[2], *Joshua Yukich*[5] *and Seydou Doumbia*[3], *(1)National Institute National de Santé Publique (INSP) and Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali, (2)Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, (3) Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali, (4)Department of Biostatistics and Epidemiology, Rutgers School of Public Health, Piscataway, (5)Tulane University, New Orleans, United-States*

Contexte:

Le paludisme reste une priorité mondiale, avec 229 millions de cas dans le monde en 2019. Plusieurs stratégies prometteuses sont mises en œuvre pour lutter contre le paludisme, notamment la chimioprévention du paludisme saisonnier (SMC). La SMC est généralement administrée aux enfants de moins de cinq ans, cependant, peu d'études antérieures ont considéré l'impact de son extension à d'autres groupes d'âge. Nous avons évalué l'efficacité de l'extension de la SMC aux enfants de moins de 10 ans, et les externalités potentielles du traitement de ce groupe d'âge sur les enfants plus jeunes.

Méthodes:

Nous avons mené une évaluation quasi-expérimentale de différence dans les différences d'une intervention de SMC au Mali en 2020. Trois villages témoins de Koulikoro ont reçu un traitement standard avec la SMC pour les enfants âgés de 0 à 4 ans, tandis que six villages d'intervention ont reçu un traitement SMC pour les enfants âgés de 0 à 9 ans. Dans les analyses de régression des résultats pour 6 908 enfants, nous avons comparé les différences dans la présence de parasites sanguins du paludisme entre les villages de traitement et de contrôle en utilisant des tests de diagnostic rapide, avant et après l'intervention.

Résultats :

La prévalence des parasites du paludisme a été considérablement réduite dans les villages d'intervention par rapport aux villages de contrôle après l'intervention, avec un odds ratio pour la présence de tout parasite sanguin dans un test rapide de 0,23 (IC 95% .08 - 0,63). Nous avons trouvé quelques preuves d'effets externes chez les jeunes enfants avec une réduction similaire, bien que moins précisément estimée, des parasites chez les moins de cinq ans dans les villages où les enfants de plus de cinq ans ont reçu le traitement. Bien que nous ne l'ayons pas mesuré dans cette étude, le traitement des jeunes enfants

atteints de SMC peut également avoir des externalités positives pour les membres adultes de la communauté, par la réduction du nombre de porteurs de gamétocytes dans la communauté.

Conclusions:

L'extension du SMC aux enfants plus âgés est une approche prometteuse permettant de contribuer à l'éradication du paludisme dans le monde, notamment en raison des externalités positives que nous documentons dans cet article. La recherche devrait évaluer le rapport coût-efficacité afin d'examiner la possibilité d'étendre les interventions futures.

Mots-clés: Chimioprévention du paludisme saisonnier (SMC), méthodes quasi-expérimentales, méthodes de différence dans les différences, externalités de santé, santé des enfants, Mali.

Comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé maternelle et infantile au Nigeria : leçons tirées pour les prochaines pandémies.

Ismail Salihu, *Hyeladzira Garnvwa and Sarah Martin, National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA), Abuja, Nigeria*

But:

Analyser les effets de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels au Nigeria, en examinant comment la pandémie a eu un impact sur la prestation et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (SMI) dans le pays. Comprendre dans quelle mesure les services de santé maternelle et infantile ont été affectés peut aider à guider les décideurs politiques dans leur réponse aux chocs futurs, en particulier dans les politiques visant à maintenir les services essentiels.

Justification :

Avant la pandémie, les indices de SMI au Nigeria étaient faibles. La pandémie de COVID-19 a encore menacé ces services, car elle a eu un impact sur la disponibilité des soins de santé essentiels, ainsi que sur les comportements de recherche de la santé, tant pour les soins d'urgence que pour les soins préventifs. La compréhension de l'impact direct et indirect de COVID-19 sur les services de santé essentiels peut aider à guider les décideurs politiques dans la mise en place de systèmes de santé plus résilients et à mieux répondre aux futures pandémies et crises sanitaires.

Méthode :

Les données quantitatives nationales de la plateforme DHIS2 ont été utilisées pour analyser les données mensuelles d'utilisation des services de certains établissements de soins de santé primaires, en se concentrant sur plusieurs services essentiels de santé maternelle et infantile (accouchements, contrôles pré et postnatals, diagnostic et traitement des principales maladies - paludisme, VIH, tuberculose -, vaccinations des enfants, services de nutrition et de planification familiale).

Ces données ont été utilisées pour analyser l'évolution des indicateurs des services de soins de santé essentiels avant et après l'épidémie de COVID-19, afin de comprendre comment la pandémie a affecté la prestation de services.

Résultat:

L'analyse des tendances de l'utilisation des services de santé essentiels à travers le Nigéria a été entreprise, afin de mettre en lumière les services de santé maternelle et infantile les plus perturbés par la pandémie. L'ampleur de la perturbation de la prestation de services par rapport aux tendances postérieures au COVID a été examinée, en comparaison avec les tendances des années précédentes. Une analyse plus approfondie de l'utilisation des services dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines a été entreprise. L'effet de COVID-19 sur la structure de la prestation de soins de santé a également été examiné, comme les tendances dans la nature et l'emplacement de la prestation de services, afin de comprendre les changements dans les préférences en matière d'accouchement en établissement, de proximité et à domicile.

Conclusion:

Les résultats de l'étude peuvent être utilisés pour informer les décisions politiques qui contribueront à rendre les systèmes de santé plus résilients après l'impact du COVID-19. L'étude aborde également les méthodes permettant de renforcer le système de soins de santé primaires afin qu'il soit mieux préparé à fournir et à maintenir des services de santé maternelle et infantile face aux futures pandémies, ainsi qu'à améliorer la réponse aux futures crises sanitaires, en appelant à davantage de recherches sur la manière d'identifier et d'atténuer les causes de la baisse de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à l'avenir.

Aspirations et réalité de la collaboration en matière de gouvernance à plusieurs niveaux : aperçus d'un processus politique de santé maternelle, néonatale et infantile au Nigeria.

EnyiEtiaba, Université du Nigéria, ENUGU, Nigéria et Uta Lehmann, Université de Western Cape, Cape Town, Afrique du Sud

---

Contexte

Le Nigeria est devenu une fédération en 1954 et présentement administrativement décentralisé au niveau national, au niveau intermédiaire 36 États et le territoire de la capitale fédérale (FCT) et 774 gouvernements locaux (niveau inférieur). Les soins de santé sont une responsabilité constitutionnellement concurrente des trois niveaux, mais les rôles et responsabilités spécifiques ne sont pas constitutionnellement prescrits. Les modalités de gouvernance, le niveau de collaboration intergouvernementale, les acteurs et le contexte de mise en œuvre influencent l'adoption des politiques infranationales et la mise en œuvre des politiques nationales. Les États en tant qu'unités fédératrices peuvent adopter, remodeler ou rejeter les politiques nationales et peuvent également élaborer des politiques au niveau de l'État. Cette étude explore historiquement (2007-2019) trois

programmes nationaux de la stratégie intégrée de santé maternelle, néonatale et infantile (IMNCH), qui avaient des aspirations de collaboration intergouvernementales au sein de la structure de gouvernance à plusieurs niveaux (MLG) décrite.

Méthodes

Cette étude s'est déroulée dans un cadre national (Abuja-FCT) et dans deux sous-nationaux (États d'Anambra et d'Ebonyi) dans la zone sud-est. Le fardeau de la SMNI varie d'un bout à l'autre du pays, étayé par les différences culturelles et socio-économiques. Une conception d'étude de cas qualitative a été utilisée, triangulant les informations des documents (69) et des entretiens approfondis (44), pour produire une description des résultats. Les données ont été organisées et codées avec NVivo 11. L'analyse a été guidée par le cadre de gouvernance collaborative intégrée (CG). Le contexte et les moteurs du système (leadership, incertitude, interdépendance et incitations) génèrent une dynamique de collaboration (capacité conjointe, motivation partagée et engagement fondé sur des principes) qui interagissent de manière itérative pour générer des actions collaboratives. Les dynamiques et actions de collaboration constituent un Régime CG (CGR).

Résultats

L'activité collaborative clé (signature et engagement envers les protocoles d'entente) n'a pas été honorée lors de la mise en œuvre, dans les deux États de l'étude, malgré les variations contextuelles de la SMNI. Le leadership et les primes d'encouragement n'ont pas été répartis de manière adéquate pour franchir les frontières de la collaboration malgré une interdépendance constitutionnellement déterminée des niveaux de gouvernance. Les pratiques de pouvoir des acteurs étaient principalement des contestations plutôt que collaboratives. Cela s'appuyait sur la structure de gouvernance existante. Les deux premiers programmes n'étaient pas suffisamment collaboratifs pour garantir une action et des résultats collaboratifs. Les leçons apprises ont contribué à une conception différente du troisième programme, qui était plus consultatif des parties prenantes infranationales, mais la mise en œuvre a également été sapée par la structure de gouvernance infranationale.

Discussion/Conclusions

La CG amène les parties prenantes à s'engager dans une prise de décision axée sur le consensus. Les dialogues, le renforcement de la confiance, l'engagement et la compréhension partagée sont cruciaux pour surmonter les conflits et les contestations et permettre des actions collaboratives. Par conséquent, un CGR n'a pas été atteint. Nous notons cependant que la CG a des coûts de transaction élevés (temps et ressources), et n'est pas facilement réalisable au Nigeria et dans d'autres LMIC avec des systèmes de santé faibles. Cette étude propose une structure intérimaire de coordination et de coopération dans ces contextes.

Décomposition des inégalités socio-économiques dans l'utilisation des inégalités socio-économiques dans l'utilisation des soins de santeprénatale dans 12 pays de la Communauté de développement de l'Afrique Australe.

Keolebogile Selebano, *Unité de l'économie de la santé, Université du Cap et John Ataguba, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud.*

Bien que de nombreux pays progressent vers la réalisation des objectifs mondiaux de développement durable, l'Afrique subsaharienne (ASS) est à la traîne. L'ASS supporte un fardeau relativement plus élevé de morbidité et de mortalité maternelle que les autres régions malgré les interventions rentables existantes.

Cet article évalue l'utilisation des services de soins prénatals (CPN) chez les femmes des pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), l'une des quatre régions d'ASS. Plus précisément, il évalue l'inégalité socio-économique dans le nombre de visites de soins prénatals, l'utilisation de l'absence de service de soins prénatals, entre une et trois visites de soins prénatals et au moins quatre visites de soins prénatals, précédemment recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les données proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires les plus récentes dans douze pays de la SADC. L'indice de concentration normalisé (IC) de Wagstaff a été utilisé pour évaluer les inégalités socio-économiques. Les facteurs expliquant ces inégalités ont été évalués à l'aide d'une méthode standard et de variables similaires contenues dans les données de l'EDS. Un IC positif signifie que la variable d'intérêt est concentrée parmi les femmes les plus riches, tandis qu'un IC négatif signifie le contraire. Le document a révélé que les femmes les plus riches des pays de la SADC sont généralement plus susceptibles d'avoir plus de visites prénatales que leurs homologues les plus pauvres. En dehors de la Zambie, les IC étaient positifs pour les inégalités dans au moins 4 consultations prénatales et négatifs pour entre 1 et 3 visites prénatales.

Les femmes les plus pauvres sont significativement plus susceptibles de ne déclarer aucune visite prénatale que les femmes les plus riches. Outre la partie qui n'était pas explicable en raison des limites des variables incluses dans le modèle, des déterminants sociaux critiques de la santé, notamment la richesse, l'éducation et le nombre d'enfants, expliquent les inégalités socio-économiques dans la couverture des soins prénatals dans la SADC.

Une considération politique vitale est de ne laisser aucune femme de côté. Par conséquent, s'attaquer aux déterminants sociaux critiques expliquant les inégalités dans l'utilisation des soins prénatals, tels que l'éducation et le bien-être économique des femmes, peut potentiellement corriger les inégalités dans la couverture des soins prénatals dans la région de la SADC.

Estimation du fardeau économique de la typhoïde chez les enfants et les adultes à Blantyre, Malawi : une étude de cohorte sur les coûts.

Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore MD
Dr Fumbani Limani, MBBS, MMedmédecine internel, Christopher Smith[2], Richard Wachepa2, Hlulose Chafuwa2, James Meiring2, Patrick Noah1, Pratiksha Patel[2], Priyanka Patel[2], Fréderic Debullut[3], Clint Pecenka[3], Melita Gordon[4] et Naor Bar-Zeev[5], (1)Kamuzu University of Health Sciences, Blantyre, Malawi, (2)Malawi Liverpool Wellcome Research Program, Blantyre, Malawi, (3)PATH, Seattle, WA, (4)Institute of Infection, Veterinary and Ecological Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Royaume-Uni, (5)International Vaccine Access Center, Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore MD

Contexte

La fièvre typhoïde entraîne une morbidité et une mortalité élevées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'Organisation mondiale de la santé recommande l'introduction du vaccin conjugué contre la typhoïde (TCV) dans les pays où l'incidence de la maladie ou la charge de Salmonella Typhi (S. Typhi) résistante aux antimicrobiens est élevée. Les données sur la charge de morbidité, le coût de la maladie, les coûts de livraison et le rapport coût-efficacité sont essentiels pour éclairer les décisions sur l'introduction du TCV. Nous avons estimé le fardeau économique de la fièvre typhoïde sur les ménages et les soins de santé à Blantyre, au Malawi.

Méthodes

Une étude de cohorte prospective sur l'établissement des coûts a été entreprise dans deux grands établissements publics de soins de santé primaires et dans un hôpital de district de référence. Les coûts de maladie des ménages comprenaient les coûts médicaux directs, non médicaux directs et indirects supportés par les patients atteints de fièvre typhoïde confirmée par hémoculture et leurs familles. Les coûts des prestataires de soins de santé étaient le total des coûts médicaux et non médicaux directs de la prise en charge d'un cas confirmé de fièvre typhoïde dans les trois établissements de santé. Les coûts moyens, en dollars américains de 2020, ont été rapportés séparément pour les patients externes et les patients hospitalisés.

Résultats

De juillet 2019 à mars 2020, sur 109 patients présentant un S. Typhi confirmé par culture, 63 (58 %) avaient moins de 15 ans et 44 (40 %) ont été hospitalisés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7,7 jours (écart type 4,1). Pour les patients hospitalisés, les coûts totaux moyens pour le ménage et les prestataires de soins étaient de 93,85 $ (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 68,87, 118,84) et de 296,52 $ (IC à 95 % : 225,79, 367,25), respectivement. Pour les patients externes, ces coûts étaient de 19,05 $ (IC à 95 % : 4,38, 33,71) et de 39,65 $ (IC à 95 % : 33,93, 45,39), respectivement. Les coûts médicaux directs pour les ménages étaient faibles. Étant donné que les soins sont gratuits dans les établissements de santé publics, la charge des coûts pour les ménages était principalement due aux coûts directs non médicaux et indirects. Le coût de la maladie catastrophique, défini comme un coût > 40 % des dépenses mensuelles non alimentaires des ménages, s'est produit dans 48 (44 %) ménages contenant des cas.

Conclusion

La fièvre typhoïde et ses séquelles peuvent être catastrophiques pour les familles, entraînant des difficultés économiques majeures malgré des soins médicaux gratuits largement disponibles. La typhoïde est également coûteuse pour la provision des soins de santé par le gouvernement. Ces données constituent un argument économique en faveur de l'introduction du TCV au Malawi et dans la région et seront ensuite utilisées pour définir plus complètement le rapport coût-efficacité du vaccin.

Séance d'affiches 1.1

Séance d'affiches sur le financement de la santé 1

Défis à l'inscription du secteur informel au programme de santé de l'État de Lagos : résultats d'une évaluation rapide.

Chidumga Ohazurike *et Olajide Sobande, Health Policy Plus (HP+), Lagos, Nigéria*

Introduction :

L'État de Lagos, situé dans le sud-ouest du Nigéria, est un État cosmopolite dont l'économie du secteur informel représenterait environ 65 % de la population active et environ 42 % des activités économiques de l'État. Cela illustre la pertinence du secteur dans le cheminement vers une couverture universelle. Cette évaluation rapide a été menée pour comprendre les facteurs de l'inscription limitée des groupes du secteur informel au programme de santé de l'État de Lagos (LSHS) et formuler des recommandations pour relever les défis liés à l'expansion de l'inscription du secteur informel au programme de santé de l'État de Lagos.

Méthodologie :

Nous avons mené des entretiens avec des informateurs clés avec des examens documentaires gratuits. Les informateurs clés ont été délibérément sélectionnés en fonction de leur expertise et de leur expérience en matière d'inscription dans le secteur informel et comprenaient des gestionnaires de programme de l'Agence nationale de gestion de la santé (LASHMA) et des organisations partenaires de mise en œuvre. Les entretiens ont capturé comment les répondants comprenaient les défis actuels de l'expansion de l'inscription dans le secteur informel. Les entretiens ont été menés en anglais à l'aide de guides d'entretien. Les enregistrements audios ont été transcrits, nettoyés et examinés pour des fins de qualité. Les entretiens ont été codés et analysés pour identifier les thèmes tournant autour des défis de l'inscription dans le secteur informel.

Résultats :

Les défis du côté de la demande comprennent l'application inadéquate de la nature obligatoire du régime en raison de la faible capacité de réglementation, la mobilisation inadéquate des associations professionnelles en raison de l'existence de plusieurs organismes de coordination nécessitant de multiples engagements avec des ressources humaines et des coûts administratifs, la disponibilité des primes, les facteurs culturels tels que la perception du risque de mauvaise santé et les croyances religieuses concernant l'assurance maladie. Les défis du côté de l'offre incluent la perception de la mauvaise qualité des soins, des tarifs peu attrayants et un paquet limité des avantages sociaux.

Recommandations :

Cela comprendra la mise en œuvre des stratégies visant à inclure, du côté de la demande, le renforcement des capacités de la branche de réglementation de l'agence nationale d'assurance maladie, ciblant les non pauvres informels par le biais de mandats d'inscription à l'assurance maladie comme condition préalable à l'accès aux services

publics tels que comme les permis fiscaux, les enregistrements d'entreprises, le renforcement des arrangements d'accessibilité financière par le paiement échelonné des primes, la communication comportementale pour répondre aux croyances socioculturelles, le plaidoyer pour plus de financement gouvernemental pour couvrir les pauvres et les vulnérables dans le secteur informel. Du côté de l'offre, améliorer la qualité des soins et opérationnaliser les paiements/primes basés sur la performance et les mesures dissuasives pour la qualité, accroître la voix des patients en engageant et en utilisant les organisations de la société civile (OSC) comme défenseurs des patients, renforcer les mécanismes de recours existants pour les personnes inscrites en tenant compte des niveaux d'éducation et les préférences des inscrits pour rapporter l'expérience de service.

Mots clés: défi, inscription, informel, assurance maladie

Poursuivre l'assurance maladie nationale à l'ère (post) Covid-19 : implications politiques et options pour l'avancement de la CSU en Ouganda.

Aloysius Ssennyonjo[1], Richard Ssempala[2], Moses Tetui[2] et Chrispus Mayora[1], (1) École de santé publique, Collège des sciences de la santé, Université Makerere, Kampala, Ouganda, (2) École de santé publique de l'Université Makerere, Kampala, Ouganda
Aloysius Ssennyonjo[1], Richard Ssempala[1] Moses Tetui[1] et Chrispus Mayora[1].

Introduction

En réponse à la pandémie de COVID-19, l'Organisation mondiale de la santé, d'autres acteurs mondiaux de la santé et les gouvernements nationaux ont adopté des mesures de contrôle pour réduire la propagation du virus et ses impacts. La pandémie de COVID-19 a augmenté dans un contexte d'efforts mondiaux de développement vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Cependant, des analyses antérieures ont souligné que les problèmes contextuels, les systèmes de santé et les cas conçus facilitent ou entravent le succès des réformes de la CSU.

Objectifs de la recherche

Cette étude visait à établir les effets de la pandémie de COVID-19 sur le contexte de protection sociale en Ouganda et son implication sur la conception et la mise en œuvre des régimes nationaux d'assurance maladie (NHIS) - une intervention majeure de la CSU dans le pays.

Méthodes

Une étude documentaire des principaux documents gouvernementaux et de la littérature publiée et non publiée a été effectuée. Une analyse de contenu a été entreprise.

Résultats

En ce qui concerne la protection sociale, la crise du COVID-19 a exposé et exacerbé les vul-

nérabilités de certains groupes de la population tels que les travailleurs informels et les pauvres urbains qui ont souvent été moins visibles. Les blocages liés au COVID-19 ont eu un impact négatif sur les opérations commerciales et les recettes générales du pays. Parmi les autres effets, citons l'augmentation du chômage parmi les travailleurs formels et informels. Les effets liés aux systèmes de santé comprenaient la perturbation de la prestation des services de santé, l'adoption de nouvelles polices d'assurance maladie par certaines assurances maladie privées et des mécanismes de protection contre les risques financiers pour permettre à la population d'accéder aux soins de santé, en particulier aux services de prévention, de dépistage et de traitement. De nouvelles initiatives de protection sociale telles que la fourniture de vivres aux groupes vulnérables, en particulier dans les zones urbaines, ont été mises en place. La pandémie de COVID-19 a démontré les faiblesses et les risques de lier l'inscription et les prestations du NHIS à l'emploi formel. Les implications politiques comprenaient des considérations délibérées pour l'inclusion des groupes vulnérables et l'exploitation des contributions du secteur privé.

Conclusion

La pandémie de COVID-19 a entraîné des défis et des opportunités sans précédent pour les réformes politiques liées à la CSU. L'Ouganda et les pays similaires devraient reconsidérer le rôle du NHIS dans l'avancement des objectifs du système de santé à court et à moyen terme. L'intégration et le repositionnement du NHIS dans le programme de protection sociale en expansion seront cruciaux.

Mots-clés: Covid-19, Protection sociale, CSU, Régime national d'assurance maladie, Ouganda.

Intégration des services de planification familiale dans le régime d'assurance maladie sociale : l'expérience de Lagos, au Nigéria.

Tolulope Oyekanmi, Nkata Chuku, Oluwatosin Kolade, Emmanuel Ndenor Sambo et Kingsley Adimabua, Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

---

Contexte/Objectifs

Le gouvernement de l'État de Lagos a commencé la mise en œuvre du régime d'assurance maladie sociale de l'État en tant que voie vers une couverture maladie universelle pour les résidents de l'État - estimée à 25 millions. Jusqu'à récemment, l'ensemble des prestations du programme couvrait la plupart des services de santé maternelle et infantile, mais les services de planification familiale (PF) étaient exclus, limités aux seuls conseils. Les preuves provenant d'autres pays ont montré que l'accès aux services de PF et leur augmentation sont essentiels pour améliorer les indices de santé globaux, réduire la pression sur les systèmes de santé et stimuler la croissance économique. Cet article présente le parcours qui a conduit à l'intégration réussie de l'ensemble des services de PF dans le sys-

tème de santé de l'État de Lagos (LSHS) - Ilera Eko.

Méthodes

Le parcours de l'intégration a été développé à la suite des examens de référence menés pour glaner les enseignements des autres pays, des entretiens avec des informateurs clés avec les acteurs étatiques pertinents et d'une série de séances de remue-méninges avec les parties prenantes concernées travaillant dans le domaine de la PF au sein de l'État.

Principaux Résultats

Nous avons conçu un parcours d'intégration en 4 étapes qui comprend le plaidoyer et la gestion des parties prenantes ; accélération de la préparation à la PF dans toutes les installations LSHS ; examen de l'ensemble des prestations de santé et analyse actuarielle, et intégration complète. Le résultat de l'étude actuarielle n'a montré aucun coût supplémentaire significatif à la prime pour l'intégration proposée, ce qui a conduit à l'inclusion des méthodes modernes de PF dans l'ensemble des prestations de la LSHS. Les facteurs qui ont contribué au succès du plan d'intégration sont l'adhésion des organismes publics concernés, des donateurs, des parties prenantes et des dirigeants politiques de l'État. Un système de chaîne d'approvisionnement durable en PF pour les prestataires publics et privés garantira un approvisionnement ininterrompu en produits dans tous les types d'établissements.

Conclusion clé

On s'attend à ce que l'intégration des services de PF dans le LSHS augmentent le taux de prévalence contraceptive de l'État avec un accès et une utilisation accrue des méthodes contraceptives modernes. Cela se traduira par des avantages significatifs pour la santé des femmes et des enfants, en évitant les grossesses non désirées et en réduisant les décès maternels et infantiles. En outre, cela se traduira par des économies de coûts sur la santé maternelle et néonatale, tandis que les femmes et les filles seront mieux en mesure de poursuivre des études, d'obtenir un emploi rémunéré, d'augmenter leur potentiel de gain et de constituer l'épargne du ménage. Ceux-ci se traduiront à leur tour par une société plus forte et plus prospère.

Du mode de projet aux activités courantes : les efforts de l'Ouganda pour institutionnaliser le financement basé sur les résultats dans les achats publics de services de soins de santé primaires.

Éric Tabusibwa[1], Espilidon Tumukurate[2], Collins Kityo[3], Gideon Olaja[2], Tapley Jordanwood[4], Michael Chaitkin[5], Angellah Irene Nakyanzi[6] et Sarah Byakika, (1) Ministère de la santé, Ouganda, (2) ThinkWell, Ouganda, (3) Ministère des finances, de la planification et du Développement économie, Ouganda, (4) ThinkWell USA, (5) ThinkWell, Kampala, Ouganda, (6) ThinkWell, Kampala, Ouganda.

Contexte

Le Programme ougandais des transferts fiscaux intergouvernementaux (UgIFT) pour les

résultats est dirigé par le Ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique (MOFPED), avec un financement du Gouvernement Ougandais et de la Banque Mondiale, afin d'assurer un financement adéquat et un accès équitable aux services publics. Dans le cadre de l'UgIFT, le Gouvernement Ougandais s'emploie à institutionnaliser le financement basé sur les résultats (FBR) dans les achats publics, des services de soins de santé primaires. Grâce au financement de la Banque Mondiale et de l'USAID, tous les centres de santé publics et privés à but non lucratif III et IV et les hôpitaux généraux et régionaux participent actuellement au FBR.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude partage les enseignements tirés de l'expérience ougandaise de la transition d'un système de FAR basé sur des projets à un système intégré dans les systèmes de gestion des finances publiques et de transferts fiscaux intergouvernementaux de routine du pays. Il décrit comment les enseignements tirés de la mise en œuvre initiale du FAR éclairent l'élaboration d'une stratégie d'intégration, ainsi que des réflexions sur les discussions politiques en cours liées à la durabilité et à la gestion des performances. Enfin, il met en évidence les principales caractéristiques de la stratégie d'intégration et la manière dont le FBR sera mis en œuvre au sein des systèmes gouvernementaux.

Méthodes

Toutes les données proviennent de documents officiels et de projets de politiques, ainsi que des souvenirs et des dossiers personnels des auteurs. Tous les auteurs contributeurs ont été directement impliqués dans l'examen des performances et des expériences du FBR lors du projet et l'élaboration de la stratégie d'intégration et du manuel opérationnel qui l'accompagne.

Principaux Résultats

Des résultats prometteurs sur une gamme d'indicateurs de suivi - y compris la présence de l'ANC, la disponibilité de la section césarienne, la satisfaction des clientes, la qualité et la participation communautaire à la gouvernance des établissements, les décideurs politiques motivés à institutionnaliser le FBR au sein des systèmes gouvernementaux. Un processus consultatif dirigé par le Ministère de la Santé a été entrepris pour faire le point sur les expériences de FBR à travers le pays, tirer des enseignements et élaborer une stratégie d'intégration et des directives opérationnelles. Les principales caractéristiques de la stratégie comprennent l'intégration de la planification financière du FBR dans le cycle budgétaire national ; reconvertir les subventions intergouvernementales pour les SSP afin d'inclure un fonds de base amélioré et variable lié aux performances ; et une attribution claire des rôles entre les entités gouvernementales concernées. Les projections de coûts indiquent ABC..

Principales conclusions

Le maintien du FBR au-delà des cycles de vie des projets nécessite des preuves d'impact, un examen attentif de l'expérience de mise en œuvre et un leadership fort pour traduire les modalités de fonctionnement en systèmes et pratiques gouvernementaux. Les règles des finances publiques et de la fonction publique peuvent imposer des adaptations des caractéristiques courantes de conception du FBR, telles que le paiement direct des primes aux agents de santé.

Session d'Affiches 1-2

Approches innovantes du renforcement des systèmes de santé

Affiche Session 2

Approches interprétatives critiques innovatives pour la synthèse de la littérature sur les facteurs influençant l'accès aux services de traitement du cancer au Ghana.

Chloe Tuck[1], *Robert Akparibo*[1], *Laura Gray*[1], *Richmond Aryeetey*[2] *et Richard Cooper*[1], *(1) Université de Sheffield, Sheffield, Royaume-Uni, (2) Université du Ghana, Accra, Ghana*

Contexte:
Malgré l'intérêt politique pour l'amélioration de la couverture des services de lutte contre le cancer par le biais du régime national d'assurance maladie du Ghana, de multiples facteurs socioculturels, économiques et des systèmes de santé influencent la manière dont les patients contactent, négocient et acceptent les soins appropriés contre le cancer au Ghana, ce qui entrave les efforts visant à réduire les inégalités. Comprendre ces facteurs et leurs relations est important pour permettre aux décideurs de planifier les services futurs et de comprendre les impacts associés sur la rentabilité et l'équité. Cependant, ces facteurs n'ont pas été cartographiés et l'analyse des méthodes les plus appropriées pour les explorer d'un point de vue systémique n'a pas encore été entreprise.

Objectifs :
Examiner et critiquer systématiquement la littérature pour comprendre les facteurs influençant l'accès aux services de traitement du cancer au Ghana et les méthodes les plus appropriées pour effectuer des recherches à ce sujet.

Méthodes :
Une approche de synthèse interprétative critique a été utilisée pour incorporer plusieurs types de preuves. Des recherches documentaires à plusieurs niveaux ont été menées à l'aide de Medline via Ovid, Web of Science, CINAHL et African Index Medicus. Des recherches supplémentaires ont été menées dans six revues ghanéennes et africaines, en vérifiant les références et en suivant les citations. La sélection a été effectuée à l'aide du cadre PerSPECTiF par l'auteur principal et vérifiée par un auteur de la revue. Le modèle socio écologique (intra personnel, interpersonnel, communautaire, système de santé et politique) a guidé l'extraction et la synthèse des données pour identifier les thèmes. Les résultats ont été cartographiés par rapport au cadre de candidature (recadrage de l'accès pour englober la négociation et l'acceptation). Une critique des hypothèses, de la méthodologie et de l'interprétation au sein de l'ensemble des preuves a été menée pour identifier les thèmes dans les lacunes de la recherche.

Résultats:
Sur 312 citations initiales identifiées, 203 résumés et 78 textes entier ont été passés au crible après la suppression des doublures. 16 autres résumés ont été examinés après une recherche de citations et de références. Vingt-cinq articles ont été sélectionnés pour inclusion.
Plusieurs facteurs dynamiques et interactifs ont été identifiés à chaque niveau du

modèle socio écologique et à travers les étapes du cadre de candidature, qui ont influencé la façon dont les patients accèdent aux services de traitement du cancer. L'analyse préliminaire a révélé que les obstacles tournant autour des coûts et des idées fausses comprenant les points de vue spirituels traditionnels, les influencés par les réseaux communautaires. La documentation a souligné que l'acceptation des services était complexe, ce qui impliquait les retards, les interruptions et les arrêts dans le suivi, et n'était pas pleinement reflétée dans le cadre de candidature actuel.
Des limites ont été identifiées dans la façon dont l'accès aux soins contre le cancer a été défini et exploité. La plupart des études quantitatives ont utilisé des dossiers hospitaliers rétrospectifs sans informations psychosociales individuelles et des études qualitatives échantillonnées principalement dans des cliniques tertiaires, sous-représentant les populations les plus négligées.

Conclusion:

Les recherches futures devraient se concentrer sur les populations sous-représentées dans les cliniques tertiaires pour comprendre les obstacles et les inégalités auxquels elles sont confrontées et que les innovations politiques pourraient chercher à résoudre.

Approche de programmation par objectifs pondérés pour résoudre le budget du traitement du VIH en Ouganda

KizitoMubiru, Université de Kyambogo, Kyambogo, Ouganda

Dans le marché concurrentiel et rapide d'aujourd'hui, l'allocation optimale des dépenses budgétisées pose une préoccupation essentielle parmi les professionnels de la santé du monde entier. Alors que la demande sur les systèmes de santé augmente en raison des patients atteints du VIH, les contraintes sur les budgets de la santé sont importantes en raison des contraintes budgétaires dans les pays moins développés. Dans les pays à faible revenu, les coûts de recherche et d'obtention de soins sont considérables en raison de la prévalence des frais pour les services et des distances que les gens doivent souvent parcourir pour obtenir des soins de santé.
Dans cette étude, un modèle de programmation ciblé a été développé pour allouer les dépenses budgétaires au traitement des patients séropositifs à l'hôpital de Mulago en Ouganda.
Les éléments de coût pertinents à l'étude comprenaient les médicaments, les matériaux, la main-d'œuvre et les coûts divers. Le modèle de programmation par objectifs pondérés proposé dans un premier temps définit l'objectif de la fonction. Le modèle cherche à minimiser les variables d'écart par rapport aux dépenses réelles ; sous réserve des valeurs cibles des dépenses budgétisées pour le traitement du VIH. La somme des écarts pondérés est minimisée afin que les dépenses réelles en médicaments, matériel, main-d'œuvre et coûts divers correspondent aux dépenses budgétées. La méthode du simplexe pour la programmation linéaire est utilisée pour résoudre le modèle de programmation par objectif ; et un exemple numérique est présenté pour déterminer la sur-réalisation ou la sous-réalisation des priorités budgétaires.
Les résultats obtenus à partir du modèle développé visent à fournir des preuves

empiriques et des informations aux décideurs et aux analystes politiques pour la planification budgétaire dans les établissements de santé. Certains objectifs concernant les médicaments, les matériaux, la main-d'œuvre et les coûts divers peuvent être entièrement, partiellement ou pas du tout atteints. Cela dépend toutefois des niveaux de priorité et des objectifs de coût fixés conformément aux dépenses budgétisées pour le traitement du VIH. Les résultats indiquent également que la solution de programmation des objectifs pondérés basée sur les priorités pour le traitement budgétisé du VIH est plus sensible à la fonction de l''objectif prioritaire la plus élevée.
L'exemple numérique présenté fournit des indications utiles pour une planification financière efficace du traitement du VIH. Sur la base des résultats, la planification budgétaire du traitement du VIH est cruciale pour une prestation de services de santé durable afin de permettre aux hôpitaux d'identifier une allocation satisfaisante des dépenses ; sur la base des niveaux de priorité ou des objectifs fixés pour les dépenses ciblées sur le traitement du VIH. Les résultats associés au modèle indiquent qu'une priorité donnée dans une dépense budgétaire n'entraîne pas nécessairement un sacrifice significatif dans une autre dépense. Le modèle peut cependant être efficace ; où les catégories de coûts pertinentes peuvent être hiérarchisées si nécessaire.

Informer le développement de produits au bénéfice de la santé en Afrique : une approche généralisable et son application à un vaccin contre la leishmaniose

Sakshi Mohan[1], Paul Revill[2], Stefano Malvolti[3], Melissa Malhame3, Mark Sculpher[4] et Paul M. Kaye[5], (1) Center for Health Economics, Université de York, York, Royaume-Uni, (2) Centre for Health Economics, Université de York, York, Royaume-Uni, (3) MMGH Consulting, Zurich, Suisse, (4) Centre for HealthEconomics, Université de York, Royaume-Uni, (5) York Biomedical Research Institute, Hull York Medical School, Université de York, Royaume-Uni

---

Contexte

Il existe un besoin pressant de développer de nouveaux produits de santé, tels que des vaccins contre des maladies négligées telles que la leishmaniose, qui ont le potentiel d'offrir des avantages pour la santé de la population. Le développement de produits dépend de la valeur, comme l'ont vu mes deux acteurs clés - les développeurs/fabricants de produits, qui doivent avoir confiance dans la demande mondiale pour s'engager dans la recherche et la production ; et les gouvernements (ou d'autres bailleurs de fonds internationaux) qui doivent signaler la demande en fonction des avantages potentiels pour la santé publique et de l'amorçabilité.

Méthodes

Une analyse épidémiologique mondiale détaillée est rarement disponible pour les nouveaux produits avant leur entrée sur le marché, en raison du manque de ressources ainsi que des données mondiales généralement insuffisantes nécessaires pour de telles analyses. Cette étude vise à combler ce manque d'informations en fournissant une approche généralisable pour estimer la valeur commerciale et de santé publique d'un vaccin contre la leishmaniose en cours de développement en s'appuyant principalement sur les données publiquement disponibles sur la charge mondiale de morbidité (GBD).Sur la base d'estimations de l'incidence dans certains pays, du potentiel

d'amélioration de la santé individuelle (mesuré à l'aide des DALY) et des estimations de la capacité des pays à payer pour une intervention d'amélioration de la santé, une courbe de demande mondiale est construite pour démontrer la taille du marché et stimuler l'investissement dans le développement de produits. Cette approche simplifiée est facilement reproductible et peut être utilisée pour guider les discussions et les investissements dans d'autres nouveaux produits de santé.

Résultats

La capacité de paiement maximale d'un vaccin contre la leishmaniose (par traitement, y compris les frais de livraison), compte tenu des estimations actuelles de l'incidence et de la population à risque, est supérieure à $5 pour près de la moitié des 24 pays considérés, avec une valeur médiane basée sur prix maximum de $4,4 à $5,3 et demande totale de plus de 560 millions de cours.

Conclusion

Les résultats indiquent la viabilité commerciale et le potentiel d'amélioration rentable de la santé de la population. Ils sont utilisés pour soutenir le développement continu du candidat vaccin le plus prometteur. Le développement de cette approche de modélisation générique est en cours.

COVID-19 Évaluation des technologies de santé liées aux vaccins dans les pays africains

Organisateur principal : Justice Nonvignon, Chef de l'Unité Economie de la Santé Afrique CDC
Co-organisateurs : Tom Drake, Centre pour le développement mondial, Anna Vassall, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres

---

Description

La vaccination contre le COVID-19 reste un problème crucial pour les pays africains et les gouvernements africains doivent encore prendre des décisions difficiles sur la manière d'obtenir un approvisionnement suffisant en vaccins sans mettre en péril les services essentiels et sur la manière de distribuer efficacement et équitablement l'approvisionnement disponible. Dans cette session, nous présentons les résultats d'un programme de travail sur l'évaluation des technologies de la santé (ETS) des vaccins Covid-19, coordonné par l'Unité d'économie de la santé du CDC Afrique et l'Initiative internationale d'aide à la décision. Les présentations comprendront des ETS appliquées au Nigeria, en Éthiopie et au Kenya, y compris des évaluations du rapport coût-efficacité comparatif de différents vaccins COVID. Il y aura une présentation des stratégies optimales de distribution dans les pays africains, évaluées à l'aide d'une modélisation économique et épidémiologique avancée. Enfin, il y aura une introduction à une boîte à outils destinée aux pays africains qui cherchent à collecter des preuves pour éclairer la prise de décision concernant l'achat du vaccin Covid-19. Cette boîte à outils a été publiée par le *Center for Global Development* en novembre 2021 et peut être consultée ici. Les présentations techniques seront suivies d'un débat d'experts. La liste définitive des intervenants reste à déterminer, mais les participants

actuellement retenus sont le professeur Justice Nonvignon (Africa CDC) et le docteur Raymond Hutubessey (OMS).

Résumé des présentations :

A. Évaluation des technologies de santé des vaccins Covid-19 au Nigeria (Professeur Benjamin Uzochukwu, Université du Nigeria)

B. Évaluation des technologies de santé des vaccins Covid-19 en Éthiopie (Firmaye Bogale, Institut éthiopien de santé publique)

C. Modélisation économique et épidémiologique des stratégies de distribution du vaccin COVID dans les pays africains (Dr Yang Liu, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

D. Collecte de données probantes pour éclairer les décisions d'achat du vaccin COVID-19 : Une boîte à outils pour les pays africains (Dr Tom Drake, Center for Global Development

E. Évaluation des technologies de santé des vaccins Covid-19 au Kenya (Stacey Orangi, KEMRI)

Évaluation des Technologies de la Santé des vaccins Covid-19 au Nigeria

Présentateur : Benjamin S.C. Uzochukwu, Université du Nigeria

Introduction

La pandémie de COVID-19 a eu un impact variable à plusieurs niveaux au Nigeria. Dans le cadre de son contrôle, trois vaccins COVID-19 très efficaces (Moderna, Oxford-Astra Zeneca, et Johnson and Johnson) ont été déployés au Nigeria. Cependant, l'accès à ces vaccins a été limité et leur déploiement lent. On dispose également de peu de données probantes sur l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité comparatifs des interventions alternatives contre le COVID-19, y compris la vaccination contre le COVID-19 dans le contexte nigérian. Par conséquent, il est urgent de soutenir les principales priorités politiques nationales et régionales sur le COVID-19 en présentant des approches fondées sur des données probantes dans l'évaluation des technologies de la santé (ETS) pour conceptualiser et évaluer les stratégies de vaccination contre le COVID-19 au Nigeria.

Objectif

L'objectif de cette ETS est de fournir aux décideurs des données probantes sur la stratégie optimale de vaccination contre le COVID-19 afin de soutenir les priorités politiques découlant du contexte nigérian. L'ETS porte sur quatre vaccins : Moderna,

Pfizer-BioNTech, Oxford-Astra Zeneca, et Johnson and Johnson. Quant à l'analyse coût-efficacité (ACE), elle s'est concentrée sur les questions suivantes :

1. Quels vaccins Covid-19 faut-il acheter et à quel prix ? Quel est le prix maximum à payer ?
2. Quelle est la meilleure façon d'administrer chaque vaccin ou tous les vaccins ?
3. Quel est le coût et le rapport coût-efficacité de la vaccination des personnes âgées de 18 à 49 ans ?

L'analyse coût-efficacité suppose une période de mise en œuvre de 12 mois pour tous les scénarios et toutes les stratégies de distribution (campagne, campagne ciblée, établissement de santé).

Résultats majeurs

Les résultats montrent que les vaccins COVID-19 évalués dans le cadre de cette ETS peuvent être très efficaces et rentables, bien que le prix par dose et les groupes d'âge prioritaires pour la vaccination constituent un déterminant important de ce dernier. Si l'on se place uniquement du point de vue du système de santé, l'ECA de novo présentée suggère que les vaccins produits par AstraZeneca et Johnson & Johnson pourraient représenter des choix optimaux du point de vue du Nigéria. Si les fonds sont prélevés sur les budgets de santé actuels, les vaccins dont le prix est inférieur à 10 USD/dose et, de préférence, à 6 USD/dose ou moins, se comparent favorablement à d'autres technologies qui pourraient être fournies dans le cadre du budget de santé. En outre, il est plus rentable de donner la priorité à la cohorte des 50 ans et plus pendant la phase 2 du déploiement. Cependant, les différents types de stratégies de distribution font peu de différence dans les résultats.

Implications

Les coûts de chacune des stratégies de diffusion (campagne, campagne ciblée, établissement de santé) ne diffèrent que légèrement et ne semblent pas avoir d'impact sur le rapport coût-efficacité relatif. Cependant, les coûts ne sont pas ajustés en fonction des différents scénarios de mise à l'échelle et il est possible que des contraintes non modélisées affectent la mise en œuvre.

Évaluation des technologies de santé des vaccins COVID-19 en Éthiopie

Présentateur : Firmaye Bogale, Institut éthiopien de santé publique

---

Objectif:

Comme tous les pays, l'Éthiopie a subi d'importantes conséquences économiques et sanitaires du COVID-19 et espère utiliser les vaccins pour atténuer la plupart de ses effets. Cependant, les questions concernant les vaccins à acheter et les personnes à vacciner n'ont toujours pas de réponse claire. Compte tenu des incertitudes entourant le COVID-19, il est nécessaire de procéder à une évaluation des technologies de la santé afin de

prendre des décisions éclairées sur le vaccin COVID-19. Cette évaluation devrait éclairer la stratégie nationale en matière de vaccins et permettre d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix pour la campagne.

En conséquence, ce projet vise à répondre aux trois questions politiques ci-dessous :

1. Quels vaccins COVID-19 faut-il acheter, et en quelle quantité ?
2. Quelle est la meilleure façon de distribuer les vaccins - postes fixes, campagnes de vaccination ou postes de sensibilisation ?
3. Quel est le coût et le rapport coût-efficacité de la vaccination des différents groupes cibles ?

Cette question a été modélisée pour quatre vaccins, Pfizer-BioNTech, Oxford-Astra Zeneca, Johnson and Johnson et Sinopharm. L'analyse coût-efficacité suppose une période de mise en œuvre de 24 ou 36 mois pour tous les scénarios et stratégies de distribution.

En outre, l'interprétation des preuves a été contextualisée en tenant compte de l'équité/ l'accès, de l'hésitation à se faire vacciner, de l'impact budgétaire, des questions de mise en œuvre et des avantages et inconvénients plus généraux.

Résultats majeurs:

Du point de vue du système de santé, cette recherche a montré que certains vaccins étaient très rentables en Éthiopie. Dans certains cas, l'impact des vaccins sur la réduction des hospitalisations et des autres coûts de traitement lié au COVID-19 a permis à l'ensemble du système de santé de réaliser des économies.

Cette étude a révélé que le coût des vaccins était un facteur beaucoup plus important que l'efficacité pour déterminer quels vaccins offraient le meilleur rapport qualité-prix en Éthiopie. Cela suggère que les vaccins fabriqués par Johnson and Johnson ou AstraZeneca pourraient constituer le choix optimal. Toutefois, si d'autres fournisseurs devaient réduire le prix auquel ils sont prêts à vendre leurs vaccins en Éthiopie, ils pourraient devenir comparables.

L'impact et l'évaluation économique des stratégies vaccinales COVID-19 dans différents contextes de population et d'épidémie dans les pays africains

Présentateur : Dr Yang Liu, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres

---

L'énorme charge de morbidité résultant de la pandémie de COVID-19 a suscité des efforts sans précédent pour développer et distribuer des vaccins COVID-19. D'ici la fin de l'année 2021, près de 30 vaccins auront été approuvés dans au moins un pays. Alors que la demande de vaccins continue d'augmenter (en raison de l'émergence de variantes préoccupantes (VoC) ou de l'affaiblissement potentiel de l'immunité), la production et l'approvisionnement en vaccins ont eu du mal à rattraper le retard. Tirer le meilleur parti d'un nombre limité de vaccins reste une question politique pertinente pour les

décideurs de santé publique du monde entier.

Dans le cadre de notre projet, nous avons évalué les résultats sanitaires et économiques associés à différentes stratégies vaccinales dans un large éventail de contextes de population et d'épidémies parmi les pays africains. Les données existantes sont principalement basées sur des contextes à revenu élevé et aux ressources abondantes, avec un bon accès et la capacité de distribuer de grands volumes de vaccins. Cependant, une taille unique ne convient pas forcément à tous. Les contextes qui ont déjà été explorés partagent souvent des caractéristiques clés (par exemple, la structure d'âge de la population, les conditions d'approvisionnement en vaccins) qui affectent la dynamique de la transmission du COVID-19 mais qui ne sont pas applicables ailleurs dans le monde.

le monde. Nous avons abordé cette question en paramétrant ces caractéristiques en fonction des contextes locaux. Nous avons également examiné le défi unique que représente le déploiement des vaccins au fur et à mesure de la propagation des VoCs (par exemple Omicron).

Au niveau national, nous avons utilisé les tailles de population, les structures d'âge et les matrices de contact synthétiques pour construire la dynamique de base de la population, puis Google Mobility et l'indice de rigueur des politiques Oxford COVID-19 pour approcher la déviation des comportements humains par rapport à la ligne de base susmentionnée. Nous avons adapté un modèle de dynamique de transmission par âge pour observer la mortalité liée au COVID-19 afin d'estimer la taille des épidémies existantes avant (et pendant) le déploiement du vaccin. Nous avons considéré cinq types d'effets du vaccin (c'est-à-dire la prévention des infections, des maladies, des maladies graves, de la mortalité et de la transmission) et exploré une gamme de dynamiques de dosage potentiellement réalisables.

Nous avons projeté les résultats sanitaires associés à différentes stratégies de dynamique de dosage du vaccin et présenté les coûts totaux, les pertes en années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) et en années de vie corrigées de la qualité (QALY) évitées, tant au niveau national que régional.

Collecter des preuves pour informer les décisions d'achat de vaccins COVID-19 : Une boîte à outils pour les pays africains

Présentateur : Dr. Tom Drake, Centre pour le développement global

---

Les vaccins sont essentiels pour contrôler le COVID-19 en Afrique, mais les stocks disponibles sur le continent restent extrêmement faibles - dans la plupart des pays, les doses ne suffisent même pas à vacciner 1 personne sur 10. Les institutions mondiales, régionales et nationales ont créé des mécanismes pour se procurer des vaccins et les déployer auprès de leurs populations. Ces organisations sont confrontées à des

décisions importantes, susceptibles de protéger les sociétés et les économies de nouveaux chocs COVID-19, mais présentant également un risque pour les services essentiels si le coût des vaccins COVID-19 épuise les rares budgets de santé.

Nous avons mis au point une boîte à outils destinée à aider le personnel technique et les décideurs des pays qui souhaitent utiliser l'évaluation des technologies de la santé (ETS) pour l'achat des vaccins COVID-19. Après avoir présenté le processus d'ETS, il se concentre sur la collecte de données probantes, en soulignant les types d'informations utiles pour prendre des décisions éclairées, et les options de cadres pour exploiter les données. La boîte à outils indique également les preuves existantes pertinentes, les ressources et les considérations clés tirées des expériences recueillies depuis le début de la pandémie.

La présentation décrira brièvement l'objectif et la structure de la boîte à outils, en soulignant ce à quoi elle peut servir et ce à quoi elle ne peut pas servir. La boîte à outils est disponible ici.

Évaluation des technologies de la santé des vaccins COVID-19 au Kenya

Présentateur : Stacey Orangi, KEMRI-Wellcome Trust

Contexte :

Le gouvernement kenyan a donné la priorité à la vaccination comme mesure de santé publique vitale pour contenir la maladie COVID-19 dans le pays. Cependant, les contraintes de ressources nécessitent une analyse coût-efficacité de la mise en œuvre de diverses stratégies de vaccination dans le pays.

Méthodes:

Nous avons utilisé un modèle de transmission SEIRS SARS-CoV-2 structuré par âge avec vaccination pour projeter les résultats épidémiologiques de la mise en œuvre de diverses stratégies de vaccination dans le pays. Ensuite, nous avons estimé le rapport coût-efficacité des différentes stratégies de vaccination. Nous avons comparé 3 scénarios de vaccination par rapport à un cas d'absence de vaccination : une couverture de 30 % (minimale), 50 % (médiane) et 70 % (optimiste) de la population adulte d'ici juin 2022 en donnant initialement la priorité aux groupes d'âge à haut risque. Ces scénarios ont été évalués dans deux contextes : 1) sans variante d'échappement immunitaire et avec une variante d'échappement immunitaire, et 2) un déploiement rapide de la vaccination et un déploiement non rapide de la vaccination. Le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) de chaque option par rapport à l'absence de vaccination a été estimé en calculant le coût différentiel d'une stratégie par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) évitée. Une stratégie est considérée comme rentable si le coût différentiel par AVCI évitées est inférieur à 50% du PIB par habitant du Kenya (919,105 USD).

Conclusions/Interprétation :

En l'absence d'une nouvelle variante au Kenya, une couverture minimale (30 %) avec un déploiement rapide permet d'obtenir le coût le plus bas par AVCI évitée car une telle politique permet de vacciner rapidement toute la population la plus à risque. En cas de cinquième vague due à une variante d'échappement immunitaire, les RCED sont réduits car il y a plus de cas à prévenir pour le même niveau de couverture. Les investissements réalisés dans le programme de vaccination COVID-19 pour augmenter la couverture permettront de réduire le nombre d'hospitalisations et de décès, mais ces avantages s'accompagnent d'une charge financière élevée. La situation actuelle au Kenya, après quatre vagues de COVID-19, est que l'on pense que plus de 80% de la population a connu une infection naturelle et une immunité de haut niveau. La présente étude montre que le rôle de la vaccination dans un tel contexte favorise un déploiement rapide auprès des personnes les plus exposées au risque de maladie grave, c'est-à-dire les groupes d'âge plus élevés et les personnes présentant des comorbidités.

Session organisée 3-1

L'impact de COVID-19 sur le financement de la santé dans les pays à faible et moyen revenu : Résultats du Burkina Faso, du Kenya et de l'Ouganda.

Anooj Pattnaik, ThinkWell, Edwine Barasa, Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya, Marie-Jeanne Offosse, ThinkWell, Ouagadougou, Burkina Faso et Orokia Sory, Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso, Stacey Orangi, Institut de gestion des soins de santé, Université Strathmore, Nairobi, Kenya, Angela Kairu, Kemri-Wellcome Trust, Nairobi, Kenya et Ileana Vilcu, ThinkWell, Genève, Suisse, Freddie Sengooba, Département de politique, planification et gestion de la santé, École de santé publique de l'Université Makerere, Ouganda.

Description

Le COVID-19 a eu un impact considérable sur la santé, la société et l'économie dans le monde entier. Une dynamique clé de la pandémie est son interaction bidirectionnelle avec le système de santé. D'une part, la capacité des fonctions du système de santé affecte l'efficacité de la réponse du pays à la pandémie, et d'autre part, la nature, l'échelle, les impacts sanitaires et non sanitaires de la pandémie, et les stratégies de réponse des pays affectent les fonctions du système de santé d'une manière qui influence la résilience des systèmes de santé. C'est particulièrement le cas dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM) dont les systèmes de santé sont fragiles. La résilience réduit la vulnérabilité des systèmes de santé aux crises et garantit qu'ils s'adaptent pour continuer à fournir des services de bonne qualité et répondre de manière appropriée aux nouveaux besoins sanitaires. La compréhension de cette interaction entre la pandémie et les fonctions du système de santé est importante pour fournir des preuves sur la manière de : a) renforcer les systèmes de santé pour mieux répondre à la pandémie et b) façonner la réponse du gouvernement à la pandémie de manière à minimiser les impacts sanitaires et socio-économiques involontaires et nuisibles. En d'autres termes, ces données sont utiles pour trouver des moyens de renforcer la résilience des systèmes de santé face à COVID-19 et à d'autres pandémies futures.

Cette étude transnationale menée dans trois pays africains de PRFM (Burkina Faso, Kenya et Ouganda) se concentre sur la fonction de financement de la santé du système de santé et examine a) comment la pandémie de COVID-19 et la réponse du gouvernement à celle-ci ont eu un impact sur leurs systèmes de financement de la santé, et b) comment les arrangements de financement de la santé existants et adaptés ont affecté la capacité de ces pays à répondre à la pandémie.

En utilisant le Burkina Faso, le Kenya et l'Ouganda comme études de cas, cette session explorera comment la pandémie de COVID-19 et les systèmes de financement de la santé des PRFM ont influencé la résilience des systèmes de santé. Le KEMRI-Wellcome Trust ouvrira la session par une présentation de l'étude transnationale et de ses principales conclusions. Ensuite, des intervenants de ThinkWell et de Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE) au Burkina Faso, de KEMRI-Wellcome Trust au Kenya, et de l'école de santé publique de l'université de Makerere en Ouganda partageront les expériences de leurs pays, en expliquant comment les dispositions en matière d'achat et de gestion des finances publiques ont été adaptées pour répondre à COVID-19 et comment elles ont influencé la réponse à la pandémie dans leur pays. ThinkWell animera une session de "questions-réponses", en transmettant les questions du public aux intervenants.

L'impact du COVID-19 sur le financement de la santé au Kenya, au Burkina Faso et en Ouganda

Edwine Barasa, Unité de recherche en économie de la santé, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya.

Contexte

La pandémie de COVID-19 a eu des impacts sanitaires et socio-économiques considérables dans le monde entier. L'une des principales dynamiques de la pandémie est son interaction bidirectionnelle avec le système de santé. D'une part, la capacité des fonctions du système de santé affecte l'efficacité de la réponse du pays à la pandémie ; d'autre part, l'impact de la pandémie et les stratégies de réponse des pays mettent à l'épreuve la résilience des systèmes de santé et de leurs fonctions. L'une de ces fonctions est le financement de la santé, qui joue un rôle essentiel dans la réponse à la pandémie et le maintien de la prestation des services de santé de base. Nous avons mené une étude au Burkina Faso, au Kenya et en Ouganda qui s'est concentrée sur l'interaction entre la pandémie et la fonction de financement de la santé de leurs systèmes de santé.

Buts et objectifs

Nous avons cherché à examiner a) comment la pandémie de COVID-19 et la réponse du gouvernement à celle-ci ont eu un impact sur leurs systèmes de financement de la santé, et b) comment les dispositions existantes et adaptées de financement de la santé ont affecté la capacité de ces pays à répondre à la pandémie.

Méthodes

Nous avons utilisé une approche d'étude de cas comparative qui fait appel à des méthodes quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives (par exemple, les données sur les budgets et les dépenses) ont été extraites de l'examen des documents et analysées de manière descriptive dans MS Excel. Pour les données qualitatives, nous avons échantillonné à dessein des décideurs et des gestionnaires nationaux et régionaux du secteur de la santé, des gestionnaires d'établissements de santé et du personnel de première ligne (au niveau des soins de référence et primaires) dans chaque pays. Nous avons recueilli des données en combinant des entretiens approfondis semi-structurés et des examens de documents et de dossiers administratifs. La triangulation des données qualitatives et quantitatives a été utilisée pour renforcer la rigueur de l'étude. Une approche thématique a été utilisée pour l'analyse.

Résultats

Cette étude transnationale a mis en évidence (1) la manière dont les gouvernements du Burkina Faso, du Kenya et de l'Ouganda ont mobilisé les ressources pour répondre à la pandémie, (2) les services COVID-19 achetés et les modalités d'achat utilisées, (3) l'évolution des règles et des pratiques d'achat pendant la pandémie et les opportunités saisies et/ou manquées, et (4) les leçons sur les adaptations de la gestion des finances publiques, en particulier pendant les urgences telles que la pandémie de COVID-19.

Conclusion

Il est important de comprendre l'interaction entre la pandémie et les différents aspects de la fonction de financement de la santé afin de fournir des preuves sur la façon de a) renforcer le système de financement de la santé pour mieux répondre aux crises et b) façonner la réponse du gouvernement aux pandémies de manière à minimiser les impacts sanitaires et socio-économiques involontaires et nuisibles. Cette analyse transnationale renforce la transférabilité de ces résultats à des contextes similaires dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Réformes de la PFM et gestion du COVID-19 dans le secteur de la santé : le cas du Burkina Faso

Marie-Jeanne Offosse, ThinkWell, Ouagadougou, Burkina Faso et Orokia Sory, Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso.

Contexte

Les premiers cas de COVID-19 au Burkina Faso ont été confirmés le 9 mars 2020. Début mai, le gouvernement a mis en place le Comité national de gestion de la réponse. Cinq ministères, dont le ministère de la Santé, ont été impliqués dans la mise en œuvre du plan de réponse au COVID. Pour répondre à la pandémie tout en continuant à fournir d'autres services de santé essentiels, le gouvernement du Burkina Faso a adopté des réformes rapides du financement de la santé, notamment en matière de gestion des finances publiques (GFP) pour la mobilisation des recettes.

Buts et objectifs

Cette étude vise à évaluer les principaux changements dans les dispositions de financement de la santé en relation avec la réponse du Burkina Faso à la pandémie de COVID-19.

Méthodes

L'étude fait partie d'une évaluation transnationale avec un questionnaire standard ajusté pour se concentrer sur les parties prenantes pertinentes au Burkina Faso. Une analyse documentaire détaillée de la littérature sur les systèmes et pratiques de GFP à différents niveaux de gouvernement au Burkina Faso a été entreprise, suivie d'entretiens avec des informateurs clés sur les changements dans les dispositions et pratiques de mobilisation des recettes au niveau national. Une approche thématique a été utilisée pour l'analyse.

Principaux résultats

Le budget 2020 du ministère de la Santé a été révisé pour allouer 78 millions USD au financement de la réponse à la pandémie, y compris des incitations pour motiver les agents de santé. La nouvelle ligne budgétaire a été cofinancée par le gouvernement en réaffectant certains fonds alloués au MdS et à d'autres ministères de tutelle, et par les donateurs par le biais d'un soutien budgétaire direct. L'amendement budgétaire a permis d'ajouter 43 millions USD aux 335 millions USD initialement prévus dans le budget 2020 du ministère de la Santé.

Pour mobiliser davantage de ressources, un compte de trésorerie (compte MoH COVID-19) a été créé pour le dépôt direct et les transferts bancaires. Le ministère de la Santé a organisé des événements de collecte de fonds pour recueillir des espèces et des chèques auprès d'entreprises privées et de particuliers. Ces fonds ont ensuite été déposés sur ce compte de trésorerie.

Pour faciliter la mise en œuvre du plan d'intervention COVID-19, le gouvernement a rationalisé les procédures d'achat du ministère de la Santé. Le recours à une source unique (accord direct) a été autorisé, ce qui a permis de raccourcir les processus d'approvisionnement en équipements de traitement du COVID-19.

Conclusion

Bien que la pandémie de COVID-19 ait perturbé la prestation des services au Burkina Faso, en particulier les services préventifs, elle a ouvert la voie à des réformes des dispositions de GFP dans le secteur de la santé. La réaffectation du budget général du gouvernement pour répondre à une crise sanitaire, les approches innovantes pour la mobilisation des fonds publics et privés, ainsi que la rationalisation des procédures de passation de marchés sont des réformes qui peuvent être employées lors de futures crises sanitaires.

L'impact de COVID-19 sur le financement de la santé au Kenya

Stacey Orangi, Institut de gestion des soins de santé, Université de Strathmore, Nairobi, Kenya, Angela Kairu, Kemri-Wellcome Trust, Nairobi, Kenya et Ileana Vilcu, ThinkWell, Genève, Suisse.

Contexte

Fin octobre 2021, plus de 252 000 cas confirmés de COVID-19 et plus de 5 000 décès ont été signalés au Kenya. Face à la pandémie, le système de santé kenyan a dû continuer à fournir des services de base tout en veillant à ce qu'il soit en mesure de répondre à la pandémie. Le financement de la santé est une fonction clé du système de santé dont la performance a un impact sur ces deux objectifs.

Buts et objectifs

Cette étude a examiné comment le gouvernement du Kenya a adapté ses dispositions en matière d'achats et de gestion des finances publiques (PFM) pour répondre à COVID-19 et comment celles-ci ont influencé la réponse à la pandémie dans le pays.

Méthodes

Pour mieux comprendre cette situation, nous avons mené une étude transversale qualitative et quantitative au niveau national et dans trois comtés du Kenya sélectionnés à dessein. Nous avons recueilli des données qualitatives à l'aide d'entretiens approfondis (n=55) et effectué des examens de documents pour extraire des données budgétaires quantitatives. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant une approche thématique, tandis que les données qualitatives ont été analysées de manière descriptive dans MS Excel.

Principaux résultats

Les services COVID-19 proposés dans les comtés comprennent le dépistage, l'isolement et la gestion des cas, ainsi que la vaccination. Dans les trois comtés, ces services sont achetés par le département de la santé du comté et le ministère national de la santé et sont fournis en grande partie par les établissements de santé publics. Les services COVID -19 sont payés à l'aide de budgets basés sur des programmes. Bien que le Fonds national d'assurance hospitalière (NHIF) n'ait pas formellement intégré les services COVID-19 dans son paquet de prestations, des efforts sont faits pour inclure la gestion des cas COVID-19 dans certains de ses programmes et les rembourser par le biais des méthodes de paiement existantes (capitation, rémunération des services, paiements par cas et indemnités journalières).

Les systèmes PFM existants dans les trois comtés sont restés inchangés, mais le processus de budgétisation a été assoupli pour inclure les activités liées à la COVID-19. Les comtés (deux sur trois) où les établissements de santé manquaient d'autonomie opérationnelle et financière étaient moins à même de répondre aux besoins urgents des établissements, ce qui a entraîné des retards dans les achats.

Conclusion

Nos résultats montrent qu'il est nécessaire d'accroître l'accès aux services COVID-19 en les incluant dans le paquet de prestations du NHIF et en invitant davantage d'établissements privés et confessionnels à offrir ces services. En outre, bien que les systèmes actuels de gestion des finances publiques aient été flexibles pour répondre à la pandémie, des adaptations telles que la garantie de l'autonomie financière des établissements sont essentielles pour rendre le système de financement de la santé plus résistant aux pandémies.

Modalités d'achat et ajustements adoptés pour financer la riposte au COVID-19 en Ouganda : Aperçus des gouvernements locaux et des agents de premières lignes

Freddie Sengooba, Département des politiques de santé, de la planification et de la gestion, École de santé publique de l'Université de Makerere, Ouganda.

Contexte

Comme dans de nombreux pays, le système décentralisé de l'Ouganda transmet la responsabilité de la prestation des services de santé aux gouvernements locaux. La capacité de ces gouvernements locaux à résister aux pandémies et à maintenir la prestation des services de santé est essentielle. Au début de la pandémie de COVID-19, le gouvernement de l'Ouganda (GoU) a mobilisé des fonds pour financer les réponses des gouvernements nationaux et locaux. La mobilisation, l'allocation et l'utilisation efficaces des ressources sont essentielles à la résilience des systèmes de santé lors des urgences sanitaires. Les interactions entre la réponse de l'Ouganda à la pandémie de COVID-19 et ses systèmes de gestion des finances publiques (PFM), ainsi que les adaptations entreprises lors de cette crise, peuvent nous apprendre beaucoup.

Buts et objectifs

Cette étude évalue les mécanismes de financement de l'Ouganda dans le cadre de COVID-19, en documentant la manière dont les accords d'achat de produits de santé ont été adaptés et en comparant les niveaux d'autonomie de jure et de facto pour la prise de décision fiscale et opérationnelle par les districts et les établissements de santé. L'étude décrit l'évolution du financement COVID-19 pendant la pandémie, en s'intéressant à la manière dont les fonds ont été mobilisés et utilisés pour payer les prestataires, ainsi qu'à la manière dont ils ont été comptabilisés.

Méthodes

Une étude transversale a été menée dans 43 établissements de santé de 8 districts. Des entretiens approfondis au niveau national ont permis de clarifier les décisions d'achat de COVID-19. Des statistiques descriptives et comparatives ont été calculées pour montrer les progrès de la mise en œuvre, et les données qualitatives recueillies par le biais de questions ouvertes ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu conventionnelle (CCA) pour déterminer le schéma des flux financiers et les priorités de dépenses pour les interventions COVID-19. Des informations supplémentaires ont été extraites des lois, politiques et directives pertinentes.

Principaux résultats

Cette étude a déterminé l'autonomie fiscale et opérationnelle dont disposent les gouvernements et les établissements infranationaux au sein du système de santé publique. Les résultats ont mis en évidence (1) comment le GoU a mobilisé les ressources pour répondre à la pandémie, (2) quels services COVID-19 ont été achetés, et les modalités d'achat utilisées, (3) l'évolution des règles et des pratiques d'achat stratégique pendant la pandémie et quelles opportunités ont été saisies et/ou manquées, et (4) les leçons sur les adaptations concernant les ajustements vitaux dans la PFM, en particulier pendant les urgences comme COVID-19.

Conclusion

La pandémie COVID-19 a suscité des efforts rapides de la part du gouvernement pour mobiliser des fonds et des allocations aux prestataires de services. De nouvelles approches d'achat sont apparues, ce qui a entraîné des ajustements des pratiques de GFP. L'expérience de l'Ouganda permet de savoir si les urgences sanitaires peuvent inciter le gouvernement à accorder une plus grande autonomie fiscale et opérationnelle aux gouvernements locaux et aux établissements de première ligne.

Session organisée 3-2

L'utilisation des données et des preuves pour la prise de décision dans ETS : adoption d'un processus de délibération sur les preuves comme mécanisme de renforcement de la prise de décision dans l'évaluation des technologies de la santé.

Auteurs : M. Gavin Surgey, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Pays-Bas, Brian Asare, Ministère de la Santé, Accra, Ghana, Tommy Wilkinson, Banque mondiale, Washington, DC, Warren Mukelabai Simangolwa, HEARD, Health Economics Aids Research Division, UKZN, Lusaka, Zambie.

Description

L'utilisation des données et des preuves pour la prise de décision dans ETS : adopter un processus de délibération sur les preuves comme mécanisme pour renforcer la prise de décision dans l'évaluation des technologies de la santé.

Résumé du panel

Avec des ressources limitées, des choix difficiles doivent être faits sur ce qui est couvert.

On a de plus en plus recours aux données probantes de l'économie de la santé pour appuyer la prise de décision, mais on se rend compte que la prise de décision ne doit pas reposer uniquement sur le rapport coût-efficacité (ACE) et qu'il faut intégrer les critères de valeur d'un pays, comme les critères liés à la maladie et à l'intervention, les critères liés aux caractéristiques des groupes sociaux et ceux liés à la protection contre les effets financiers et sociaux de la mauvaise santé [1].

Il est nécessaire de disposer de processus et de procédures équitables pour prendre en compte les multiples considérations et gérer les tensions et les compromis. Étant donné que les gens ne seront pas d'accord sur les compromis à faire, un engagement envers des processus équitables peut aider à relever ces défis. C'est dans ce contexte qu'un processus de délibération fondé sur des données probantes peut aider à gérer ces compromis, ce qui permet une prise de décision plus juste et plus légitime.

Les pays utilisent et prennent en compte des données différentes dans leur processus décisionnel. Quelles preuves prennent-ils en compte et comment ? Cette session réfléchira à la manière dont les différents pays prennent en compte les différents types de preuves pour prendre des décisions légitimes.

Structure de la session

La session commencera par le modérateur qui plantera le décor en donnant un aperçu des expériences en matière de fixation des priorités et des preuves utilisées pour la prise de décision. Il y aura des commentaires sur le rôle des critères de valeur et sur la façon dont ils sont dérivés et utilisés dans les processus d'ETS des différents pays. Ensuite, les cinq panélistes présenteront leurs travaux relatifs à l'utilisation des données probantes dans ETS dans les différents pays, suivis d'une séance de questions-réponses.

Résultats et objectifs

Les objectifs de ce panel seront de partager les expériences de l'utilisation de différents critères alors que les pays se dirigent vers l'institutionnalisation de ETS pour l'établissement des priorités.

[1] Norheim, O.F., Baltussen, R., Johri, M. et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health) : the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. Cost Eff Resour Alloc 12, 18 (2014). https://doi.org/10.1186/1478-7547-12-18

L'utilisation des données probantes et le processus d'ETS au Ghana

Brian Asare, ministère de la Santé, Accra, Ghana

Le Ghana s'est engagé à réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU) et s'est efforcé à encourager la prise de décision fondée sur des données probantes afin de garantir que la mutuelle nationale d'assurance maladie (NHIS) fonctionne pour les 30 millions de citoyens ghanéens en mettant en place l'ETS. Pour parvenir à une couverture sanitaire universelle durable, le Ghana a reconnu qu'il fallait élaborer des cadres pour la fixation des priorités. Sur la voie du CHU, le Ghana devait faire des choix dans la conception des cadres et des processus d'ETS. Il a été convenu de suivre un processus délibératif fondé sur des données probantes (EDP), adapté au contexte du pays et basé sur les leçons tirées de l'utilisation de données probantes et de la négociation dans l'examen des directives nationales de traitement standard et de la liste des médicaments essentiels. Un travail a été effectué avec le comité d'ETS du Ghana sur les types de critères pouvant être utilisés pour la prise de décision, y compris des facteurs autres que les données cliniques et économiques, tels que les questions éthiques, juridiques ou sociales. Tout au long du développement du ETS, des travaux ont été réalisés avec les parties prenantes du pays pour améliorer la compréhension des choix dans les processus et le cadre théorique des EDP. Ce travail présentera le processus que le Ghana a suivi pour concevoir son cadre d'ETS, depuis la création de ses structures d'ETS, en passant par la rédaction de chaque étape des lignes directrices du processus ETS par les structures d'ETS du pays, jusqu'à la mise en œuvre des premiers projets liés à l'ETS pour éclairer l'élaboration des politiques. Nous constatons que l'incorporation des idéaux des processus existants et l'implication des décideurs dans la conception plus peuvent contribuer au succès d'ETS. De plus, l'incorporation de données probantes au-delà de la concentration exclusive sur le rapport coût-efficacité se traduira par des processus d'établissement des priorités plus équitables.

Des preuves et un processus de décision en Tanzanie

M. Gavin Surgey, Centre médical de l'Université Radboud, Nijmegen, Pays-Bas

Le rôle de l'ETS est de plus en plus reconnu comme une composante importante pour atteindre la CHU grâce à une allocation plus efficace des ressources. Il n'existe pas de mécanisme formel d'établissement des priorités en Tanzanie, et les processus décisionnels actuels n'intègrent pas l'analyse économique de la santé (efficience, efficacité, valeur et comportement). Les décisions sont prises par les dirigeants au niveau national et sont prises de manière bureaucratique, avec peu ou pas de preuves à l'appui. Des débats très animés entre les chercheurs, les politiciens et les communautés ont appelé à des discussions plus systématiques au niveau du ministère. Alors que la Tanzanie se dirige vers une couverture universelle, les réformes sont axées sur l'amélioration de l'efficacité. Les services de santé ne sont pas bien définis et il y a un besoin désespéré d'ETS pour aider à définir les services prioritaires ainsi qu'un processus pour le faire, afin d'assurer le meilleur rapport qualité-prix et l'adhésion des parties prenantes aux décisions de couverture. Ce travail vise à présenter, en tant qu'étude de cas, la mise en place réussie du comité d'ETS de Tanzanie en 2017/18. Il vise à répondre à la question suivante : Comment introduire l'ETS de telle sorte qu'elle devienne une partie intégrante de la prise de décision de routine pour la planification et la politique opérationnelle au sein du système de soins de santé lorsqu'il y a un manque de capacités

et de données. La présentation mettra en évidence la manière dont les décisions sont prises et dont les données probantes sont utilisées dans un environnement où elles sont rares. Nous montrerons comment le processus d'ETS a été simplifié, mais en utilisant les preuves disponibles, nous pouvons améliorer le processus de prise de décision, ce qui conduit à un système de soins de santé plus efficace.

Données probantes et méthodes d'ETS pour la sélection des médicaments en Afrique du Sud

Tommy Wilkinson, Banque mondiale, Washington, DC

Le programme des médicaments essentiels (EDP) en Afrique du Sud vise à garantir que des médicaments essentiels abordables et de bonne qualité soient disponibles à tout moment, en quantités suffisantes, dans des formes de dosage appropriées, pour tous les citoyens. Les nouvelles technologies de santé introduisent des coûts supplémentaires pour le système de santé, ce qui signifie que leur disponibilité pose des défis pour la définition des priorités, l'allocation des ressources et les choix de soins aux patients. Des choix doivent être faits entre les interventions alternatives pour une maladie donnée et le traitement ou la prévention de celle-ci. Afin de faire ces choix complexes, l'EDP vise à utiliser les meilleures preuves disponibles en utilisant une approche qui est systématique, impartiale et transparente.

Un processus d'ETS a été développé pour l'EDP qui se concentre sur les méthodes de production et d'utilisation des preuves pour les médicaments. Ce processus s'inscrit dans le contexte du système d'évaluation des technologies de la santé (ETS) en cours de développement en Afrique du Sud. Ce système d'ETS en Afrique du Sud va au-delà d'un exercice technique et incorpore une série de jugements de valeur sociaux et scientifiques pour informer une approche responsable pour déterminer quelles technologies de santé sont financées dans le système de santé publique. Cette présentation décrit les méthodes d'ETS utilisées dans le cadre du processus décisionnel existant dans le contexte actuel de l'Afrique du Sud et dans les structures futures de l'assurance maladie nationale.

Intégration de l'EDP et d'ETS dans la révision du HBP de la Zambie

Warren Mukelabai Simangolwa, HEARD, Health Economics Aids Research Division, UKZN, Lusaka, Zambie

Contexte

Le ministère zambien de la Santé a récemment lancé un processus de révision du programme national de soins de santé (NHCP) de 2012. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'un processus plus large d'efficacité de l'allocation des ressources en matière de santé, visant à améliorer la rentabilité des dépenses de santé. Pour y parvenir, une feuille de route définissant un processus par étapes, contextualisé à partir des initiatives internationales d'aide à la décision en dix étapes - what's in and what's out - a été adoptée pour la mise en œuvre. L'évaluation économique appliquée, la mesure des coûts des interventions sanitaires, l'analyse de l'impact budgétaire, la modélisation analytique des décisions et la mesure des utilités et des préférences en matière de santé sont des

concepts clés de l'économie de la santé qui sont pertinents pour ce processus.

Approche:

Cet article passe en revue les processus que la Zambie entreprend pour améliorer l'expertise nationale en économie de la santé afin de réviser son paquet de prestations. En particulier, nous explorons deux étapes critiques de son processus de révision par étapes et nous vérifions quelles initiatives de développement des capacités sont entreprises pour le groupe multipartite nommé par le gouvernement pour diriger ce processus. Le groupe multipartite est un forum inclusif pour les partenaires de coopération, les universités, les groupes de la société civile, les ONG locales et internationales, le secteur privé, les institutions de régulation, les autres ministères de tutelle du gouvernement, les groupes de patients et les représentants du public. Leur rôle est de générer des preuves pour éclairer la prise de décision sur les processus d'ensemble de prestations et d'orienter le consensus sur la révision. Les étapes examinées sont la collecte et la synthèse des preuves et les étapes d'évaluation, correspondant aux étapes 4 et 5 du processus en dix étapes. Les résultats de ces processus comprendront la synthèse et l'évaluation des preuves sur le coût des interventions, l'espace fiscal, l'impact budgétaire, l'ACE, l'équité et la synthèse des preuves du PRF. Résultats.

Le gouvernement de la Zambie a lancé un webinaire mensuel de 60 à 90 minutes pour le groupe multipartite afin de renforcer ses capacités en économie de la santé pour le processus de révision. Ces webinaires accueillent des experts du réseau iDSI spécialisés dans l'économie de la santé. Le gouvernement a également collaboré avec l'Initiative internationale d'aide à la décision, la Banque mondiale, l'UNICEF et l'OMS pour soutenir les capacités en économie de la santé. Pour y parvenir de manière adéquate et systématique, le gouvernement entreprend une évaluation des capacités pour le groupe multipartite afin d'examiner les besoins spécifiques de développement des capacités des parties prenantes de manière à mieux cibler l'initiative de développement de l'économie de la santé.

Session Parallèle 3-1 : Oral

Impact des dépenses de santé

Élargir l'espace budgétaire au niveau de l'État à l'ère de la réforme du secteur de la santé : Preuves des États d'Abia et d'Osun au Nigéria.

Dr Iboro Nelson, *USAID State2State Project of Development Alternative Incorporated (DAI) - Nigeria, Uyo-Akwa Ibom State, Nigeria, Dr Adenekan Abayomi, USAID Health Policy Plus (HP+) Project of Palladium International Development Company - État d'Osun, État d'Osun , Nigéria, Dr Janet Ekpenyong, Agence de développement des soins de santé primaires – État de Cross River, État de Calabar-Cross River, Nigéria, Andrew Carlson, Projet USAID Health Policy Plus (HP+) de Palladium International Development Company – États-Unis et Dr Frances Ilika, USAID Projet Health Policy Plus (HP+) de Palladium International Development Company – Abuja, Abuja, Nigeria*

Introduction:

Malgré une pluralité de mécanismes de financement de la santé au Nigéria, le sous-financement flagrant par rapport aux besoins projetés, l'inefficacité et le gaspillage réduisent le fonctionnement efficace du système de santé. Pour soutenir le processus de réformes stratégiques du financement des soins de santé actuellement en cours et pousser davantage de fonds au niveau de l'État, il est nécessaire de disposer de preuves pour éclairer les politiques qui mobilisent puis aident à utiliser le financement pour la santé et soutiennent l'engagement des acteurs essentiels.

Méthodes :

Nous avons mené une revue des dépenses publiques (RDP), une analyse de l'espace budgétaire (FSA) et aidé les gouvernements des États à élaborer des plans de mobilisation des ressources (PMR) dans deux États : Abia et Osun. La RDP et la FSA ont étudié la croissance du PIB, les recettes publiques, le budget et les indicateurs de dépenses à partir des sources officielles sur la période de cinq ans 2013-2017. Sur cette base, nous avons projeté trois scénarios d'espace budgétaire pour la santé (référence, modéré et optimiste), en utilisant des hypothèses pour tenir compte de l'incertitude dans la hiérarchisation de la santé et des conditions macro-fiscales dans chaque État. Les résultats de ces analyses ont guidé l'élaboration de PGR qui ciblent l'augmentation du financement de la santé à partir de quatre sources : (1) les dépenses publiques de santé discrétionnaires, (2) les affectations, (3) l'aide extérieure et le secteur privé, et (4) les gains de l'efficacité. Les résultats ont été validés par des séances de travail dirigées par les parties prenantes.

Résultats:

Dans les deux États, le financement public du système de santé est tombé en dessous de l'objectif de 15 % de la déclaration d'Abuja. La proportion des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques générales variait d'une moyenne de 5 % à Abia à 7 % à Osun pour la période. Les budgets accordent la priorité aux dépenses de personnel (moyenne historique de 69 % du budget de la santé dans les deux États), ce qui évince d'autres intrants dans la prestation des services de santé ; tandis que les dépenses en capital sont mal priorisées (moyenne de 27%-28%). L'efficacité des dépenses en capital est encore réduite par une mauvaise exécution (moyenne de seulement 8 % à 10 % dans les deux États). Le RMP final de l'État d'Osun vise à mobiliser 85 milliards de nairas sur la période 2020-2024 ; en s'appuyant sur les scénarios FSA sous-

jacents et les stratégies d'accompagnement. A Abia, le RMP rapportera 61 milliards de nairas au cours de la même période.

Conclusion:

Dans leurs PGR, chaque secteur de la santé de l'État s'est engagé à améliorer considérablement à la fois la hiérarchisation de la santé et la performance budgétaire grâce à un meilleur suivi des données financières et aux efforts de plaidoyer fondés sur des preuves. En outre, les stratégies RMP ciblant l'inscription des non pauvres du secteur informel dans les régimes d'assurance de l'État sont très prometteuses pour mobiliser des ressources intérieures supplémentaires. Ensemble, cette approche visant à lier les résultats du financement de la santé à la planification stratégique devrait être envisagée dans d'autres États nigérians aspirant à la CSU.

Dépenses de santé catastrophiques et appauvrissement en Tanzanie : données de la récente enquête nationale auprès des ménages

Peter John Binyaruka[1], *August Kuwawenaruwa*[2], *Mariam Ally*[3], *Moritz Piatti*[3] *et Gemini Mtei*[4], *(1) Ifakara Health Institute, Dar Es Salaam, Tanzanie, (2) Ifakara Health Institute, Dar es Salaam, Tanzanie, (3) The World Bank Tanzania, (4) Env. Associates Inc., Projet de renforcement des systèmes du secteur public Plus (PS3+), Dar es Salaam, Tanzanie.*

Atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU) en garantissant l'accès à des services de santé de qualité sans difficultés financières est un objectif politique dans de nombreux pays. Ainsi, des évaluations de routine de la protection contre les risques financiers sont nécessaires pour suivre les progrès des pays vers la réalisation de cet objectif de couverture universelle. Cette étude visait à entreprendre une évaluation à l'échelle du système des dépenses catastrophiques de la santé en utilisant les données de la récente enquête nationale en Tanzanie.

Méthodes :

Nous avons utilisé des données transversales de l'enquête nationale sur le budget des ménages 2017/2018 couvrant 9 463 ménages et 45 935 individus dans les 26 régions de la Tanzanie. Ces données comprennent des informations sur l'utilisation des services, les paiements de soins de santé et les dépenses de consommation. Deux mesures de la protection contre les risques financiers (c'est-à-dire les dépenses de santé catastrophiques (CHE) et l'effet d'appauvrissement des paiements de soins de santé) ont été estimées. La prévalence du CHE a été estimée à partir de la fraction des coûts de santé par rapport aux dépenses de consommation des ménages. Nous avons utilisé le seuil de 10 % des dépenses totales et le seuil de 40 % des dépenses non alimentaires. L'incidence de la pauvreté a été estimée à l'aide des dépenses de consommation totales des ménages en considérant à la fois avec et sans les dépenses directes pour les soins de santé par rapport au seuil de pauvreté national.

Résultats :

Environ 2,6 % des ménages tanzaniens ont souffert de la catastrophe financière parce qu'ils consacrent plus de 10 % de leurs dépenses totales aux soins de santé. En outre, 1 % des ménages tanzaniens ont souffert de la catastrophe financière parce qu'ils ont consacré plus de 40 % de leurs dépenses non alimentaires aux soins de santé. De même,

environ 1 % de la population était appauvrie en raison des paiements directs.

Conclusion:

La Tanzanie devrait donner la priorité à l'expansion des mécanismes de prépaiement tels que l'assurance maladie et la fiscalité progressive pour assurer la protection financière des groupes vulnérables, en particulier les pauvres, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques. Une évaluation plus approfondie du suivi est nécessaire, en particulier pour comparer la protection financière avec la performance de la couverture des services dans l'hypothèse de la réalisation de la CSU.

Les Inégalités socio-économiques et les déterminants des dépenses de santé catastrophiques au Nigeria.

Patrick Vidzo Katana, Programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Centre de recherche en médecine géographique (Coast, Kilifi, Kenya

---

Les paiements directs élevés sont l'un des principaux facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé au Nigéria et dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire. Les informations disponibles indiquent une tendance à la hausse des paiements directs, exposant de nombreuses personnes au risque de dépenses de santé catastrophiques (CHE) et d'appauvrissement, en particulier chez les personnes pauvres. Comme la plupart des études se limitent uniquement aux montants payés de leur poche, cela peut conduire à une sous-estimation du phénomène pour les ménages qui ne peuvent pas se permettre ces paiements. Peu d'études ont examiné l'étendue des inégalités et les déterminants du CHE en Afrique subsaharienne.

En utilisant les données du panel Nigeria General Household Survey (GHSP) pour 2018-2019, cette étude examine les inégalités socio-économiques et les déterminants du CHE. Les effets catastrophiques des paiements directs dans cette étude ont été mesurés à l'aide de la méthode d'Ataguba, en appliquant un seuil initial de 10 % et y=0,8, un paramètre d'aversion à l'inégalité. L'analyse des correspondances multiples (AMC) a été utilisée pour générer l'indice de richesse et des indices de concentration pour évaluer l'inégalité ont été dérivés. La régression logistique a été utilisée pour analyser l'association entre le CHE et les variables sociodémographiques. Les résultats indiquent que 22,3 % des ménages ont subi un CHE au seuil de 10 %. 6 % des patients ambulatoires et 4 % des patients hospitalisés étaient appauvris ou passaient en dessous du seuil de pauvreté en raison de la prise en charge des soins de santé. Les indices de concentration calculés pour les services de soins de santé ambulatoires et hospitaliers étaient négatifs, ce qui indique que le CHE était concentré parmi les ménages pauvres. En outre, les résultats suggèrent que l'absence d'assurance maladie (OR=3,41, SE= 2,38, p<0,001), la vie en milieu rural (OR=2,01, SE= 1,02, p<0,005) et le faible statut socio-économique (OR= 1,48, SE= 0,57, p<0,005) étaient les variables associées au CHE. Ces résultats ont des implications politiques pour différentes parties prenantes telles que les ministres de la santé, les prestataires de soins de santé, les compagnies d'assurance.

Des politiques visant à renforcer la protection contre les risques financiers, en particulier parmi les ménages pauvres et les habitants des zones rurales, sont nécessaires pour renforcer l'équité et améliorer l'accès aux soins de santé au Nigéria.

L'impact des dépenses personnelles sur les rendez-vous manqués dans les centres de soins et de traitement du VIH dans le nord de la Tanzanie

Carl Mhina[1], Hayden Bosworth[1], John Bartlett[2] et Charles Muiruri1, (1) Duke University-Department of Population Health Sciences, Durham, NC, (2) Duke Global Health Institute, Durham, NC

Contexte

Les rendez-vous manqués à la clinique ont un impact négatif sur le flux des patients et les résultats de santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La probabilité pour les PVVIH de manquer des rendez-vous à la clinique est associée aux dépenses directes et indirectes effectuées lors de l'accès aux soins du VIH. L'objectif de cette étude était d'examiner la relation entre les dépenses de santé directes et la probabilité de rendez-vous manqués.

Méthode

Au total, 618 PVVIH âgés de plus de 18 ans fréquentant deux centres de soins et de traitement du VIH (CTC) dans le nord de la Tanzanie ont été inscrits à l'étude. La fréquentation de la clinique et les caractéristiques cliniques ont été extraites des dossiers médicaux. Les informations sur les dépenses de santé directes, la démographie et les facteurs socio-économiques ont été autodéclarées par les participants. Nous avons utilisé un modèle d'obstacle. La première partie du modèle d'obstacle a évalué l'effet marginal d'une augmentation d'un shilling tanzanien (TZS) des dépenses de santé directes sur la probabilité d'avoir un rendez-vous manqué et la deuxième partie a évalué la probabilité d'avoir des rendez-vous manqués pour ceux qui avaient manqué un rendez-vous sur la période d'étude.

Résultats

Parmi ces 618 participants, 242 (39 %) avaient manqué au moins un rendez-vous à la clinique au cours de la dernière année. Les dépenses directes n'étaient pas significativement associées au nombre de rendez-vous manqués à la clinique. Le montant médian des OOP payés était de 5 100 TZS par visite, soit environ 7 % du revenu mensuel médian. Les participants qui étaient séparés de leur partenaire (odds ratio ajusté [AOR] = 1,83, intervalle de confiance à 95 % [IC] : 1,11–8,03) et ceux âgés de plus de 50 ans (AOR = 2,85, IC à 95 % : 1,01–8,03) étaient significativement associé à l'absence d'un rendez-vous. Pour ceux qui avaient manqué au moins un rendez-vous au cours de la période d'étude, la probabilité de manquer un rendez-vous à la clinique était significativement associée à la recherche de soins dans un CTC public (P = 0,49, IC à 95 % : 0,88–0,09) et

Conclusion

Les interventions axées sur l'amélioration du respect des rendez-vous cliniques devraient cibler les CTC publics, les PVVIH âgés de > 25 à 35 ans, de plus de 50 ans et ceux qui sont séparés de leurs partenaires.

Les dépenses catastrophiques de la santé parmi les personnes vivant avec le VIH recherchant les soins dans deux centres tertiaires de soins et de traitement au Nord de la Tanzanie

Carl Mhina[1], John Bartlett[2], Charles Muiruri[1] et Hayden Bosworth[1], (1) Duke University-Department of Population Health Sciences, Durham, NC, (2) Duke Global Health Institute, Durham, NC

Introduction

Les dépenses de santé catastrophiques (CHE) signifient que les dépenses de santé d'un individu dépassent sa capacité de payer. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) encourent des CHE en raison des dépenses directes effectuées lors de l'accès aux soins du VIH. Le CHE est associé à des obstacles à l'accès et à l'observance qui ont un impact négatif sur les résultats de santé et le risque de transmission du VIH. Nous avons évalué le CHE et ses facteurs associés chez les PVVIH dans deux centres de soins et de traitement (CTC) du nord de la Tanzanie.

Méthodes

Nous avons interrogé 618 PVVIH âgés de plus de 18 ans et évalué les données sur leur démographie, leurs caractéristiques cliniques, leur statut socio-économique, leur revenu mensuel, leurs dépenses médicales directes, non médicales et indirectes et leurs stratégies d'adaptation lors de l'accès aux soins du VIH. Nous avons évalué le CHE dû au VIH comme des dépenses de santé dépassant 10 % du revenu mensuel total. Un modèle de régression logistique multivariée a été utilisé pour déterminer les prédicteurs des dépenses de santé catastrophiques.

Résultats

Le total moyen des dépenses directes de la santé par visite du VIH était de 7242 TZS (écart-type [SD] 2998). Les CHE ont été vécues par près de la moitié (45%) des PVVIH fréquentant les deux CTC. La fréquentation d'un CTC privé (AOR 1,77 ; IC à 95 % 1,19-2,64) était associée au CHE tout en étant dans le statut socio-économique supérieur (AOR 0,42 ; IC à 95 % 0,23-0,79) et en emploi (AOR 0,19 ; IC à 95 % 0,13- 0,29) protégeaient contre CHE. Emprunter de l'argent (AOR 3,69 ; IC à 95 % 2,46-5,52) et réduire le nombre de repas pour payer les soins du VIH (AOR 1,57 ; IC à 95 % 1,05-2,32) étaient des stratégies d'adaptation importantes du CHE.

Conclusion

La mise en œuvre des programmes de protection économique à long terme dans les programmes de lutte contre le VIH, tels que les projets générateurs de revenus, est essentielle pour garantir la protection des PVVIH contre le CHE. Les futures études devraient évaluer de manière longitudinale comment le CHE et ses stratégies d'adaptation peuvent avoir un impact sur les résultats de santé chez les PVVIH.

Parallel Session 3-2: Oral

Impact de la COVID sur les services de santé

Impact d'une politique de gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé lors d'une épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo : une analyse de séries chronologiques interrompues..

Prof. Serge Mayaka, MD PhD, *ECOLE DE SANTE PUBLIQUE DE KINSHASA, KINSHASA, Congo-Kinshasa*

Contexte

Lors des précédentes épidémies de maladie à virus Ebola (MVE), l'utilisation des services de santé a diminué, ce qui a retardé les comportements de recherche de soins et a affecté la santé de la population.

De mai à juillet 2018, la République démocratique du Congo a connu une épidémie de MVE. Le ministère de la Santé a introduit une politique de gratuité des soins (PGS) dans les zones de santé affectées et voisines. Nous avons évalué l'impact de cette politique sur l'utilisation des services de santé.

Buts

Cette étude visait la détermination de l'impact de la MVE sur l'utilisation des services de santé et sur la performance du système de santé dans les zones touchées ou non où sont expérimentées, sous forme de projet pilote, des stratégies de financement.

Objectifs de la recherche

(1) Intégrer l'information sanitaire de routine dans les réponses à Ebola en RDC et en tirer des leçons pour les futures crises de santé publique

(2) Déterminer les facteurs favorisants et les obstacles à la performance du système de santé qui pourraient être pertinents pour les futures urgences de santé publique en RDC

Méthodes utilisées

Nous avons utilisé une analyse contrôlée de séries chronologiques interrompues avec un modèle à effets mixtes pour estimer les changements dans les taux d'utilisation des services pendant et après la politique de gratuité des soins (PGS)

Découvertes clés

Dans l'ensemble, l'utilisation des services a augmenté par rapport aux zones de santé témoins, y compris les zones touchées par la MVE. Le nombre total de visites pour pneumonie et diarrhée a initialement plus que doublé par rapport aux zones de contrôle ($p<0,001$), tandis que les accouchements assistés et les premiers soins prénataux ont augmenté entre 20 % et 50 % ($p<0,01$). Les visites pour le DTC, les quatrièmes visites de soins prénataux et les visites de soins postnataux n'ont pas été significativement affectées. Au cours de la PGS, les taux de visites ont suivi une tendance à la baisse. La plupart des augmentations n'ont pas persisté après la fin de la PGS

Résultat majeur

La PGS a été efficace pour augmenter rapidement l'utilisation de certains services de santé à la fois dans les zones de santé affectées et non affectées par la MVE, mais cet effet n'a pas été maintenu. De telles politiques peuvent atténuer l'impact négatif des épidémies de maladies infectieuses sur la santé de la population.

Facteurs Associes Aux Connaissances Des Populations Sur La Covid-19 a Abidjan.

Desquith Angele Aka, *Direction de coordination du programme élargi de vaccination, Abidjan, Côte d'Ivoire, Lepri Nicaise Aka, Direction de coordination du programme élargi de vaccination de Cote d'Ivoire, Alla Annita Emeline Hounsa, UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques de l'Université Félix Houphouët Boigny, ABIDJAN, Côte d'Ivoire, Stephane Sable, UFR des sciences médicales de l'Université Felix Houphouet Boigny and Kouadio Daniel Ekra, Direction de coordination du programme élargi de vaccination, Côte d'Ivoire*

AKA Desquith Angèle : +2250707812934, Direction de coordination du programme élargi de vaccination de Côte d'Ivoire, aka.desquith2017@gmail.com.

AKA Lepri Nicaise, HOUNSA Alla Annita, SABLE Stéphane, EKRA Kouadio Daniel

Introduction:

La réponse sanitaire du système de santé à la Covid-19 doit impliquer les populations car leurs connaissances sur cette pathologie a des effets significatifs sur la pandémie. La Côte d'Ivoire ayant enregistré son premier cas le 11 Mars 2020 a mené de nombreuses actions pour faire face à cette pandémie.

L'objectif de cette étude était d'analyser les facteurs associés aux connaissances des populations sur la Covid-19.

Matériel et Méthodes:

L'étude transversale avec une approche mixte quantitative et qualitative s'est déroulée du 01 au 06 juin 2020 dans la région sanitaire du Grand Abidjan constituant l'épicentre de l'épidémie en Côte d'Ivoire. Cette enquête a concerné les personnes issues des ménages âgées d'au moins 18 ans. La collecte des données quantitatives s'est faite à l'aide d'un questionnaire. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel CSpro et analysées à l'aide du logiciel R pour l'enquête quantitative. Pour le volet qualitatif, les interviews ont été enregistrées et une analyse de contenu a été effectuée. Une régression logistique a été utilisé.

Résultats:

Les enquêtés étaient au nombre de 165 avec un sex ratio H/F de 0,57. La majorité des enquêtés avait un âge compris entre 40 - 49 ans avec une moyenne d'âge de 39,5 ans ± 13,2. Sur le plan scolaire, 14,5% des enquêtés n'avaient aucun niveau d'instruction et 27,3% avaient un niveau primaire. Les moyennes des scores sur les connaissances étaient faibles. En effet, la moyenne attendue était de 6, cependant la moyenne de notre population était de 4,5 et la médiane était de 4,8. La régression logistique a montré que l'âge avancé était le seul facteur favorisant les mauvaises connaissances. L'enquête qualitative a révélé 3 formes représentationnelles de l'étiologie de la maladie à savoir l'étiologie de type biomédicale où la maladie est due à un virus, l'étiologie de type traditionnelle où les populations lient cette pathologie à une sanction divine et une approche fataliste.

Conclusion :

Certains Abidjanais émettent des doutes sur l'existence de la maladie et préconisent la voie des soins traditionnels dans le recouvrement du capital santé. Les résultats de cette étude pourraient permettre de développer des interventions adaptées.

Mots clés: Connaissances, Covid-19, Abidjan

Economic impact of the Covid-19 pandemic in Africa: the case of Côte d'Ivoire

Zohore Olivier Koudou, *Université Félix Houphouët Boigny Cocody,, Abidjan, Cote d'Ivoire*

La maladie à coronavirus (COVID-19) s'est rapidement propagée de son épicentre chinois vers toutes les régions du monde, entraînant une crise sanitaire et économique mondiale. Elle a traduit au propre comme au figuré la fameuse maxime populaire qui dit que "Quand la Chine éternue, le reste du monde attrape le rhume"! Fin octobre 2020, le nombre de cas de COVID-19 avait dépassé 1,5 million en Afrique. La documentation limitée existante sur l'économie des pandémies portait sur les épidémies de grippe espagnole, du syndrome respiratoire aigu en Asie et d'Ebola en Afrique. Les débats portaient souvent sur la mortalité, avec peu de détails sur les conséquences économiques d'une pandémie. Quelques études ont examiné l'impact macroéconomique des pandémies (Lee et McKibbin, 2003 et Edwards, 2005), malgré leurs importantes implications pour l'élaboration des politiques, elles ne se sont pas explicitement consacrées à l'Afrique. Plus récemment, la Commission économique pour l'Afrique (2015) a évalué l'impact macroéconomique d'Ebola dans les pays d'Afrique de l'Ouest touchés par le virus.

Des études se penchent rarement sur les effets économiques de la pandémie de COVID-19, qui ont souvent été sous-estimés ou minimisés, se concentrant plutôt sur la mortalité. La COVID-19 a montré à quel point les activités économiques peuvent être perturbées, combien il est important de comprendre les effets économiques des pandémies, et quelles sont les politiques économiques qui peuvent être adoptées pour en atténuer les conséquences sanitaires et économiques. Notre article tente de combler cette lacune en étudiant les effets macroéconomiques de la pandémie de COVID-19 en Afrique en générale, en Côte d'Ivoire particulièrement, en recourant à un modèle macroéconométrique agrégé à l'échelle du continent.

Notre analyse montre que la croissance du PIB en 2021 sera inférieure à 6,2% en comparaison avec la situation de base sans COVID-19. Le déficit budgétaire se sera creusé et la dette publique aura augmenté, mais les déficits commerciaux se seront légèrement améliorés.

Nous présentons dans un premier temps un cadre conceptuel qui examine les canaux de transmission et les voies par lesquelles la pandémie pourrait affecter l'activité économique à court terme. Le modèle macroéconomique de la Commission économique pour l'Afrique sera examiné brièvement en tant que méthodologie utilisée pour étudier l'impact de la pandémie sur les économies africaines. Puis, nous présentons les effets macroéconomiques de la pandémie. La dernière partie examine les politiques qui pourraient atténuer les effets négatifs de la pandémie et accélérer le processus de reprise après la crise.

Les contributions à la riposte contre le coronavirus au Burkina Faso, dynamique vers un système résilient : résultats d'un living mapping

Dr. Fadima Yaya Bocoum, PhD[1], *Siaka Lougue*[2], *Djamina Diallo*[2] *and Maxime Drabo*[2], *(1)African Population Health Research Center, Dakar, Senegal, (2)Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso*

Contexte

Partie de Wuhan en Chine, la crise de la Covid-19 a rapidement gagné l'ensemble des continents. Pour faire face à cette pandémie, un plan de riposte avec un budget a été élaboré au Burkina Faso. Soutenir les efforts de la riposte a nécessité de mobiliser davantage de ressources auprès de divers acteurs. Les initiatives nationales ont permis de mobiliser des ressources financières et matérielles. De ce fait notre étude a eu pour but d'effectuer un living maping de la mobilisation des différents acteurs.

Méthode

Notre étude a consisté à faire une revue de toutes les contributions faites dans le cadre de la covid19 de Mars 2020 à Mars 2021 au Burkina Faso. Un recensement exhaustif des contributions a été effectué à travers l'utilisation de mots clés pour la recherche qui étaient « don », « covid-19 », « coronavirus », « Burkina Faso ». Un système de veille a été mis en place à partir d'octobre 2020 sur les sites web Burkinabè. Les variables concernant la date du don, la nature du don, le nom du donateur et du bénéficiaire, la nature du donateur et du bénéficiaire et le montant du don ont été collectées. Les données ont ensuite été compilées dans une grille crée dans le logiciel Excel et une analyse en a été faite à l'aide de SPSS version 20.

Résultats

Au total 252 dons ont été recensés sur la période. La majorité des dons était en nature (72%) et peu en espèce (13%). L'estimation financière s'élève à plus de 17 millions d'euros. Le secteur privé est le premier contributeur (30,5%) à la riposte contre la covid 19 alors que les partenaires financiers traditionnels du secteur de la santé représentaient 17%. Les principaux contributeurs du secteur privé étaient principalement les entreprises privées (20%), les sociétés minières (6,1%) et les sociétés financières (4,5%). Les principaux bénéficiaires étaient l'administration publique (45%) et les populations (19%).

Conclusion

Le défi de la riposte à la covid-19 a vu naitre une mobilisation inédite au Burkina Faso. Ainsi le secteur privé est le premier contributeur. Cela pourrait s'expliquer les effets durement ressentis par ce secteur. Cette dynamique des contributions, doit être comprise pour en faire un levier de mobilisation des financements domestiques en vue d'en faire une base pour la construction d'un système de financement résilient au Burkina Faso.

Session d'affiches 2-1

Pratiques de tarification et d'approvisionnement

Structure des prix des médicaments en Côte d'Ivoire et comparaison des prix dans les pays de l'Union Monétaire et Economique Ouest Africaine.

Stéphane Serge Agbaya Oga[1], *Régine Attia*[1], *Eric Kouamé*[2], *Jerome Kouame*[1] *and Kouame Koffi*[1], *(1) Universite F H Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire, (2)AIRP*

Structure et Comparaison de prix de médicaments

Contexte

De nombreuses personnes n'ont pas accès à des produits vitaux, plusieurs années après la découverte de ces produits, particulièrement en Afrique. L'importation de médicaments, pour couvrir plus de 90% des besoins, limite les capacités de négociation de prix et entraîne des charges supplémentaires dans le prix payé par les patients. Ainsi, les prix inabordables des médicaments restent une barrière pour les patients et les systèmes de santé sur le chemin vers la couverture sanitaire universelle.

Buts et objectifs

Déterminer la structure du prix et la contribution des charges dans l'approvisionnement de médicaments en Côte d'Ivoire

Identifier des différences de fixation de prix de médicaments dans les pays de l'UEMOA

Méthodes

Une étude a été réalisée en 2020 dans 4 établissements de soins, 1 district sanitaire, 4 officines privées de pharmacie, 4 grossistes-répartiteurs privés et la centrale d'achat publique, en remontant du patient aux importateurs, et aussi auprès des Autorités Nationales de Réglementation Pharmaceutique de l'UEMOA, sur 26 présentations pharmaceutiques. Les données ont été collectées pour les produits de marque d'origine et le générique équivalent le moins cher. Les prix ont été comparés en parité de pouvoir d'achat en utilisant Actual individual consumption Purchasing Power Parities, Les Etats Unis servant de base avec USD équivalent à 1.

Principales conclusions

Entre le Prix Grossiste Hors Taxes (PGHT) ou le Prix de livraison à destination (DAP) et le prix final payé par le patient, vingt-deux (22) items de charges ont été identifiés dans l'ensemble. La contribution de chaque charge à la formation du prix payé par le patient variait entre le secteur public et le secteur privé, d'une part et entre les produits importés et les produits de fabrication locale. Les charges étaient superposables pour les médicaments de marque d'origine et génériques importés. Pour les génériques locaux, le report des charges d'importation était sur le pourcentage du PGHT. Cinq valeurs de Rapports du Prix de Vente Public (PVP) au PGHT ont été principalement trouvées dans les pays de l'UEMOA. Il n'existait pas de différence statistiquement significative de prix par unité de forme pharmaceutique en parité de pouvoir d'achat ni sur le PVP ni sur le PGHT.

Résultat majeur

Ces résultats font apparaître le lourd fardeau que fait peser l'importation sur l'accessibilité des médicaments. Ils permettent d'identifier des leviers d'action à différents niveaux pour une politique de prix.

Allouer des ressources pour soutenir la couverture sanitaire universelle : développement d'une formule de financement géographique au Malawi

Finn McGuire[1], *Paul Revill*[2], *Pakwanja Twea*[3], *Sakshi Mohan*[4], *Gerald Manthalu*[3] *et Peter C. Smith*[5], *(1) Université de York, Addis-Abeba, Éthiopie, (2) Centre for Health Economics, University of York, York, Royaume-Uni, (3) Ministère de la Santé, Lilongwe, Malawi, (4) Centre d'économie de la santé, Université de York, York, Royaume-Uni, (5) Université de York, York, Royaume-Uni*

Contexte

La couverture sanitaire universelle (CSU) exige que les institutions locales du secteur de la santé, telles que les autorités locales, soient correctement financées pour remplir leurs engagements en matière de prestation de services. Dans cette étude, nous examinons comment la formule de financement peut aligner les allocations de ressources infranationales sur les priorités nationales. Ceci est illustré en décrivant des options alternatives pour l'utilisation de formules mathématiques pour guider l'allocation des budgets nationaux de prestation de médicaments et de services aux conseils de district au Malawi en 2018/2019.

Méthodes

Nous utilisons des données démographiques, épidémiologiques et budgétaires du secteur de la santé avec des informations sur les contraintes de mise en œuvre pour construire trois variantes de formules d'allocation. La première donne une allocation égale par habitant à chaque district et est inclus comme référence pour comparer les alternatives. La seconde alloue des fonds aux districts en utilisant des estimations des ressources nécessaires pour fournir le paquet sanitaire essentiel d'interventions prioritaires rentables du Malawi à l'ensemble de la population ayant besoin de chaque intervention. La troisième ajuste ces estimations pour refléter un niveau pratique de couverture atteignable pour chaque intervention, sur la base des configurations actuelles des services de santé et de la demande des interventions.

Résultats

Par rapport aux allocations actuelles des districts, non étayées par une formule explicite, les formules présentées dans cette étude suggèrent des changements importants dans les allocations reçues par de nombreux districts. Dans certains cas, l'ampleur de ces changements dépasse les réductions de 50 % ou le doublement des budgets des districts. Les grands changements illustrent les inégalités dans le système actuel d'allocation budgétaire et les améliorations potentielles possibles.

Conclusion

L'utilisation des formules mathématiques peut guider l'allocation efficace et équitable des fonds de santé aux autorités sanitaires locales. Les formules développées ont été facilitées par l'existence d'un paquet explicite d'interventions prioritaires. L'approche peut être reproduite dans un large éventail de pays cherchant à atteindre la CSU.

<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Takondwa Mwase, *Université des Sciences de la Santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi*

Contexte

Avant la pandémie de COVID-19, les pays de la communauté ECSA-Santé avaient introduit diverses réformes du financement de la santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU) en réponse à l'augmentation de la charge de morbidité et à la demande croissante de services de santé de qualité, dans un contexte de ressources économiques limitées., et des taux de croissance démographique élevés.

Buts et objectifs

Documenter et partager les expériences à travers la région en ce qui concerne les réformes du financement de la santé pour atteindre la CSU afin d'éviter les erreurs courantes pendant et après la pandémie de COVID-19 ; et apprendre également des meilleures pratiques de la région qui pourraient être utilisées pour rendre le système de santé plus résilient pendant et après la pandémie de COVID-19.

Méthodes

Un examen de la portée des manuscrits évalués par des pairs et de la littérature grise ; et des entretiens avec des informateurs clés concernant trois politiques clés de financement de la santé pour atteindre la CSU : suppression des frais d'utilisation dans les établissements publics, mise en œuvre des régimes nationaux d'assurance maladie et mécanismes de financement innovants. Les données ont été analysées à l'aide du cadre de l'OMS sur la fonction de financement de la santé (2000) : perception des recettes, mise en commun et achats ; et approfondi par deux autres cadres : le cadre de McIntyre (2007) : faisabilité, équité, efficacité, durabilité ; et le cadre de Walt & Gilson (1994) : Triangle d'analyse des politiques – contenu, processus, acteurs et contexte.

Principaux Résultats

La suppression des frais d'utilisation dans les établissements publics, bien qu'il y ait probablement eu certains avantages, le processus a été caractérisé par la hâte, une planification inadéquate et une incohérence politique conduisant à de sérieux défis, y compris la détérioration de la qualité des soins. En outre, l'impact de l'équité sur les pauvres était mitigé ; principalement avec peu de changement dans les dépenses catastrophiques/appauvrissantes parmi les pauvres et la surcharge continue des frais d'utilisation non officiels, aucune disponibilité de fonds pour payer les soins gratuits, et toujours avec de longues distances pour se rendre aux établissements de santé dans les zones rurales. La mise en œuvre de régimes nationaux d'assurance maladie s'est avérée irréalisable – incapacité à accroître la couverture par l'utilisation d'une approche volontaire pour les employés du secteur informel ; les inégalités exacerbées dans le financement et l'utilisation des services de santé ; inefficace avec plusieurs pools et des coûts administratifs élevés ; et insoutenable. Certains mécanismes de financement innovants se sont révélés être une source efficace et durable de financement de la santé en temps de crise financière.

Conclusion

Tout comme le contexte de chaque pays et la réforme identifiée sont uniques, l'expérience de l'ECSA-Health Community fournit des leçons précieuses sur ce qui pourrait être mis en œuvre ou évité pendant et après la pandémie de COVID-19 afin d'atteindre la CSU. Le partage d'expériences sur les réussites et les faux pas pourrait aider les pays à

Les Allocations budgétaires du secteur de la santé et leurs implications sur la prestation des services de santé et la CSU en Ouganda.

***Richard Ssempala*[1],** *Francis Kintu*[2], *Boniface Okuda*[2], *Freddie Ssengooba*[3] *et Christine K. Tashobya*[1], *(1) Makerere University School of Public Health, Kampala, Ouganda, (2) Department of Research Services - Parliament of Uganda, Kampala- Ouganda, Kampala, Ouganda, (3) École de santé publique, Collège des sciences de la santé, Université Makerere, Kampala, Ouganda*
Auteurs. Richard Ssempala[1], Francis Kintu[2], Boniface Okuda[2], Freddie Ssengooba[1] Christine K. Tashobya[1].

Introduction

Le financement insuffisant de la santé reste une contrainte cruciale pour le secteur de la santé dans de nombreux pays en développement. La situation n'est pas unique à l'Ouganda, compte tenu de l'engagement du pays à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Cela a suscité un débat parmi les décideurs politiques, les gestionnaires et les sociétés civiles du secteur de la santé qui ont insisté sur le fait que les faibles allocations budgétaires ont entraîné une qualité et une couverture médiocres des services de santé. Le suivi des tendances de financement est crucial pour éclairer les efforts politiques et de plaidoyer, en particulier à l'avènement de la pandémie de COVID-19.

Buts et objectifs

Cette étude a analysé les tendances du financement du secteur de la santé, en mettant l'accent sur les allocations budgétaires pour les exercices de 2010/2011 à 2018/19 afin d'informer les décideurs, en particulier les députés, sur les interventions et les stratégies alternatives de financement du secteur de la santé pour la réalisation de la CSU.

Méthodologie

Les données financières ont été extraites de différents documents gouvernementaux et analysées de manière descriptive à l'aide de Microsoft Excel pour résumer les données dans divers tableaux et graphiques. La validation des parties prenantes par le biais d'un atelier a été réalisée. Les implications des tendances budgétaires sur la prestation des services de santé ressortant des documents et des délibérations de l'atelier ont été analysées par thème.

Résultats

L'allocation budgétaire du gouvernement au secteur de la santé était faible, avec une allocation par habitant (17,85 USD) bien inférieure au minimum de 84 USD par habitant recommandé par l'OMS. La contribution du gouvernement aux dépenses totales de la santé était lamentable à 15,7 %. Des fluctuations ont été observées au fil du temps, principalement expliquées par des changements dans les priorités de financement du gouvernement envers les secteurs des infrastructures et de l'énergie. La faible allocation budgétaire s'est manifestée par 1) des agents de santé inadéquats et peu motivés et b) des ruptures de stock de médicaments essentiels. Ces déficits de financement

contribueraient à un accès médiocre aux services, augmenteraient des dépenses de santé catastrophiques et saperaient les efforts nationaux de CSU.

Discussion et conclusion

Plusieurs considérations politiques pour des systèmes de santé plus solides comprennent une augmentation substantielle et soutenue du budget de la santé du gouvernement, l'optimisation des ressources disponibles en s'attaquant aux gaspillages et en donnant la priorité à la promotion de la santé. L'influence de la pandémie de COVID-19 sur le financement de la santé devrait être explorée. Des réformes telles que le régime national d'assurance maladie doivent être poursuivies pour combler les lacunes en matière de protection contre les risques financiers, en particulier liées à la pandémie de COVID-19 en cours.

Mots-clés : Allocations budgétaires, financement de la santé, couverture sanitaire universelle, prestation de services de santé, COVID-19.

Le Contrat unique dans la Province du Lualaba : Analyse de la mise en œuvre d'une politique d'allocation des ressources au niveau décentralisé en République Démocratique du Congo.

Gerard Mwambu[1], *Godefroid Mayala*[2], *Basile Yangala*[3], *Pascal Ngoy*[4], *Body Ilonga*[5] *et Richard Matendo*[2], *(1) Ministère de la Santé, Province du Lualaba, Kolwezi, Congo (République Démocratique du), (2)USAID, Kinshasa, Congo (République Démocratique République du), (3) Projet de santé intégrée/USAID, Kinshasa, Congo (République démocratique du), (4) Projet de santé intégrée/USAID, Kinshasa, Congo (République démocratique du), (5) Ministère national de la Santé, Kinshasa, Congo (République Démocratique du)*

Contexte

Le système de santé de la RDC, organisé à travers ses 26 provinces, fait l'objet des réformes visant à améliorer la performance du secteur de la santé par la décentralisation. Le déploiement en temps opportun des ressources nécessaires est une action clé pour atteindre les résultats escomptés. Pour améliorer l'allocation des ressources, les parties prenantes au niveau provincial ont convenu de planifier ensemble et de couvrir des lignes budgétaires spécifiques pour éviter les doubles emplois. L'accent mis sur l'augmentation des ressources nationales fait également partie de ce contrat. Le Contrat unique, approche financière innovante, représente un fonds commun virtuel rassemblant toutes les ressources financières des acteurs identifiés pour mettre en œuvre le plan opérationnel provincial annuel de la division provinciale de la santé grâce à des fonds prévisibles et sécurisés provenant de partenaires financiers et techniques, y compris la contrepartie gouvernementale.

But et Objectifs

Évaluer la mise en œuvre du contrat unique dans la province du Lualaba (121 308 km² ; 2 570 000 habitants en 2020) entre 2017 et 2021 et évaluer l'évolution de l'apport des ressources domestiques.

Méthodes

Identifier les proportions des contributions des partenaires par rapport au budget total du contrat et les tendances réalisées dans le temps. Regrouper les partenaires selon leurs affiliations et retracer les ressources selon leur origine. Suivi du décaissement des fonds et/

ou d'autres indicateurs connexes comme l'amélioration de la performance sanitaire, l'évaluation du niveau de réalisation des engagements tels qu'inclus dans le contrat unique par les différentes parties prenantes.

Résultats

L'allocation des ressources a doublé en quatre ans (2017-2021), passant de 1 002 650,7 $ à 2 585 301,8 $. Cependant, incapacité à capturer tous les décaissements des partenaires en raison d'une mauvaise coordination et communication.

Allocation des ressources des acteurs dans la province du Lualaba, 2017-2021 (Graphique 1)

Pourcentage de décaissement dans le temps, sur une base trimestrielle (Graphique 2)

Conclusions

1. L'allocation globale des ressources a augmenté au fil du temps parallèlement à la contribution de l'entité décentralisée.
2. Même si le niveau des ressources reste faible au niveau provincial, le contrat unique en tant qu'instrument des réformes sanitaires a réussi à attirer l'attention du gouvernement local sur son rôle dans la planification et la contribution du budget de la santé.
3. Des efforts supplémentaires de coordination sont nécessaires pour améliorer le décaissement et le suivi des fonds.
4. L'effet du Covid-19 sur l'allocation et le décaissement du budget provincial doit être évalué plus avant.

Session organisée 4-1

Reconstruire de meilleurs systèmes de santé : Planification d'un investissement dans le personnel de santé en Afrique.

Auteurs : James Avoka Asamani[2], Adam Ahmat[1], Sunny Okoroafor[1] et Jennifer Nyoni[1], (1) Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo, (2) Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe, Christmal Dela Christmals[2] et Gerda Marie Reitsma[2], (2) North-West University, Potchefstroom, Afrique du Sud, Adam Ahma[2], Jennifer Nyoni[2], Juliet Nabyonga-Orem[2], (2) Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo.

Description

L'Afrique a été confrontée et continue d'être confrontée à d'importantes menaces sanitaires dans un contexte où les systèmes de santé présentent de nombreuses faiblesses qui les empêchent de répondre de manière adéquate à ces menaces. Le personnel de santé (HWF) reste l'un des maillons les plus faibles des systèmes de santé en Afrique. Avant la pandémie, on prévoyait que d'ici 2030, l'Afrique serait confrontée à une pénurie de 6,1 millions de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, mais malheureusement, quelque 29 % des agents de santé qualifiés pourraient être soit au chômage, soit sous-employés - un phénomène d'excédent paradoxal qui frappe déjà durement de nombreux pays, comme le Lesotho, le Ghana, le Kenya et l'Éthiopie.

La rapidité avec laquelle les systèmes de santé peuvent se remettre de la longue pandémie de COVID-19 dépend de la contribution de leurs agents de santé et des investissements qui leur sont consacrés. Plus de 2 000 agents de santé de la région africaine [1] sont morts du COVID-19 au troisième trimestre de 2021, ce qui a contribué à réduire le nombre d'agents de santé et affaibli la capacité des systèmes de santé à faire face à la maladie. Le choc économique imposé par le COVID-19 et les mesures de riposte adoptées par les pays ont également limité la capacité des gouvernements et du secteur privé à mobiliser des ressources et à élargir l'espace fiscal et financier pour recruter des agents de santé nouvellement formés. Cela a exacerbé le chômage et l'exode des agents de santé dans le contexte de la situation créée par le COVID-19, qui a nécessité au contraire le recrutement et la fidélisation d'un plus grand nombre d'agents de santé.

Pour relever les défis du HWF en Afrique, liés aux pré-pandémies et aux pandémies, il faut bien comprendre la dynamique de ces défis et changer de paradigme en faisant du HWF une priorité d'investissement. Cette session organisée présentera cinq (5) articles issus de divers travaux analytiques entrepris par l'unité HWF de la Couverture Sanitaire Universelle - Cluster Parcours de Vie du Bureau Régional de l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé, afin de plaider en faveur d'une meilleure planification pour investir dans la lutte contre la crise actuelle et imminente de la HWF et la formation du personnel de santé pour l'avenir en Afrique.

[1] L'impact du COVID-19 sur les agents de santé et des soins : un regard plus attentif sur les décès. Département du personnel de santé - Document de travail 1. Genève : Organisation mondiale de la santé ; septembre 2021 (WHO/HWF/WorkingPaper/2021.1). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Etat du personnel de santé en Afrique : Où en sommes-nous au milieu d'une pandémie?

Adam Ahmat[1], James Avoka Asamani[2], Sunny Okoroafor[1] et Jennifer Nyoni[1], (1) Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo, (2) Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe.

Contexte:

Les pays africains ont enregistré des gains modestes dans leurs indicateurs de santé, dont le rôle du personnel de santé (HWF) ne peut être surestimé. Cependant, l'évolution des besoins sanitaires de la population et la nécessité de résister aux chocs aigus et chroniques continuent de mettre à rude épreuve le personnel de santé existant. Cet article fournit un aperçu approfondi de l'état du personnel de santé en Afrique et propose des considérations pour le développement du futur personnel.

Méthodes:

Le Bureau régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé a mené une enquête sur le FFH dans 47 États membres entre 2018 et 2020. Elle a porté, entre autres, sur le stock, la distribution, la formation, le recrutement et les conditions de travail du HWF. Pour faire face à la nomenclature variable des professions/cadres HWF dans différents pays, la Classification internationale type des professions (CITP-08) a été utilisée pour harmoniser la classification des professions pour l'analyse. A l'aide de l'ensemble des données mises à jour, diverses estimations du FPM ont été effectuées.

Résultats:

La région Afrique compte 3,6 millions d'agents de santé (tous cadres/professions confondus), soit environ 3,6 agents de santé pour 1 000 habitants - 1 315 801 infirmières/ sages-femmes, 372 236 agents de santé communautaire, 334 167 médecins, 370 104 techniciens de laboratoire, 94 098 pharmaciens et 45 047 dentistes. Neuf pays (19%) comptaient chacun plus de 100 000 agents de santé, mais sept pays (~15%) en comptaient moins de 5 000. Le nombre d'agents de santé en Afrique augmente de 12% par an, mais les infirmières et les médecins ont des taux inférieurs à la moyenne. Le secteur privé contribue à 45% de la formation des GHT mais moins (seulement 12%) de leur emploi. Neuf pays (19%) avaient une densité de médecins, d'infirmières et de sages-femmes supérieure à 2,28 pour 1000 habitants (le seuil minimal de densité des OMD), mais seuls quatre pays (8,5%) avaient atteint le seuil de densité des ODD de 4,45 pour 1000 habitants. Si l'on considère l'ensemble des agents de santé (à l'exclusion des gestionnaires de la santé et du personnel d'appui), la densité régionale moyenne de HWF était de 2,9 pour 1 000 habitants, mais il a été déterminé que 13,4 étaient nécessaires à la réalisation progressive d'au moins 70 % des objectifs de l'UHC (10,9 si l'on exclut les CHW), un critère que seules les Seychelles avaient atteint. On a constaté une augmentation du nombre d'agents de santé recrutés dans le secteur public, passant de 48 482 en 2015 à 89 763 en 2016, mais une baisse de 14,5 % à 76 693 en 2017. La plus forte baisse du recrutement a été observée pour les infirmiers et les sages-femmes.

Conclusion :

Le stock et la densité de HWF en Afrique s'améliorent mais à un rythme qui laisse encore la région vulnérable. Des investissements plus importants sont nécessaires pour combler les lacunes et les disparités au sein des pays et entre eux.

Planification des investissements dans le personnel de santé en fonction des besoins : Cadre, outils et perspectives d'une application empirique au Ghana.

James Avoka Asamani[1], Christmal Dela Christmals[2] et Gerda Marie Reitsma[3], (1) Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe, (2) North-West University, Potchefstroom, Afrique du Sud

Contexte:

Le personnel de santé (HWF) est essentiel au développement de systèmes de santé réactifs qui répondent aux besoins de santé courants de la population et aux urgences sanitaires, notamment les épidémies et les pandémies. Cependant, au fil des ans, la planification déficiente du personnel de santé a été le maillon le plus faible de la planification des systèmes de santé. Une approche valable pour la planification du HWF est la méthode basée sur les besoins de la population. Cette méthode combine l'état de santé de la population avec les normes professionnelles de soins et les mesures de la productivité des agents de santé pour déterminer le nombre et le calibre des agents de santé nécessaires pour servir la population et le coût associé. Les lacunes méthodologiques et le manque d'outils simples ont limité son application réelle pour la politique et la planification. La densité du personnel de santé au Ghana s'est considérablement améliorée depuis 2005, mais la distribution inéquitable, la pénurie de certains cadres et le chômage d'autres restent des défis pertinents, que l'analyse basée sur les besoins a permis d'explorer.

Méthodes:

Nous avons effectué une revue systématique des applications empiriques de l'approche de planification du HWF basée sur les besoins. Nous avons synthétisé six considérations critiques sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour développer un modèle conceptuel et empirique accompagné d'un outil en accès libre basé sur Microsoft® Excel. Nous avons triangulé des données provenant de sources multiples afin d'appliquer systématiquement le modèle pour prévoir les besoins et l'approvisionnement en eau chaude sanitaire au Ghana.

Résultats:

Cet article discute de l'impératif d'une approche basée sur les besoins pour la planification du personnel de santé afin de faire face aux charges de maladies actuelles et futures, y compris les urgences sanitaires. Le cadre conceptuel et empirique sous-jacent, les outils pour l'utilisateur final, les exigences en matière de données et les processus pour son application seront discutés avec des démonstrations. Un exemple appliqué au Ghana a démontré que le stock de professionnels de la santé répond à environ 74 % du besoin global en 2020, mais qu'un écart de 26 % persiste, ce qui se traduit par 51 841 agents de santé dans 11 professions. Sans aucune intervention corrective, l'offre représentera 77 % des besoins en 2030, avec une pénurie absolue de 83 657 personnes. Sous l'agrégat se cachent d'énormes déséquilibres, car l'offre de 5 des 11 professionnels de la santé (~45,5%) ne peut même pas répondre à 50% des besoins d'ici 2035, alors que les infirmières et sages-femmes inscrites semblent surproduites. Un investissement d'environ 2,7 milliards de dollars US est nécessaire dans l'éducation et l'emploi pour corriger les déséquilibres prévus d'ici 2035, sans quoi le mélange de compétences inapproprié et le chômage des agents de santé formés seront énormes.

Conclusion:

Une approche de la planification du personnel de santé fondée sur les besoins favorise l'équité et soutient la réalisation de la CMU. L'étude de cas du Ghana a montré qu'elle pouvait être utilisée pour générer des preuves adaptées à l'objectif visé, afin de justifier les investissements dans le personnel de santé.

Investir dans le personnel de santé actuel et futur : Une analyse de l'espace fiscal en Afrique orientale et australe.

James Avoka Asamani[1], Sunny Okoroafor[2], Adam Ahmat[2], Jennifer Nyoni[2], Christmal Dela Christmals[3] et Juliet Nabyonga-Orem[2], (1) Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe, (2) Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo, (3) North-West University, Potchefstroom, Afrique du Sud

Contexte et objectif:

Le personnel de santé (HWF) est au cœur de la garantie d'un système de santé efficient, efficace et fonctionnel. De plus en plus d'appels ont été lancés pour obtenir un financement adéquat de la part de sources nationales afin de réaliser des investissements appropriés dans le secteur de la santé. Afin de générer un plaidoyer soutenu en faveur d'investissements plus importants et plus dispersés dans le HWF, ce document présente une analyse de l'espace fiscal de vingt pays d'Afrique orientale et australe.

Méthodes :

Nous avons adapté un cadre empirique établi pour l'analyse de l'espace fiscal et l'avons appliqué à des données spécifiques au pays triangulées à partir d'ensembles de données disponibles publiquement et de rapports gouvernementaux afin de modéliser l'espace fiscal pour le FMH dans chacun des vingt pays d'Afrique orientale et australe. Sur la base des connaissances actuelles, trois scénarios (comme d'habitude, optimiste et très optimiste) ont été modélisés et comparés.

Résultats

L'analyse du scénario de maintien du statu quo montre que l'espace fiscal cumulé dans les 20 pays a été estimé à 12,09 milliards de dollars US, susceptible d'augmenter de 29 % pour atteindre 15,6 milliards de dollars US en 2026. Cette augmentation devrait être la plus forte au Kenya (83 %) et en Tanzanie (82 %), mais une baisse de 10 % est attendue en Zambie. Selon des hypothèses optimistes (en supposant que les économies se développent comme prévu et que les dépenses de santé en proportion du PIB augmentent de 1,5 %), l'espace fiscal cumulé augmenterait de 39 %, passant de 12,09 milliards USD à 16,82 milliards USD d'ici 2026. Ainsi, l'allocation de 1,5 % supplémentaire du PIB à la santé, même sans prioriser davantage l'allocation proportionnelle à la masse salariale, pourrait augmenter l'espace fiscal cumulé de 4,73 milliards de dollars US. Dans un scénario très optimiste (en supposant que l'économie se développera comme prévu, que les dépenses de santé en tant que proportion du PIB augmenteront de 1,5 % et que le financement de la santé sera hautement prioritaire au sein des dépenses de santé), l'espace fiscal cumulé pour le financement de la santé est estimé augmenter de 6,35 milliards de dollars US pour atteindre 18,45 milliards de dollars US en 2026. Ce scénario pourrait améliorer l'espace fiscal pour le HWF d'environ 53% sur cinq ans, allant de 28% en Afrique du Sud à 361% au Lesotho. Cependant, la Zambie devrait encore enregistrer une baisse de 3%.

Conclusion:

À moins que le HWF ne soit suffisamment prioritaire dans le budget des dépenses de santé, le fait de n'augmenter le budget global de la santé qu'aux niveaux recommandés laissera toujours le HWF fortement sous-investi, avec un chômage croissant dans un contexte de pénuries incessantes, ce qui aura des conséquences désastreuses sur la prestation de services de santé de qualité.

Plaider en faveur d'investissements dans le personnel de santé en Afrique en utilisant l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé (HLMA) : Leçons tirées de 16 pays.

James Avoka Asamani[1], Sunny Okoroafor[2], Adam Ahmat[2] et Jennifer Nyoni[2], (1) Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe, (2) Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo

Contexte:

Face à une pénurie imminente de 6,1 millions d'agents de santé d'ici 2030, la crise persistante du personnel de santé en Afrique a été aggravée par la hausse du chômage parmi les agents de santé qualifiés. En effet, 20 à 30 % d'agents de santé formés en Afrique ne trouvent pas d'emploi approprié un an après l'obtention de leur diplôme. Ces défis sont en grande partie liés à des politiques fiscales rigides et à une priorité budgétaire insuffisante pour les investissements dans le secteur de la santé, ce qui laisse peu de place à l'expansion de l'emploi et exacerbe l'exode des agents de santé hautement qualifiés. Ce document montre comment les pays peuvent traduire les preuves du marché du travail en actions politiques pour un meilleur investissement dans le HWF.

Méthodes:

Depuis 2017, l'OMS a utilisé des approches normatives de pointe pour aider 16 pays à réaliser des analyses complètes ou partielles du marché du travail dans le secteur de la santé (HLMA). Les différents pays ont pris des mesures différentes (en fonction de leurs résultats spécifiques et de leur contexte) et en sont à divers stades de mise en œuvre ; certains s'en sont servis pour des actions de plaidoyer et de politique générale qui ont débloqué des opportunités pour investir davantage et intelligemment dans le HWF.

Résultats:

Plusieurs pays sont passés de la preuve à l'action politique concrète qui a permis d'augmenter l'investissement et/ou la priorité du HWF. Par exemple, le Rwanda est passé de la génération de preuves à l'action en utilisant l'AMHA pour contribuer à un plan de développement décennal du HWF et en augmentant le nombre de postes approuvés pour les agents de santé. Au Ghana, le budget du ministère de la Santé a été augmenté pour employer environ 54 000 agents de santé au chômage, sur la base de preuves du marché du travail. En 2018, le Mali a utilisé les preuves du marché du travail pour mobiliser des ressources externes afin de recruter davantage de personnel pour les établissements de SSP. Le ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie a utilisé l'AMHA pour justifier le retour sur les investissements du HWF, ce qui a conduit à l'adoption d'une nouvelle structure et à l'augmentation de l'allocation budgétaire pour recruter 300 médecins et infirmiers et pharmaciens supplémentaires au chômage. Au Lesotho, le résultat de l'étude HLMA 2021 a été utilisé pour informer une stratégie sur 10 ans et pour justifier une demande d'augmentation budgétaire de 15% du personnel de santé pour absorber 27% des professionnels de santé formés mais sans emploi.

Conclusion :

Les expériences de plusieurs pays d'Afrique ont montré que HLMA est un outil puissant pour générer des preuves de l'état de l'art vers le dialogue politique et stratégique dans les investissements HWF.

Reconstruire de meilleurs systèmes de santé en Afrique après COVID-19 : Approches innovantes pour améliorer la performance du personnel de santé pour la sécurité sanitaire et la couverture sanitaire universelle.

Sunny Okoroafor[1], James Avoka Asamani[2], Adam Ahmat[1] et Jennifer Nyoni[1], (1) Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo, (2) Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe

Contexte:

L'épidémie de COVID-19 a mis en évidence les problèmes persistants de personnel de santé dans le système de santé de la région Afrique. La pandémie a mis la pression sur les gestionnaires de la santé pour équilibrer la disponibilité des agents la santé avec les capacités nécessaires pour répondre à la forte demande d'activités de réponse pour assurer la sécurité sanitaire, ainsi que pour soutenir la fourniture de services de santé essentiels de qualité vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Cette étude a exploré les stratégies innovantes mises en œuvre par 16 pays de la Région Afrique pour améliorer les performances du personnel de santé dans le cadre de la réponse à la pandémie de COVID-19 et pour maintenir la fourniture de services de santé essentiels de qualité.

Méthodes:

Nous avons procédé à une analyse documentaire de 16 études de cas nationales sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le personnel de santé. Ces études de cas ont été élaborées de janvier à août 2021 en utilisant une approche mixte avec des données qualitatives et quantitatives obtenues par le biais d'entretiens semi-structurés et de l'examen de documents nationaux sur la sécurité sanitaire, la réponse à COVID-19 et la continuité des services de santé essentiels.

Résultats:

Les 16 pays - Angola, Burkina Faso, Tchad, Eswatini, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal et Togo - ont mis en œuvre des activités de préparation et de réponse pour assurer une performance optimale du personnel de santé. Ces activités comprenaient une planification conjointe avec les départements des ressources humaines afin d'accélérer les activités d'attraction, de recrutement et de déploiement, ainsi que la mise en place de mesures incitatives pour motiver les agents de santé. Tous les pays ont collaboré avec les institutions de santé publique pour développer et organiser des formations en cours d'emploi basées sur les compétences afin de renforcer les capacités des agents de santé en matière d'évaluation des risques et de gestion des cas de COVID-19. Certains pays ont également collaboré avec le secteur privé et d'autres partenaires (organisations de la société civile, partenaires du développement, organisations non gouvernementales, organismes professionnels et institutions religieuses et traditionnelles). Ils ont tiré parti de l'expertise de leurs ressources humaines et de leurs installations pour accroître l'accès aux services de gestion du COVID-19, augmenter le financement des activités de réponse, développer la communication sur les risques liés au COVID-19, encourager la participation des communautés aux activités de réponse et assurer la continuité de la fourniture des services de santé essentiels dans les établissements.

Conclusion:

Les agents de santé sont essentiels à la réalisation de la sécurité sanitaire et du CHU, et la réalisation de ces deux objectifs nécessite une coordination et un partenariat avec les parties prenantes concernées à tous les niveaux. Les approches appliquées par les pays pour assurer une performance optimale du personnel de santé sont également pertinentes après le COVID et pour assurer la résilience du système de santé. Par extension, elles sont également fondamentales pour assurer la sécurité sanitaire mondiale et la réalisation de la santé universelle en Afrique.

Session organisée 4-2

Opérationnaliser l'efficacité : opportunités, contraintes et nécessités.

Auteurs : Susan Sparkes, Organisation mondiale de la santé, Chambéry, Suisse. Diane Karenzi Muhongerwa, OMS/AFRO, Alexandra Earle, OMS Ama Pokuaa, Université du Ghana, Accra, Ghana, Christabell Abewe, Bureau de l'OMS en Ouganda, Kampala, Ouganda, Ghada Muhjazi, OMS EMRO, Le Caire, Egypte, Juliet Nabyonga, Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe.

Description

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les faiblesses et la fragilité sous-jacentes des systèmes de santé. Cette fragilité découle non seulement du sous-investissement, mais aussi de la manière dont les investissements (tant des donateurs que nationaux) ont été canalisés pour soutenir les objectifs de santé. Il a été démontré que les investissements orientés vers des programmes qui se concentrent sur des objectifs uniques, souvent au détriment du renforcement global du système, ne sont ni efficaces ni adaptables. Face à l'émergence de nouvelles menaces, qu'il s'agisse de pandémies, du changement climatique ou d'autres problèmes de santé, les systèmes de santé et les financements qui les sous-tendent devront être flexibles et agiles pour se protéger et réagir.

Compte tenu de ces réalités, aucun pays ne peut se permettre de gérer les ressources de manière inefficace. Toutes les ressources doivent être utilisées dans l'ensemble du système pour répondre aux besoins immédiats en matière de santé, tout en se préparant et en s'adaptant aux demandes futures. Cette session se concentrera sur ces adaptations dans la façon dont les fonds sont canalisés, et les systèmes sont organisés pour promouvoir l'efficacité, la durabilité et l'adaptabilité. Des preuves générées par des études nationales constitueront la base des présentations et des discussions connexes. Ces preuves concrètes des coûts de la fragmentation sont nécessaires pour identifier les possibilités de réforme susceptibles d'améliorer l'utilisation efficace des ressources d'une manière qui s'aligne le mieux sur les objectifs et les besoins globaux du système de santé.

La session présentera trois articles qui évaluent des aspects spécifiques de l'agenda de l'efficacité au Ghana, en Ouganda et au Soudan. L'éventail de ces documents met en lumière différentes perspectives et questions qui peuvent entraver l'utilisation efficace des ressources disponibles. Il s'agit de la dynamique politique, de la manière dont les fonds des donateurs sont canalisés et gérés, et de la manière d'équilibrer les demandes à court terme associées à COVID-19 par rapport à la dynamique globale du système de santé. Il fera ensuite ressortir les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre de l'analyse de l'efficacité inter-programmes dans sept pays africains, afin de mettre en évidence les domaines transversaux de fragmentation, de désalignement et de duplication injustifiés. Le dernier article fournira une synthèse des opportunités et des contraintes pour aborder les types d'inefficacités qui sont discutées et présentées dans les autres articles de la session.

L'ensemble des articles fournira des preuves concrètes de l'endroit et de la manière dont l'efficacité peut être améliorée au niveau du système afin d'aligner le financement de la santé vers des systèmes plus résilients et durables et des résultats connexes.

Analyse de l'efficacité inter-programmes pour soutenir la riposte au COVID-19 au Ghana.

Ama Pokuaa, Université du Ghana, Accra, Ghana

Contexte :

COVID-19 a entraîné dans son sillage des perturbations sans précédent. Les pays ont géré ce défi différemment. Les gouvernements ont imposé des restrictions telles que des quarantaines, des fermetures de frontières, des fermetures de lieux de travail et des règles de distanciation sociale pour ralentir le taux de transmission et les décès associés à la pandémie. Au Ghana, la réponse nationale à la pandémie de COVID-19 a été initiée lorsque les deux premiers cas ont été signalés le 12 mars 2020. La réponse du gouvernement à la pandémie a été principalement influencée par les leçons tirées de certains pays, qui ont été plus tôt touchés par le COVID-19, comme ceux d'Asie et d'Europe. Cette réponse a été soulignée dans le Plan national de préparation et de réponse à l'urgence COVID-19 (EPRP) qui a été largement financé par les 100 millions de dollars US (560 millions de GH¢) de la Banque mondiale. Inspiré par les succès significatifs de la mise en œuvre du PRPE et considérant l'impact durable de la pandémie à moyen terme, le gouvernement a déployé un plan plus holistique, le " Plan stratégique national de riposte au COVID-19 : Juillet 2020 - Décembre 2024' (NSCRP) (Ministère des Finances, 2021).

Ces développements ont présenté des contraintes sur les finances publiques, avec une augmentation des dépenses publiques due aux dépenses liées au COVID. En outre, le système de santé n'a pas été assez robuste pour faire face à la pression croissante sur les installations hospitalières, notamment en raison du manque de laboratoires médicaux dans le pays, où des recherches efficaces et des tests placebo pourraient être effectués.

Méthodologie :

L'étude utilise l'analyse d'efficacité inter-programmes (AIP) relative à la prestation de services et d'interventions liés à COVID-19 dans le contexte du système de santé global. Elle utilise des méthodes qualitatives et quantitatives qui sont ancrées dans l'analyse des fonctions du système de santé (financement, prestation de services, gouvernance/gestion et génération de ressources/intrants humains et physiques). L'objectif principal est d'identifier des options ciblées et réalisables où les ressources et les fonctions existantes peuvent être utilisées, renforcées et maintenues pour la réponse du Ghana au COVID-19, et où des ressources supplémentaires peuvent être nécessaires. Cette évaluation se concentre sur la fourniture efficace et efficiente des outils COVID-19 qui minimisent les distorsions potentielles sur les autres services de santé essentiels. Elle mettra également en évidence les résultats de la coordination avec les autres priorités et processus de réforme du secteur de la santé.

Résultat :

Cette analyse à l'échelle du système engagera les parties prenantes du secteur de la santé et d'autres secteurs à établir des priorités et à développer des options politiques pour réduire les domaines de duplications, de chevauchements et de désalignements qui ont un impact sur l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles. Les résultats de cette analyse auront également des implications directes sur la durabilité des programmes qui dépendent de l'aide extérieure.

Inefficacités inter-programmes et implications pour le déploiement contre le COVID-19 en Ouganda.

Christabell Abewe, Bureau de pays de l'OMS en Ouganda, Kampala, Ouganda

Contexte:

La couverture sanitaire universelle garantit un accès abordable à des services de santé de haute qualité pour tous ; cependant, cela exigera inévitablement des gouvernements qu'ils trouvent des ressources budgétaires supplémentaires et qu'ils augmentent l'espace fiscal pour la santé. S'il existe un certain nombre de moyens d'accroître les ressources du secteur de la santé, l'attention s'est récemment portée sur l'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources sanitaires disponibles. Ceci est particulièrement pertinent en Ouganda où les contributions financières des partenaires de développement dans le domaine de la santé ont diminué de manière constante au cours des dernières années, en particulier dans les programmes de santé prioritaires. Étant donné que l'Ouganda aspire à atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire supérieur d'ici 2040 et qu'il s'éloigne de l'éligibilité des donateurs, il est nécessaire d'identifier des mécanismes permettant d'accroître l'efficacité de l'allocation actuelle des ressources. À ce titre, les programmes VIH/SIDA, TB, paludisme, RMNCAH et PEV, tous des programmes qui dépendent fortement de l'aide extérieure, seront analysés dans le contexte du système de santé global afin d'identifier les domaines d'inefficacité qui limitent la capacité du gouvernement à fournir des services de santé prioritaires à la population pour atteindre les objectifs du système de santé.

Méthodes :

La collecte de données pour cette analyse provient de données qualitatives recueillies lors d'entretiens avec des informateurs clés et de réunions avec les parties prenantes concernées, grâce à l'utilisation d'un guide d'entretien semi-structuré. Les données quantitatives seront collectées pour le budget et les dépenses financières, les intrants (installations, agents de santé, médicaments, etc.), les services de santé, les produits et les résultats en utilisant les données disponibles au niveau national ainsi que les comptes nationaux de la santé du CSA11 via la base de données des dépenses mondiales de santé. Les données seront collectées au niveau national et sous-national dans la mesure du possible. Les données collectées sont d'abord organisées par fonction du système de santé (financement, prestation de services, gouvernance/gestion, et génération de ressources/intrants humains et physiques) à travers les programmes de santé sélectionnés. Une analyse transversale des fonctions peut ensuite être menée pour identifier les domaines spécifiques d'inefficacité qui entravent la réalisation et la durabilité des objectifs.

Résultats :

- Les résultats de cette analyse montrent les inefficacités identifiées suivantes :
- Des systèmes d'information distincts pour tous les programmes de santé
- De multiples flux de financement de donateurs spécifiques à une maladie
- Mécanismes de soutien salarial des ressources humaines fragmentés
- Régimes de supervision disjoints et faibles dans l'ensemble du système de santé
- Des mécanismes d'aiguillage dysfonctionnels
- Le budget et le processus de planification des programmes de santé ne sont pas alignés sur les processus généraux du secteur de la santé.

Pérennité des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au Soudan.

Ghada Muhjazi, OMS EMRO, Le Caire, Égypte

Contexte :

Le Bureau régional de la Méditerranée orientale (EMRO) de l'Organisation mondiale de la santé a commandé des études de cas sur la durabilité et la transition pour les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose (TB) et le paludisme (HTM) soutenus par le Fonds mondial afin de maintenir ou d'accroître les progrès réalisés dans ces pays. Au Soudan en particulier, l'étude de cas se concentrera sur le renforcement de la durabilité de leurs programmes HTM dans le cadre du système de santé global, dans le but de fournir des options d'action pour aller de l'avant. Les résultats serviront également à alimenter le projet d'orientation de l'EMRO pour les pays de la région afin qu'ils commencent à planifier rapidement des programmes durables en vue d'une transition réussie du soutien du Fonds mondial pour maintenir et accélérer les progrès contre les maladies prioritaires.

Méthodes :

La collecte de données consistera à mener des entretiens avec des informateurs clés et à examiner des documents clés ainsi que des données financières nationales sur les indicateurs macroéconomiques et programmatiques. Les données quantitatives seront recueillies à partir des données de cofinancement du Fonds mondial soumises dans les demandes des pays, ainsi qu'à travers les données des comptes nationaux du SCS 2011 utilisant la base de données des dépenses mondiales de santé. Les données quantitatives collectées permettront d'éclairer les données qualitatives recueillies lors des entretiens.

Résultats :

Les résultats de ce document décriront le contexte du financement de la santé dans le pays ainsi que l'étendue actuelle de la dépendance du Soudan vis-à-vis du soutien des donateurs pour leurs programmes de MHT. Il identifiera les domaines prioritaires d'inefficacité des programmes de santé et du système de santé dans son ensemble, ainsi que la manière dont ces inefficacités entravent la durabilité et la prestation des services de santé prioritaires. Elle se terminera par une liste d'options politiques à mettre en œuvre pour assurer la durabilité des programmes soutenus par les donateurs dans le pays.

Contraintes et possibilités de remédier à l'inefficacité de l'AFRO.

Juliet Nabyonga, Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe

Contexte :

Dans le contexte de la transition des donateurs et alors que la responsabilité du financement de certains programmes de santé se déplace davantage vers les ressources nationales, le maintien d'arrangements organisationnels distincts et séparés par programme de santé a peu de chances d'être durable. Par conséquent, l'identification des doublons et des désalignements offre l'opportunité de reconfigurer les programmes de manière à renforcer la capacité des gouvernements nationaux à maintenir la fourniture de services prioritaires à leurs populations. À ce jour, cette approche a été mise en œuvre dans 7 pays de l'OMS/AFRO. Même si les analyses varient en termes de motivation pour chaque étude, il y a des leçons à tirer et à partager entre ces pays sur les défis et les possibilités de remédier aux inefficacités identifiées.

Méthodes :

Une analyse d'efficacité inter-programmes a été menée dans chacun de ces 7 pays. L'analyse de base a consisté à cartographier et à décrire chacune des quatre fonctions et sous-fonctions du système de santé pour le système de santé global et les programmes de santé sélectionnés. Cet exercice de cartographie a servi de base pour identifier les domaines critiques de désalignement, de duplication et de chevauchement au sein du groupe de programmes de santé et avec le système de santé dans son ensemble. Dans le cadre d'un atelier, qui réunira tous les pays concernés et les points focaux des sept pays, les pays discuteront ensemble des questions liées à la manière de soutenir efficacement les réformes pour améliorer la durabilité et l'efficacité. Les meilleures pratiques et les défis à relever seront au centre de cet atelier. Un résumé des résultats clés synthétisés qui se concentrent à la fois sur les inefficacités inter-programmes identifiées, ainsi que sur les mécanismes pour y remédier, sera le résultat de cet atelier.

Constatations :

- Les premiers résultats montrent les conclusions clés suivantes et les mécanismes pour y remédier :
- Gouvernance fragmentée et manque de coordination entre le système de santé et les programmes de santé.
- Fragmentation et duplication des ressources et des apports.
- La disjonction des flux financiers entraîne un manque de coordination des activités et du personnel des programmes.
- Intégrer l'analyse dans les processus plus larges de réforme du secteur de la santé et dans les efforts de renforcement de la santé.

Synthèse des résultats des analyses d'efficacité inter-programmes

Susan Sparkes, Organisation mondiale de la santé, Chambéry, Suisse

---

Contexte :

De nombreux systèmes de santé s'appuient sur des programmes de santé pour cibler les interventions sanitaires sur des maladies ou des populations spécifiques. Ces programmes ont tendance à fonctionner de manière largement autonome les uns par rapport aux autres en cherchant à optimiser la réalisation d'un objectif spécifique. Cette approche organisationnelle peut limiter l'efficacité et l'évolution du système de santé dans sa capacité à s'adapter à l'évolution des schémas de morbidité, aux progrès technologiques, entre autres. Grâce à son application dans 7 pays africains à ce jour, l'analyse et le dialogue basé sur les données ont été construits à travers les composantes du programme et du système autour de domaines spécifiques pour une meilleure intégration et coordination afin d'améliorer l'efficacité et de permettre des résultats. Sur cette base, la prochaine phase de ce programme de travail continuera à se concentrer sur le soutien aux pays.

Méthodes

Pour identifier les domaines spécifiques de duplication, de chevauchement ou de désalignement, une série d'études de cas a été développée en utilisant une cartographie fonctionnelle approfondie du système de santé. Ce travail utilise un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives qui sont ancrées dans l'analyse des fonctions du système de santé (financement, prestation de services, gouvernance/gestion, et génération de ressources/intrants humains et physiques) à travers un ensemble de programmes de santé dans chacun des 7 pays. Une fois que la cartographie du système au sein du programme est terminée, une analyse transversale des fonctions est menée pour identifier les domaines spécifiques d'inefficacité qui entravent la réalisation et la durabilité des objectifs. Une analyse comparative basée sur la méthodologie commune appliquée dans chaque pays est ensuite utilisée pour développer des conclusions transversales clés.

Constatations :

- Les résultats montrent que quatre domaines clés d'inefficacité transversale ont été identifiés :
- Des processus de planification et de budgétisation non coordonnés
- Intrants fragmentés (systèmes d'information, laboratoires, agents de santé, installations)
- Mécanismes de financement mal alignés sur les objectifs de prestation de services
- Objectifs et priorités programmatiques dissociés des réformes globales du secteur de la santé.

Session organisée 4-3

Progrès des achats stratégiques de santé en Afrique subsaharienne et ajustements nécessaires pour que les systèmes de financement de la santé deviennent plus résilients aux pandémies.

Auteurs *: Agnes Gatome-Munyua Results for Development (R4D) Obinna Onwujekwe Université du Nigeria, campus d'Enugu, Groupe de recherche et de politique de santé, Oludare Bodunrin Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC),Cheryl Cashin Results for Development Joël Arthur Kiendrébéogo, Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso, Umuhoza Stella Matutina, Université du Rwanda, Collège de Médecine et des Sciences de la Santé, Ecole de Santé Publique, Ville de Kigali, Rwanda, Uchenna Ezenwaka, Université du Nigeria Nsukka (Campus Enugu), August Kuwawenaruwa, Institut de Santé Ifakara, Dar es salaam, Tanzanie*

Description

La pandémie de COVID-19 a démontré l'impératif de disposer de systèmes de santé solides, résilients, efficaces et équitables pour fournir les meilleurs soins possibles à sa population. L'achat stratégique vise à faire le meilleur usage des ressources en prenant des décisions fondées sur des données probantes quant à ce qu'il faut acheter, à qui il faut l'acheter et comment il faut l'acheter pour améliorer la santé de la population et atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Il existe peu de données sur les accords d'achat actuels en Afrique subsaharienne (ASS) et sur la manière dont ils permettent d'améliorer les systèmes de santé. Le Centre de ressources pour les achats stratégiques en Afrique (SPARC) et onze partenaires africains ont créé conjointement le Cadre de suivi des progrès des achats stratégiques en matière de santé afin de donner un aperçu des fonctions d'achat dans les systèmes de financement de la santé et de leurs effets voulus et non voulus sur les acheteurs et les fournisseurs.

Le cadre dresse la carte des dispositions de gouvernance et des facteurs externes qui influencent les achats, et se penche sur les fonctions d'achat essentielles que sont la spécification des prestations, les dispositions contractuelles, le paiement des fournisseurs et le suivi des performances. Les partenaires ont appliqué un outil Excel basé sur le cadre dans neuf pays d'Afrique subsaharienne pour collecter des données de base par le biais d'un examen des documents et d'entretiens avec des informateurs clés afin d'identifier les pays qui progressent dans l'amélioration des achats.

Les neuf pays ont des systèmes de financement de la santé divers et fragmentés, y compris des régimes financés par le budget de l'État, des assurances santé privées et sociales, et des programmes financés par des donateurs, chacun ayant ses propres modalités d'achat. Des progrès ont été réalisés en matière de spécification des prestations et d'élaboration d'accords contractuels, notamment avec les prestataires du secteur privé. Les progrès sont moindres en ce qui concerne l'élaboration de mécanismes de paiement basés sur les résultats et liés aux objectifs de prestation de services, et l'utilisation du suivi des performances pour encourager la productivité et la qualité des services de santé. La fragmentation réduit la masse des fonds gérés par chaque acheteur et réduit leur influence pour améliorer l'allocation des ressources, fournir les bonnes incitations aux prestataires et créer une responsabilité pour des services de santé de qualité.

La réduction de la fragmentation est un facteur essentiel pour l'achat stratégique et l'amélioration de la performance des systèmes de financement de la santé pour la résilience du système de santé. Les partenaires utilisent les résultats pour initier un dialogue sur la façon d'améliorer les achats stratégiques, de rendre les systèmes de financement de la santé plus résilients et de mettre les pays sur une trajectoire durable vers la CMU.

SPARC propose une session organisée pour les partenaires de SPARC du Burkina Faso, du Rwanda, de la Tanzanie et du Nigeria afin de partager leur expérience de l'application du cadre, de discuter des leçons et de fournir des réflexions pour continuer à progresser

dans l'ère post-COVID. Cette session permettra également de lancer une édition spéciale du Health Systems and Reform Journal. Cette session sera proposée en anglais avec une traduction simultanée en français.

Forces et faiblesses de l'achat dans les cinq principaux systèmes de financement de la santé au Burkina Faso

Joël Arthur Kiendrébéogo, Charlemagne Tapsoba, Yamba Kafando, Issa Kaboré, Orokia Sory, S. Pierre Yaméogo

Introduction

Les Achats Stratégiques de Santé (ASS) sont considérés comme une stratégie clé pour stimuler les progrès des pays vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Les pays ont des contextes uniques qui façonnent les accords d'achat existants et contribuent à un changement progressif. Dans cette session, nous présentons les résultats de la cartographie des dispositions d'achat et de gouvernance dans cinq régimes clés de financement de la santé au Burkina Faso - Gratuite, Crédits transférés, Crédits délégués, Assurance maladie professionnelle et Mutuelles.

Méthodes

Notre analyse est guidée par le cadre de suivi des progrès en matière d'achat de produits de santé, élaboré par le Centre de ressources pour les achats stratégiques en Afrique et ses partenaires. Les données ont été collectées de juin à décembre 2019 par le biais d'une analyse documentaire complétée par des entretiens approfondis. Les données ont été analysées manuellement afin d'examiner les dispositifs de gouvernance, les fonctions et les capacités d'achat, y compris leurs forces et leurs faiblesses.

Constatations

La structure du marché pour les cinq régimes de financement de la santé exclut la concurrence entre les acheteurs et les prestataires. Le niveau d'autonomie des acheteurs est mitigé, mais les cadres juridiques et réglementaires précisent clairement les rôles et les responsabilités et garantissent la bonne exécution des fonctions d'achat. De nombreux mécanismes de responsabilisation ont été mis en place, mais ils sont mal coordonnés et dépendent souvent de financements externes, ce qui limite leur efficacité et compromet leur durabilité. La capacité à passer des contrats sélectifs, à revoir les ensembles de prestations et à modifier les méthodes de paiement des prestataires varie selon les régimes.

Des ensembles de prestations sont en place, mais leur conception ne tient pas compte des préférences des citoyens, et les contrats ne sont pas liés à des normes de qualité ou à des protocoles de traitement explicites. Pour tous les régimes, les paiements sont liés au volume des services fournis, qui est considéré comme un indicateur de performance. Les informations utilisées pour payer les prestataires sont faciles à consulter et à analyser, mais elles ne sont pas ventilées par patient individuel. Aucune mesure spécifique n'est en place pour sanctionner les mauvaises performances. La diffusion d'informations sur les droits et obligations des citoyens varie selon les régimes et il existe des mécanismes pour recueillir et traiter les plaintes et les commentaires des bénéficiaires sur la qualité des soins, mais des améliorations sont possibles.

Conclusions

Bien qu'il y ait eu des progrès dans la définition de mandats clairs, la mise en œuvre des fonctions d'achat telles que la spécification des prestations, les dispositions contractuelles, le suivi des performances reste faible et doit être renforcée. Cela nécessite une approche proactive pour évaluer régulièrement si les initiatives mises en œuvre pour promouvoir les achats stratégiques contribuent à la réalisation des objectifs du CHU.

Forces et faiblesses des achats au Rwanda pour progresser vers la couverture sanitaire universelle

Stella M. Umuhoza, Sabine F. Musange, Alypio Nyandwi, Agnes Munyua, Angeline Mumararungu, Regis Hitimana, Alexis Rulisa, et Parfait Uwaliraye

---

Introduction

Le Rwanda est un pays à faible revenu qui est bien connu pour avoir obtenu de bons résultats en matière de santé au cours des deux dernières décennies, à des niveaux de dépenses de santé bien inférieurs à ceux de nombreux autres pays africains. Dans le contexte de la rareté des ressources et de l'augmentation des coûts des soins de santé, l'achat stratégique est considéré comme un mécanisme clé pour stimuler les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Nous examinons les régimes de financement de la santé au Rwanda, en cartographiant les fonctions d'achat du régime d'assurance maladie communautaire (CBHI), du régime médical du Rwanda Social Security Board (RSSB) et du financement basé sur la performance, afin de comprendre où se trouvent les chevauchements, les doubles emplois et les conflits qui entravent les progrès en matière d'achat stratégique.

Méthodes

Le cadre de suivi des progrès en matière d'achats stratégiques de santé a été appliqué en alimentant un outil basé sur Excel avec des données collectées sur sept mois (septembre 2020 à mars 2021) par le biais d'un examen des documents complété par des entretiens approfondis. Nous avons analysé les données manuellement, en examinant les dispositions de gouvernance, les fonctions et les capacités d'achat, y compris leurs forces et leurs faiblesses.

Constatations

Le Rwanda dispose d'un cadre réglementaire solide avec des mandats d'achat et d'engagement des parties prenantes. Nous avons identifié certains mandats et fonctions qui se chevauchent - par exemple, la spécification des prestations par le ministère de la Santé et le Conseil national de l'assurance maladie. Les régimes CBHI et RSSB disposent d'un ensemble complet de prestations, mais le processus de spécification des prestations n'est pas fondé sur des preuves. Les régimes utilisent un mélange de budget par poste et de rémunération à l'acte qui apporte un avantage limité au système de santé. Les mécanismes de contrôle des performances des prestataires sont utilisés en tandem avec l'accréditation des prestataires pour améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux publics dans le cadre du programme PBF, mais ces avantages ne se répercutent pas sur les régimes CBHI et RSSB.

Conclusion

Le système de santé rwandais présente des éléments d'achat stratégique, mais des défis subsistent et des améliorations sont possibles, notamment pour s'assurer que les ensembles de prestations correspondent aux besoins de la population, que le paiement des prestataires contient les coûts et que l'assurance qualité est assurée.

Achats stratégiques de santé au Nigeria : Enquête sur la gouvernance et les capacités institutionnelles au sein du programme d'assurance maladie sociale du secteur formel et des services de santé financés par le contribuable.

Uchenna Ezenwaka, Agnes Gatome-Munyua, Chikezie Nwankwor, Nkechi Olalere, Nneka Orji, Uchenna Ewelike, Benjamin Uzochukwu, Obinna Onwujekwe

---

Introduction

Les achats stratégiques de santé améliorent la performance du système de soins de santé et la réalisation des objectifs du système de santé par une utilisation efficace des ressources financières. Les études sur la gouvernance et les dispositions institutionnelles pour l'achat de soins de santé dans les systèmes de financement de la santé au Nigeria et la façon dont elles affectent l'achat stratégique de soins de santé sont limitées. Cette étude examine l'influence de la gouvernance et des dispositions institutionnelles sur la mise en œuvre de l'achat stratégique de services de santé dans le cadre du programme d'assurance maladie sociale du secteur formel de la Mutuelle Nationale d'assurance Maladie (FSSHIP) et du General Tax Funding (GTF) au Nigeria.

Méthodes

Une étude qualitative et descriptive de cas a été utilisée pour recueillir des informations sur les régimes du FSSHIP et du FGAS. Les données ont été recueillies par l'examen de documents pertinents (20) et par des entrevues avec des informateurs clés (n=6) à l'aide d'un modèle structuré, et les données ont été analysées à l'aide d'une approche de cadre thématique.

Résultats

Les résultats révèlent certaines structures de gouvernance dans l'achat de soins de santé au sein du FSSHIP qui facilitent l'achat stratégique de soins de santé, y compris les systèmes de conception des ensembles de prestations, d'accréditation et de surveillance des organismes de maintenance de la santé (HMO) et des fournisseurs, de définition des mécanismes de paiement des fournisseurs et de vérification des demandes. Cependant, l'achat est confronté à des défis institutionnels qui entravent l'achat stratégique, notamment la faiblesse de la réglementation, le manque de surveillance des fournisseurs et des acheteurs, les retards dans le paiement des fournisseurs et les pratiques de corruption des HMO. Les régimes du FGAS disposent d'un système de spécification des prestations, de passation de contrats avec les prestataires et de budgétisation, ce qui améliore les achats stratégiques. Mais l'achat par les régimes du FGAS est entravé par des ensembles de prestations fragmentés, ce qui entraîne des inefficacités et la duplication des services. Les critères d'allocation des ressources ne sont pas clairs et ne sont pas fondés sur des preuves.

Conclusion

La capacité d'entreprendre des achats stratégiques au sein des régimes du FSSHIP et du FTE est limitée en raison de la faiblesse de la gouvernance et des dispositions institutionnelles. Les régimes ont le potentiel de contribuer à la réalisation du CHU si ces facteurs contraignants sont traités.

Évaluation des accords stratégiques d'achat de soins de santé dans trois régimes d'assurance publique en Tanzanien.

Augustine Kuwawenaruwa, Suzan Makawia, Fatuma Manzi

Introduction

L'achat stratégique de services de santé dans les pays à revenu faible ou à revenus intermédiaire a fait l'objet d'une grande attention, car les pays cherchent à atteindre la couverture sanitaire universelle tout en garantissant un accès équitable à des services de santé de qualité sans risque de difficultés financières. Il y a peu de données publiées en Tanzanie sur les accords d'achat et sur ce qui est nécessaire pour un achat stratégique. Cette étude analyse trois accords d'achat en Tanzanie et donne des recommandations pour renforcer l'achat stratégique dans ce pays.

Les méthodes

Nous avons utilisé l'étude qualitative multi-cas en nous appuyant sur le Fond National d'Assurance Maladie (NHIF), la Prestation Social d'Assurance Maladie (SHIB), et sur le Fonds de Santé Communautaire amélioré (iCHF) pour explorer les trois régimes d'assurance avec une répartition acheteur-fournisseur. Les données ont été tirées de revues documentaires et les résultats ont été validés par neuf entretiens avec des informateurs clés choisis parmi un éventail d'acteurs impliqués dans les achats stratégiques. Une approche déductive et inductive a été utilisée pour développer les thèmes et une analyse cadre pour résumer les données.

Resultat majeur

Les résultats montrent que la spécification des prestations pour les trois régimes était fondées sur les lignes directrices relatives au traitement standard publiées par le ministère de la Santé. Les établissements publics sont automatiquement inclus dans ces régimes, tandis que des contrats sélectifs sont conclus avec des établissements privés en fonction de l'emplacement du prestataire, de la gamme de services disponibles tels que stipulés dans les directives du régime, et de la volonté du prestataire d'être sous contrat. Le NHIF utilise la rémunération à l'acte pour rembourser les prestataires. Alors que la SHIB et l'iCHF utilisent la capitation. Le NHIF dispose d'un système électronique pour contrôler l'inscription, la vérification, le traitement des demandes et les renvois. Le suivi de la SHIB se fait par le biais d'une supervision de soutien de routine, tandis que pour l'iCHF, les performances des prestataires sont contrôlées par les taux d'utilisation.

Conclusion

Les acheteurs des trois régimes ont fait des progrès en ce qui concerne la spécification des prestations, les contrats sélectifs avec le secteur privé et le contrôle des demandes. Cependant, l'utilisation de la rémunération à l'acte comme modalité prédominante de paiement des prestataires au NHIF doit être revue afin d'améliorer son efficacité et de limiter les coûts, tandis que l'utilisation d'un paiement basé sur les résultats, comme la capitation, par l'iCHF et la SHIB permet au NHIF de tirer des leçons en matière de limitation des coûts. Alors que la Tanzanie envisage d'introduire un régime national unique d'assurance maladie (SNHI), le rôle de ces trois régimes doit être clarifié, tout en considérant les forces et les faiblesses à améliorer lors de la refonte de la SNHI.

Session Parallèle 4-1 : Oral

Examen de l'efficacité des systèmes de la santé en Afrique subsaharienne : Suivi des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Kwadwo Arhin, Institut ghanéen de gestion et d'administration publique (GIMPA), Accra, Ghana

Contexte:

L'adoption de l'objectif de développement durable (ODD) 3.8 en 2015 a marqué un changement d'orientation dans le discours mondial et régional sur la santé, passant de l'élimination ou de la réduction de maladies/affections spécifiques à la couverture sanitaire universelle (CSU) - que toutes les personnes qui en ont besoin les services de santé essentiels les reçoivent sans souffrir de difficultés financières. L'apparition de la pandémie de COVID-19 a rendu plus pressante la nécessité d'atteindre l'objectif de la CSU.

Objectif :

L'objectif central de cette étude est d'évaluer la performance des systèmes de santé des pays d'ASS, en accentuant l'efficacité des progrès réalisés pour atteindre l'objectif de la CSU.

Méthodes :

Les indices de CSU ont été estimés pour 30 pays d'ASS à l'aide de dix indicateurs de couverture sanitaire et de deux indicateurs de protection financière. Les scores d'efficacité technique ont été estimés à l'aide du modèle d'analyse de l'enveloppement des données (DEA) à rendements d'échelle variables (RVS) axé sur les résultats. Cette méthodologie permet d'évaluer la capacité de chaque pays à transformer les intrants de santé (dépenses de santé, médecins, infirmiers et lits) en extrants de santé (indice CSU). Les scores d'efficacité sont régressés par rapport à sept variables explicatives : l'éducation, la qualité de la gouvernance, les paiements directs, les dépenses de santé intérieures, le financement externe de la santé, le dispositif de financement obligatoire de la santé et les niveaux de revenu à l'aide de la DEA bootstrap proposée par Simar et Wilson (2007).

Résultats :

Les indices CSU estimés vont d'un minimum de 52 % à un maximum de 81 %, et une couverture moyenne de 66 %. En moyenne, les systèmes de santé des pays d'ASS sélectionnés ont un score d'efficacité corrigé des biais de 0,872 (intervalle de confiance à 95 % = 0,830 - 0,913). La régression bootstrap de Simar Wilson a également révélé que si l'éducation, la qualité de la gouvernance, les dépenses nationales de santé, le financement externe de la santé et le dispositif de financement obligatoire de la santé ont un effet significatif positif sur l'efficacité du système de santé dans la réalisation des progrès vers la réalisation de l'objectif de la CSU, les dépenses personnelles paiement réduit considérablement l'efficacité des systèmes de santé dans la réalisation de la CSU.

Conclusion :

Pour améliorer l'efficacité technique des systèmes de santé, les décideurs politiques devraient se concentrer sur des politiques qui renforcent l'éducation des individus, la bonne gouvernance et le mode de financement des soins de santé plutôt que de compter uniquement sur la fourniture de services de santé. Les politiques qui améliorent l'éducation, la bonne gouvernance et réduisent les paiements directs pour les services de santé conduisent à une amélioration de la performance du système de santé qui accélère finalement les progrès vers la réalisation de la CSU.

Mots-clés : Systèmes de santé, couverture sanitaire universelle, efficacité technique, analyse de l'enveloppement des données, Afrique subsaharienne.

Progrès face aux coupures budgétaires : une étude de cas qualitative nigériane sur le maintien des progrès vers la couverture sanitaire universelle après la perte de l'aide des donateurs .

Uche Shalom Obi[1], Osondu Ogbuoji[2], Wenhui Mao[2], Minahil Shahid[2], Obinna Onwujekwe[3] et Gavin Yamey[2], (1) Département de médecine communautaire, Hôpital universitaire de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria, (2) Centre pour l'impact des politiques sur la santé mondiale, Durham, NC, (3) Université du Nigéria, Nsukka, Campus d'Enugu, Enugu, Nigéria

Dans les années à venir, une douzaine de pays à revenu intermédiaire devraient se retirer de l'aide au développement pour la santé (DAH) en fonction de leur croissance économique. Cette perte anticipée de fonds externes à un moment où il est nécessaire d'accélérer les progrès vers la couverture maladie universelle (CSU) est une source de préoccupation.

L'évaluation de l'état de préparation du pays pour la transition vers l'appropriation nationale des programmes de santé, est une étape cruciale pour progresser vers la CSU.

Nous avons utilisé des entretiens approfondis pour explorer : (1) la préparation du système de santé nigérian à la transition hors du DAH, (2) les politiques et stratégies de transition qui sont en place au Nigeria, (3) la feuille de route pour la mise en œuvre de ces politiques et (4) défis et recommandations pour faire avancer ces politiques. Nous avons appliqué le cadre élargi de préparation à la transition de Vogus et Graff dans le contexte nigérian pour synthétiser les plans de préparation, les lacunes, les défis et les recommandations des parties prenantes pour maintenir les gains des programmes financés par les donateurs et atteindre la CSU.

Certaines mesures ont été prises pour intégrer et institutionnaliser les processus de prestation de services vers une vaccination durable et des soins de santé primaires adaptés conformément à la CSU. Des discussions sont en cours sur l'intégration des services liés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à d'autres services et sur la possibilité de couvrir les services liés au VIH dans le cadre du régime national d'assurance maladie (NHIS). Nous avons identifié plus de plans de préparation à la transition au sein du programme de vaccination par rapport au programme de lutte contre le VIH. Cependant, nous avons identifié des lacunes dans les neuf composantes du cadre qui doivent être comblées pour pouvoir maintenir les gains et faire des progrès significatifs vers l'appropriation par les pays et la CSU.

Le Nigéria doit se concentrer sur la construction du système de santé global en identifiant les lacunes systématiques au lieu de continuer à investir dans des programmes parallèles. Les programmes doivent être consolidés au sein du système de santé global, des priorités et des politiques de financement de la santé. Une structure complète et fonctionnelle assurera la continuité même en cas de diminution des fonds externes ou de départ des donateurs.

Mots-clés : Aide au développement pour la santé ; Nigeria ; CHU ; transition.

Situer la transition des donateurs dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU) et de la résilience du système de la santé : leçons tirées de l'évaluation de l'efficacité des programmes croisés au Kenya .

Brendan Kwesiga, Bureau national de l'OMS au Kenya, Nairobi, Kenya, Puis Wassuna Owino, Conseil des gouverneurs, Nairobi, Kenya, Isabel W Maina, Ministère de la santé, Nairobi, Kenya, Jacob Kazungu, KEMRI Welcome Trust, Nairobi, Kenya, Benjamin Nganda, Organisation mondiale de la santé, Zimbabwe, Juliet Nabyonga, Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe et Susan Sparkes, Organisation mondiale de la santé, Chambesy, Suisse

Contexte

Des progrès significatifs vers la couverture sanitaire universelle (CSU) dépendront de la disponibilité d'avantage de ressources pour le secteur de la santé. Cependant, l'accent renouvelé du Kenya sur la transition vers la CSU intervient à un moment où les donateurs abandonnent leur soutien direct au secteur de la santé. L'engagement du Kenya envers la CSU offre une opportunité pour le Kenya d'aborder la transition des donateurs à partir d'une optique de CSU afin d'assurer la durabilité et la résilience du système. Dans ce contexte, cette étude a entrepris d'explorer les inefficacités programmatiques croisées dans la mise en œuvre des programmes de santé prioritaires qui dépendent de manière significative des donateurs.

Méthodes

À l'aide d'une conception transversale, les données ont été recueillies par le biais d'un examen des documents et d'entretiens avec des informateurs clés et au niveau national et dans un échantillon de trois comtés. L'approche analytique a adopté une approche à l'échelle du système pour analyser l'efficacité des programmes de santé sélectionnés. Les programmes sélectionnés étaient le VIH, la tuberculose, la vaccination, la RMNCAH et le paludisme. L'approche comprenait la cartographie de la mise en œuvre des programmes dans les quatre fonctions essentielles du système de santé (prestation de services, gestion/gouvernance, génération de ressources/intrants humains et physiques et financement de la santé). Sur cette base, nous cartographions les zones de duplication, de chevauchement et de désalignement dans les programmes et dans les aspects plus larges du système de santé liés aux programmes.

Résultats

Les programmes financés par les donateurs ont de multiples flux de financement avec différentes structures d'incitation qui entraînent un décalage avec les objectifs plus larges du système de santé. Du côté des intrants, il existe toujours une gestion des ressources humaines basée sur les programmes, ce qui entraîne des doubles rôles, des performances sous-optimales du personnel et une dépendance excessive à l'égard du personnel contractuel, tandis que la fragmentation des chaînes d'approvisionnement entraîne un manque de coordination des fournitures et des apports complémentaires compromettant l'accès aux services de santé. Il existe également des défis observés en termes de systèmes de données multiples et de mécanismes de rapport et d'utilisation des données avec les programmes. L'organisation des fonctions du système de santé ci-dessus, y compris la gouvernance, affecte également la prestation de services efficace, y compris les fonctions de santé publique.

Conclusion/Recommandation

Alors que les pays envisagent de passer des ressources des donateurs alors qu'ils sont sur la voie de l'extension de la CSU, l'accent ne doit pas uniquement viser à remplacer les dollars des donateurs par des dollars nationaux, car cela n'est ni efficace ni durable. L'efficacité inter programmatique identifie les chevauchements/désalignements potentiels du

système de santé qui pourraient être résolus à mesure que le Kenya passe du soutien des donateurs afin que l'accès aux services prioritaires soit maintenu et que le système devienne plus résilient.

Iniquité socio-économique dans le dépistage et le traitement de l'hypertension au Kenya : résultats d'une enquête nationale.

Robinson Oyando, *KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Nairobi (Kenya), Edwine Barasa, KEMRI Wellcome Trust Research Program, Nairobi (Kenya) et John Ataguba, Université du Cap (Afrique du Sud)*

Contexte :

Les maladies non transmissibles (MNT) représentent 50 % des hospitalisations et 55 % des décès en admission au Kenya. L'hypertension est l'une des principales maladies non transmissibles au Kenya. Un accès et une utilisation équitables des interventions de dépistage et de traitement sont essentiels pour réduire la prévalence de l'hypertension. Cette étude évaluait l'équité horizontale (traitement égal pour besoin égal) dans le dépistage et le traitement de l'hypertension. Il a également décomposé les inégalités socio-économiques dans l'utilisation des soins au Kenya.

Méthodes :

Les données transversales de l'enquête STEPwise 2015 sur les facteurs de risque des MNT, couvrant 4 500 adultes âgés de 18 à 69 ans, ont été analysées. L'inégalité socioéconomique a été évaluée à l'aide de courbes et d'indices de concentration (IC) et l'inégalité par l'indice d'inégalité horizontale (IH). Une valeur positive (négative) de l'IC ou de l'IH suggère une inégalité ou une iniquité en faveur des riches (en faveur des pauvres). L'inégalité socio-économique dans le dépistage et le traitement de l'hypertension a été décomposée en facteurs de besoins (âge, sexe et indice de masse corporelle (IMC)) et de non-besoins (richesse, éducation, exposition aux médias, emploi et zone de résidence) à l'aide d'une méthode de décomposition standard.

Résultats :

Le besoin de dépistage de l'hypertension était plus élevé chez les groupes socio-économiques plus pauvres que les plus riches (IC = -0,077; $p < 0,05$). Cependant, les groupes plus riches avaient besoin d'un traitement contre l'hypertension plus que les groupes plus pauvres (IC = 0,293 ; $p<0,001$). Iniquité dans l'utilisation du dépistage de l'hypertension (IH = 0,185; $p<0,001$) et traitement (IH = 0,095 ; $p<0,001$) étaient significativement riches. Les facteurs liés aux besoins, comme le sexe et l'IMC, sont ceux qui contribuent le plus aux inégalités dans l'utilisation des services de dépistage. En revanche, les facteurs autres que les besoins, comme le lieu de résidence, la richesse et le statut professionnel, ont principalement contribué aux inégalités dans l'utilisation des services de traitement.

Conclusion :

Parmi tant d'autres choses, l'utilisation des services de dépistage et de traitement de l'hypertension au Kenya devrait être en ligne avec la nécessité de réaliser les objectifs de développement durable pour les maladies non transmissibles. Plus précisément, les efforts visant à atteindre l'équité dans l'utilisation des soins de santé pour les services d'hypertension devraient être multisectoriels et axés sur des facteurs d'inégalité cruciaux tels que les disparités régionales dans l'utilisation des soins, la pauvreté et le niveau d'instruction. De plus, des campagnes de sensibilisation concertées sont nécessaires pour accroître l'utilisation des services de dépistage de l'hypertension.

Améliorer les processus de CSU en Afrique subsaharienne : qu'est-ce que l'approche méthodologique de documentation du processus peut apporter ?

Luc Mahougbé Kouwanou1, *Kéfilath Bello1, Cheickna Touré2, Allison Kelley[3], Conrad Tonoukouen[3] et Jean-Paul Dossou[1], (1) Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographique (CERRHUD), Cotonou, Bénin, (2) Résultats pour le Développement (R4D), Bamako, Mali, (3) Résultats pour le Développement (R4D)*

La transition vers la couverture sanitaire universelle (CSU) dans les pays d'Afrique subsaharienne est un processus complexe, non seulement technique, mais aussi hautement politique. Les protocoles rigides pour résoudre les problèmes identifiés ont une application limitée ou sont contre-productifs. L'apprentissage continu est essentiel pour adapter les stratégies au contexte des pays et accroître les chances de succès. La documentation des processus (PD) est une approche innovante, développée par l'African Collaborative for Health Financing Solutions (ACS), pour répondre à cette complexité et pour soutenir plus efficacement les pays dans leurs processus de politiques de CSU. Ce document vise à présenter l'approche PD et les leçons tirées de son application.

PD est une approche prospective d'analyse des politiques qui consiste à documenter systématiquement tous les événements et acteurs pertinents susceptibles d'influencer ou d'être influencés par un processus donné de CSU ; les analyser en temps réel ; et d'utiliser les leçons apprises pour améliorer le processus de la CSU. La PD suit un processus itératif en cinq étapes, notamment : l'identification du processus à documenter et de l'équipe de documentation, l'enregistrement des événements et des intervenants, l'analyse immédiate des dossiers individuels, l'analyse documentaire périodique d'un ensemble de dossiers et l'intégration des principales leçons apprises dans le processus d'élaboration des politiques. La méthodologie PD a été utilisée par le projet ACS au Bénin, au Botswana, au Burkina Faso, en Ouganda, en Namibie et au Togo. Les principales réalisations comprennent une facilitation réussie du processus d'élaboration d'une feuille de route de la CSU en Ouganda, des cycles d'apprentissage rapide pour soutenir la phase pilote du régime d'assurance maladie sociale "AM-ARCH" au Bénin, et une analyse des parties prenantes pour soutenir l'élaboration d'un plan de travail pour accélérer les progrès de la CSU au Togo. L'expérimentation de l'approche PD a soulevé certains défis, notamment la difficulté d'obtenir de l'information fiable et opportune, l'investissement de temps de la part de ceux qui documentent et la gestion de la sensibilité des intervenants, étant donné la nature politique de certaines constatations.

En conclusion, la PD est une approche prometteuse qui pourrait continuellement éclairer les processus stratégiques. Il est nécessaire d'affiner la méthodologie pour la rendre plus facile à utiliser régulièrement et pour améliorer son efficacité.

Session parallèle 4-2 : Oral

Achat stratégique

Suivre les progrès vers l'achat stratégique pour les services soins de santé au Nigeria : Étude de cas sur le système de santé de l'État du Niger.

Charles C Ezenduka, *Université du Nigeria, Campus d'Enugu, Enugu, Nigeria, Francis Ayomoh, Ministère fédéral de la Santé, Abuja, Nigeria et Oludare Bodunrin, Centre de ressources stratégiques pour les achats en Afrique (SPARC), Nairobi, Kenya*

Contexte

La réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) repose sur la mise en œuvre efficace de l'achat stratégique pour les soins de santé directement lié à l'amélioration de la performance du système. Par conséquent, les pays engagés dans la CSU ont fait des progrès vers la SHP pour optimiser la réalisation des objectifs du système de santé. L'étude a examiné les pratiques d'achat dans le système de santé de l'État du Niger pour évaluer et identifier les progrès, les défis et les opportunités pour SHP.

Méthodes

L'étude analyse de manière critique les systèmes de financement de la santé de l'État du Niger pour évaluer leurs pratiques d'achat sur la base d'une approche qualitative descriptive. Des examens des documents pertinents ont été entrepris, y compris des entrevues approfondies avec des informateurs/intervenants clés. Des informations sur les facteurs externes et la gouvernance, les pratiques d'achat et les autres capacités des systèmes de financement de l'État ont été recueillies. Les données ont été analysées à la lumière du cadre recommandé par le SPARC pour l'examen des pratiques d'achat en vue de progresser vers l'achat stratégique de soins de santé.

Conclusions

Une structure de gouvernance et de responsabilisation est dirigée par le commissaire à la santé, par l'entremise du ministère de la Santé, dans l'ensemble des ministères et organismes, avec des lignes de responsabilités claires. Le SMOH est le principal fournisseur/acheteur de soins de santé dans l'État, avec d'autres agences possédant des fonctions d'achat. L'engagement du gouvernement à l'égard de la CSU a mené à l'élaboration de cadres stratégiques et réglementaires pour la PHC, à la revitalisation des installations de soins de santé primaires pour améliorer la prestation des services et à la mise en place du régime contributif de l'État pour la santé, le NICARE, qui appuient tous les objectifs de la PHC. Cependant, l'allocation budgétaire pour les soins de santé reste très insuffisante en raison de mauvaises sources de revenus, qui limitent les objectifs du PHC. En tant que système intégré, le SMOH n'a pas de division acheteur-fournisseur, car les fournisseurs ne sont pas sélectionnés en fonction de la qualité de la prestation de services et du rendement. La surveillance des performances du fournisseur est faible et l'incitation à améliorer les performances est limitée. Les paiements des fournisseurs par le biais des salaires et des postes budgétaires ne favorisent pas la qualité et l'efficacité de la prestation des services. Il n'y a pas de voies claires entre le SMOH et les citoyens pour fournir une rétroaction en temps opportun sur la prestation des services. La capacité d'achat stratégique est très limitée, mais la volonté d'obtenir un soutien technique reste forte.

Conclusion :

L'achat de soins de santé dans l'Etat du Niger reste largement passif étant donné le fonctionnement du système public intégré qui laisse présager des obstacles à la SHP. Cependant, des progrès significatifs ont été réalisés vers la SHP dans l'État. L'améliora-

tion des infrastructures de santé, la mise en place d'un système de santé contributif parmi les cadres politiques et réglementaires importants représentent des progrès majeurs vers la SHP dans l'État. Un engagement fort du gouvernement en faveur de la CSU, le renforcement du système de santés contributives et la disponibilité d'un soutien technique, entre autres mesures recommandées, stimuleront la mise en œuvre de la SHP dans l'État pour progresser vers la CSU.

La contribution du Nigeria State Health Investment Project (Projet d'investissement dans la santé de l'État du Nigeria) au renforcement de systèmes de santé résilients : Leçons tirées de dix années de mise en œuvre du financement axé sur les résultats au Nigeria

***Hyeladzira Garnwa**, Binta Ismail, Muhammed Muhamed, Muhammed Mashin, Ismail Salihu et Sarah Martin, Agence nationale pour le développement des soins de santé primaires (NPHCDA), Abuja (Nigéria)*

Contexte

Les indices de santé du Nigeria restent parmi les pires de l'Afrique subsaharienne. Les progrès réalisés en matière d'amélioration des taux de mortalité infantile, maternelle et des moins de 5 ans, et de natalité qualifiée ont également pris du retard par rapport aux normes internationales. En 2011, le Nigeria State Health Investment Project (NSIHP) a été lancé pour recentrer les efforts sur le renforcement de la prestation de services et l'amélioration des résultats en matière de santé grâce à des approches innovantes du financement de la santé utilisant le financement axé sur les résultats (RBF). Le NSIHP a ensuite été élargi pour s'attaquer aux perturbations des services de santé causées par l'insurrection de Boko Haram dans la région du Nord-Est.

Objectifs

À la lumière de la fermeture officielle du NSIHP en 2021, ce document offre l'occasion de réfléchir à la façon dont le projet a évolué au cours des 10 années de mise en œuvre, en particulier les principaux défis rencontrés et comment ils ont été surmontés. Les données disponibles sur les finances, la gestion du personnel et les adaptations locales sont utiles pour éclairer la programmation future des projets du RBF. L'auto-évaluation qui suit la fermeture des NSHIP permet de refléter systématiquement les résultats, les défis et les leçons apprises.

Méthodologie

La période d'évaluation s'étendait de 2011 à 2020 afin de recueillir des renseignements principaux. Les entrevues avec les informateurs clés et les documents de projet du NSHIP ont servi à recueillir des données qualitatives, tandis que les données primaires du portail du projet et du Système national d'information sur la gestion de la santé ont été recueillies pour un examen quantitatif. Des méthodes statistiques descriptives simples ont été utilisées pour analyser les données. Le document évalue également les résultats du projet par rapport à des objectifs de développement prédéfinis, en mettant l'accent sur la fourniture de preuves des réalisations du projet.

Principales conclusions

Les résultats de la RBF au Nigeria ont été sans précédent en termes d'amélioration des résultats sanitaires obtenus. Grâce à la mise en œuvre de l'approche RBF dans l'ensemble du NSIHP, 2 200 établissements de santé primaire répartis dans 113 collectivités locales dans huit États ont connu une transformation totale et sont devenus fonctionnels grâce à une meilleure qualité de la prestation des services, ce qui s'est directement traduit par des améliorations de la santé de la population. Cela a permis à 30 millions de bénéficiaires,

dont des femmes et des enfants, d'avoir accès à des soins de santé de base et à des soins secondaires de qualité.

Conclusion

Dans le contexte nigérian, RBF a été une initiative opportune étant donné les faibles indices de santé aux niveaux national et infranational. Le NSHIP a démontré comment la RBF peut servir de stratégie innovatrice pour accroître l'impact des investissements dans la santé et améliorer l'efficacité. Toutefois, le projet a également mis en évidence certaines lacunes dans le processus de mise en œuvre de la RBF, ainsi que des difficultés récurrentes qui l'empêchent de réaliser son plein potentiel. La mise en œuvre du NSHIP a permis de tirer des leçons précieuses pour renforcer la conception et l'application de la RBF et influencer la politique nationale.

Achat stratégique de services de santé pour la couverture sanitaire universelle au Bénin : Une évaluation critique

Cossi Xavier Agbeto1, *Crédo AIHssou[2], Jean Paul Dossou[2], Kéfilath Bello[3] et Christelle Boyi[4], (1) Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, Abomey-Calavi, Bénin, (2) Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Bénin, (4) Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie.*

Résumé

Au Bénin, la recherche sur l'achat stratégique de produits de santé est presque inexistante. À l'heure actuelle, plusieurs réformes sont en cours dans le pays et visent à passer à l'achat stratégique de produits de santé, bien qu'il reste beaucoup à faire. Par conséquent, le présent document vise à montrer l'effort consenti en faveur du SHP à travers une évaluation de ses progrès et lacunes au Bénin.

Méthode

Nous avons combiné une conception d'étude qualitative transversale avec des données recueillies à l'aide d'examens de documents, d'entrevues avec des informateurs clés et d'un atelier de mobilisation des intervenants axé sur les cinq principaux acheteurs de la santé au Bénin : ANPS : Agence nationale de protection sociale (pour le volet assurance maladie de l'ARCH), l'ANGC (pour la politique nationale de la césarienne libre), par le ministère de l'Économie et des Finances (pour la Caisse nationale de retraite du Bénin), par le Trésor (pour le régime 4/5 des agents de l'État, la Caisse nationale de retraite du Bénin), et par les compagnies d'assurance elles-mêmes (pour les assurances maladie privées et les Mutuelles de santé).

Résultats

Nos résultats sont les suivants :

Forfait avantages :

La spécification des avantages varie selon les mécanismes d'achat de la santé. Dans le cadre du projet ARCH, comme dans la plupart des régimes publics par exemple, les acheteurs se concentrent principalement sur les prestataires publics, alors que les acheteurs privés ont tendance à passer des contrats avec des compagnies d'assurance privées.

Gestion financière :

L'autonomie de décision et de gestion financière est limitée dans plusieurs systèmes, en particulier ceux qui dépendent principalement du gouvernement. Au contraire, les compagnies d'assurance privées et les Mutuelles de santé sont autonomes dans leur prise de décision.

Paiement du fournisseur :

Le paiement à l'acte est le modèle de paiement le plus utilisé dans la plupart des systèmes, y compris le projet ARCH. En revanche, la politique de césarienne gratuite et les programmes de contrôle du paludisme remboursent les prestataires en payant une somme forfaitaire pour chaque césarienne effectuée.

Suivi :

La mise en œuvre de la plupart des programmes ne fait guère l'objet d'une attention particulière en matière de suivi et d'évaluation, principalement en raison du manque de systèmes de gestion de l'information et de la fragmentation des systèmes d'information existants. Toutefois, dans le cadre du projet ARCH par exemple, le suivi et l'évaluation des activités et des résultats sont effectués par les mêmes acheteurs qui ne fournissent pas toujours des analyses objectives.

Contrats :

Les méthodes de paiement des fournisseurs et les politiques de passation des marchés ne concordent pas bien avec l'achat stratégique de services de santé complets.

Gouvernance et systèmes d'information sur la santé :

La gouvernance est multipartite dans la plupart des régimes publics. Cependant, il y a peu ou pas de participation réelle de la communauté dans la prise de décision, sauf dans les Mutuelles de santé. En outre, chaque système SHP a son propre système d'information sur la santé comme cause de la fragmentation du système de financement de la santé.

Financement durable de la santé en Afrique : Projections des dépenses et des recettes et analyse de l'espace budgétaire

*Chris Atim[1], **Eric Arthur**[2] et Daniel Malik Achala[1], (1) AfHEA, Accra, Ghana, (2) Université des sciences et technologies Kwame Nkrumah (KNUST), Kumasi, Ghana*

Contexte et méthodes

Le document examine le financement durable des soins de santé en Afrique. Nous fournissons une analyse de la combinaison des sources de revenus pour la santé, y compris l'aide au développement en Afrique, en utilisant des données moyennes ajustées sur cinq ans de 2000 à 2018. Nous présentons une discussion pour appuyer la nécessité de passer aux dépenses de santé des gouvernements nationaux pour un financement durable. Ensuite, nous faisons des projections de croissance économique, de recettes fiscales et de dépenses de santé du gouvernement national en tenant compte des impacts de la pandémie de Covid-19 et suggérons d'autres sources de financement en Afrique. Nous supposons que les dépenses intérieures de santé augmentent au même rythme que les taux de croissance économique. En outre, nous supposons que les pays pourraient augmenter le ratio impôts/PIB à 20 %. Nous utilisons une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives en utilisant des données provenant de bases de données internationales et de dépôts de financement économique et sanitaire. Nous avons

également effectué des recherches documentaires et documentaires exhaustives pour éclairer notre analyse.

Résultats et conclusions

Les résultats indiquent une dépendance importante à l'égard des dépenses externes de santé et à la charge des patients. En outre, les gouvernements ne s'engagent guère à financer le secteur de la santé, comme en témoigne l'incapacité de la plupart des pays à atteindre l'objectif de 15 % fixé à Abuja et les 5 % du PIB consacrés aux dépenses de santé. En outre, les dépenses de santé par habitant sont faibles, tombant en deçà des 91 dollars recommandés pour les soins de santé de base, conjugués aux faibles niveaux d'assurance maladie sociale et volontaire dans la région. En utilisant également le taux de croissance prévu du PIB et de la population, nous constatons que la pandémie a des effets déprimants sur les taux de croissance économique et les recettes fiscales dans les pays africains, ce qui affecte la capacité des pays à fournir un financement durable au secteur de la santé. Il faut donc que les pays s'efforcent d'atténuer les effets de la pandémie afin d'améliorer les taux de croissance économique. Notre analyse montre également que si les pays consacrent au moins 5 % de leur PIB aux dépenses nationales de santé publique, les pays d'Afrique peuvent faire de bons progrès dans la réalisation de leurs objectifs de CSU, même si des insuffisances seront constatées en raison de la pandémie, d'où la nécessité de revoir ces objectifs. Nous constatons également que les pays africains pourraient mobiliser des recettes substantielles s'ils augmentaient leur ratio impôts/PIB de leur niveau actuel aux 20 % du PIB recommandés, car nous constatons des écarts importants dans les recettes fiscales. Nous concluons le document en discutant d'autres sources innovatrices de financement qui pourraient améliorer les revenus et, par conséquent, les allocations au secteur A de la santé.

Remerciements et clause de non-responsabilité:

Ce document est basé sur les travaux financés par la CEA et ABCHealth dans le cadre des analyses de fond pour le prochain rapport sur la santé et la croissance économique en Afrique, 2e édition. Les auteurs sont seuls responsables du contenu et des points de vue de l'article. Les opinions et conclusions du document ne doivent pas être attribuées à la CEA, à ABCHealth ou à une institution à laquelle les auteurs sont affiliés.

Une analyse critique de l'histoire récente du financement de la santé dans les pays africains, avec une attention particulière sur les achats stratégiques et l'établissement des priorités

Chris Atim[1], *Eric Arthur*[2] *et Daniel Malik Achala*[1], *(1) AfHEA, Accra, Ghana, (2) Kwame Nkrumah University of Science & Technology (KNUST), Kumasi, Ghana*

Contexte :

De nombreux pays africains ont souscrit aux objectifs de développement durable (ODD). Les progrès vers la réalisation des objectifs liés à la santé ont été lents, de nombreux pays ayant une faible couverture de services. Ce document examine l'état actuel du financement de la santé en Afrique et les progrès des pays vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Nous avons analysé les données macro-budgétaires, les données sur les systèmes de santé et les données sur le financement des pays africains. Nous avons examiné les principales priorités des systèmes de santé, notamment : établissement des priorités et utilisation de la technologie dans les soins de santé, achats stratégiques et mise

en commun des risques, ainsi que couverture des services. Le document a également examiné l'impact de la pandémie de Covid-19 en cours sur les pays.

Méthodes :

Une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives a été utilisée. Les données comprenaient des bases de données internationales et des dépôts de données sur le financement de l'économie et de la santé provenant de la Banque mondiale, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Initiative sur la Performance des Soins de Santé Primaires (PHCPI). L'aspect qualitatif a fait appel à des recherches documentaires et littérature exhaustives sur des thèmes clés pour éclairer notre analyse.

Résultats et conclusions :

Il y a des dépenses de santé généralisées et très élevées en Afrique. Cela représente l'un des défis les plus importants pour la réalisation de la CSU par les pays. Nous avons constaté que les dépenses publiques de santé sont faibles dans de nombreux pays, tandis que les dépenses extérieures de santé, même si elles diminuent, restent élevées dans certains pays. Compte tenu de la diminution et de la non-viabilité de l'aide extérieure et de l'appauvrissement accru des programmes opérationnels, le financement public demeure le seul moyen viable pour les pays de réaliser des progrès significatifs vers la CSU, en particulier pour faire en sorte que les populations pauvres et vulnérables obtiennent les soins de santé dont elles ont besoin sans subir de difficultés financières. Nous avons en outre constaté que les achats stratégiques et l'évaluation des technologies de la santé, qui peuvent stimuler l'efficacité de la répartition et l'efficacité technique dans le domaine de la santé, sont sous-utilisés en Afrique. L'achat de services de soins de santé en Afrique est largement fondé sur des intrants plutôt que sur des stratégies et n'encourage pas la prestation de services de qualité.

Conclusion :

Il existe encore une forte prévalence des dépenses de santé à la charge des patients (OOP) dans de nombreux pays africains, ce qui entrave les progrès de la CSU. Les dépenses publiques de santé sont essentielles pour permettre aux pays africains de progresser vers la CSU, compte tenu de la diminution et de la non-viabilité des fonds externes de santé et de la nature rétrogressive des OPP. Les pays devraient tirer parti des possibilités découlant, entre autres, de la réaction à la pandémie de Covid-19, pour maximiser l'utilisation des achats stratégiques, de la technologie numérique et d'outils similaires afin d'améliorer les services et les résultats de santé.

Remerciements et clause de non-responsabilité:

Ce document est basé sur les travaux financés par la CEA et ABCHealth dans le cadre des analyses de fond pour le prochain rapport sur la santé et la croissance économique en Afrique, 2e édition. Les auteurs sont seuls responsables du contenu et des points de vue de l'article. Les opinions et conclusions du document ne doivent pas être attribuées à la CEA, à ABCHealth ou à une institution à laquelle les auteurs sont affiliés.

Session Parallèle 4-3 : Oral

Impact de la COVID sur les services de santé

Effets non linéaires des crises sanitaires sur l'activité économique dans 27 pays africains

Roméo Boye, University Felix Houphouet Boigny of Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire and Rachel Mukamunana, Mécanisme Africain D'évaluation par les pairs (MAEP), South Africa

Contexte

Lors de l'apparition d'une épidémie les mesures prises sont, généralement, d'ordre préventive et pourraient perdre leur efficacité dans le long terme. Des solutions curatives sont donc souhaitables. Mais ces solutions curatives, avant de se mettre en place, demandent plusieurs étapes qui peuvent prendre des années. Pendant ce temps, si rien n'est fait, la situation d'épidémie pourrait se transformer en crise sanitaire, qui en impactant l'intégrité physique des populations pourrait agir négativement sur l'activité économique. Quel est donc le temps optimal que devrait prendre la recherche d'une solution durable aux épidémies afin d'éviter la récession économique ?

Buts et objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de contribuer à la compréhension de l'influence de la durée des crises sanitaires sur l'activité économique, surtout dans les pays d'Afrique, où les épidémies font rages et où la crise due à la Covid-19 est en train de réduire l'accès aux antirétroviraux.

L'objectif général de ce papier est d'analyser l'effet des crises sanitaires sur l'activité économique en Afrique. De façon spécifique, cette étude cherche à :

Identifier la nature du lien allant de la crise sanitaire vers la croissance économique ;

Déterminer le temps optimal à partir duquel une crise sanitaire peut influencer négativement la croissance économique.

Méthode d'analyse

Un modèle de régression linéaire est appliqué sur une fonction de croissance non linéaire dans la variable « crise sanitaire ».

L'échantillon de cette étude concerne un panel de 27 Etats en Afrique, observés sur la période 1995-2017. La méthode des moments généralisés (GMM) a été utilisée pour l'estimation des paramètres du modèle de l'étude.

Découvertes clés

Les résultats de l'étude montrent que les crises sanitaires en Afrique exercent, en général, un effet non-linéaire sur la croissance économique. Lorsqu'une épidémie s'amorce, les mesures de réponses immédiates ont tendance à développer certains secteurs d'activité au profit d'autres, conduisant à ramener le taux de croissance économique à +0,4%. Par ailleurs, lorsque ces mesures de court terme perdurent et ne se transforment pas en solutions durables, alors une baisse de la croissance économique de

l'ordre de -0,06% est constatée. Cette baisse a lieu généralement après 3 ans 4 mois.

Résultat majeur

Lors de la survenance d'une épidémie, il est souhaitable qu'au-delà des mesures barrières et de prévention, les autorités politiques commencent à mettre en place la recherche de solutions durables en considérant un compte à rebours de 3 ans en moyenne.

Rôle de la société civile et contribution des acteurs communautaires dans la lutte contre le COVID-19 au Burkina Faso

Orokia Sory[1], *Joël Arthur Kiendrébéogo*[2], *Yamba Kafando*[1], *Charlemagne Tapsoba*[3], *Issa Kabore*[1], *Hamidou Ouédraogo*[4], *Simon Kaboré*[4], *Cheickna Touré*[5] *and Allison Gamble Kelley*[6], *(1)Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso, (2)Université Joseph KI-ZERBO, Département de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso, (3)Recherche pour la Santé et le Développement, Burkina Faso, Burkina Faso, (4)Réseau accès aux médicaments essentiels (RAME), Ouagadougou, Burkina Faso, (5)Results for Development (R4D), Kenya, (6)Results for Development (R4D), France*

Introduction

Les communautés devraient jouer un rôle crucial dans la lutte contre les urgences de santé publique, mais assurer leur engagement effectif reste un défi dans de nombreux pays. Nous présentons l'expérience du Burkina Faso en matière d'implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la COVID-19.

Objectifs

Décrire le processus de mobilisation des acteurs communautaires et leur contribution dans la lutte contre la COVID-19 au Burkina Faso.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude qualitative descriptive qui s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou, couvrant la période de mars à octobre 2020. Les données ont été collectées par revue documentaire, entretiens individuels en ligne et observation participante, puis analysées de façon thématique.

Résultats

L'initiative d'implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la COVID-19 a été prise par 23 organisations de la société civile regroupées autour d'une plateforme dénommée « Démocratie Sanitaire et Implication Citoyenne (DES-ICI) ». Cette plateforme a lancé en avril 2020 le mouvement « Les Communautés s'engagent à Vider la COVID-19 (COMVID COVID-19) » en mobilisant plus de 300 associations à base communautaire à travers les réseaux sociaux. Ces associations, sous le leadership de la plateforme DES-ICI, ont été organisées et réparties en 54 Cellules Citoyennes de Veille Sanitaire (CCVS) à travers la ville de Ouagadougou. Ces CCVS ont travaillé de manière volontaire et bénévole, menant des activités de sensibilisation, d'identification et de suivi des cas contacts. Les CCVS ont également procédé à la fabrication et à la distribution de matériel de protection, notamment du savon, des masques et du gel hydro alcoolique aux ménages vulnérables. En outre, le mouvement COMVID-COVID-19 a permis d'enclencher un dialogue puis une collaboration accrue entre la société civile et le ministère de la santé dans le cadre de la riposte contre la COVID-19.

Conclusion

Le mouvement COMVID COVID-19 a été essentiel dans la lutte contre la COVID-19 au Burkina Faso et a été une expérience unique de mobilisation des acteurs communautaires par la société civile. Ce mouvement pourrait inspirer d'autres pays, non seulement dans le cadre de la riposte contre la COVID-19, mais au-delà, pour la mise en œuvre d'actions de santé communautaire dans la dynamique de la Couverture Sanitaire Universelle.

Impact of the COVID-19 pandemic and response on the utilization of health services in public facilities during the first wave in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo

Prof. Serge Mayaka, MD PhD, *ECOLE DE SANTE PUBLIQUE DE KINSHASA, KINSHASA, Congo-Kinshasa*

Contexte

L'utilisation des services de santé par les usagers peut diminuer pendant les épidémies, ce qui a été prédit dans les pays à revenu faible et intermédiaire pendant la pandémie de COVID-19. En mars 2020, le gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC) a commencé à mettre en œuvre des mesures de santé publique à travers Kinshasa, y compris des mesures de confinement strictes dans la zone de santé de la Gombe en pleine capitale.

Buts

Jusqu'à présent, seul un petit nombre d'études ont évalué l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des services de santé dans les PRFI et aucune n'a également évalué à la fois la mise en œuvre et la levée des mesures de confinement. Cette étude s'inscrit donc dans ce cadre.

Objectifs de la recherche

- Evaluer l'impact de COVID-19 et de ses mesures de réponse connexes sur l'utilisation des services de santé à Kinshasa pendant la première vague de la pandémie
- Fournir des informations pour guider la riposte et les futures flambées de maladies infectieuses.

Méthodes utilisées

À l'aide des données de séries chronologiques mensuelles du système d'information sanitaire et de séries chronologiques interrompues, avec des modèles de régression de Poisson segmentés à effets mixtes, nous avons évalué l'impact de la pandémie sur l'utilisation des services de santé essentiels lors de la première vague de la pandémie à Kinshasa.

Découvertes clés

L'utilisation des services de santé a chuté rapidement après le début de la pandémie et variait de 16 % pour les visites pour hypertension à 39 % pour les visites pour diabète. Cependant, les réductions ont été fortement concentrées à Gombe (diminution de 81 % des visites ambulatoires) par rapport aux autres zones de santé. Lorsque le confinement a été levé, le nombre total de visites et de visites pour maladies infectieuses et non transmissibles a été multiplié par deux environ. Les hôpitaux ont été plus touchés que les centres de santé. Dans l'ensemble, l'utilisation des services de santé maternelle et des vaccinations n'a pas été significativement affectée.

Résultat majeur

La pandémie de COVID-19 a entraîné des réductions importantes de l'utilisation des services de santé à Kinshasa, en particulier à Gombe. La levée du confinement a entraîné un rebond du niveau d'utilisation des services de santé, mais il est resté inférieur aux niveaux pré-pandémiques.

Session organisée 5-1

Cas d'investissement pour des résultats transformateurs dans la Décennie d'action : Études de cas en Afrique sub-saharienne.

Les auteurs : *Chinwe Ogbonna UNFPA, Ama Pokuaa Fenny Institut de recherches statistiques, sociales et économiques, Howard Friedman,UNFPA, Jocelyn Fenard UNFPA, Nadia Carvalho Avenir Health Naomi Setshegetso, Université de Botswana, Gaborone, Botswana, Jacob Novignon, Kwame Nkrumah Université de Science et de Technologie, Kumasi, Ghana, Alfred Mukong, Université de Namibia.*

Description

En 2019, le FNUAP, le Fonds des Nations Unies pour la population a estimé les coûts et les ressources nécessaires pour atteindre trois résultats concrets d'ici 2030, à savoir mettre un terme aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, mettre fin aux décès maternels évitables et mettre fin à la violence sexiste et aux pratiques néfastes. Avec ses partenaires collaborateurs, le FNUAP a lancé les tarifs mondiaux lors du sommet de la CIPD25 à Nairobi. Ces prix mondiaux ont utilisé des estimations agrégées au niveau national pour les pays les plus concernés, guidées par des outils adaptés, une méthodologie claire et plusieurs sources de données. Pour atteindre les trois résultats concrets d'ici à 2030 dans les pays prioritaires, un coût total de 264 milliards de dollars a été estimé, dont 42 milliards de dollars était prévus comme ressources disponibles et d'engagements en 2019 de la part des donateurs sous forme d'aide au développement. Un nouvel investissement de 222 milliards de dollars a été estimés comme le déficit de financement pour atteindre les trois résultats attendus d'ici 2030. Ces ressources devraient provenir principalement des ressources intérieures, y compris les recettes publiques, et de sources de financement novatrices. Il importe de souligner que les prix mondiaux ont été estimés en 2019 avant la pandémie de COVID-19 en 2020. On reconnaît que l'ampleur des ressources nécessaires pour combler les lacunes de financement pour atteindre ses résultats pourrait être beaucoup plus grande.

Conscients de la nécessité de disposer d'estimations nationales valides et des besoins en ressources pour atteindre les résultats susceptibles d'apporter des changements et respecter les engagements pris par les États membres au Sommet de Nairobi, les initiatives d'investissement se sont multipliés en Afrique. Ces investissements au niveau des pays offrent l'occasion de se concentrer sur les activités non achevées du Programme de la CIPD au niveau des pays, en définissant l'ampleur et la portée des investissements nécessaires pour donner la priorité aux interventions éprouvées, à fort impact et rentables, qui sont nécessaires pour accélérer les progrès vers la réalisation des résultats transformateurs auxquels s'engagent le FNUAP et ses partenaires.

Botswana : L'investissement et les résultats transformateurs d'ici 2030.

Naomi Setshegetso, Université du Botswana, Gaborone, Botswana

Contexte :

Au Botswana, le programme de planification familiale a contribué à améliorer les résultats en matière de santé et le développement au fil des ans. Cela, cependant, n'est pas sans quelques défis. L'un des principaux obstacles à l'élargissement de la couverture efficace des services de planification familiale est la disponibilité limitée de données ventilées sur les principaux indicateurs de la SRHR pour orienter les interventions ciblées. Le

Botswana s'appuie principalement sur des données programmatiques pour suivre les progrès du programme de planification familiale.

Les méthodes:

De différents scénarios de couverture efficace des interventions prioritaires ont été élaborés en consultation avec le gouvernement et les partenaires. Le niveau de référence a été fixé à 2020 avec des projections pour l'année cible des ODD de 2030 pour toutes les projections de couverture avec la première année d'impact enregistrée en 2021. Le scénario de référence (ou le statu quo) supposait que le taux de prévalence contraceptive (TPC) de 67,4 % prévaut au fil du temps et ne change pas. Par rapport à d'autres scénarios, le scénario de référence montre comment le taux de prévalence contraceptive (et la TPC moderne) évolue au fil du temps par rapport à l'objectif fixé en termes d'impact sur les besoins non satisfaits de MF, les grossesses non désirées, les décès maternels et les avortements non médicalisés évités. Dans le deuxième scénario, on a supposé que le taux actuel de prévalence de la contraception de 67,4 % ne prévalait que l'année de référence et, par la suite, évolue au fil du temps pour atteindre un objectif de 75 % en 2030 - un objectif fixé par les Nations Unies en tant qu'ODD pour tous les pays afin d'assurer l'accès universel aux soins de santé génésique. Dans le troisième scénario, on a supposé que le taux actuel de prévalence de la contraception, qui est de 67,4 %, augmente avec le temps de 80 % d'ici 2030.

Résultat :

Les résultats des estimations montrent l'impact significatif de l'augmentation de la prévalence de la contraception moderne et du traitement des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, de réduction des grossesses non désirées, des décès maternels et des avortements non médicalisés. Plus Précisément,

Une augmentation du taux de prévalence de la contraception moderne, qui passerait de 64,52 % à 86 %, en vue de mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, permettra d'accroître l'ampleur de l'impact pour éviter les grossesses non désirées d'ici à 2030.

Au total, 665 775 grossesses non désirées seraient évitées entre 2020 et 2030 si la TCP moderne est de 64,52 pour cent (niveau de référence/statu quo avec la TPC de 67,4 pour cent).

Les urgences et les perturbations en matière de santé publique que présente la pandémie de COVID-19 et son impact considérable sur les vies, les moyens de subsistance et l'économie soulignent la nécessité de systèmes de santé résilients, capables d'assurer la continuité des services essentiels.

Soudan du Sud : L'investissement et les résultats transformateurs d'ici 2030

Jacob Novignon, Université des sciences et technologies Kwame Nkrumah, Kumasi, Ghana

Contexte :

Le taux de mortalité maternelle au Soudan du Sud est relativement élevé, estimé à 789 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (estimations des Nations unies, 2015). De plus, la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement est de 19 %, 80 % des femmes accouchant à domicile assistées par des préposés non formés. Le besoin non satisfait de contraception au Soudan du Sud était de 29,7 % en 2020. Le taux de prévalence de la contraception pour toutes les méthodes était estimé à 4 % en 2010 et les méthodes modernes à 5 % en 2015.

Les méthodes:

Différents scénarios de couverture efficace des interventions prioritaires ont été élaborés en consultation avec le Groupe de référence national (GRN). Le niveau de référence et le niveau d'achèvement pour toutes les projections de couverture sont respectivement 2020 et 2030 et la première année d'impact de l'intervention est 2021. En ce qui concerne l'élimination des décès maternels et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, quatre scénarios de couverture efficace ont été envisagés.

Résultat :

Mettre fin aux décès maternels évitables :

Une augmentation réalisable (50 %) de la couverture de vingt-sept (27) interventions de santé maternelle à fort impact, y compris l'utilisation de contraceptifs, pourrait sauver plus de 5 500 vies maternelles au cours des dix prochaines années, pour un coût supplémentaire total de 318 millions de dollars au Soudan du Sud ou un coût total de 408 millions de dollars.

Mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale :

Une augmentation du taux de prévalence de la contraception moderne à 30 à 50 %, en vue de mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, permettra d'éviter que le nombre de grossesses non désirées ne passe de 292 075 en 2020 à entre 1 084 243 et 1 717 979 en 2030 dans les trois scénarios [Modeste (30 %), Réalisable (40 %) et Ambitieuse (50 %)].

Mettre fin au mariage des enfants :

Plus de 2 millions d'enfants (valeur de référence) seront probablement mariés au cours des 10 prochaines années si aucune intervention n'est entreprise. Toutefois, avec des interventions ciblées, 62 % des mariages d'enfants (environ 1,4 million) seraient évités.

Mettre fin à la violence sexiste et à toutes les pratiques préjudiciables :

Avec une augmentation annuelle de 5 % de la couverture efficace des interventions ciblées, le nombre de femmes exposées à la violence conjugale au Soudan du Sud commencerait à diminuer. Entre 2021 et 2025, 171 708 cas de VPI seraient évités ; cela approche un demi-million d'ici 2030. Avec une couverture d'intervention de 50 % pour tous les indicateurs atteints d'ici 2030, 392 376 incidents cumulatifs de VPI seraient évités au cours des 5 premières années (2021-2025) et près de 2,3 millions d'incidents seraient évités au cours de la deuxième moitié de la décennie.

Namibie : L'investissement et les résultats transformateurs d'ici 2030

Alfred Mukong, Université de Namibie

Contexte :

Le taux de mortalité maternelle au Soudan du Sud est relativement élevé, estimé à 789 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (estimations des Nations unies, 2015). De plus, la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement est de 19 %, 80 % des femmes accouchant à domicile assistées par des préposés non formés. Le taux d'utilisation des services de planification familiale est extrêmement faible dans le pays, avec environ 96 % des femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement mariées ou en union, incapables d'utiliser ou d'accéder à des méthodes de planification familiale ; seulement 1 % des 4 % de familles pratiquant la médecine ont utilisé des méthodes modernes de planification familiale. Le besoin non satisfait de contraception au Soudan du Sud était de 29,7 % en 2020.

Les méthodes:

Différents scénarios de couverture efficace des interventions prioritaires ont été élaborés en consultation avec le Groupe de référence national (GRN). Le niveau de référence et le niveau d'achèvement pour toutes les projections de couverture sont respectivement 2020 et 2030 et la première année d'impact de l'intervention est 2021.

Résultat :

Mettre fin aux décès maternels évitables :

Une augmentation réalisable (50 %) de la couverture de vingt-sept (27) interventions de santé maternelle à fort impact, y compris l'utilisation de contraceptifs, pourrait sauver plus de 5 500 vies maternelles au cours des dix prochaines années, pour un coût supplémentaire total de 318 millions de dollars au Soudan du Sud ou un coût total de 408 millions de dollars.

Mettre fin aux besoins non satisfaits de planification familiale :

Une augmentation du taux de prévalence de la contraception moderne à 30 à 50 %, en vue de mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, permettra d'éviter que le nombre de grossesses non désirées ne passe de 292 075 en 2020 à entre 1 084 243 et 1 717 979 en 2030 dans les trois scénarios [Modeste (30 %), Réalisable (40 %) et Ambitieuse (50 %)].

Mettre fin au mariage des enfants :

Plus de 2 millions d'enfants (valeur de référence) seront probablement mariés au cours des 10 prochaines années si aucune intervention n'est entreprise. Toutefois, avec des interventions ciblées, 62 % des mariages d'enfants (environ 1,4 million) seraient évités.

Mettre fin à la violence sexiste et à toutes les pratiques préjudiciables :

Avec une augmentation annuelle de 5 % de la couverture efficace des interventions ciblées, le nombre de femmes exposées à la violence conjugale au Soudan du Sud commencerait à diminuer. Entre 2021 et 2025, 171 708 cas de VPI seraient évités ; cela approche un demi-million d'ici 2030. Avec une couverture d'intervention de 50 % pour tous les indicateurs atteints d'ici 2030, 392 376 incidents cumulatifs de VPI seraient évités au cours des 5 premières années (2021-2025) et près de 2,3 millions d'incidents seraient évités au cours de la deuxième moitié de la décennie.

Session organisée 5-2

Mise à l'échelle de la chirurgie en Afrique subsaharienne: Exploration de l'économie fondamentale et des complexités dynamiques.

Les auteurs: *Martilord Ifechi Ifeanyichi Radboud UMC, Leon Bijlmakers, Department for Health Evidence, Radboud University Medical Center, Nimègue, Pays-Bas, Juma Adinan, Communauté de la santé de l'Afrique centrale et australe orientale, Arusha, Tanzanie, République-Unie de Tanzanie, Jakub Gajewski, Institut de Chirurgie Globale, Collège royal des chirurgiens d'Irlande, Dublin, Irlande, Henk Broekhuizen, Département Santé et Société , Wageningen University and Research, Wageningen, Pays-Bas.*

Description

Neuf personnes sur dix en Afrique subsaharienne n'ont pas accès à une chirurgie sûre, opportune et abordable. Depuis la publication en 2015 du rapport de la Commission du Lancet sur la chirurgie dans le monde (LCGS), détaillant entre autres les disparités mondiales dans l'accès à la chirurgie, il y a eu des initiatives nationales et régionales pour intensifier la chirurgie en Afrique sub-saharienne, y compris l'élaboration et le lancement de plans nationaux, chirurgicaux, obstétriques et d'anesthésie (NSOAP) en Zambie, Tanzanie, Nigeria, Rwanda et Madagascar. Le projet SURG-Africa (Renforcer la sécurité chirurgicale pour les populations rurales en Afrique) a également mis à l'essai un programme de mentorat pour permettre aux équipes chirurgicales des hôpitaux de district de Tanzanie, du Malawi et de Zambie d'entreprendre un plus grand nombre d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux de district. Ces efforts sont toutefois entravés par le peu de données disponibles sur les systèmes chirurgicaux. Explorant différentes dimensions du système chirurgical, cette session démontrera le rôle de la recherche économique et systémique dans l'élaboration de politiques pour construire des systèmes chirurgicaux résilients en Afrique subsaharienne.

Cette session comprendra des remarques préliminaires de l'organisateur principal/modérateur, quatre présentations distinctes, des questions et réponses à la sous-session et des remarques finales. La première présentation est une revue systématique de la littérature, évaluant et décrivant la situation actuelle du financement de la chirurgie en Afrique subsaharienne, et fournissant des options stratégiques pour des améliorations. Le deuxième intervenant présentera une étude sur les coûts et les possibilités d'amélioration de l'efficacité de la prestation des services de chirurgie dans les hôpitaux régionaux et de district en Tanzanie. La troisième présentation approfondira la question de l'efficacité en examinant les déterminants de l'efficacité dans les hôpitaux de district en Tanzanie, au Malawi et en Zambie, à l'aide d'une combinaison d'analyses de l'élaboration de données et de régression. La dernière présentation utilisera un outil de dynamique des systèmes - des ateliers de modélisation de groupe (GMB) - pour explorer les options politiques pour la mise en oeuvre et le maintien du modèle de mentorat chirurgical au niveau du district pour l'expansion chirurgicale en Zambie. Cela fournira une étude de cas sur les raisons pour lesquelles et comment la réflexion sur les systèmes pourrait aider à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques afin de réduire au minimum les échecs et les conséquences imprévues des systèmes adaptatifs complexes.

Cette séance démontrera qu'il est possible d'accroître l'envergure de la chirurgie en Afrique subsaharienne, mais qu'elle nécessite des politiques globales, à long terme et axées sur les systèmes, en commençant par la priorisation de la chirurgie dans les priorités nationales d'allocation des ressources, et la création d'un fonds mondial dédié à la chirurgie.

Financement de la chirurgie et de l'anesthésie en Afrique sub-saharienne: Une revue de la situation

Leon Bijlmakers, Département des preuves en matière de santé, Centre médical de l'Université de Radboud, Nimègue, Pays-Bas

Objectif:

Cette étude vise à fournir un aperçu des connaissances actuelles et une analyse situationnelle du financement de la chirurgie et de l'anesthésie en Afrique subsaharienne (ASS).

La Conception :

Nous avons effectué un examen de la portée des bases de données scientifiques (PubMed, EMBASE, Global Health et l'Index Medicus Africain), de la littérature grise et des sites Web des organisations de développement. Deux examinateurs indépendants ont procédé à l'examen préliminaire et à l'extraction des données, et les données recueillies ont été résumées à l'aide d'une synthèse narrative thématique par domaine de financement : la mobilisation, la mutualisation et l'achat.

Les résultats:

La recherche a donné lieu à 5 533 articles uniques, dont 149 répondaient aux critères d'inclusion : 132 concernaient la mobilisation, 17 la mise en commun et 5 l'achat. La négligence de la chirurgie dans les priorités nationales en matière de santé est répandue dans la ASS et aucun rapport n'a été trouvé sur les dépenses chirurgicales ou les allocations budgétaires au niveau national. Les mécanismes de protection financière sont faibles ou inexistants ; les patients pauvres renoncent souvent aux soins ou sont confrontés à des catastrophes financières lorsqu'ils cherchent des soins, même dans le contexte d'initiatives de financement public universel (soins gratuits).

Conclusion:

Le financement des soins chirurgicaux et anesthésiques en Afrique sub-saharienne est aussi faible que peu étudié, ce qui nécessite une plus grande priorité nationale et un suivi du financement des soins chirurgicaux. L'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'abordabilité des soins chirurgicaux et anesthésiques exige des formulations de politiques complètes et inclusives.

Coûts économiques de la prestation de services chirurgicaux au niveau des districts et des régions en Tanzanie

Juma Adinan, Communauté sanitaire d'Afrique centrale orientale et australe, Arusha, Tanzanie, République-Unie de Tanzanie

Objectif:

Cette étude vise à calculer et à comparer les coûts de la prestation de soins chirurgicaux dans les hôpitaux de district et régionaux ; et identifier les gains d'efficacité possibles.

Les méthodes:

Deux hôpitaux de district et l'hôpital régional de référence (RH) de la région d'Arusha ont été sélectionnés. L'ensemble du personnel, des bâtiments, de l'équipement et des

fournitures médicales et non médicales déployés dans la gestion des hôpitaux sur une période de 12 mois a été identifié et quantifié à partir des entrevues et des dossiers hospitaliers. À l'aide d'une combinaison d'établissement des coûts par paliers et d'établissement des coûts par activités, tous les coûts attribués aux chirurgies ont été établis, puis répartis entre les différents types de chirurgies. Ces coûts ont été divisés en composantes pré-opératoire, intra-opératoire et post-opératoire.

Résultats:

Les coûts annuels totaux de fonctionnement des centres de coûts cliniques variaient de 567 000 $ à l'hôpital du district d'Oltrumet à 3 453 000 $ à l'hôpital régional de référence Mt Meru. Les coûts totaux des chirurgies variaient de 79 000 $ à 813 000 $; représentant 12 à 22 % du coût total de fonctionnement des hôpitaux. Au moins 70 % des coûts étaient des salaires. Les coûts unitaires et la part relative des coûts en capital étaient généralement plus élevés dans les hôpitaux de district. Les deux tiers de toutes les procédures ont supporté au moins 60 % de leurs coûts dans le théâtre. La réduction ouverte et la fixation interne (ORIF) effectuées à l'hôpital régional étaient moins coûteuses (618 $) que le débridement chirurgical (plus traitement conservateur) en raison des soins postopératoires prolongés aux patients hospitalisés associés à ce dernier (1 177 $), mais elles étaient peu fréquentes, surtout en raison de l'indisponibilité des implants.

Conclusion:

La diminution des coûts unitaires et de la part des coûts d'investissement dans les RH reflète un avantage d'économies d'échelle et de gamme dans les RH, et une sous-utilisation possible de la capacité dans les RH. Des gains d'efficacité plaident en faveur de la concentration et de l'expansion des services chirurgicaux dans les centres de ressources, mais il existe des arguments plus solides en faveur de l'expansion des chirurgies au niveau des districts, non seulement pour un accès équitable aux services, mais aussi pour réduire les coûts unitaires dans ces centres, et libérer des ressources pour les cas plus complexes comme le ORIF.

Capacité, productivité et efficacité chirurgicales au niveau du district en Afrique sub-saharienne: Une étude dans trois pays

Jakub Gajewski, Institut de chirurgie globale, Collège royal des chirurgiens d'Irlande, Dublin, Irlande.

Objectif:

Cet article étudie les déterminants de l'efficacité des hôpitaux de district dans trois pays africains.

Méthodes:

Des données transversales sur trois mois, comprenant des indicateurs de capacité chirurgicale et des volumes d'interventions chirurgicales majeures recueillies dans 61 hôpitaux de district au Malawi, en Tanzanie et en Zambie, ont été analysées. L'analyse par enveloppement des données a servi à calculer les scores moyens d'efficacité des hôpitaux (max.=1) pour chaque pays. Une analyse de régression quantitative a été choisie pour estimer la relation entre le volume chirurgical et les indicateurs d'entrée. Une analyse de régression bootstrap en deux étapes a été utilisée pour estimer les déterminants de l'efficacité des hôpitaux.

Résultats:

Les scores moyens d'efficacité des hôpitaux étaient de 0,77 en Tanzanie, 0,70 au Malawi et 0,41 en Zambie. Les infrastructures ont eu le poids le plus important dans le calcul de ces scores. Les hôpitaux qui ont obtenu des résultats élevés sur l'indice de capacité chirurgicale le plus couramment utilisé n'étaient pas ceux qui avaient des volumes chirurgicaux élevés ou une efficacité élevée. Le nombre de membres de l'équipe chirurgicale, qui était le plus faible en Zambie, était fortement, positivement corrélé avec la productivité et l'efficacité chirurgicales

Conclusions:

L'efficacité des hôpitaux, qui combine les mesures de la capacité et les résultats chirurgicaux, est un meilleur indicateur de la performance chirurgicale que les mesures de la capacité, qui, utilisées seules pour la planification chirurgicale, pourraient être trompeuses. L'investissement dans la main-d'œuvre chirurgicale est essentiel pour améliorer la productivité et l'efficacité des hôpitaux de district.

Options pour le mentorat chirurgical: Leçons de la Zambie basées sur la consultation des parties prenantes et la science des systèmes

Henk Broekhuizen, Département de la santé et de la société, Université et recherche de Wageningen, Wageningen, Pays-Bas.

Objectif:

L'objectif de cette étude était d'explorer les options stratégiques pour l'intégration d'un programme pilote de mentorat chirurgical dans les structures politiques existantes en Zambie grâce à une approche de modélisation participative.

Méthodes:

Quatre ateliers de modélisation en groupe ont été organisés, dont deux dans des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux. Les participants travaillaient dans divers établissements et avaient des antécédents cliniques et/ou administratifs. Deux examinateurs indépendants ont comparé les diagrammes en boucle causale (DLC) qui ont résulté de ces ateliers par paires pour construire un DLC intégré. La théorie des graphes a été utilisée pour analyser le DLC intégré, et le comportement dynamique du système a été exploré à l'aide de la méthode MARVEL (Method to Analyze Relations between Variables using Enriched Loops).

Résultats:

La création d'une faculté provinciale de mentorat, en collaboration avec les principaux intervenants, serait une étape nécessaire pour coordonner et maintenir le mentorat chirurgical et pour surveiller le rendement chirurgical au niveau du district. Il est recommandé d'effectuer des examens trimestriels du mentorat chirurgical au niveau provincial pour évaluer et, au besoin, adapter le mentorat. Les administrateurs des hôpitaux de district doivent surveiller de près la motivation des stagiaires.

Conclusions:

Le mentorat chirurgical peut jouer un rôle clé dans l'expansion de la chirurgie au niveau du district, mais sa mise en oeuvre est complexe et nécessite une coordination au niveau provincial et des contacts réguliers avec les intervenants concernés.

Session parallèle 5-1 : Oral

Coût et rentabilité des interventions en santé 1

Évaluer les coûts médicaux directs associés à la prématurité pendant l'hospitalisation initiale au Rwanda : une étude du coût de la maladie fondée sur la prévalence.

Anaclet Ngabonzima, *Communauté Economique des États de l'Afrique Centrale (CEEAC), Libreville (Gabon)*

Anaclet Ngabonzima1, David, Mark Epstein2, Gisele Mukunde[3], Mathias Gakwerere[4], Alain Nyalihama[5], David Cechetto[3]

[1]Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC)
[2]e École de gestion de Barcelone
[3]Département d'anatomie et de biologie cellulaire, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western Ontario, London (Ontario) Canada, N6A 5C1
[4] FNUAP
[5]Hôpital Universitaire Butare

Contexte:

La prématurité reste la principale cause de mortalité néonatale dans le monde, y compris au Rwanda, bien que la technologie médicale avancée ait amélioré la survie pour cette condition. L'hospitalisation initiale des prématurés est associée à des coûts élevés qui ont une incidence sur le budget national de la santé. Au Rwanda, on ne sait pas si ces coûts permettent une meilleure planification connexe, d'où le but et la motivation de cette recherche.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective du coût de la maladie utilisant une approche de prévalence menée dans 5 hôpitaux (Muhima, Masaka, Gisenyi, Ruhengeri et l'hôpital Universitaire de Butare). Elle prend en compte les bébés prématurés admis de juin à juillet 2021 suivis jusqu'à la sortie prospectivement pour déterminer les coûts médicaux directs (MDC) en utilisant une approche ascendante. Les données ont été compilées avec Microsoft Excel et exportées dans SPSS pour une analyse supplémentaire. Le MDC globale et les autres différents MDC moyens ont été déterminées. Le MDC du pays a été estimée sur la base de l'incidence récente. La relation linéaire entre la variable explicative et la variable de résultat a été évaluée et la prédiction des coûts a été faite en utilisant le modèle de régression linéaire. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats :

Au total, 123 bébés prématurés ont été recrutés. Les bébés très prématurés et modérés étaient respectivement de 36,6 % et 23,6 %. Le MDC moyen global était de 237,72 $ (écart type de 294,97 $) et le coût par nourrisson variait selon le degré de prématurité, la catégorie de poids, le niveau d'hospitalisation et la durée du séjour. Les MDC étaient dominées par les médicaments et les fournitures (65 %) et l'oxygène était le facteur de coût du MDC, qui représentait elle-même 38,40 % des coûts totaux. Le poids de naissance (PN) était le facteur prédictif le plus puissant pour le séjour à l'hôpital et pour le MDC et servait aux prédictions.

Conclusion :

L'analyse et la prédiction du MDC dans cette étude fournissent une compréhension approfondie du PN en tant que facteur de prédiction des coûts à aborder par des mesures visant à prévenir ou à retarder la naissance prématurée. Le coût lié à l'oxygène représente une forte proportion de la MDC et ce coût peut être réduit en installant des usines d'oxygène dans les hôpitaux.

Analyse coût-efficacité de la chimio-prévention du paludisme saisonnier au Bénin.

Colin Gilmartin, Management Sciences for Health, Philadelphie, PA, Justice Nonvignon, Département des politiques, de la planification et de la gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana, ***Aurore Ogouyemi-Hounto****, Bénin Programme national de lutte contre le paludisme, Bénin, Patrick Makoutode, CERRHUD, Bénin, Amanda Schulhofer, Université Johns Hopkins et Zana Somda, Management Sciences for Health*

La chimio-prévention du paludisme saisonnier (SMC) - l'administration intermittente de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine pendant les mois de pointe de transmission du paludisme - est recommandée pour les enfants âgés de 3 à 59 mois vivant dans des zones géographiques désignées afin de prévenir le Plasmodium falciparum. Bien que la SMC soit considérée comme une intervention peu coûteuse et très rentable, il est nécessaire de comprendre la rentabilité des différentes stratégies d'administration pour éclairer la planification future et l'affectation des ressources. L'objectif de cette étude est d'évaluer le rapport coût-efficacité de deux méthodes d'administration mensuelle de la SMC dans le nord du Bénin, en comparant trois jours de traitement sous observation directe (3 jours de DOT) par un agent de santé formé et un jour de traitement sous observation directe (1 jour de DOT) par un agent de santé formé avec les deux doses subséquentes fournies par le soignant de l'enfant.

Nous avons effectué une analyse coût-efficacité de la campagne 2020 de la SMC qui ciblait quatre zones de santé - Tanguiéta Matéri Cobly (TMC), Malanville Karimama (MK), Banikoara (BNK) et Kandi Gogounou Ségbana (KGS) - ciblant 304 772 enfants âgés de 3 à 59 mois. Zones BNK et KGS ont utilisé la stratégie DOT de 3 jours et les zones TMC et MK ont utilisé la stratégie DOT d'un jour. Les coûts financiers et économiques ont été saisis à partir de rapports sur les dépenses, de micro-plans et d'entrevues en personne et ont été analysés du point de vue du programme et des ménages. Les principales mesures des effets étaient les cas de paludisme, les décès et les cas d'espérance de vie corrigée de l'incapacité (DALY) évités, qui ont été estimés à partir du nombre de traitements de la SMC administrés et des effets modélisés à l'aide d'un modèle analytique de décision qui incorporait des données sur l'efficacité de la SMC et la transmission du paludisme obtenues à partir de la littérature. Des analyses de sensibilité unidirectionnelles ont été effectuées pour vérifier la robustesse du rapport coût-efficacité différentiel (ICER).

Le coût total de la campagne 2020 de la SMC était de 1,6 million de dollars (879 millions de FCFA) dans les zones DOT à 1 jour et de 2 millions de dollars (1 milliard de FCFA) dans les zones DOT à 3 jours. Le coût par cycle mensuel SMC livré à un enfant était de 3,71 $ (FCFA 1 983) dans les zones de DOT de 1 jour contre 3,13 $ (FCFA 1 673) dans les zones de DOT de 3 jours. La stratégie DOT 3 jours était la plus rentable pour tous les effets, avec un rapport coût-efficacité différentiel (RCED) de 446 $ (238 409 FCFA) par DALY évitée. Des analyses de sensibilité déterministes unidirectionnelles ont démontré que même dans les estimations les plus prudentes, l'ICER demeurait rentable.

Le 1-DOT et le 3-DOT sont des stratégies peu coûteuses et rentables pour l'administration de SMC, l'administration de 3 jours de DOT étant considérée comme plus rentable. Ces données devraient aider à orienter la planification future des programmes et l'allocation des ressources pour les SMC au Bénin et dans d'autres pays éligibles aux SMC.

Modélisation du rapport coût-efficacité de la prise en charge critique essentielle et avancée des patients COVID-19 au Kenya

Angela Kairu1, *Vincent Were2, Lynda Isaaka2, Ambrose Agweyu[2], Samuel Aketch[2] et Edwine Barasa[1], (1)Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya, (2)KEMRI Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya*

Contexte :

La prise en charge des patients symptomatiques atteints de COVID-19 est une intervention clé du système de santé. Le gouvernement kényan s'est engagé à combler les lacunes en matière de capacités dans les soins essentiels et avancés nécessaires à la gestion des cas de COVID-19 grave et critique. Toutefois, compte tenu des ressources limitées, des lacunes persistent dans les soins essentiels et avancés. Cette étude a évalué la rentabilité des investissements dans les soins essentiels et les soins intensifs de pointe afin d'éclairer la priorisation des décisions d'investissement.

Méthodes :

Nous avons utilisé un modèle d'arbre de décision pour évaluer le rapport coût-efficacité incrémentiel de l'investissement dans les soins essentiels (EC) et l'investissement dans les soins essentiels et avancés (EC+ACC) par rapport à la capacité actuelle de prestation de soins de santé (statu quo) pour les patients atteints de la COVID-19 au Kenya. Nous avons utilisé une perspective du système de santé et un horizon temporel d'épisodes de soins en établissement. Les données sur les coûts ont été obtenues par analyse empirique primaire, tandis que les données sur les résultats ont été obtenues par des estimations de modèles épidémiologiques. Nous avons utilisé l'analyse de sensibilité unidimensionnelle et probabiliste (PSA) pour évaluer la robustesse des résultats.

Résultats :

L'option du statu quo est plus coûteuse et moins efficace que l'investissement dans les soins essentiels et est donc dominée par les soins de santé primaires. Le rapport coût-efficacité incrémentiel (ICER) de l'investissement dans les soins essentiels et les soins intensifs avancés (EC+ACC) était de 1 378,21 dollars US par DALY évitée et n'était donc pas une stratégie rentable par rapport au seuil coût-efficacité du Kenya (908 dollars US).

Conclusion :

Lorsque le critère de rentabilité sera pris en considération, et dans le contexte de la rareté des ressources, le Kenya obtiendra un meilleur rapport qualité-prix s'il accorde la priorité aux investissements dans les soins essentiels plutôt qu'aux investissements dans les soins critiques avancés. Ces informations sur le rapport coût-efficacité devront toutefois être prises en compte dans le cadre d'un processus décisionnel à critères multiples qui utilise une série de critères reflétant les valeurs sociétales de la société kényane.

Mots clés : COVID-19, rapport coût-efficacité, soins essentiels, soins intensifs avancés, Kenya

Modélisation du rapport coût-efficacité de la prise en charge critique essentielle et avancée des patients COVID-19 au Kenya

Angela Kairu1, *Vincent Were2, Lynda Isaaka2, Ambrose Agweyu[2], Samuel Aketch[2] et Edwine Barasa[1], (1)Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya, (2)KEMRI Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya*

Contexte :

La prise en charge des patients symptomatiques atteints de COVID-19 est une intervention clé du système de santé. Le gouvernement kényan s'est engagé à combler les lacunes en matière de capacités dans les soins essentiels et avancés nécessaires à la gestion des cas de COVID-19 grave et critique. Toutefois, compte tenu des ressources limitées, des lacunes persistent dans les soins essentiels et avancés. Cette étude a évalué la rentabilité des investissements dans les soins essentiels et les soins intensifs de pointe afin d'éclairer la priorisation des décisions d'investissement.

Méthodes :

Nous avons utilisé un modèle d'arbre de décision pour évaluer le rapport coût-efficacité incrémentiel de l'investissement dans les soins essentiels (EC) et l'investissement dans les soins essentiels et avancés (EC+ACC) par rapport à la capacité actuelle de prestation de soins de santé (statu quo) pour les patients atteints de la COVID-19 au Kenya. Nous avons utilisé une perspective du système de santé et un horizon temporel d'épisodes de soins en établissement. Les données sur les coûts ont été obtenues par analyse empirique primaire, tandis que les données sur les résultats ont été obtenues par des estimations de modèles épidémiologiques. Nous avons utilisé l'analyse de sensibilité unidimensionnelle et probabiliste (PSA) pour évaluer la robustesse des résultats.

Résultats :

L'option du statu quo est plus coûteuse et moins efficace que l'investissement dans les soins essentiels et est donc dominée par les soins de santé primaires. Le rapport coût-efficacité incrémentiel (ICER) de l'investissement dans les soins essentiels et les soins intensifs avancés (EC+ACC) était de 1 378,21 dollars US par DALY évitée et n'était donc pas une stratégie rentable par rapport au seuil coût-efficacité du Kenya (908 dollars US).

Conclusion :

Lorsque le critère de rentabilité sera pris en considération, et dans le contexte de la rareté des ressources, le Kenya obtiendra un meilleur rapport qualité-prix s'il accorde la priorité aux investissements dans les soins essentiels plutôt qu'aux investissements dans les soins critiques avancés. Ces informations sur le rapport coût-efficacité devront toutefois être prises en compte dans le cadre d'un processus décisionnel à critères multiples qui utilise une série de critères reflétant les valeurs sociétales de la société kényane.

Mots clés : COVID-19, rapport coût-efficacité, soins essentiels, soins intensifs avancés, Kenya

Coût et rentabilité de l'unité d'oncologie pédiatrique en Éthiopie

Mizan Kiros Mirutse, *Ministère de la Santé Éthiopie, Addis-Abeba, Éthiopie, Michael Tekle Palm, Clinton Health Access Initiative, Addis-Abeba, Éthiopie, Éthiopie, Stephane Verguet, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, États-Unis, WA, Solomon Tessema Memirie, Département de pédiatrie et de santé infantile, College of Health Sciences, Université d'Addis-Abeba, Addis-Abeba, Éthiopie, Éthiopie, Mieraf Taddesse Tolla, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Bergen Center for Ethics and Priority Setting (BCEPS), Université de Bergen Norvège, Norvège et Ole F Norheim, Département de la santé publique mondiale et des soins primaires, Centre Bergen pour l'éthique et l'établissement des priorités (BCEPS)*

Contexte

Malgré l'augmentation récente des initiatives mondiales pour le cancer chez les enfants, la plupart des interventions recommandées pour améliorer la survie et la qualité de vie des enfants atteints de cancer dans les pays en développement (LIC) sont classées comme étant de priorité faible ou moyenne dans le lot de services de santé essentiels (EEHSP) de l'Éthiopie récemment révisé, en raison du manque de preuves locales sur le coût et la rentabilité.

Méthodes

Nous avons recueilli des données historiques sur les coûts et la quantité de services fournis pour l'unité d'oncologie pédiatrique et tous les autres (quatre-vingt-six) départements de l'hôpital spécialisé Tikur Anbessa (TASH) du 8 juillet 2018 à juin 2019, en utilisant une approche mixte (principalement descendante) des coûts et la perspective du fournisseur. Le coût direct (ressources humaines, médicaments et fournitures, équipement médical) de l'unité d'oncologie, la part des coûts des autres services cliniques et la part des frais généraux sont additionnés pour estimer le coût annuel total de fonctionnement de l'unité. Nous avons utilisé les données sur les résultats pour la santé d'autres études pour estimer le gain net d'utilité (DALY évitée) de l'exploitation d'une unité d'oncologie pédiatrique par rapport à un scénario de non-intervention. Nous avons appliqué le seuil CHOIX de l'OMS pour déterminer la volonté de payer pour l'Éthiopie.

Résultats

Le coût annuel total de fonctionnement de l'unité d'oncologie pédiatrique à TASH en 2018-2019 était de 797 458 USD (482 USD par patient). Les médicaments et les fournitures (33 %) et le personnel (32 %) représentent une grande partie du coût. Soixante-deux pour cent des coûts sont attribuables aux services du service des malades hospitalisés (IPD), les 38 % restants étant liés aux services du service des malades externes (OPD). Le coût par DALY évité est de 726 USD (entre 555 USD et 905 USD selon l'analyse de sensibilité à sens unique), ce qui est inférieur au seuil des interventions « très rentables », fixé comme le PIB éthiopien par habitant de 2019 (954 USD/habitant).

Conclusions

La prestation de services pédiatriques de cancérologie à l'aide d'une unité spécialisée en oncologie est très rentable en Éthiopie et sera très probablement le cas dans d'autres pays en développement. Nous recommandons de réévaluer la décision du niveau de priorité du traitement du cancer chez les enfants dans l'actuelle EHSPE.

Projection du coût de l'introduction du vaccin conjugué contre la typhoïde (TCV) dans le programme national de vaccination au Malawi, à l'aide d'un cadre standardisé de calcul des coûts.

M. Frederic Debellut, MSc1, *Rouden Mkisi2, Vincent Masoo3, Chisema Nenani4, Dennis Mwagomba4, Mpatso Mtenje4, Dr Fumbani Limani, MBBS, Med Internal Medicine5 et Clint Pecenka[6], (1)PATH, Genève, Suisse, (2) PATH, Malawi, (3)Mzuzu central Hospital, Malawi, (4)Programme élargi de vaccination, Ministère de la Santé, Malawi, (5)Malawi Liverpool Wellcome Trust, Blantyre, Malawi, (6)PATH*

Contexte :

En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé a formellement recommandé l'introduction du vaccin conjugué contre la typhoïde (TCV) dans les contextes d'endémie typhoïde. Malgré une prévalence importante de la typhoïde en Afrique subsaharienne, la TCV n'a été introduite que dans deux pays africains. Les décideurs du Malawi ont décidé d'introduire le TCV et ont présenté une demande à Gavi, l'Alliance du vaccin, en septembre 2020. Le plan actuel prévoit l'introduction du TCV dans le cadre du programme national de vaccination en octobre 2022. L'introduction comprendra une campagne nationale ciblant tous les enfants âgés de 9 mois à 15 ans. Après la campagne, le TCV sera administré par immunisation systématique à neuf mois. Cette étude vise à estimer le coût de l'introduction et de la mise en œuvre de la TCV, sur la base des stratégies de mise en œuvre définies dans le Plan d'action national du Malawi.

Méthodes :

Cette analyse des coûts est effectuée du point de vue du gouvernement et porte sur la projection du coût différentiel de l'introduction de la TCV. L'étude adoptera une approche fondée sur les activités et l'établissement des coûts des ingrédients, selon laquelle toutes les activités associées à l'introduction et à la livraison du vaccin sont identifiées, mesurées et évaluées individuellement, en indiquant des quantités et des prix unitaires distincts. Les coûts financiers et économiques sont inclus dans l'analyse. L'étude utilise un outil d'établissement des coûts mis au point par Levin et Morgan grâce à un partenariat entre l'Institut international des vaccins et l'Organisation Mondiale de la Santé. Des données primaires et secondaires ont été recueillies par le biais d'entretiens entre des informateurs clés et des représentants de l'équipe du Programme élargi de vaccination du Malawi au niveau central ainsi que dans 4 districts et 24 établissements de santé locaux. Les données primaires dans les établissements de santé ont été recueillies au moyen d'entrevues avec des travailleurs de la santé participant aux activités d'immunisation.

Résultats :

Les résultats comprendront les coûts financiers et économiques totaux de l'introduction du TCV au Malawi, plus le coût de la prestation de services par dose par l'intermédiaire de la campagne et dans la vaccination systématique. Les coûts seront renseignés par principales activités (formation, micro-planification, supervision, etc.) et catégories de coûts (coûts d'introduction et coûts récurrents), en mettant en évidence les principaux facteurs de coûts.

Discussion :

Les résultats de cette analyse (prévue pour novembre 2021) seront essentiels pour évaluer les incidences économiques de la mise en œuvre de la TCV et pour éclairer la prise de décisions et la planification budgétaire en prévision de l'introduction de la TCV au Malawi. Les principaux facteurs de coûts mis en évidence par l'analyse peuvent également informer les décideurs d'autres pays de la région lorsqu'ils évaluent la valeur et la faisabilité de l'introduction du TCV dans leur programme national de vaccination.

Session parallèle 5-2 : Oral

Coût et rentabilité des interventions en santé 2

Coûts directs et indirects du traitement non chirurgical de l'amygdalite aiguë chez les enfants dans le sud-est du Nigeria.

Maduka Ughasoro1, James Akpeh2, ***Nneamaka Obiageli Echendu***[2]*, Somkene Okpala*[2] *et Nneka MgbacIH*[3]*, (1) Université du Nigeria Enugu Campus, Enugu, Nigeria, (2)Université du Nigeria Teaching Hospital, Ituku-Ozalla, Enugu, Enugu, Nigeria, (3)Université du Nigeria TeacIHng Hospital, Ituku-Ozalla, Enugu, Enugu. Gu, Nigeria*

Contexte

L'amygdalite aiguë est devenue l'une des principales raisons pour lesquelles les enfants visitent les établissements de santé au Nigeria. À l'heure actuelle, il n'existe aucune information sur les coûts de son traitement, et cette étude visait à déterminer ces coûts.

Méthodes

L'étude a été menée dans deux hôpitaux situés dans le sud-est du Nigeria. L'information a été obtenue de deux façons : (1) rétrospectivement à partir des dossiers médicaux des enfants traités pour une amygdalite aiguë sur une période de 5 ans et (2) transversalement à partir des enfants qui ont présenté des plaintes pour une amygdalite aiguë sur une période de 7 mois. Les renseignements obtenus portaient sur les coûts de l'automédication, des traitements hospitaliers et des mécanismes de paiement utilisés pour régler ces coûts. La méthode du capital humain a été utilisée pour estimer le coût indirect (perte de productivité) de l'absentéisme au travail des aidants.

Résultats

Les coûts moyens de l'automédication et du traitement hospitalier de l'amygdalite aiguë chez l'enfant étaient respectivement de 3,85 et 13,48 euros. Le coût indirect était de 11,31 euros. Le coût total moyen du traitement de l'amygdalite aiguë était de 23,80 euros. La proportion de ménages ayant subi des dépenses de santé catastrophiques (CHE) à la suite du traitement de l'amygdalite aiguë était de 55 (55 %). Le CHE était le plus élevé [22 (91,7 %)] dans le quartile socio-économique le plus bas comparativement aux ménages dans le quartile le plus élevé [4 (16,7 %)], et la différence était statistiquement significative (p = 0,02). Sur les 72 participants dont les mécanismes de paiement ont été documentés, la proportion de ceux qui ont payé de leur poche était de 53 (73,6 %), et 19 (26,4 %) ont utilisé le régime national d'assurance maladie.

Conclusion

Les coûts du traitement des enfants atteints d'amygdalite aiguë étaient élevés et la plupart de ces coûts ont été réglés directement. Les coûts des examens de laboratoire, des médicaments et la perte de productivité ont contribué à ces coûts élevés. Il est nécessaire de couvrir les coûts du traitement non chirurgical de l'amygdalite aiguë dans le cadre de l'assurance sociale maladie et de redoubler d'efforts pour étendre la couverture du régime d'assurance maladie.

Coût pour la gestion du diabète et de l'hypertension dans les établissements de santé au Nigeria

*Chinwe Weli1, Tamilore Areola1, Kelechi Ohiri[1], Yewande Ogundeji[2] et **Aishatu Fodio**[3], (1)Health Strategy and Delivery Foundation, (2)Health Strategy and Delivery Foundation, FCT, Canada, (3)HSDF, Nigeria, Nigeria*

Introduction

Le Nigéria connaît des transitions démographiques et pathologiques qui se traduisent par une augmentation des maladies non transmissibles (MNT) telles que le diabète sucré, l'hypertension, le cancer et les blessures. Il n'y a pas de coûts granulaires récents liés à la prestation de ces services au niveau des soins de santé primaires, qui sont nécessaires pour informer les décideurs et la planification financière. Pour aider à relever ces défis complexes, nous avons mené une étude d'établissement des coûts afin d'explorer la capacité du Nigeria à financer les besoins changeants en matière de santé et de ressources associés à ces transitions en santé.

Méthodes

Des données primaires ont été recueillies dans 24 établissements de santé de quatre États du Nigéria (Kaduna, Lagos, FCT et Imo). On a utilisé une méthode d'établissement des coûts combinée qui comprenait des méthodes descendantes (répartition) et ascendantes (fondées sur les ingrédients) pour déterminer les coûts unitaires associés à la prestation des services d'intervention pour le diabète sucré, l'hypertension et les blessures.

Principales conclusions

Dans l'ensemble, le coût unitaire total estimatif des établissements qui fournissent des services de traitement de l'hypertension et du diabète sucré à un seul patient est de 51 805 NGN (144 $US) et de 154 636 NGN (430 $US) respectivement. En outre, le coût unitaire total estimé des installations fournissant des services en cas de blessure est de 280 654 NGN (780 dollars EU). Les coûts des médicaments sont les principaux facteurs de coûts variables pour l'hypertension, le diabète sucré et les blessures, soit 11 655 NGN (32 $US), 36 784 NGN (102 $US) et 122 976 NGN (342 $US) respectivement.

Conclusion

Les services liés aux maladies non transmissibles, aux blessures et aux accidents entraînent des coûts de service élevés qui peuvent entraîner des dépenses personnelles élevées. Les estimations de l'étude peuvent être utilisées pour la planification nécessaire et des solutions politiques pour offrir efficacement et durablement un plus large éventail de services essentiels à la population nigériane.

Examen des coûts unitaires de la vaccination contre la COVID-19 au Kenya

***Stacey Orangi1**, Angela Kairu[1], Anthony Ngatia[2], John Ojal[3] et Edwine Barasa[1], (1) Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya, (2)Clinton Health Access Initiative, Nairobi, Kenya, (3)KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Kilifi, Kenya*

Contexte :

Les vaccins contre la COVID-19 sont considérés comme la voie de sortie de la pandémie. En conséquence, le gouvernement du Kenya a déployé le vaccin contre la COVID-19 en mars 2021 selon une approche par étapes. Cette étude visait à estimer les surcoûts financiers et économiques liés à l'achat et à la livraison du vaccin contre la COVID-19 au Kenya dans le cadre de diverses stratégies de vaccination.

Méthodes :

Nous avons utilisé une méthode d'établissement des coûts fondée sur les activités pour estimer les coûts différentiels de la distribution du vaccin contre la COVID-19, du point de vue du fournisseur. Des examens de la documentation et des entrevues avec des informateurs clés ont été effectués auprès des intervenants qui participent à la distribution et à l'administration des vaccins à l'échelle nationale et dans deux comtés afin de documenter les activités et les hypothèses utilisées dans l'analyse, ainsi que les ressources requises. Les prix unitaires ont été calculés à partir des mêmes examens de documents ou des prix du marché. Les coûts financiers et économiques d'achat de vaccins par personne vaccinée avec deux doses et les coûts de livraison de vaccins par personne vaccinée avec deux doses ont été estimés et déclarés en USD en 2021.

Résultats :

Le coût économique de l'approvisionnement en vaccins par personne vaccinée avec deux doses était de 17,34 $, tandis que le coût financier de l'approvisionnement en vaccins par personne vaccinée avec deux doses variait de 4,23 $ à 3,25 $ dans les stratégies de couverture de 30 % et de 100 %. Les estimations des coûts économiques de livraison par personne vaccinée avec deux doses étaient entre deux et trois fois plus élevées que les coûts financiers. À l'exception des coûts d'achat, les principaux facteurs de coûts des coûts financiers et économiques étaient les activités de la chaîne d'approvisionnement (47 à 59 % du total des coûts financiers) et les activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale (29 à 35 % du total des coûts économiques), respectivement.

Conclusion :

Cette analyse présente des estimations de coûts qui peuvent être utilisées pour éclairer la politique locale et peut également éclairer les paramètres utilisés dans les modèles de rentabilité. Les résultats, même s'ils sont moins généralisables à d'autres pays en développement ou intermédiaire dans le format actuel, pourraient être adaptés et ajustés en fonction des hypothèses propres à chaque pays. Par conséquent, en ajoutant des données disponibles sur les coûts de livraison du vaccin contre la COVID-19.

Analyse coût-efficacité de l'extension de la chimio-prévention du paludisme saisonnier aux enfants âgés de 5 à 9 ans dans un district sanitaire, Mali : Méthodes et constats préliminaire

Yaya Togo[1], *Mahamoudou Touré*[2], *Oumar Sangho*[2], *Hannah Marker*[3], *Birama Djan Diakité*[4], *Hamadoun Sangho*[2], *Peter Winch*[3], *Seydou Doumbia*[2], *Joshua Yukich5 et Mark McGovern*[6], *(1)Institut national de santé publique (INSP) et Université des sciences, techniques et technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali, (2) Université des sciences, techniques et technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali, (3)Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, (4)National Institute of Public Health (INSP), Bamako, Mali, (5)Tulane University, La Nouvelle-Orléans, États-Unis, (6)Department of Biostatistics and Epidemiology, Rutgers School of Public Health, Piscataway*

Contexte :

La prévention du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans repose principalement sur deux stratégies : l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et la pulvérisation de résidus à l'intérieur. Ces stratégies sont généralement associées à un traitement préventif intermittent appelé chimio-prévention du paludisme saisonnier(SMC) avec la sulfadoxine-pyriméthamine et l'amodiaquine (SPAQ). La résistance croissante à la SPAQ a conduit certains pays, dont le Mali, à expérimenter d'autres traitements, dont la dihydroarté-

misinine-pipéraquine (DHAPQ). L'objectif de cette étude était d'évaluer le rapport coût-efficacité des deux traitements de la SMC et leur extension aux enfants âgés de 5 à 10 ans.

Méthodes :

Il s'agit d'un essai quasi-expérimental en quatre séries avec trois bras de traitement, chacun composé de trois zones sanitaires (villages) dans le district sanitaire de Koulikoro : bras témoin utilisant un traitement standard par SMC pour les enfants âgés de 0 à 4 ans ; bras de traitement utilisant un traitement standard pour les enfants âgés de 0 à 9 ans ; et un autre groupe de traitement utilisant DHAPQ pour les enfants âgés de 0 à 9 ans. Des données mensuelles ont été recueillies entre juillet et octobre 2020 sur 6 326 enfants. Les coûts ont été estimés du point de vue du fournisseur; nous avons calculé le coût total et le coût par enfant ayant reçu le traitement. À l'aide du modèle de l'arbre décisionnel, nous avons tenté d'estimer le rapport coût-efficacité et le rapport coût-efficacité différentiel afin de déterminer la stratégie la plus rentable. Une analyse de sensibilité est également effectuée pour examiner la sensibilité des résultats à nos hypothèses concernant la qualité des données et les différences de prix.

Nouveaux résultats :

Nos premiers résultats montrent une faible prévalence du paludisme chez les enfants dans les deux bras de vulgarisation SMC par rapport au bras contrôle. L'extension semble être bénéfique pour réduire la prévalence du paludisme chez les enfants âgés de 0 à 4 ans.

Conclusion :

Nos premiers résultats montrent l'avantage d'étendre la SMC aux enfants plus âgés, quel que soit le type de traitement. Des analyses continues du coût unitaire et de la rentabilité aideront à déterminer la valeur de l'engagement de ressources supplémentaires à SMC pour l'expansion aux enfants âgés de 5 à 9 ans.

Mots clés : Coût, rentabilité, modèle d'arbre décisionnel, prévention du paludisme saisonnier par voie chimique, SMC, Enfant, Mali

Examen de la rentabilité de l'équipement de protection individuelle pour les professionnels de la santé au Kenya pendant la pandémie de COVID-19

Jacob Kazungu[1], Kenneth Munge[2], Kalin Werner[3], Nicholas Risko[4], Andres Vecino-Ortiz[4] et Vincent Were[5], (1) Health Economics Research Unit, KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya, (2)World Bank Kenya, (3)University of Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud, (4)Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, États-Unis d'Amérique, (5)KEMRI Wellcome Trust Research Program, Nairobi, Kenya

Contexte

Les travailleurs de la santé courent un risque plus élevé d'infection à la COVID-19 lors des consultations médicales que la population en général. Il a été démontré que l'équipement de protection individuelle (EPI) protège contre la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé, mais le Kenya a dû faire face à des pénuries d'EPI qui peuvent protéger adéquatement tous les travailleurs de la santé. Nous avons donc examiné les conséquences sanitaires et économiques de l'investissement dans les EPI pour les travailleurs de la santé au Kenya.

Méthodes

Nous avons effectué une analyse coût-efficacité et rendement de l'investissement (ROI) à l'aide d'un modèle analytique décisionnel conforme aux lignes directrices des normes conso-

lidées d'évaluation économique et de santé (CHEERS). Nous avons examiné deux résultats : 1) le coût différentiel par décès de travailleur de la santé évité et 2) le coût différentiel par cas de COVID-19 évité. Nous avons effectué une analyse de sensibilité multivariée en utilisant 10 000 simulations Monte Carlo.

Résultats

Le Kenya devrait investir 3,12 millions de dollars (CI à 95 % : 2.65-3.59) pour protéger adéquatement les travailleurs de la santé contre la COVID-19. Cet investissement permettrait d'éviter 416 (IQR : 330-517) et 30 041 (IQR : 7 243 - 102 480) décès de travailleurs de la santé et cas de COVID-19 respectivement. De plus, un tel investissement se traduirait par un retour sur investissement du système de santé de 170,64 millions de dollars (IQR : 138-209) - équivalent à un retour de 11,04 fois.

Conclusion

Malgré d'autres mesures de prévention de la COVID-19 à l'échelle nationale, telles que la distanciation sociale, plus de 70 % des travailleurs de la santé seront toujours infectés si la disponibilité de l'EPI reste limitée. Dans le cadre de la stratégie de réaction à la COVID-19, le gouvernement devrait envisager un investissement adéquat dans les EPI pour tous les travailleurs de la santé dans le pays, étant donné qu'ils offrent un retour sur investissement important et qu'ils sont rentables.

Séance par affiches 3-1

Investissement dans la formation du personnel de santé

Formation des dirigeants stratégiques du secteur de la santé nigérian : Une étude d'évaluation des besoins

Chinyere Cecelia Okeke[1], *Benjamin Chudi Uzochukwu*[2] *et Udochukwu Ogu*[1], *(1)HPRG, Enugu, Nigeria, (2) University of Nigeria Enugu Campus, Enugu, Nigeria*

Contexte :

Le développement des compétences en leadership dans le secteur de la santé nigérian est devenu un besoin urgent. Il est donc impératif de veiller à ce que les dirigeants stratégiques qui sont formés, reçoivent la formation la plus appropriée qui leur permettra de mettre efficacement en pratique les connaissances et de prendre des décisions qui peuvent rendre la santé plus résistante aux pandémies.

Méthodes :

L'étude a adopté un plan descriptif et transversal. Une méthode qualitative de collecte des données a été utilisée. Il y avait trois catégories de répondants et trois guides d'entrevue approfondie uniques (un pour chaque catégorie de répondants). Au total, 21 répondants ont été interrogés. Ces répondants comprenaient 12 décideurs, 6 tuteurs (conférenciers) et 3 étudiants potentiels du DrPH. Ils ont tous été choisis à dessein pour correspondre aux catégories souhaitées pour l'étude. De plus, 21 publications portant sur les objectifs de l'étude ont été examinées par les chercheurs et des renseignements pertinents ont été extraits.

Résultats :

Les résultats indiquent que l'environnement général dans lequel travaillent les dirigeants stratégiques n'est pas propice et a conduit à un manque de satisfaction, de motivation, de main-d'œuvre et de volonté politique nécessaire pour prendre des décisions en matière de santé, en particulier face aux pandémies. En outre, parmi les compétences de base nécessaires pour être un leader stratégique sont la réflexion et l'analyse critiques, le travail d'équipe, le plaidoyer, l'analyse et la communication, etc. Le programme de formation des dirigeants stratégiques devrait être conçu de manière à avoir une incidence sur les compétences nécessaires pour résoudre les problèmes identifiés à la fin de la formation et également à identifier les stratégies qui peuvent rendre le secteur de la santé plus apte à résister aux futures pandémies.

Conclusion :

Afin de s'assurer que ceux qui sont formés pour devenir la prochaine génération de dirigeants d'une institution de santé sont équipés pour faire avancer ladite institution, une sorte d'accord doit exister entre les formateurs et les stagiaires, garantissant que le stagiaire fournira des services pendant une période stipulée. Ils doivent disposer de ressources pour travailler et un environnement favorable doit être créé, entre autres, pour leur permettre de remplir leur mission. Quant aux stagiaires, ils doivent se concentrer sur les moyens de renforcer les éléments constitutifs et, par conséquent, les systèmes de santé de leurs institutions, afin d'avoir un impact sur les niveaux sous-national et national respectivement.

Mots clés : Leadership stratégique, Formation au leadership, Besoins en formation, Leadership en santé, Nigéria

Renforcement de la capacité des acteurs de la surveillance à transformer les données SORMAS en données probantes pour une prise de décision éclairée sur la riposte à la COVID-19 au Nigeria

Akpa Igwe, *NCDC, Nigéria*

Contexte

La surveillance des maladies et les interventions améliorent la circulation de l'information de surveillance pour surveiller la propagation de la maladie, évaluer l'efficacité des mesures de contrôle et de prévention. L'outil intégré de surveillance et de riposte aux maladies (IDSR) et le système de gestion et d'analyse de la réponse aux épidémies (SORMAS) saisissent toutes les données de surveillance sur la COVID-19 et d'autres maladies évitées par la vaccination (MPV) au Nigeria. Il ne suffit pas d'avoir une base de données solide, mais les données doivent être analysées et transformées en processus décisionnel fondé sur des données probantes.

Buts et objectifs

L'objectif de cette étude est d'améliorer les connaissances et la capacité des acteurs de la surveillance à accéder aux données pertinentes et à les utiliser par le biais de la formation aux TIC. Il mesure également l'utilité de la formation pour renforcer la capacité des participants à élaborer des données probantes pour éclairer la prise de décision sur la réponse à la COVID-19.

Méthodes

On a utilisé un plan d'étude d'intervention modifié « avant et après » dans lequel les résultats étaient mesurés sur les participants cibles. Une échelle d'équivalence de 5 points selon le degré d'adéquation ; 1 = très insuffisant, 5 = très adéquat a été employé. La différence entre les mesures avant et après a été considérée comme l'impact de l'intervention. Cette étude a été menée dans l'État d'Anambra, dans le sud-est du Nigéria, et les participants étaient des acteurs de la surveillance. Un atelier de formation intensive d'une journée a été organisé pour les acteurs de la surveillance, auquel 32 personnes ont participé. Les sujets abordés étaient les suivants : (i). Recherche Active De Cas ; (ii) Surveillance Fondée Sur Les Événements; iii) Utilisation des TIC pour la synthèse des données ; iv) Mesures de la tendance générale.

Résultats

La moyenne des connaissances et de la capacité d'utilisation des TIC avant la formation variait de 2,44 à 3,25, tandis que la moyenne des connaissances après la formation variait de 3,75 à 4,00 sur une échelle de 5 points. L'augmentation en pourcentage de la moyenne des connaissances et de la capacité à la fin est de 20%.

Conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent que les compétences en TIC pertinentes à l'application des données à la prise de décisions éclairées par des données probantes peuvent être améliorées par le biais d'ateliers de formation.

Mots clés : Données probantes, Prise de décision, acteurs de la surveillance SORMAS, Données

L'amélioration des systèmes de santé passe par l'accès à des soins de qualité pour les personnes âgées dans les communautés sélectionnées pour l'octroi de subventions - Implications pour le système de santé ghanéen dans la réalisation de la CSU

Doris Ottie-Boakye, *Institut régional d'études démographiques, Université du Ghana, Legon ; Citadel Research Network for Development, Mampong-Ashanti, Accra, Ghana*

Contexte

En dépit de la volonté actuelle, tant au niveau mondial que national, de donner la priorité au vieillissement de la population, la réalisation de la couverture sanitaire universelle restera un objectif non atteint si l'on ne se concentre pas sur des services de santé de qualité pour tous, en particulier pour les personnes âgées. La caractérisation du vieillissement de la population est associée à l'augmentation de la prévalence des maladies et des incapacités. C'est dans ce contexte que plusieurs programmes d'intervention sociale comme l'assurance maladie nationale et les transferts monétaires ont été mis en place pour promouvoir l'accès et l'utilisation des soins de santé au Ghana. Ces mesures pourraient ne pas suffire à renforcer les systèmes de soins de santé ghanéens pour qu'ils parviennent à un système de santé universel, à moins qu'elles ne soient liées à des services essentiels de qualité pour sa population vieillissante.

Buts et objectifs

Guidé par le modèle de qualité des soins de Donabedian, cet article donne un aperçu des attentes des personnes âgées en matière d'accès à des soins de santé de qualité, et des facteurs associés dans huit communautés du Ghana, sélectionnées pour l'octroi de subventions.

Méthodes

Les données ont été extraites de l'enquête sur le vieillissement, la protection sociale et les systèmes de santé (ASPHS) menée entre septembre 2017 et octobre 2017 auprès de personnes âgées (60 ans et plus) résidant dans des communautés ciblées par les transferts monétaires. L'étude a été réalisée dans le but d'explorer les informations sur les attentes en matière de qualité des soins à l'aide de la version modifiée de l'instrument « QUOTE-Elderly », qui comprend 32 éléments. Les techniques statistiques utilisées pour l'analyse des données étaient l'analyse descriptive multivariée (analyse factorielle exploratoire) et les modèles de régression logistique multiple utilisant le logiciel Stata 14.1.

Conclusions principales

L'âge moyen était de 73,7 ans. Plus de la moitié étaient des femmes et des habitants des zones rurales. Un tiers n'avait pas d'éducation formelle. Les deux tiers travaillaient dans l'agriculture. Un cinquième n'avait aucune forme de soins. 77,2 % ont déclaré avoir des MNT. Soixante pour cent étaient inscrits au Programme National d'Assurance Maladie (NHIS). Cinquante-neuf pour cent ont obtenu l'adhésion à l'assurance en tant qu'exemptés par l'âge, indigent ou en tant que bénéficiaire du programme de subvention en espèces. Avec un coefficient global de Cronbach de 0,96, la communication et le respect, la prestation de services adéquats, l'attitude du prestataire, le coût et l'accessibilité géographique étaient les cinq sous-échelles principales jugées extrêmement importantes pour l'accès à des soins de santé de qualité chez les personnes âgées. Bien que le statut d'assurance-maladie ait été associé à un certain niveau significatif à l'attitude du prestataire et à l'accès géographique, la sécurité alimentaire des ménages, le fait d'avoir un soignant principal, l'indice de richesse, la ruralité et l'état de santé étaient des prédicteurs associés aux différentes dimensions de la qualité des soins.

Conclusion générale

Il est essentiel de comprendre les diverses attentes concernant les dimensions de la qualité des soins et les facteurs qui y sont associés chez les personnes âgées pour assurer une cou-

verture de santé universelle, ce qui constitue une garantie pour la mise en place de systèmes de santé solide pour les personnes âgées, en particulier en cette ère de pandémie.

Comment les planificateurs de la santé peuvent-ils décider des investissements à réaliser pour renforcer les systèmes de santé ? Examen de la documentation existante et des priorités de recherche future.

Paul Revill[1], Sakshi Mohan[2], Finn McGuire[3], Simon Walker[4], Peter C. Smith[5], Gerald Manthalu[6], Chrispus Mayora[7] et Freddie Ssengooba[7], (1)Centre for Health Economics, Université de York, York, Royaume-Uni, (2)Centre for Health Economics, Université de York, York, Royaume-Uni, (3)Université de York, Addis-Abeba, Éthiopie, (4) Université de York, Royaume-Uni, (5)Université de York, York, Royaume-Uni, (6)Ministry of Santé, Lilongwe, Malawi, (7)École de santé publique, Collège des sciences de la santé, Université Makerere, Kampala, Ouganda

Contexte

Un système de soins de santé qui fonctionne bien est essentiel pour permettre la prestation d'interventions cliniques et de santé publique qui peuvent améliorer la santé de la population. Toutefois, il s'est avéré difficile de déterminer la valeur des investissements dans le renforcement des systèmes de santé (RSS) comparativement à un financement plus direct des interventions qui ont un impact immédiat sur la santé individuelle. L'évaluation économique visant à orienter l'affectation des ressources a surtout porté sur les interventions cliniques et a négligé les questions d'orientation des ressources vers le RSS.

Méthodes

Nous avons effectué un bref examen de l'état de la documentation pour examiner la façon dont les évaluations de la valeur des RSS ont été prises en compte jusqu'à maintenant, en établissant une distinction entre les contributions théoriques et empiriques. Nous évaluons ensuite la documentation existante sur la façon d'évaluer la valeur des RSS et résumons et présentons des estimations empiriques sur l'impact de certains investissements dans le système de santé. Les orientations les plus prometteuses pour la recherche économique future sur la santé afin d'orienter l'allocation des ressources vers les RSS sont présentées.

Conclusions

Il est très difficile de fournir des données probantes sur la valeur des RSS parce que leurs avantages recoupent plusieurs activités liées à la santé et sont véhiculés par de nombreux types d'interventions. Au cours des dernières années, la documentation théorique a permis de mieux comprendre comment déterminer la valeur du RSS, mais cela ne s'est pas encore traduit par une base de données empiriques plus solide. Les résultats de deux nouvelles études pourraient servir de modèle pour d'autres recherches et orienter les investissements futurs dans le RSS. En Ouganda, on a constaté que l'investissement de budgets pour accroître la disponibilité de certains cadres du personnel de santé pourrait avoir un impact sur la santé plus de 15 fois supérieur à celui d'une dépense supplémentaire équivalente pour les médicaments et les produits prioritaires. Au Malawi, une augmentation de 25 % des niveaux de couverture réalisables grâce au RSS aurait un impact sur la santé similaire à celui de l'élimination de certaines des principales maladies infectieuses. Nous décrivons comment cette documentation pourrait être développée davantage et mettons en évidence 4 approches qui sont les plus prometteuses.

Conclusion

Le RSS aura probablement un effet bénéfique considérable sur la santé de la population, ce qui pourrait être beaucoup plus que l'augmentation des budgets pour les médicaments et les produits de base. À l'avenir, une documentation empirique plus riche, qui s'appuierait sur les contributions théoriques récentes les plus prometteuses est possible.

Résultats de l'évaluation d'une formation de formateurs en évaluation économique pour la prise de décisions en santé publique.

Emmanuel Drabo1, *Sally A Safi2, Yentema Onadja3, Roch Millogo3, Linnea Zimmerman1, Shreena Malaviya1, David Bishai1 et Logan Brenzel[4], (1)Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, (2)Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, (3)Université Joseph Ki-Zerbo, (4)Bill & Melinda Gates Foundation*

Contexte :

Les principes économiques peuvent guider une répartition efficace et équitable des ressources en soins de santé. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où les ressources sont particulièrement rares, les compétences en économie de la santé appliquée sont limitées. Pour combler cette lacune critique en matière de capacité, Teaching Vaccine Economics Everywhere (TVEE), en partenariat avec le corps professoral de l'Université Johns Hopkins et l'Institut supérieur des sciences de la population (ISSP) de l'Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, a mené une formation virtuelle de formateurs (TOT) en évaluation économique de la santé du 19 au 23 juillet 2021.

Objectifs :

Évaluer l'acquisition de connaissances et la volonté d'enseigner l'évaluation économique de la santé pour la prise de décision en matière de santé publique parmi les participants au programme TVEE TOT.

Méthodes :

Nous avons analysé les réponses à un sondage post-formation mené auprès de n=16 répondants ayant participé à la formation virtuelle. Le TOT, mené en français, a été conçu pour équiper les enseignants des universités et des instituts de formation en Afrique de l'Ouest afin de dispenser une formation universitaire en évaluation économique pour la prise de décisions en santé publique. Les sujets abordés comprenaient un aperçu du concept de valeur en santé publique et des méthodes et considérations pratiques d'évaluation économique. L'enquête comportait 18 questions qui demandaient aux répondants d'évaluer leurs connaissances des concepts d'évaluation économique de la santé avant et après la formation et d'évaluer la formation qu'ils avaient reçue.

Résultats :

Les participants à Economicus la formation des formateurs représentaient cinq pays, dont le Burkina Faso (9), le Sénégal (2), le Mali (2), la Côte d'Ivoire (2) et le Cameroun (1). Douze participants (75 %) ont qualifié leurs connaissances en évaluation économique pour la prise de décisions en santé publique de débutant (n=7) ou d'intermédiaire (n=5) avant la formation; cette part est tombée à 31 % (n=5) après la formation. La proportion de participants ayant déclaré un niveau de maîtrise des connaissances est passée de 6 % (n=1) avant à 19 % (n=3) après l'intervalle de temps total. Les participants ont également exprimé leur appréciation pour la formation, indiquant une note moyenne de 4,3 sur 5 pour l'ensemble de la formation (intervalle, 4-5) et une note moyenne de 3,8 sur 5 (intervalle, 3-5) pour leur disposition à intégrer, adapter et dispenser des cours en évaluation économique pour la prise de décisions en santé publique. Les 16 participants ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'intégrer le programme dans un cours qu'ils enseignent.

Conclusion(s) :

Ces résultats suggèrent que des programmes de renforcement des capacités peu coûteux, offerts virtuellement et de grande qualité, comme celui offert par TVEE, ont le potentiel d'accroître les connaissances des formateurs et leur aptitude à enseigner des sujets d'évaluation économique de la santé pour la prise de décisions en santé publique dans des milieux à faibles ressources. Notre groupe a l'intention de mener des enquêtes de suivi pour déterminer si et comment les participants au TOT intègrent le programme d'enseignement de la TVEE dans leurs cours.

Séance par affiches 3-2

Séance d'affichage n°6 sur les déterminants de la santé

COVID-19 : Impact sur l'utilisation des soins dentaires parmi les étudiants de l'Université du Nigeria.

*Nkoli Uguru[1], **Ada Anosike**[2], Joshansen Dioka[1] et Chibuzo Uguru[1], (1) Université du Nigeria, Enugu, Nigeria, (2) Université d'Abuja, Abuja, Nigeria*

Contexte :

L'épidémie de COVID-19 a eu des répercussions sur le système de soins de santé dans le monde et a entraîné de nombreuses mesures d'urgence prises par les pays gouvernants. Le confinement, l'absence d'équipement de protection individuelle (EPI) adéquat et les mesures de sécurité dans les établissements de soins de santé ont entraîné la fermeture des services ambulatoires réguliers, ce qui a entraîné une diminution importante du roulement des patients dans les services dentaires. Cette étude a été réalisée pour déterminer l'impact de la COVID-19 sur l'utilisation des services dentaires parmi les étudiants du campus Enugu de l'Université du Nigeria.

Méthodes :

Une enquête quantitative descriptive, qui a été menée auprès de 422 étudiants de l'Université du Nigeria, campus d'Enugu en novembre 2020. Une technique d'échantillonnage à plusieurs étapes a été utilisée pour sélectionner l'échantillon et la taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Fisher pour l'estimation de la taille minimale de l'échantillon pour une population définie (n = Z2 p (1-p)/ d2). Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire structuré administré par un intervieweur. Les données générées ont été analysées à l'aide de SPSS 25.0

Résultats :

La majorité des répondants (71,3 %) avaient une bonne connaissance de la COVID-19. Les répondants (83,3 %) ont déclaré que la pandémie avait une incidence importante sur l'utilisation des services dentaires, car le nombre d'étudiants qui ont consulté le dentiste pendant la pandémie avait considérablement diminué (de 40,4 % à 9,6 %) (0,05). La principale raison de la mauvaise utilisation des services dentaires chez les étudiants était la crainte de contracter le virus (80 %) (0,05). Pour améliorer l'utilisation des services dentaires, le respect des mesures de sécurité, l'éducation sanitaire et la sensibilisation sont indispensables.

Conclusion :

La pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur le système de santé, y compris l'industrie dentaire. Afin d'améliorer l'utilisation des services dentaires après la pandémie, les dentistes devraient être prêts à améliorer les protocoles de prévention des infections et à aider les patients à comprendre et à prioriser leurs besoins en santé dentaire, qui peuvent changer après la pandémie. Il faut donc renforcer la sensibilisation et les mesures de prévention et de contrôle de la santé buccodentaire.

Fardeau socio-économique de la COVID-19 sur les ménages à Blantyre, au Malawi : Preuves d'une enquête transversale.

Jobiba Chinkhumba1, *Samuel Mpinganjira2, Vincent Samuel2, Mercy Malopa2, Dalitso Longwe2, Tonny Nyirenda[2] et Victor Mwapasa[2], (1)Kamuzu University of Health Sciences, School of Public Health, Department of Health Systems and Policy, (2)Kamuzu University of Health Sciences, School of Public Health, Department of Public Health, Blantyre, Malawi*

Introduction :

Pour réduire la transmission locale des infections à COVID-19, de nombreux pays ont adopté des mesures de l'Organisation mondiale de la santé, telles que l'auto-isolement des cas confirmés de COVID-19 et la mise en quarantaine des cas suspects. Toutefois, il existe peu d'informations sur l'impact économique de telles mesures de lutte contre la COVID-19 dans les pays à faible revenu où la plupart des personnes travaillent dans le secteur informel et peuvent difficilement travailler à domicile. L'objectif de cette étude était d'évaluer le fardeau socio-économique de la COVID-19 au niveau des ménages.

Méthodes :

De décembre 2020 à septembre 2021, nous avons mené une étude descriptive transversale dans les zones urbaines et périurbaines de Blantyre. Un questionnaire structuré a été administré aux personnes atteintes de COVID-19 confirmée et/ou à leurs tuteurs dans les 14 jours suivant le diagnostic de COVID-19. Des données sur les caractéristiques sociodémographiques, les comportements de demande de soins, les coûts associés aux soins et à la participation au marché du travail, y compris les conséquences liées à la maladie COVID-19, ont été recueillies.

Résultats :

Au total, 574 personnes ont pris part à l'étude, dont 169 cas de COVID-19 (29,4 %), dont 16 % avaient des maladies préexistantes. L'âge moyen des victimes était de 40,7 ans, 73,3 % étaient mariées, 61,3 % avaient fait des études supérieures et 55,9 % avaient un emploi officiel. Seulement 2 % des personnes sans emploi ont déclaré avoir perdu un emploi au cours des 6 mois précédant l'étude. Environ 65,7 % des cas de COVID-19 ont demandé un traitement formel, 8,3 % ont reçu des soins en établissement, passant en moyenne 3,1 jours dans les hôpitaux. Les dépenses moyennes des ménages pour les soins de santé étaient de 6 125, 62 500 et 501 000 couronnes respectivement pour le transport, le diagnostic et le traitement. (1 USD=MK980). Sur les 16 % de cas de maladies chroniques préexistantes, 15 % ont signalé une interruption de l'accès aux soins pour leurs maladies. De ce nombre, 25, 50 et 25 % ont signalé des perturbations graves, modérées et mineures dans les soins de santé courants, respectivement.

Environ 15% des ménages ont signalé un changement dans leur consommation, dont 18% ont emprunté de l'argent, 11% ont vendu des biens et 7% ont retardé le paiement de factures comme mécanisme d'adaptation. La majorité des ménages (81,4%) ont exprimé le besoin d'un soutien financier direct, tandis que 11,5% ont déclaré avoir besoin d'un soutien alimentaire et médical.

Conclusion :

L'infection à la COVID-19 a été associée à des conséquences négatives à court terme modérées chez les ménages caractérisés par une consommation réduite et des perturbations dans l'utilisation des soins de santé chez les personnes atteintes de maladies chroniques préexistantes. Des efforts d'atténuation budgétaire ciblant les ménages à risque et des options optimales de prestation de soins devraient être envisagés pour renforcer la capacité de résistance des ménages aux chocs liés à la COVID-19.

Une analyse empirique des déterminants du développement humain en Afrique : Une approche de genre.

Uche Abamba Osakede, *Université Bowen, Iwo, Etat d'Osun, Nigeria*

Le développement économique va au-delà de la croissance du revenu par habitant pour atteindre le bien-être social global de la population d'un pays. L'indice de développement humain (IDH) est une mesure générale du développement dans la documentation. L'IDH explique clairement pourquoi les pays à revenu élevé sont parfois associés à de mauvais résultats en matière de développement. Les valeurs de l'IDH sont plus faibles en Afrique que dans d'autres régions du monde, ce qui entrave les efforts visant à réaliser le progrès économique en termes de création de richesses. Bien que les études aient examiné les principaux moteurs du développement humain avec des conclusions variables, on ne sait pas grand-chose pour les pays de la région africaine. Cet article examine les déterminants du développement humain en Afrique à l'aide de l'indice de développement humain. Les résultats sont également présentés selon le sexe à l'aide de l'Indice de développement lié au sexe (ISDH).

L'ISDH est une mesure qui tient compte de la répartition et de l'impact sur le développement humain des écarts existants entre les sexes dans les trois composantes de l'IDH. Il est important de mettre l'accent sur le genre en raison des fortes inégalités entre les sexes dans la région par rapport aux autres parties du monde. Cette disparité compromet les efforts du continent en faveur d'un développement humain et d'une croissance économique inclusifs. Les résultats sont présentés pour les 54 pays de la région à l'aide des méthodes conventionnelles de données par panel du modèle des effets fixes et aléatoires. Les données de l'étude sont tirées du Rapport sur le développement humain de 2019 et de la base de données de la Banque mondiale de 2020. L'étude couvre la période 1995-2018 sur la base de la disponibilité des données pour ISDH. L'analyse est effectuée pour tous les pays africains et pour tous les groupes de revenu des pays suivant l'affectation de la Banque mondiale dans les économies à faible revenu, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.

La spécification du modèle dans cette étude est similaire au cadre de développement du capital humain de Sen. Les variables prédictives de l'IDH et de l'ISDH comprennent la croissance économique, les dépenses publiques en matière d'éducation et de santé, la qualité des institutions, la participation de la main-d'œuvre, le taux de fécondité, l'infrastructure saisie à l'aide des TIC et la qualité de l'environnement mesurée à l'aide des émissions de carbone. Les effets positifs d'une augmentation des variables prédictives sont attendus sur l'IDH et l'ISDH, à l'exception du taux de fécondité et des émissions de carbone où une augmentation devrait induire des effets négatifs sur les variables de résultat. L'effet différentiel entre les groupes de revenu des pays ne peut pas non plus être exprimé à juste titre.

Impact des accidents de la route sur le bien-être économique des ménages en Afrique subsaharienne.

Oliver Kaonga, *Université de York, York, Royaume-Uni, Susan Griffin, Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni et Simon Walker, Université de York, Royaume-Uni*

Les accidents de la route sont une cause majeure de perte de santé dans de nombreux pays. L'Organisation mondiale de la santé estime à 1,35 million le nombre de blessures mortelles et à 20 à 50 millions le nombre de blessures non mortelles chaque année. La nature abrupte des accidents de la route, les coûts de traitement et l'invalidité éventuelle peuvent imposer d'importantes pressions financières aux ménages. Ce document examine l'effet des accidents

de la route sur cinq indicateurs du bien-être économique des ménages : les dépenses de santé des ménages, les dépenses de consommation hors santé, la possession d'actifs, l'endettement des ménages et la participation au marché du travail. À l'aide d'un ensemble de données d'enquête sur les ménages de plusieurs pays, nous utilisons un mélange de techniques d'appariement génétique et de modélisation multiniveau pour isoler les effets des accidents de la route. Nous explorons également l'utilisation d'une approche de variable instrumentale (IV) dans une analyse de sensibilité.

Les estimations indiquent que les ménages se sont retrouvés dans une situation plus défavorable à plusieurs égards à la suite d'un accident de la route; ils ont encouru des dépenses de santé nettement plus élevées, ont réduit leurs dépenses pour des besoins de base concurrents et ont été plus susceptibles d'emprunter à des taux d'intérêt positifs pour acheter des services de santé. La direction des effets de l'accident en utilisant l'approche IV est cohérente avec celle de l'appariement et de la régression multiniveau. L'étude fournit des estimations des effets plus larges des accidents de la route et renforce la nécessité de considérer les impacts au-delà de la victime de l'accident dans l'évaluation des coûts des accidents de la route.

Session Organisée 6-1

Intégration des soins pour la santé maternelle et les maladies non transmissibles: conception, coûts et durabilité.

Les auteurs : *Yewande Ogundeji Health Strategy and Delivery Foundation, Ugo Okoli, Jhpiego, Kendra Njoku, mDoc et Mme Chiagozie N Abiakam, Pharm. MSc. PMP, mDoc Healthcare, Lekki Phase 1, Lagos, Nigeria, Chigbo Chikwendu, HSDF et Yahaya Mohammed, HSDF, Nigeria, Nigeria.*

Description

Ces derniers temps, plusieurs maladies non transmissibles sont de plus en plus considérées comme des facteurs de risque indirects de détérioration de la santé maternelle dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Le renforcement de l'accès à la prévention, au dépistage précoce, au diagnostic et à la prise en charge de ces facteurs de risque liés aux MNT chez les femmes en âge de procréer est donc devenu impératif pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, y compris le Nigeria. Toutefois, dans de nombreux pays d'Afrique, les services de santé maternelle et de lutte contre les maladies non transmissibles fournis dans les établissements de santé du pays sont souvent fragmentés et de piètre qualité, ce qui reflète le modèle traditionnel de soins.

Une stratégie couramment recommandée et contemporaine pour relever ce défi est l'intégration novatrice des services de soins aux MNT dans les services de soins de santé maternelle de routine. Bien que cette approche ait des mérites potentiels, on s'est inquiété de l'impact, des coûts (y compris les économies potentielles), de l'évolutivité et de la durabilité de ces approches, surtout dans des contextes où les ressources sont limitées.

Récemment, un consortium de partenaires (financé par MSD pour les mères) a conçu et mis en oeuvre une qualité de soins intégrée (QoC) innovante au niveau infranational au Nigeria. Le modèle de QoC a été conçu comme un modèle de soins centré sur la femme qui intègre des éléments d'amélioration de la qualité (renforcement de la capacité de l'établissement de santé) et d'autosoins (exploitation de la technologie numérique) pour élargir l'accès au dépistage et à la prise en charge de l'hypertension, du diabète sucré, de l'anémie et de l'obésité aux points de contact des soins de santé maternelle afin de réduire leur contribution aux causes indirectes de mortalité et de morbidité maternelles.

La session organisée proposée présentera les expériences en matière de conception, les premiers résultats, les incidences financières et les enseignements tirés de la durabilité dans le contexte de ressources limitées. La première présentation portera sur la conception du modèle intégré, l'approche à l'échelle et les premiers résultats. La deuxième présentation décrira l'intervention d'autosoins (santé numérique), y compris la conception, les résultats préliminaires, les répercussions sur les coûts et les considérations essentielles à la mise en oeuvre. La troisième présentation mettra en évidence les incidences financières et les économies potentielles de la mise en oeuvre d'un modèle intégré, ainsi que les expériences de durabilité de l'approche.

Réduction des causes indirectes de mortalité et de morbidité maternelles au Nigéria : Expériences de la mise en oeuvre d'un modèle intégré de soinsre.

Ugo Okoli, Jhpiego

Contexte

Le Nigéria connaît une transition obstétricale où la proportion de décès maternels dus à des causes indirectes est en augmentation. L'attention portée à ces vulnérabilités uniques des femmes en âge de procréer atteintes de maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque a été limitée jusqu'à présent. Ce résumé décrit notre expérience dans la conception et la mise en oeuvre d'un modèle de qualité de soins intégré (QoC) axé sur les femmes et axé sur l'éducation, le dépistage, la détection et la gestion de certains de ces facteurs de risque.

Méthodes

Des méthodes mixtes ont été utilisées pour évaluer la prévalence des facteurs de risque (hypertension, diabète, anémie et obésité) pour les causes indirectes de mortalité et de morbidité maternelles chez 400 femmes en âge de procréer. De plus, les connaissances, l'expérience et la confiance de 79 travailleurs de la santé (TS) dans la prestation de services de prévention et de gestion de ces facteurs de risque dans 20 établissements de santé ont également été évaluées.

Les intervenants ont utilisé les résultats des évaluations pour concevoir un modèle intégré de QoC qui consistait à dépister les femmes qui assistaient à leur première ANC pour l'hypertension artérielle (HTA), l'anémie et le diabète sucré (DS) et l'état de poids à chaque visite et la prise en charge des personnes ayant des complications.

Les constatations

Les résultats de l'évaluation ont révélé une prévalence élevée de l'hypertension, de l'anémie, de l'obésité et, dans une moindre mesure, du diabète sucré dans les ERO dépistées. Moins de 5 % de ces femmes étaient au courant de leur statut. En outre, de nombreuses lacunes de qualité ont été relevées dans le dépistage et la gestion des maladies non transmissibles, facteurs de risque liés dans les établissements de santé.

Notre expérience de la mise en oeuvre du modèle intégré de soins d'octobre 2019 à septembre 2020 a permis d'établir que 26 712 femmes fréquentaient l'ANC dans les établissements participants. La proportion de personnes ayant subi un dépistage de l'hypertension, du DS et de l'anémie au cours de l'ANC est passée de 35 % à 71 %, de 11 % à 65 % et de 20 % à 60 % respectivement au cours de cette période d'un an.

Conclusion

Les résultats de l'évaluation ont servi de base à la conception et à la mise en oeuvre d'un modèle intégré de soins de qualité axé sur les femmes dans certains établissements de santé au Nigéria. Les premiers résultats de la mise en oeuvre sont également encourageants, démontrant une amélioration du dépistage des facteurs de risque dans les ANC conduisant à une détection précoce et à la gestion de ces complications.

Tirer parti de la technologie de santé numérique pour intégrer les soins : conception, résultats préliminaires, coûts et considérations critiques.

Kendra Njoku, mDoc et Mme Chiagozie N Abiakam, Pharm. MSc. PMP, mDoc Healthcare, Lekki Phase 1, Lagos, Nigéria

Contexte

Alors que le système de santé nigérian est aux prises avec des problèmes de qualité des soins, exacerbés par la pandémie de COVID-19, les autosoins préventifs sont essentiels pour permettre à la WRA de vivre une vie plus saine, plus heureuse et plus productive, ayant un impact positif sur la vie de leurs familles et de leurs communautés en général. En outre, avec la pénétration profonde de la propriété des smartphones, la technologie de santé numérique est de plus en plus mise à profit pour améliorer les processus et les résultats de santé.

mDoc, partenaire du consortium RICOM3, est une entreprise sociale de santé numérique qui offre un soutien aux personnes qui vivent avec des besoins réguliers et chroniques en matière de santé avec des conseils sur les autosoins et les modifications de style de vie pour une vie plus saine.

Les buts et objectifs

Cette présentation démontrera l'impact et la viabilité financière des solutions de santé numérique dans l'amélioration de l'auto-efficacité, de la littératie numérique, de la littératie en santé et des résultats de santé chez les personnes à faible revenu et à revenu moyen.

La méthodologie

Dans le cadre du projet RICOM3 financé par MSD, 42 126 membres de l'ERA se sont inscrits sur la plateforme CompleteHealth™ de mDoc pour avoir accès à des équipes multidisciplinaires dirigées par des entraîneurs qui offrent un soutien en autosoins par l'entremise de l'approche omnicanale virtuelle de mDoc. Les membres suivent leurs mesures de santé sur des tableaux de bord personnalisés et le soutien comprend des incitations numériques, l'éducation à la santé, des plans d'action personnalisés après l'engagement avec les entraîneurs, des conseils nutritionnels et des cours d'exercice virtuels.

Afin d'assurer la viabilité financière, mDoc a mené une analyse tarifaire conjointe avec les membres actuels et potentiels de la plateforme CompleteHealth™. Une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié a permis d'identifier 222 (141) répondants ayant des caractéristiques sociodémographiques différentes. Les résultats de cette étude ont mené à la mise à l'essai et au déploiement de plans de tarification échelonnés permettant aux paiements directs et aux partenariats avec les HMO d'inclure des forfaits d'autosoins numériques dans leurs forfaits de santé.

Résultat majeur

À la suite de l'appui à l'autogestion de la santé, la WRA a signalé une augmentation de 40 % de l'autoefficacité et une réduction moyenne de 14,78 mmHg de la pression artérielle systolique chez les personnes souffrant d'hypertension.

L'analyse conjointe des prix a montré que l'accès à un spécialiste de la santé et à un coach de santé spécialisé étaient les caractéristiques les plus appréciées de la plateforme CompleteHealth™. Des plans de tarification à cinq niveaux avec différents bouquets d'avantages ont été créés et bien accueillis, y compris un niveau freemium pour garantir que l'accès n'est pas restreint.

Conclusion

Pour maintenir ces gains, il ne faut pas compter sur un financement externe, mais sur un modèle d'affaires qui favorise la viabilité financière grâce à des partenariats avec les fournisseurs d'assurance-santé et aux paiements directs des bénéficiaires de ces services.

Coûts, économies potentielles à long terme et viabilité d'un modèle intégré de services de santé maternelle et de soins liés aux maladies non transmissibles.

Chigbo Chikwendu, HSDF et Yahaya Mohammed, HSDF, Nigeria, Nigeria, Nigeria

Contexte:

Afin d'améliorer l'accès des femmes en âge de procréer aux services de lutte contre les maladies non transmissibles, un modèle novateur de soins intégrés a récemment été mis à l'essai (avec l'appui de donateurs) au niveau infranational au Nigéria, avec des résultats prometteurs, ce qui a suscité l'intérêt de bailleurs de fonds potentiels pour une éventuelle extension du modèle. Cependant, il existe peu de données probantes sur les coûts de la prestation de cet ensemble intégré de soins de santé et de maladies non transmissibles et d'approches potentielles à la durabilité, qui est nécessaire pour aider les décideurs, les planificateurs de programmes et les responsables de la mise en oeuvre à prendre des décisions d'investissement rationnelles concernant ces approches novatrices. L'objectif de cette étude était d'estimer les coûts de ce modèle intégré de soins au Nigeria et d'élaborer un plan de viabilité viable.

Méthodes:

C'était une étude de méthodes mixtes. Tout d'abord, une technique ascendante de micro-établissement des coûts a été utilisée pour modéliser les coûts sur un moteur de comptabilité analytique fondé sur Excel conçu pour répondre aux objectifs de l'établissement des coûts. Les économies potentielles ont été estimées à l'aide d'un cadre analytique coûts-conséquences pour modéliser l'histoire naturelle de la progression de la grossesse, l'efficacité clinique du dépistage et des interventions de contrôle de la pression artérielle, les résultats liés à la grossesse et l'utilisation des ressources, en comparant le modèle de soins intégrés et le modèle de soins traditionnel. Enfin, un atelier des parties prenantes a été organisé pour élaborer un plan de viabilité pragmatique afin d'élargir l'accès aux maladies non transmissibles aux femmes en âge de procréer.

Résultats:

Les coûts unitaires moyens de la prestation de l'ensemble des services de soins de santé et de maladies non transmissibles en utilisant le modèle traditionnel et le modèle intégré de soins au niveau des SSP ont été estimés à 45 419 ₦ (148,4 $) et 46 065 ₦ (150,5 $), respectivement, dans le TCA, et à 44 137 ₦ (144,2 $) et 45 441 ₦ (148,5 $), respectivement. Au niveau hospitalier, les coûts étaient de 78 486 nairas (218 dollars) et de 78 750 nairas (257 dollars) pour les modèles traditionnels et intégrés, respectivement dans l'État de Lagos, et de 62 451 nairas (204 dollars) et 62 611 ₦ (204,6 dollars) dans l'État de Lagos. Une analyse plus approfondie reflète une économie d'environ ~2USD par femme. Un plan de durabilité a été élaboré dans quatre domaines : financier, opérationnel, politique et institutionnel. Les organisations de maintien de la santé (OSS) ont été désignées comme des intervenants clés pour assurer l'échelle et la durabilité du modèle intégré de soins.

Conclusion:

L'estimation des coûts pour l'ensemble de soins intégrés étaient semblables aux coûts du modèle traditionnel de soins, ce qui représente des économies potentielles avec le modèle intégré. Étant donné qu'au moins deux organisations de soins de santé primaires se sont montrées intéressées à adopter le modèle intégré de soins, elles semblent jouer un rôle de premier plan pour assurer l'accès continu de l'ERM aux services liés aux maladies non transmissibles, en particulier dans les milieux où les ressources sont limitées.

Session Organisée 6-2

Économie des maladies tropicales de la peau négligée : Résultats obtenus au Libéria, au Ghana et en Éthiopie.

Auteurs: *Catherine Pitt London School of Hygiene & Tropical Medicine, Jacob Novignon, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana, Yohannes Hailemichael, The Armauer Hansen research Institute, Addis Ababa, Ethiopia, Iris Mosweu, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom, John Solunta Smith, PIRE Africa Center, Liberia.*

Description

Les maladies tropicales de la peau négligées (les « MTN cutanées ») - dont la lèpre, le pian, la leishmaniose cutanée, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la filariose lymphatique - constituent un fardeau sanitaire et économique important dans de nombreux pays africains. Bien que ces maladies diffèrent considérablement les unes des autres, elles partagent également de nombreuses caractéristiques communes ; ils sont associés à un handicap physique important, à une détresse psychologique, à l'exclusion sociale et à des difficultés financières, et touchent souvent les personnes dans les communautés les plus pauvres. L'Organisation mondiale de la santé préconise des approches d'intervention intégrées, qui visent à améliorer simultanément le diagnostic, le traitement et les soins des MTN multiples. L'élaboration d'approches intégrées adaptées à chacun des nombreux contextes dans lesquels les MTN cutanées se produisent exige une compréhension nuancée de l'impact économique des MTN cutanées sur les individus, les ménages et les communautés, ainsi que des défis et des possibilités de financer des approches intégrées pour améliorer les services de santé pour les MTN cutanées. En outre, l'efficacité des approches intégrées exige une évaluation pour éclairer les décisions d'établissement des priorités quant à savoir si, quand, où et comment elles devraient être mises en oeuvre.

Cette session présentera les nouveaux résultats de deux programmes de recherche sur les MTN de la peau - SHARP, qui travaille au Ghana et en Éthiopie, et REDRESS au Liberia - tous deux financés par le National Institute for Health Research (Royaume-Uni). Le président commencera la séance en soulignant brièvement l'importance d'étudier l'économie des MTN cutanées et en donnant un aperçu de la structure de la séance et quelques questions sur lesquelles le public pourra réfléchir pendant les présentations. Quatre présentations suivront. Les deux premiers présenteront les résultats d'études qualitatives menées au Ghana et en Éthiopie pour comprendre comment les MTN cutanées clés dans ces deux pays affectent économiquement les patients et leurs familles et les stratégies d'adaptation adoptées par les personnes touchées. La troisième présentation complétera les deux premières en mettant l'accent sur les difficultés de financement des MTN cutanées du point de vue des services de santé au Libéria. En s'appuyant sur le travail formatif multidisciplinaire de SHARP au Ghana et en Éthiopie, la quatrième présentation élaborera un modèle conceptuel pour guider les analyses coût-efficacité des approches intégrées par rapport aux soins standard pour les MTN de la peau et identifiera certains des principaux enjeux à considérer lors de l'évaluation du coût-efficacité des approches intégrées pour les MTN de la peau. Pour conclure, les participants invités feront part de leurs premières réflexions sur les exposés et le président de la séance encouragera la participation du public plus large.

Impact économique des maladies tropicales négligées de la peau sur les ménages au Ghana : Une analyse qualitative.

Jacob Novignon, Université des sciences et technologies Kwame Nkrumah, Kumasi, Ghana

Contexte:

Les maladies tropicales de la peau (MTN) négligée - y compris la lèpre, le pian et l'ulcère de Buruli - imposent un fardeau sanitaire et économique important aux patients, à leurs familles et au système de santé dans son ensemble. Ces MTN entraînent une détresse psychologique, la stigmatisation et un handicap, ainsi qu'un fardeau financier et économique important. Nous cherchions à comprendre le fardeau économique que représentent les MTN pour les patients et leurs familles au Ghana, ainsi que les stratégies adoptées par les patients et les soignants pour faire face à ces coûts.

Méthodes:

L'étude a été menée dans le district d'Atwima Mpunua, dans la région d'Ashanti, au Ghana, dans le cadre d'activités de recherche formative multidisciplinaires plus vastes visant à éclairer l'élaboration d'une stratégie d'intervention intégrée. On a adopté un plan de recherche qualitative qui comprend des entrevues approfondies (n=46), des discussions de groupe de discussion (n=7) et des observations. Les questions économiques présentées ici et d'autres sujets, y compris la stigmatisation et les discours sur les maladies, ont été explorés. L'échantillon comprenait des travailleurs de la santé, des patients, des guérisseurs traditionnels, des membres de la communauté et des soignants. Les données ont été transcrites, codées et analysées thématiquement à l'aide du logiciel MAXQDA.

Résultats :

Les résultats indiquent des coûts directs et indirects importants de l'expérience et de la gestion des DSS. Les principaux facteurs de coûts directs étaient les fournitures pour pansements, les médicaments et le transport. En termes de coûts indirects, les patients et les soignants ont signalé une réduction des activités économiques et scolaires. Plus précisément, des données probantes ont été recueillies sur le coût d'opportunité, y compris les jours de travail perdus, les heures de travail réduites, le retard scolaire et l'absentéisme. Les coûts d'opportunité étaient plus élevés chez les patientes que chez les hommes. Nous avons également constaté que ces coûts influaient sur les choix de traitement, certains patients préférant les guérisseurs traditionnels. En plus de leur caractère abordable, le choix des guérisseurs traditionnels a également été attribué à l'accessibilité des soins et à la souplesse du paiement. Les principales stratégies d'adaptation mentionnées comprennent l'épargne, le soutien familial, le soutien communautaire et le régime national d'assurance maladie (NHIS). Cependant, ces stratégies n'étaient pas très répandues, car tous les ménages n'avaient pas toujours accès à ces stratégies d'adaptation.

Conclusion:

Les résultats suggèrent que les DSS ont des implications économiques pour les patients et leurs ménages, ce qui peut avoir des conséquences à long terme sur les conditions de vie. L'amélioration du stock médical, l'éducation sur les voies appropriées de recherche de la santé et l'exploitation des programmes d'intervention sociale existants pour offrir des compétences non techniques et professionnelles aux personnes touchées seront des étapes importantes pour réduire les incidences économiques des DSS.\

Mots clés : maladies tropicales négligées, coûts du ménage, ulcère de Buruli, pian, lèpre

Même s'il a faim ou soif, il va tout supporter juste pour le coût du traitement » : Une analyse qualitative de l'impact économique et financier de la leishmaniose cutanée et de la lèpre sur les ménages en Éthiopie rurale.

Yohannes Hailemichael, Institut de recherche Armauer Hansen, Addis-Abeba, Éthiopiepia

Contexte:

La leishmaniose cutanée et la lèpre stigmatisent les maladies de la peau, entraînant souvent une morbidité et une invalidité importantes. Le fardeau économique de ces maladies de la peau n'a pas été bien documenté. L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer l'impact économique des ménages de la leishmaniose cutanée et de la lèpre dans les zones rurales de l'Éthiopie et les stratégies utilisées par les ménages touchés pour faire face à ce fardeau économique.

Méthodes:

L'étude a été menée dans le district de Kalu, zone de Wollo Sud, région d'Amhara en Éthiopie, de mars à juin 2021. Il fait partie de la recherche formative multidisciplinaire menée pour soutenir l'élaboration d'une stratégie d'intervention intégrée adaptée au contexte local. La collecte de données qualitatives a porté à la fois sur les questions économiques présentées ici et sur d'autres sujets, notamment la stigmatisation et les discours sur les maladies. Entrevues approfondies (n=98) avec des patients, des soignants et des travailleurs de la santé; discussions de groupe (n=40) avec les membres de la communauté; et des entrevues avec des informateurs clés (n=50) ont été menées auprès de leaders d'opinion, de guérisseurs traditionnels et d'acteurs des politiques. Les données ont été codées à l'aide du logiciel MAXQDA 2020 et le cadre thématique a été utilisé pour l'analyse.

Résultats:

Les personnes atteintes de leishmaniose cutanée et de lèpre et les membres de leur famille ont dû payer des frais élevés pour obtenir des soins sous forme de paiements directs, en particulier pour le transport et l'hébergement. Ces maladies ont entraîné une perte de revenu pour le ménage, en raison d'une perte de salaire à la fois pour les patients et les autres membres du ménage, notamment pour les personnes qui les accompagnent dans la recherche de soins. Les résultats montrent que les enfants atteints de LC et de lèpre étaient parfois absents de l'école ou se retiraient de l'école entièrement en raison de leurs conditions. Plusieurs stratégies d'adaptation, dont la vente d'actifs, la réduction de la consommation, la sous-traitance de terres à cultiver, l'emprunt, le soutien familial et communautaire et l'assurance-maladie communautaire, ont été utilisées par le patient et les membres de la famille pour atténuer les coûts financiers des maladies et des pertes de production. Néanmoins, des stratégies comme la réduction de la consommation et la vente d'actifs sont plus fréquentes chez les patients atteints de la lèpre et leurs familles.

Conclusions:

Les ménages dans lesquels une personne souffre de la LC ou de la lèpre subissent un impact économique important en termes de perte de revenu et de temps consacré à la recherche de soins. Le renforcement des installations de traitement et de diagnostic plus près des communautés peut accroître l'accès et réduire les coûts de transport et de voyage. L'inclusion des coûts de transport dans les mécanismes de protection contre les risques financiers peut atténuer l'impact financier.

Mots clés : Leishmaniose cutanée, lèpre, impact économique, Etude qualitative, coûts du ménage

Modèle conceptuel pour évaluer la rentabilité des stratégies intégrées de recherche de cas et de gestion des maladies tropicales négligées de la peau.

Iris Mosweu, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni.

Contexte:

Les maladies tropicales négligées de la peau (ou « MTN cutanées ») sont diverses en ce qui concerne leur étiologie, leur épidémiologie, leur traitement et leurs effets sur la santé ; cependant, ils partagent également de nombreux facteurs communs. Elles sont associées à un handicap physique important, à une détresse psychologique, à l'exclusion sociale et à des difficultés financières, et touchent souvent les personnes vivant dans les mêmes communautés relativement pauvres. L'Organisation mondiale de la santé a préconisé des approches intégrées, qui visent à améliorer le diagnostic, le traitement et les soins pour les MTN multiples de la peau simultanément ; toutefois, l'efficacité de ces approches n'a pas été évaluée de façon exhaustive. Nous voulions élaborer un modèle conceptuel pour évaluer la rentabilité des stratégies de recherche et de gestion intégrées des cas (FCI-M) par rapport aux soins normalisés.

Méthodes:

Pour conceptualiser le modèle, nous nous sommes appuyés sur des méthodes mixtes de recherche formative menées dans des zones d'étude au Ghana (région Ashanti) et en Éthiopie (région Amhara). Nous avons examiné les données cliniques et économiques et nous nous sommes beaucoup engagés auprès d'experts de diverses disciplines pour comprendre les mécanismes par lesquels les stratégies de FCI-M peuvent modifier la recherche de soins, l'utilisation des services, les coûts en aval et les résultats pour la santé. Nous avons identifié les principaux éléments du modèle et les sources de données pour les paramètres d'entrée critiques.

Résultats:

Pour résoudre le problème de décision, notre modèle conceptuel combine un modèle principal, représenté par un arbre de décision, et des sous-modèles pour les maladies individuelles. Bien que les activités de l'ICF-M ciblent les principales MTN cutanées dans chaque contexte - notamment l'ulcère de Buruli, le pian et la lèpre au Ghana et la leishmaniose cutanée et la lèpre en Éthiopie - elles peuvent également augmenter l'utilisation des soins de santé et affecter les coûts et les résultats sanitaires pour d'autres maladies de la peau. Nous avons identifié des sources de données pour alimenter le modèle et les paramètres susceptibles d'avoir un niveau élevé d'incertitude, qui auront été identifiés pour l'analyse de sensibilité. Le modèle projettera à la fois les coûts et les résultats sur des horizons de moyen à long terme et cherchera à modéliser l'efficacité en termes d'années de vie corrigées de l'incapacité et d'années de vie corrigées de la qualité.

Discussion:

Notre modèle conceptuel éclairera la collecte et l'analyse de données afin d'évaluer les stratégies du FCI-M mises en œuvre dans le cadre du Programme de recherche sur la santé de la peau en Afrique au Ghana et en Éthiopie. Le modèle conceptuel vise également à éclairer les analyses coût-efficacité des stratégies du FCI-M dans d'autres contextes. L'identification d'une structure de modèle appropriée pour refléter le cheminement clinique naturel de ces conditions est susceptible d'améliorer la précision et la transparence du modèle, conduisant à des preuves plus fiables et crédibles pour éclairer la prise de décision.

Mots clés : Maladies de la peau, maladies tropicales négligées, coûts, rentabilité, modélisation décisionnelle

Financer les soins pour les maladies cutanées sévères et stigmatisantes au Libéria : défis et possibilités.

John Solunta Smith, Centre PIRE Afrique, Liberia

Introduction:

Les maladies tropicales négligées (MTN) constituent un défi de santé mondial important, mais on sait peu de choses sur la manière de financer efficacement les services liés aux MTN. La prise en charge intégrée, en particulier, est présentée comme une modalité de traitement efficace et efficace des maladies cutanées graves et stigmatisantes (SSSD) telles que la lèpre, le pian, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et l'hydrocèle. Dans la présente étude, nous documentons les obstacles et les facteurs qui facilitent les soins du point de vue du financement de la santé.

Méthodes:

Nous avons mené des entrevues auprès de 86 professionnels de la santé et de 16 représentants du système de santé national. 46 participants étaient actifs dans les pays mettant en œuvre la gestion intégrée des cas, 40 participants étaient actifs dans les pays mettant en œuvre les soins standard. Nous avons également interrogé 16 patients et membres de la communauté. Toutes les entrevues ont été transcrites et soumises à une analyse thématique du contenu.

Résultats:

Du point de vue du système de santé, nous identifions divers défis aux niveaux national, des comtés et des districts. Il s'agit notamment d'une décentralisation limitée des ressources financières pour les soins aux MTN et d'une forte dépendance à l'égard des donateurs. Ces derniers sont responsables de la disponibilité des médicaments et de l'approvisionnement en fournitures. La participation du gouvernement au financement des MTN est minime, couvrant uniquement les coûts de personnel. Au niveau des comtés et des districts, nous constatons que les professionnels ont une capacité limitée à planifier le budget des MTN et à quantifier les médicaments et les fournitures. Étant donné que les priorités des donateurs sont axées sur la gestion intégrée des cas, l'approche a été largement mise à l'essai dans 5 comtés du Libéria. Du point de vue des participants, la gestion intégrée des cas entraîne des coûts supplémentaires par rapport aux soins standard (y compris pour inciter les professionnels de la santé à s'engager dans des activités liées aux MTN); toutefois, les services fournis dans les comtés pilotes sont également plus élevés. La motivation du personnel dans les pays pilotes à s'engager dans des activités de lutte contre les MTN est également élevée, mais les retards de paiement des salaires compromettent la motivation du personnel dans tous les pays et entraînent des niveaux élevés de non-participation ou d'attrition. Jusqu'à présent, bien que les services soient censés être gratuits au point de service, ni les pays pilotes ni les pays non pilotes ne couvrent tous les coûts nécessaires encourus par les patients. Du point de vue des patients et de la collectivité, nous identifions les patients qui paient fréquemment pour des médicaments et des fournitures en raison de ruptures de stocks. Les patients doivent également payer le transport vers les établissements de santé; comme les motos refusent souvent de transporter les patients atteints de DSS, les dépenses sont élevées.

Conclusion:

Nos résultats s'accordent avec les travaux plus vastes sur le financement des services de SSSD dans les milieux ouest-africains et suggèrent que les évaluations économiques de la santé des approches de soins intégrés par rapport aux soins standard sont justifiées.

Session Organisée 6-3

Mise en œuvre et économie du diagnostic des maladies transmissibles et non transmissibleses.

Auteurs: *Bryony Simmons1, Elisa Sicuri2 et Lesong Conteh1, (1)London School of Economics & Political Science, Londres, Royaume-Uni, (2)London School of Economics & Political Science, Royaume-Uni, Zoly Rakotomalala1, Jean-Marc Kutz2, Raphael Rakotozandrindrainy3, Tahinamandranto Rasamoelina4, Rivo Rakotoarivelo5 et Daniela Fusco2, (1)Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga, Madagascar, (2)Bernhard Nocht Institute for Tropical Medicine (3) Université d'Antananarivo, Madagascar, (4) Centre d'Infectiologie Charles Merieux, Madagascar, (5) Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar, Marie Paul Nisingizwe1, Jean Damascene Makuza1, Bethany Hedt-Gauthier2, Janvier Serumondo3, Eric Remera3, Sabin Nsanzimana3, Naveed Janjua1, Nick Bansback1 et Michael Law1, (1) Université de la Colombie-Britannique, Canada, (2) Harvard Medical School, (3) Rwanda Biomedical Centre , Rose Nadege Penda Noelle Mbaye1, Fatoumata Diene Sarr2, Hamidou Thiam2, Rokhaya Diop2, Mam Coumba Diouf2, Mohamed Abass Yugo2, Ahmed Badji3, Ahmadou Bouya Ndao4, Abdoul Kane5, Amadou Alpha Sall2 et Cheikh Loucoubar2, (1)Institut Pasteur de Dakar, Dakar, Sénégal, (2)Département socio-anthropologie université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, (4)District Sanitaire de Sokone Sénégal, (5) Clinique cardiologie de l'hôpital le Dantec, Sénégal Francesco Ramponi1, Pakwanja Twea2, Benson Chilima2, Dominic Nkhoma3, Isabel Kazanga Chiumia3, Gerald Manthalu2, Joseph Mfutso-Bengo3, Paul Revill1, Mike Drummond4 et Mark Sculpher4, (1)Centre for Health Economics, University of York, York, Royaume-Uni, (2) Ministère de la Santé, Malawi, (3)Health Economics & Policy Unit (HEPU), College of Medicine, University of Malawi, (4)Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni.*

Description:

Des tests de diagnostic précis sont essentiels pour la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles au niveau du patient (p. ex., pour le diagnostic, la thérapie guidée et la prise en charge de la maladie) et au niveau de la population (p. ex., pour la détection et la surveillance de la maladie). La disponibilité et l'accès en temps utile aux diagnostics sont donc essentiels pour réduire la charge de morbidité et contribuer au renforcement du système de santé et au développement durable. Malgré cela, l'accès à des tests appropriés et de qualité pour le diagnostic des maladies est faible et inéquitable dans de nombreuses régions du monde.

Des chaînes de valeur ou des cadres de diagnostic ont été proposés pour comprendre la chaîne d'événements entre la conception et le développement d'un nouveau dispositif de test de diagnostic et son adoption par les utilisateurs finaux. Des défis à la demande et à l'offre de diagnostics existent à toutes les étapes de cette chaîne de valeur, chacun représentant un point d'échec potentiel pour une adoption réussie des technologies. Ces difficultés sont aggravées par le manque de données fiables et complètes pour éclairer la planification et appuyer les décisions stratégiques.

Cette session abordera la chaîne de valeur du diagnostic, en se concentrant principalement sur le diagnostic des maladies infectieuses, en soulignant les principales étapes depuis la création jusqu'à l'utilisation, et en développant les défis et les principales lacunes dans les données. À partir de données probantes provenant de différents milieux en Afrique et d'un éventail de domaines de maladie, la session tirera ensuite des exemples sur les défis de l'offre et de la demande dans les diagnostics de maladie tout au long du continuum, en mettant en évidence les défis et les solutions spécifiques au contexte.

Définir un continuum de diagnostic des maladies infectieuses de la R-D à l'utilisation : perspectives sur les lacunes des données.

Bryony Simmons1, Elisa Sicuri2 et Lesong Conteh1, (1)London School of Economics & Political Science, Londres, Royaume-Uni, (2)London School of Economics & Political Science, Royaume-Uni.

Contexte:

Un large accès à des outils de diagnostic rapides et précis est essentiel pour le suivi, le dépistage et le traitement des maladies infectieuses. Malgré cela, l'accès à des diagnostics appropriés reste souvent médiocre et inéquitable. Ces problèmes sont aggravés par un manque de données dans l'ensemble du continuum du diagnostic pour éclairer la demande, l'innovation et la prestation de politiques cohérentes et rentables.

Buts et objectifs :

L'objectif principal est de proposer un continuum simple pour le diagnostic des maladies infectieuses, de la conception à la mise en œuvre. Les principaux défis posés à l'offre et à la demande de diagnostics le long du continuum seront mis en évidence, en mettant l'accent sur l'identification des lacunes dans les données pour éclairer la planification et les politiques. Une attention particulière sera accordée à la satisfaction des besoins des pays d'Afrique subsaharienne.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale utilisant une enquête distribuée en ligne via la plateforme Qualtrics afin d'identifier les principales lacunes en données et les solutions potentielles dans le continuum du diagnostic. L'enquête s'appuie sur un cadre conceptuel pour l'introduction d'outils de diagnostic, étudié et proposé dans le cadre de l'étude. Après avoir mis à l'essai et peaufiné l'enquête, les personnes qui participent à un large éventail d'activités liées au diagnostic des maladies infectieuses seront invitées à participer. Les participants comprennent des agents de programme, des décideurs, des cliniciens, des techniciens de laboratoire, des fabricants de diagnostics, des organisations internationales, des donateurs et des chercheurs. L'enquête ne portera pas spécifiquement sur les maladies individuelles, mais plutôt sur les lacunes dans les données sur les maladies infectieuses. Les données seront analysées à l'aide d'une combinaison d'analyses quantitatives et thématiques, en mettant l'accent sur les lacunes dans les données et les solutions potentielles pour mieux éclairer la prise de décisions.

Résultat majeur :

Divers cadres de conceptualisation du continuum de diagnostic ont été proposés, principalement axés sur le diagnostic des maladies infectieuses au point de service. Des éléments communs ont été utilisés pour orienter les questions du sondage. Il s'agissait : i) l'évaluation du besoin/de la demande ; ii) la faisabilité, conception et développement du produit ; iii) la validation et la fabrication ; iv) la planification, l'approbations réglementaires et le lancement ; et v) l'adoption, la mise à l'échelle et la mesure de l'impact. Les intervenants qui ont répondu au sondage ont cerné les principales lacunes dans les données le long du continuum, ce qui a eu une incidence sur le développement et l'adoption réussis des technologies de diagnostic. Ces questions seront examinées en détail, de même que les solutions possibles pour mieux éclairer la planification et la politique en matière de diagnostic des maladies infectieuses.

Résultat majeur :

La définition d'un continuum pour le diagnostic des maladies infectieuses est utile pour mettre en évidence les lacunes et les obstacles en matière de données associés à des étapes particulières du continuum et pour évaluer leur impact sur l'adoption réussie de diagnostics appropriés. Ces résultats mettent en lumière les possibilités d'atténuer les lacunes en matière de données et de recherche et de renforcer la production et la diffusion de données pour éclairer les politiques et la planification.

Expériences du diagnostic de la schistosomiase génitale féminine et du cancer du col de l'utérus à Madagascar.

Zoly Rakotomalala1, Jean-Marc Kutz2, Raphael Rakotozandrindrainy3, Tahinamandranto Rasamoelina4, Rivo Rakotoarivelo5 and Daniela Fusco2, (1)Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga, Madagascar, (2)Bernhard Nocht Institute for Tropical Medicine, Germany, (3)University of Antananarivo, Madagascar, (4)Centre d'Infectiologie Charles Merieux, Madagascar, (5)Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar.

Contexte:

Les affections de l'appareil génital féminin représentent un lourd fardeau, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFM). Ces troubles comprennent un large éventail de conditions médicales allant des infections sexuellement transmissibles aux maladies parasitaires et au cancer, entre autres. La prévention est l'outil le plus puissant pour combattre un grand nombre de ces troubles. Des programmes de dépistage existent, mais dans les PFR-PRI, ils se heurtent à trois obstacles principaux : l'accessibilité, l'applicabilité et la stigmatisation sociale. Pour une meilleure accessibilité, la promotion des services au niveau des soins primaires est cruciale mais, en l'absence de diagnostics faciles à utiliser, l'applicabilité de ces services est limitée. Les barrières sociales limitent l'accessibilité aux services, en raison de la stigmatisation, de la peur et des croyances culturelles. Des solutions intégrées répondant à ces conditions dans le cadre de programmes existants, tels que les services de soins prénatals, pourraient s'attaquer en parallèle aux principaux obstacles à leur gestion.

La schistosomiase est une maladie tropicale négligée (MTN) causée par le trématode Schistosoma et entraînant des affections chroniques telles que la schistosomiase génitale féminine (SGF). Le cancer du col de l'utérus (CC) est l'une des maladies les plus courantes liées au VPH. Les infections par le VPH peuvent se résorber naturellement ou conduire au CC par une longue période asymptomatique. Les deux maladies sont particulièrement répandues en Afrique, Madagascar étant l'un des pays où la schistosomiase est la plus répandue dans le monde.

Buts et objectifs :

Notre étude visait à évaluer la faisabilité et l'applicabilité d'un programme de dépistage du CC, du HPV et du FGS au niveau des soins primaires dans les zones rurales de Madagascar.

Méthodes :

Après avoir effectué une évaluation de base sur la connaissance du FGS parmi les travailleurs de la santé (HCW, n=93) et la population générale (n=727), par une approche de méthodes mixtes, nous avons réalisé une campagne de sensibilisation. Ensuite, des services de dépistage ont été offerts à un total de 500 femmes dans trois centres de soins de santé primaires de la région de Boeny à Madagascar : Marovay (périurbain), Antanambao-Andranolava (rural) et Ankazomborona (rural). Des entretiens approfondis ont été menés auprès du personnel soignant et des femmes incluses dans le programme afin d'explorer l'utilité et la satisfaction du service du point de vue des utilisateurs et des prestataires.

Résultat majeur :

Nos données préliminaires montrent que la connaissance du FGS est faible, tant chez les travailleurs de santé (n=50, 54%) que dans la population générale (n=644, 88%). De plus, parmi les 500 femmes à qui un service de dépistage a été proposé, 483 (96,6%) ont accepté.

Résultat majeur :

L'analyse préliminaire de notre intervention, montre une bonne acceptabilité du dépistage gynécologique dans notre population d'étude. Nous pouvons supposer que la campagne de sensibilisation a amélioré l'acceptabilité en soutenant le concept que la connaissance de la santé représente un élément crucial pour promouvoir la prévention.

Évaluation d'un programme de dépistage et de traitement de masse du virus de l'hépatite C au Rwanda.

Marie Paul Nisingizwe1, Jean Damascene Makuza1, Bethany Hedt-Gauthier2, Janvier Serumondo3, Eric Remera3, Sabin Nsanzimana3, Naveed Janjua1, Nick Bansback1 and Michael Law1, (1)University of British Columbia, Canada, (2)Harvard Medical School, (3)Rwanda Biomedical Centre, Rwanda

Contexte :

Bien qu'il soit bien connu qu'un diagnostic et une thérapie antivirale effectués à temps peuvent guérir et prévenir la progression vers des stades ultérieurs de la maladie, l'accès au diagnostic et au traitement de l'hépatite C (VHC) est limité. L'Afrique subsaharienne (ASS) abrite près de 20 % des infections mondiales par le VHC, mais l'accès aux services reste très difficile en raison des ressources limitées des systèmes de santé. Au cours des 20 dernières années, le Rwanda a amélioré l'accès aux services de soins de santé selon de nombreux indicateurs. Cependant, moins de 1 % des patients atteints du VHC étaient sous traitement en 2015. Pour remédier à ce problème, le gouvernement rwandais a lancé en 2016 une campagne de dépistage et de traitement de masse volontaire. Dans le cadre de ce dispositif, les patients dont le diagnostic est confirmé sont initiés au traitement gratuitement. En tant que premier programme de dépistage et de traitement mis en œuvre en ASS, il est crucial d'évaluer si cet effort a atteint son objectif d'améliorer l'accès aux services de soins du VHC et de réduire la charge du VHC.

Objectifs :

Cette étude visait à 1) décrire les caractéristiques des patients dépistés et traités pendant la campagne de dépistage et de traitement de masse ; 2) décrire la cascade de soins pour les patients atteints du VHC et identifier les facteurs associés à l'abandon ; 3) estimer la proportion de patients qui ont obtenu une réponse virologique soutenue et identifier les facteurs associés à l'échec du traitement.

Méthodes :

Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective et utilisé des données secondaires pour décrire la cascade de soins et évaluer les facteurs associés à l'échec et à l'abandon du traitement. Un examen rétrospectif des dossiers médicaux a été effectué pour déterminer les résultats des tests des patients et les résultats des traitements. Les données des dossiers des patients ont été combinées avec la base de données électronique de dépistage compilée pendant le test d'anticorps. Nous avons établi des statistiques descriptives pour estimer le nombre total de patients dépistés et leurs caractéristiques ainsi que la proportion de 1) réussite et d'échec du traitement 2) achèvement à chaque étape de la prise en charge. Nous avons utilisé une régression logistique à effets mixtes pour évaluer les facteurs associés à la positivité du VHC, aux lacunes dans les soins et à l'échec du traitement.

Résultats :

L'analyse est toujours en cours, et les résultats seront disponibles au moment de la conférence.

Résultat majeur :

Cette étude fournit des données sur les personnes dépistées lors de la campagne de masse et sur les caractéristiques des patients atteints du VHC. Elle fournit également des preuves sur les interventions qui auraient le plus d'impact sur la réussite du traitement des patients atteints du VHC ou sur le niveau de soins qui nécessite davantage de réponses. Les leçons tirées de cette étude peuvent être utilisées par les responsables d'autres pays ayant un contexte similaire et qui cherchent à lancer des programmes de lutte contre le VHC.

Initiative d'engagement communautaire pour améliorer l'accès aux services de diagnostic des maladies cardiovasculaires au Sénégal.

Rose Nadege Penda Noelle Mbaye1, Fatoumata Diene Sarr2, Hamidou Thiam2, Rokhaya Diop2, Mam Coumba Diouf2, Mohamed Abass Yugo2, Ahmed Badji3, Ahmadou Bouya Ndao4, Abdoul Kane5, Amadou Alpha Sall2 and Cheikh Loucoubar2, (1)Institut Pasteur of Dakar, Dakar, Senegal, (2)Institut Pasteur of Dakar, Senegal, (3) Département socio-anthropologie université Cheikh Anta Diop de Dakar, Senegal, (4)District Sanitaire de Sokone, Senegal, (5)Clinique cardiologie de l'hôpital le Dantec, Senegal.

Contexte :

Selon les projections de l'OMS, le nombre annuel de décès dus aux maladies non transmissibles atteindra 55 millions en 2030 si rien ne change. Au Sénégal, selon les enquêtes nationales réalisées en 2015, 9,4% des adultes (18-69 ans) présentaient au moins trois facteurs de risque cumulés de maladies cardiovasculaires et plus de 29,8% de la population adulte souffrait d'hypertension artérielle.

Le Sénégal, à travers son Plan de développement sanitaire et social 2019-2028, prévoit de réduire la morbidité/mortalité due aux maladies cardiovasculaires et aux facteurs de risque. Pour répondre à cette priorité nationale, des stratégies de dépistage et d'orientation en population s'appuyant sur les agents de santé communautaires peuvent être ciblées.

Buts et objectifs :

Faciliter l'accès aux services de diagnostic des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et améliorer la prise en charge des cas par des approches de dépistage communautaire.

Méthodologie :

Une étude transversale entre décembre 2020-mars 2021 a été mise en place dans les deux communautés rurales de la région de Dielmo et Ndiop-Fatick, au Sénégal. Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dépistés étaient : L'indice de masse corporelle (IMC), l'hypertension artérielle (AH), l'hyperglycémie, l'hyperlipidémie et le tabagisme actuel et antérieur à l'aide d'outils ponctuels tels que le finger prick test. L'analyse des données sociodémographiques, cliniques et biologiques a été réalisée avec les logiciels Excel, R et Stata ; l'analyse des données socio-anthropologiques a été réalisée avec les logiciels Kobotoolbox, Excel, Atlas Ti ou Nivo.

Résultats :

Le taux de participation était de 89,5% (561/680) parmi les membres de la communauté âgés de 18 ans ou plus. 75,0 % des participants présentaient au moins un facteur de risque de maladie cardiovasculaire. La dyslipidémie était le facteur de risque le plus courant (87,6 %) et 86,7 % présentaient une hypoHDLémie. 35,2 % des personnes dépistées présentaient une hypertension et 6,7 % une obésité. Le tabagisme et l'hyperglycémie ont été diagnostiqués chez moins de 5% des participants. Des examens complémentaires (ECG et échographie) parmi les participants ayant obtenu un score élevé au score de risque de Framingham pour les maladies coronariennes dures ont révélé que 9 % des participants présentaient des fonctions cardiaques anormales précieusement inconnues et non traitées.

Conclusion :

L'étude révèle une prévalence élevée des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dans les zones rurales au Sénégal et démontre que le dépistage communautaire par les agents de santé communautaires peut augmenter l'accès au diagnostic et l'identification précoce des cas.

Le potentiel de l'ETS pour éclairer les décisions sur les nouvelles technologies de santé dans les milieux à faible revenu. Le cas du Malawi.

Francesco Ramponi1, Pakwanja Twea2, Benson Chilima2, Dominic Nkhoma3, Isabel Kazanga Chiumia3, Gerald Manthalu2, Joseph Mfutso-Bengo3, Paul Revill1, Mike Drummond4 and Mark Sculpher4, (1)Centre for Health Economics, University of York, York, United Kingdom, (2)Ministry of Health, Malawi, (3)Health Economics & Policy Unit (HEPU), College of Medicine, University of Malawi, Malawi, (4)Centre for Health Economics, University of York, United Kingdom.

Contexte

Les systèmes de santé sont confrontés à un large éventail de décisions politiques liées aux nouvelles technologies potentiellement utiles, notamment les outils de diagnostic. Ces décisions sont liées aux différentes étapes par lesquelles une technologie doit passer, depuis son identification en tant qu'option potentiellement viable au sein d'un système de soins de santé, jusqu'à sa mise en œuvre à grande échelle pour avoir le plus grand impact sur la santé de la population, déduction faite des coûts d'opportunité associés à son financement. L'évaluation des technologies de la santé (ETS) offre un ensemble d'outils analytiques pour soutenir les décisions des systèmes de santé en matière d'allocation des ressources. Bien que ces outils suscitent un intérêt croissant dans le monde entier, y compris dans certains pays à revenu intermédiaire, ils restent rarement utilisés dans les pays à faible revenu (PFR). En général, l'ETS a un champ d'application étroit, se limitant le plus souvent à des évaluations de l'efficacité et du rapport coût-efficacité. Cependant, les principes de l'ETS peuvent et doivent éclairer toute la gamme des décisions politiques concernant les nouvelles technologies de la santé.

Buts et objectifs

Nous examinons le potentiel de cette large utilisation de l'ETS dans les PFR, en particulier au Malawi. Nous élaborons un cadre permettant de classer les principales décisions politiques relatives aux technologies de la santé au sein des systèmes de santé. Ce cadre couvre les décisions relatives à l'identification et à la hiérarchisation des technologies en vue d'une évaluation détaillée, à la décision d'adopter ou non une intervention, à l'évaluation des investissements alternatifs pour la mise en œuvre et le passage à l'échelle, et à la réalisation d'autres activités de recherche. Nous explorons la valeur et les implications du cadre en l'appliquant au contexte malawite et en mettant en correspondance chaque point de décision politique avec le système de santé local et la structure de gouvernance. À l'aide de deux technologies de santé contrastées, nous décrivons comment les décisions sont prises actuellement, nous examinons l'utilisation actuelle de l'ETS et nous cherchons à savoir dans quelle mesure elle pourrait aider davantage les décideurs locaux. Plus précisément, nous décrivons comment les décisions ont été abordées lors de l'introduction des tomodensitomètres dans le système de santé du Malawi, et nous montrons les mécanismes par lesquels les preuves peuvent entrer dans les délibérations politiques en utilisant un outil de diagnostic, l'autodiagnostic du VIH, comme exemple.

Constatations

Bien que la rareté des données, de l'expertise et des autres ressources locales risque de limiter l'opérationnalisation de l'ETS dans les PFR, nous soutenons que même dans les systèmes de santé aux ressources très limitées, comme au Malawi, l'utilisation de l'ETS pour soutenir un large éventail de décisions est possible et souhaitable. Les exemples des scanners et de l'autodiagnostic du VIH montrent que l'absence de données probantes et d'analyses appropriées peut conduire à des décisions préjudiciables à la santé de la population.

Session organisée 6-4

Exploitation des connaissances pour les systèmes de santé - le rôle de la coproduction des connaissances.

Auteurs: *Charles Ebikeme École d'économie de Londres / AHOP*

Description

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'importance de l'intégration des connaissances pour la prise de décision dans les systèmes de santé. Pour avoir le plus d'impact possible, la réingénierie des systèmes de santé exige que les connaissances soient utilisées efficacement.

L'objectif de ce panel sera d'explorer les différentes méthodes de travail utilisées pour aider à combler le fossé entre la recherche, la politique et la pratique dans les efforts de développement en Afrique. Ceci est particulièrement pertinent étant donné le besoin croissant de canaliser la recherche en santé vers les politiques et de transformer les pratiques de manière significative.

Le panel soulignera le rôle des décideurs politiques dans le processus de production de preuves. Elle montrera comment la plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé (AHOP) fonctionne pour produire des connaissances qui répondent aux besoins et aux priorités des décideurs politiques. L'AHOP réalise une série de produits, notamment des profils de systèmes et de services de santé par pays (CHSSP), des notes de synthèse, des études comparatives et thématiques et des dialogues politiques qui bénéficient de la contribution des décideurs.

La discussion présentera les perspectives de la communauté de recherche de l'AHOP et des représentants gouvernementaux au sein de la grande collaboration de l'AHOP, ainsi que d'autres plateformes de courtage de connaissances qui visent à promouvoir l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes pour les systèmes de santé dans la région africaine.

La discussion soulignera également comment chaque groupe apporte des ressources de connaissances précieuses et nécessaires pour enrichir la recherche, la prise de décision et l'action. Certains des défis liés à la production de connaissances multipartites seront examinés, en mettant l'accent sur le chemin non linéaire qui existe entre la recherche et l'utilisation des politiques.

Au cours de cette session, les orateurs aborderont certains des défis institutionnels, structurels et culturels liés à la production et à l'utilisation de données probantes. Les participants présenteront les efforts, les activités et les initiatives qui ont eu un impact, un changement et un engagement à long terme sur les questions de politique de santé de la part de la communauté élargie des parties prenantes et des décideurs. Le panel comprendra des représentants des centres nationaux AHOP, du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), des bureaux de pays de l'OMS dans la région africaine et des ministères de la santé, ainsi que d'autres plateformes d'échange de connaissances, et réfléchira aux efforts de collaboration qui sont au cœur de ce partenariat. La discussion explorera comment les diverses activités entreprises par l'AHOP ont été guidées par la contribution des décideurs politiques.

La discussion sera suivie d'une séance de questions-réponses avec le public.

Session parallèle 6-1 : Oral

Économie des vaccins : équité, distribution et financement 1

Analyse distributionnelle avantages-coûts de la couverture vaccinale contre le rotavirus en Ouganda.

Rornald Muhumuza Kananura1, Gatien de Broucker2, Ema Sam Arinaitwe3, Samantha Sack2, Athony Ssebagereka1, Aloysius Mutebi1, Elizabeth Ekirapa Kiracho1 et Bryan Patenaude[4], (1) Makerere University School of Public Health, Kampala, Ouganda, (2) Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Department of International Health, Baltimore, (3) Ministry of Health, Kampala, Ouganda (4) École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, Département de santé internationale, Kampala, Ouganda

Contexte :

La diarrhée est la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans, contribuant à 8 % de la mortalité globale toutes causes confondues en 2017. Des études antérieures ont montré qu'une majorité (environ 45 à 65 %) de la morbidité et de la mortalité liée à la diarrhée chez les enfants est causée par le rotavirus, qui est évitable par le vaccin. Initialement prévu pour 2016, le déploiement du vaccin contre le rotavirus par le ministère de la Santé en Ouganda a commencé en 2018. Dans cette étude, nous estimons l'impact économique et sanitaire du déploiement du vaccin contre le rotavirus en Ouganda en tenant compte de l'équité des résultats en matière de santé dans l'une des premières analyses distributionnelles avantages-coûts menées dans le domaine de la santé publique mondiale.

Méthodes :

En nous appuyant sur les méthodes d'analyse de la rentabilité distributionnelle (DCEA) d'Asaria, Griffin et Cookson, nous intégrons une évaluation des coûts non liés à la santé, y compris les coûts indirects : ni le DCEA ni l'analyse coût-efficacité élargie (ECEA) n'intègrent les avantages non liés à la santé (DCEA) ou les coûts au-delà des paiements directs (ECEA). Nous avons estimé la distribution de base de la santé et les changements modélisés attribuables au vaccin contre le rotavirus à l'aide de données tirées des estimations de modélisation du Vaccine Impact Modeling Consortium. Les données sur le déploiement du vaccin contre le rotavirus, y compris la couverture vaccinale, les doses administrées, le coût du vaccin et des informations démographiques sur les vaccinés proviennent de l'UNEPI et du ministère de la Santé de l'Ouganda. Les données sur le fardeau économique de l'Ouganda utilisées pour l'évaluation proviennent du projet Décennie de l'économie des vaccins, dont la collecte de données primaires a été réalisée en 2017-18.

Résultats :

Le traitement d'un cas de diarrhée aiguë a coûté 7 dollars et 15 dollars (si l'enfant devait être hospitalisé) en frais médicaux, dont 67 à 73% ont été pris en charge par le gouvernement dans les établissements publics de santé. Si l'on inclut les coûts autres que les coûts de santé, le coût économique sociétal d'un cas a grimpé à 14 $ et à 53 $ (hospitalisés). Environ 49 % et 71 % (hospitalisés) des coûts économiques étaient des coûts autres que ceux liés à la santé. En outre, nous constatons que le fardeau économique de la diarrhée affecte de manière disproportionnée les ménages des couches socio-économiques les plus pauvres (SES) : plus de 53 % des ménages du quintile de richesse le plus pauvre ont subi des dépenses de santé catastrophiques, comparativement à 31 % de ceux du quintile de richesse le plus riche. D'autres résultats sur l'impact distributif du rotavirus seront disponibles au premier trimestre de 2022.

Conclusions :

En incluant les coûts non liés à la santé et les coûts indirects en plus de monétiser les résultats pour la santé, l'assistant de configuration de base de données (DBCA) peut fournir un meilleur cadre que l'analyse coût-efficacité lorsque le but est de comparer les investisse-

ments dans la santé avec les investissements non liés à la santé. La capacité d'effectuer l'analyse comparative des risques et des avantages sera intégrée à la trousse d'outils Vaccine Economic Research for Sustainability and Equity, pour la production d'estimations coûts-avantages et de mesures d'équité propres à chaque pays.

Points de vue des intervenants sur la responsabilisation interne dans un programme d'immunisation infranational : une étude qualitative dans l'État d'Enugu, au sud-est du Nigéria.

Daniel Ogbuabor1, *Nwanneka Ghasi2, Uchenna Okenwa3, Nnanna Nwangwu[4], Uchenna Ezenwaka[2] et Obinna Onwujekwe[5], (1)Université du Nigéria Campus d'Enugu, Enugu, Nigéria, (2)Université du Nigéria Nsukka (Campus d'Enugu), (3)Ministère d'État de la Santé d'Enugu, (4)Université d'État des Sciences et de la Technologie d'Enugu, (5)Université du Nigéria , Nsukka, Campus d'Enugu, Enugu, Nigéria*

Contexte

Bien que la faible responsabilisation constitue un obstacle important à l'efficacité des systèmes de vaccination systématique et à la couverture vaccinale élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les études sur la responsabilisation des programmes de vaccination sont rares. Cette étude a évalué comment les facteurs contextuels, les rôles et l'interaction des différents acteurs influent sur la qualité des données et l'utilisation des données pour la prise de décisions afin d'améliorer la responsabilisation interne dans les services d'immunisation.

Méthodes et matériaux

Nous avons utilisé des entrevues semi-structurées pour recueillir des données auprès des responsables de la vaccination systématique au niveau de l'État, de la région et des établissements de santé (n = 35) dans l'État d'Enugu, au sud-est du Nigéria, entre juin et juillet 2021. Nous avons adopté l'échantillonnage à variation maximale pour sélectionner les personnes ayant des rôles et des responsabilités en tant que producteurs et utilisateurs de données sur l'immunisation. Le guide d'entrevue approfondie a exploré la responsabilisation interne au sein du système d'immunisation guidée par les dimensions dynamiques de la responsabilisation dans les systèmes de santé selon les axes du pouvoir, de la capacité et de la justice. Les données ont été analysées par thème à l'aide du logiciel NVivo (version 11).

Résultats

L'utilisation incohérente des lettres de nomination et de la description de poste ainsi que l'orientation inadéquate du personnel ont limité la capacité d'appuyer le changement. Les rôles multiples et contradictoires du personnel de l'établissement, le trop grand nombre d'outils et la formation inadéquate limitent la qualité des données. Bien qu'il existe des normes de rendement, la faible capacité de gérer les données sur l'immunisation limite la façon dont les cibles sont établies ou atteintes. Malgré les pouvoirs discrétionnaires dont on dispose pour combler les lacunes en matière de ressources, l'espace décisionnel est restreint. Une supervision peu fréquente et un financement insuffisant limitent le recours à la supervision pour garantir la responsabilisation. Un faible mécanisme de rétroaction des superviseurs, une utilisation incohérente des tableaux de surveillance et des réunions irrégulières d'examen des données limitent l'utilisation des données. Le manque de personnel, la mauvaise répartition, la charge de travail élevée et l'absentéisme nuisent à la qualité et à l'utilisation des données vaccinales. En ce qui concerne l'axe du pouvoir qui doit susciter le changement, des incitations financières limitées, des disparités salariales, un environnement de travail précaire et une fourniture interrompue de matériel de travail démotivent les responsables de la vaccination. La faible application des sanctions, la crainte de victimisation et d'ingérence politique menacent le fonctionnement des relations de responsabilité. En termes d'axe de la justice, les dirigeants politiques locaux ont une faible

priorité pour la vaccination systématique et ont tendance à être plus réceptifs aux problèmes défendus au niveau de l'État. Alors que l'interaction communautaire améliore l'utilisation des services d'immunisation et la participation des agents de santé bénévoles, les dirigeants des HFC n'ont pas la capacité d'interpréter les tableaux de surveillance et le pouvoir de tenir les agents de santé responsables.

Conclusions

La responsabilité interne du programme de vaccination dans l'État d'Enugu, au Nigeria, est faible. L'étude a permis d'identifier les facteurs qui peuvent être pris en compte dans la conception des interventions pour relever les défis internes en matière de responsabilisation dans un programme d'immunisation infranational.

Facteurs qui influencent la prise du vaccin AstraZeneca par les agents de santé de la région de l'Upper East au Ghana : Une enquête transversale.

Simon Ferguson Atongu, *Hôpital de Sandema, Bolgatanga, Ghana, Gifty Apiung, Université des études sur le développement, Tamale, Ghana et Natasha Howard, École de médecine de Londres pour les études de développement, Tamale, Ghana et Natasha Howard, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres.*

La pandémie de COVID-19 s'est propagée dans toutes les régions du monde, notamment le Ghana. Elle a entraîné plus de 4 millions de perte en vie humaine dans le monde, dont les agents de santé et autres professionnels de la santé en première ligne de reposte à la pandémie. Les mesures de précaution au Ghana comprennent la prise du vaccin d'AstraZeneca. Cependant, les études sur les facteurs affectant la prise des vaccins COVID-19 au Ghana sont limitées. Par conséquent, cette étude vise à analyser les connaissances, attitudes et la prise du vaccin AstraZeneca des agents de santé du War Memorial Hospital, Navrongo, Upper East Region, Ghana. Nous avons mené une étude descriptive transversale, en échantillonnant de manière aléatoire 128 infirmières âgées de 21 à 50 ans, en utilisant des questionnaires sur papier. Les résultats ont révélé que les 128 personnes interrogées avaient déjà entendu parler du vaccin AstraZeneca, mais seulement 54% ont une connaissance sur le vaccin. Les attitudes à l'égard du vaccin étaient généralement positives (53,1 %) et la prise en charge était très bonne (71,9 %). Facteurs cités par les 28,1% qui ont refusé de prendre le vaccin comprenaient le fait d'avoir déjà été infecté par le COVID-19, l'absence lors de la vaccination, le manque de confiance à la sécurité ou l'efficacité du vaccin, ou en période de grossesse et d'allaitement. L'analyse de régression logistique multi-variable a révélé que les facteurs démographiques n'étaient pas associés aux connaissances des infirmières vis-à-vis du vaccin COVID-19, (AOR=0,89 ; 95% CI=0,28-2,85). Le niveau d'éducation était le seul facteur associé à l'attitude positive des infirmières à l'égard de la prise du vaccin COVID-19 (AOR=8,09 ; IC 95% =2,23-29,36). Le service de santé du Ghana devrait fournir des services réguliers de dépistage et de vaccination contre le COVID-19 aux infirmières et autres professionnels de la santé, tout en multipliant les campagnes d'information sur le COVID-19 à l'intention des professionnels de la santé dans l'Upper East, afin de renforcer les connaissances actuelles.

Prise et couverture de la vaccination contre le COVID-19 au Nigeria : Leçons du Nigéria.

Adamu Mohammed Hassan[1], Sulaiman Saidu Bashir[2], Husayn Muhammad Mahmud[1], Paul Sale Margwa[2], Esly Emmanuel[3] et Zubaida Hassan[4], (1) Federal College of Education Yola, Nigeria, (2) Agence de Développement des soins de Santé Primaires de l'État d'Adamawa, Yola, Nigeria, (3) Agence Rurale d'Approvisionnement en Eau et d'Assainissement de l'État d'Adamawa, Yola, Nigéria, (4) Département de microbiologie de l'Université Modibbo Adama, Yola, Nigeria.

Contexte :

La pandémie de COVID-19, considérée comme la pire catastrophe depuis la crise économique des années 30, a affecté les secteurs dominats de l'économie du développement humain, à l'échelle mondiale. Le système de santé n'y était pas préparé. Ainsi, le développement du vaccin COVID a été une lueur d'espoir. Le vaccin contre le COVID a été mis disposition au Nigeria en mars 2021. Cependant, bien que la vaccination soit l'une des interventions les plus rentables, l'adoption et la couverture du vaccin COVID-19 a été sous-optimale, en raison de certains facteurs liés à l'offre et à la demande.

But et objectifs :

Cette étude a pour but d'évaluer le niveau de prise et de couverture des vaccins COVID-19 dans les 36 états du Nigéria, et au niveau du territoire de la capitale fédérale (FCT), Abuja.

Méthodologies :

L'examen des données secondaires a été réalisé à partir des données de la base de données sur les vaccins COVID-19 au Nigeria (COVID-19 Vaccination National Call-in Data). En outre, une étude documentaire sur l'hésitation et l'apathie à l'égard du vaccin COVID-19 dans les pays en développement a été mené. Les résultats ont ensuite été triangulés.

Résultat

Le taux de prise du vaccin COVID-19 au Nigéria au 23 octobre 2021 n'était que de 5,0% de la population ciblée. Pour la première dose du vaccin, un total de (n=111 776 503) personnes ont été ciblées dans tout le pays. Cependant, seules 5 539 012 personnes avaient été vaccinées au 23 octobre 2021. De même, seuls 2,6 % (n=2 895 121) de la population ont été vaccinés pour la deuxième dose. La couverture nationale du vaccin COVID-19, exprimée en proportion des personnes éligibles entièrement vaccinées, indique que (1) l'Etat de Zamfara et le FCT ont le taux de couverture le plus élevé, avec un taux de couverture de 1,5 % AstraZeneca phase 1 et 2 avec 75% et 71%, respectivement. Les États d'Osun et d'Ondo ont enregistré la plus faible couverture du même vaccin avec 40% et 34%, respectivement. (2) La couverture la plus élevée du vaccin Moderna a été signalée dans les États de Lagos et d'Adamawa avec 74% et 73%, respectivement. La couverture la plus faible du vaccin Moderna était de 21% et de 20% dans les État de Kogi et de Bayelsa respectivement.

Conclusion

Il existe une grande variation dans la prise et la couverture du vaccin COVID-19 au Nigeria.

L'implication politique de cette étude est la promotion des comportements et des pratiques de communication, en particulier dans les zones/États identifiés comme ayant une faible couverture. L'application stricte du cadre de confiance de l'OCDE conduira à une amélioration de l'utilisation et de la prise en charge du COVID-19, ainsi que des vaccinations futures dans le pays.

Mots clés : Prise, Couverture, Vaccination COVID-19, Nigéria

Session parallèle 6-2

Économie des vaccins : équité, distribution et financement 2

Estimation du coût de déploiement et d'introduction du vaccin COVID-19 au Ghana à l'aide de l'outil CVIC.

Richmond Owusu[1], Brian Asare[2], Martha Gyansa-Lutterodt[3], Joycelyn Naa Korkoi Azeez[3] et Justice Nonvignon[1], (1) Département de la Politique, Planification et de la Gestion de la Sante publique, Université du Ghana, Ghana. (2) Ministère de la Santé, Accra, Ghana, (3) Ministère de la santé, Ghana, Accra, Ghana.

Contexte

En plus des diverses mesures mises en place pour contrôler et prévenir la propagation du

COVID-19, le Ghana a commencé la vaccination en mars 2021. La vaccination de la population est l'une des mesures stratégiques que le pays a adoptées, conformément aux pratiques mondiales. Cette étude a estimé le coût prévisionnel de l'introduction et du déploiement du vaccin COVID-19 au Ghana.

Méthodologie

A l'aide de l'outil de calcul des coûts d'introduction et de déploiement du vaccin COVID-19 (CVIC) développé par un groupe de partenaires, dont l'OMS et l'UNICEF, le groupe de travail technique du ministère de la Santé du Ghana (TWG-HTA), en collaboration avec l'école de santé publique de l'université du Ghana, a organisé un premier atelier de deux jours qui a réuni les partenaires afin de délibérer et de convenir sur les paramètres d'entrée pour alimenter l'outil CVIC. Nous avons eu une autre validation de 2-3 jours avec le PEV et d'autres partenaires pour finaliser l'analyse. Trois scénarios, avec différentes combinaisons de vaccins et de modalités d'administration, ainsi qu'une période de temps, ont été utilisés. Les scénarios comprenaient AstraZeneca (40%), J & J (30%),

Moderna, Pfizer et Sputnik V à hauteur de 10 % chacun, avec une vaccination complète au second semestre 2021. (Scénario 1). AstraZeneca (30%), J & J (40%), Moderna, Pfizer et Sputnik V à 10% chacun avec une vaccination complète au premier semestre 2022 (scénario 2). Répartition égale (20 %) entre AstraZeneca, J &J, Moderna, Pfizer et Sputnik V, avec une vaccination complète au second semestre 2022 (scénario 3) au deuxième trimestre de 2022 (scénario 3).

Résultats

Le coût total estimé de la vaccination COVID-19 se situe entre 348,7 et 436,1 millions de dollars pour une population cible de 17,5 millions de personnes (soit 57% de la population). Ces chiffres se traduisent par un coût par personne entièrement vaccinée de 20,9 à 26,2 dollars et par dose (y compris le coût du vaccin) de 10,5 à 13,1 dollars. Là encore, le coût par personne entièrement vaccinée, à l'exclusion du vaccin, était de 4,5 $ et 4,6 $, et le coût par dose, à l'exclusion du vaccin, était également entre 2,2 et 2,3 dollars. Le principal facteur de coût était les doses de vaccin, y compris l'expédition, qui représente entre 78 % et 83 % du coût total. En outre, on estime que

8 437 à 10 247 vaccinateurs (non ETP) seraient nécessaires au cours de cette période pour vacciner à l'aide d'une combinaison de stratégies d'administration du vaccin, ce qui représente 8 % à 10 % du coût total.

Conclusion

On estime que le déploiement et l'introduction du vaccin COVID-19 coûtera environ 61%-76% de l'allocation budgétaire du secteur de la santé du Ghana en 2021 pour les activités et projets non rémunérés. Des efforts sont nécessaires pour mobiliser les ressources requises afin de vacciner la population contre le COVID-19, et ces résultats fournissent les estimations nécessaires pour informer les efforts de mobilisation des ressources par le gouvernement et les autres partenaires.

Détermination de la prévalence des occasions manquées de vaccination et de ses facteurs associés dans un État du sud-ouest du Nigéria : Un impératif politique pour le programme de vaccination 2030.

Ugochukwu Timothy Eze, *ICAN West Africa Hub, Lagos, Nigeria, Shola Tanimowo, Ibeju-Lekki LGA, Lagos State, Lagos, Nigeria, Abosede Ajadi, Département de sociologie, Université de Lagos, Lagos, Nigeria, Chidumga Ohazurike, Département de santé communautaire, Hôpital universitaire de Lagos, Lagos, Nigeria, Chinyere Cecelia Okeke, HPRG, Enugu, Nigeria, Obinna Onwujekwe, Université du Nigeria, Nsukka, Campus d'Enugu, Enugu, Nigeria et Benjamin Chudi Uzochukwu, Université du Nigeria, campus d'Enugu, Enugu, Nigeria.*

Contexte

Les occasions manquées de vaccination (OMV) contribuent au faible taux de couverture vaccinale au Nigeria et dans d'autres pays africains. Sa prévalence en Afrique se situe entre 47,0 et 62,1 %.

Il a été démontré que la prise en compte des opportunités manquées de vaccination pouvait améliorer le taux de couverture vaccinale de 10 à 30 % et qu'elle était très importante pour la réalisation du programme de vaccination 2030 (voir encadré IA2030), où chacun bénéficie pleinement des vaccins pour une bonne santé et de bien-être. Cependant, les données sur la OMV sont rares dans l'l'État de Lagos, au Nigéria, où les taux de couverture vaccinale ont chuté en dessous de 60 % dans certaines zones de gouvernement local (LGAs) en 2020. Cette étude vise à déterminer la prévalence, identifier les facteurs conduisant à l'OMV et développer des stratégies pour la réduire dans les établissements de santé sélectionnés dans 5 Zones de Gouvernement Locales de l'État de Lagos.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale utilisant des méthodes mixtes pour la collecte des données en mai 2021. Parmi les travailleurs de la santé et les soignants, 600 entretiens de sortie, 300 entretiens KAP, 30 entretiens avec des informateurs clés et 10 discussions de groupe et une séance de brainstorming ont été mené. Les données quantitatives recueillies par ODK ont été analysées à l'aide de SPSS version 22 et présentées dans des tableaux sous forme de fréquences et de proportions et de graphiques. Les données qualitatives ont été ont été analysées de manière thématique et les thèmes qui en sont ressortis ont été rapportés. L'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'hôpital universitaire de Lagos.

Résultats

La prévalence du OMV se situait entre 3 et 31%. La deuxième dose de vaccin contre la rougeole représentait 21% du total des doses éligibles manquées. Environ 4 agents de santé sur 5 avaient une mauvaise connaissance des contre-indications absolues des vaccins. Un tiers des agents de santé savait vérifier le statut vaccinal de tout enfant entrant en contact avec les établissements de santé. Environ 4 agents de santé sur 10 demanderont aux personnes s'occupant des enfants de toujours venir avec la carte de santé de l'enfant à chaque visite dans le centre de santé. Les facteurs associés à l'OMV comprennent l'âge de l'enfant, le but de la visite, la classification et le secteur géographique du centre de santé. Les raisons du OMV inclut le manque de flexibilité dans les calendriers de vaccination des centres, manque de dépistage de l'état vaccinal par les agents de santé, la mauvaise connaissance des critères d'éligibilité à la vaccination par les agents de santé, les préoccupations concernant le gaspillage des vaccins et l'hésitation à se faire vacciner.

Conclusion et recommandation

La prévalence du OMV était importante et résultait de facteurs associés au système de santé et aux soignants. Les stratégies visant à relever les défis du système de santé, comme le renforcement de l'intégration des services de soins de santé primaires, le renforcement des ca-

pacités du personnel de santé peuvent contribuer à réduire la l'OMV et améliorer le taux de couverture vaccinale, vers

La réalisation de l'objectif IA 2030.

Une évaluation de la qualité des données sur la vaccination de routine dans les établissements de santé de l'État de Lagos, dans le sud-ouest du Nigeria.

Chidumga Ohazurike[1], Omobolaji Orefejo[2], Oluwayomi Adeleke[3], Olubunmi Akinlade[2], Adanma Ekenna[4], Ijeoma Okoronkwo[5] et Obinna Onwujekwe[6], (1) Département de la santé communautaire, Hôpital universitaire de Lagos. Nigeria, (2) Conseil de Soin de Sante de Base de l'État de Lagos, Nigeria, (3) Département de sociologie, Université de Lagos, Nigeria, (4) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigeria, Enugu, (5) Université du Nigeria, Enugu Campus, Enugu State, Nigeria, (6) Université du Nigeria, Nsukka, Campus de Enugu, Nigeria

Introduction

La production de données de qualité sur la vaccination aux niveaux infranationaux, en particulier au niveau des établissements de santé, est important pour établir des priorités et des plans d'action afin de combler les lacunes en matière de vaccination et contribuer au succès global des programmes de vaccination dans les pays à faible et moyen revenu. Un examen rapide des données relatives à la vaccination systématique dans l'État de Lagos pour l'année 2020 a révélé que 13 des 20 Zones de Gouvernement Local de l'État présentaient des ratios de précision des données inappropriés pour l'antigène Penta 3.Nous avons cherché à évaluer l'exactitude, l'exhaustivité, l'opportunité et l'indice de qualité des données de vaccination de routine en utilisant l'antigène Penta 3 ainsi que les facteurs et obstacles à la collecte et à l'utilisation de données de vaccination de qualité dans quatre zones de gouvernement local de l'État de Lagos.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive transversale utilisant des méthodes mixtes pour la collecte des données dans le compte de l'année 2021 (mai 2021).

Une enquête a été menée auprès de 68 établissements et 30 entretiens (22 KII et 8 FGD).

Les données quantitatives collectées par ODK ont été analysées à l'aide de SPSS version 22 et présentées dans des tableaux sous forme de fréquences et de proportions, ainsi que sous forme de graphiques. Les données qualitatives ont été analysées thématiquement et les thèmes émergents ont été rapportés. L'approbation éthique de l'étude a été obtenue du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'hôpital universitaire de Lagos.

Résultats

Le taux de précision se situait entre 17,6 % et 88,2 % et entre 35,3 % et 82,4 % au niveau de l'établissement de santé et dans la zone du gouvernement local, tandis que le taux de précision de la communauté se situait entre 72,8 % et 90,4 % respectivement.

L'exhaustivité et l'opportunité des rapports étaient de 100% pour les établissements de santé dans deux des quatre LGA. Les scores de l'indice de qualité variaient en fonction des différentes composantes du système de suivi. Les preuves de l'utilisation des données ayant le score le plus faible, tant au niveau des établissements de santé que de la zone de gouvernement local.

Parmi les facteurs favorisant la qualité des données de vaccination, on peut citer la formation, la supervision des soutiens, la communication des feedbacks, l'octroi d'allocations et l'amélioration de la qualité des données, la validation des données, tandis que les obstacles récurrents sont la mauvaise expérience professionnelle, l'attrition du personnel, la surcharge de

travail, les programmes concurrents, la lourdeur des procédures de collecte des données et la mauvaise attitude des agents de santé.

Conclusion et recommandation

Le faible taux d'exactitude des données et les scores QI rapportés dans cette étude mettent en évidence d'importants défis à relever afin d'améliorer la qualité des données sur la vaccination dans l'État de Lagos. Il est donc nécessaire de renforcer la capacité des agents de santé de première ligne afin de les faire comprendre l'importance de générer des données exactes, de s'approprier les données générées et de les utiliser pour améliorer la prise de décision en matière de vaccination dans leurs établissements de santé et leurs zones de gouvernement locale respectivement.

Mots clés : vaccination, qualité, données, taux de précision, indice de qualité.

Analyse comparative du risque et des probabilités de décès liés à l'infection par le Covid-19 et aux Vaccinations au Cameroun.

Dr Kinga Bertila Mayin, Université Catholique de Cameroun (CATUC), Bamenda, Département d'économie, de politique et de gestion de la santé, Bamenda, Cameroun, Prof. Wilfred Fon, Centre de Biotechnologie, Université de Yaoundé, Cameroun, Dr. Aseh Munteh, Université catholique du Cameroun, Bamenda, Cameroun et le Dr Bereynuy Jude (MD) Cholong, Université catholique du Cameroun, Bamenda, Cameroun

Contexte

Comme la plupart des vaccins, les vaccins Covid-19 peuvent provoquer des effets secondaires, dont la plupart sont légers ou modérés et peuvent disparaître en quelques jours. Cependant, d'autres résultats d'essais cliniques ont révélé que des effets secondaires plus graves ou de longue durée sont possibles.

Buts et objectifs

Ce travail vise à comparer le risque et les probabilités de décès liés à la vaccination contre le Covid-19 et à l'infection.

Méthodologie

Ce travail s'est appuyé sur les données secondaires du Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) pour obtenir le pourcentage de décès lié à la vaccination au COVID en Amérique. Ces données ont été utilisées pour approximer le risque de décès au Cameroun en raison du manque de données sur le risque de vaccination au Cameroun résultant du faible taux de vaccination des Camerounais. Le nombre de cas, de guérisons et de décès de patients atteints de COVID a été obtenu à partir des mises à jour quotidiennes du worldometer des 24 pays du 24 mai 2021. Les données sur la population actuelle du Cameroun au 23 mai 2021, ont également été obtenues à partir du worldometer 2021. Les pourcentages des rapports de risque relatif et les rapports de cotes ont été utilisés pour l'analyse.

Résultats

Au mois de 25 mai 2021, 0,27 % des Camerounais étaient infectés par le COVID tandis que 0,25 % d'entre eux étaient guéris de l'infection, 0,0046% avaient perdu leur vie. Les résultats ont également montré que 0,0017% des décès ont été attribués à la vaccination contre le COVID et 0,0046% des décès à l'infection à COVID. Le taux de risque et de chance relatif en comparaison les décès dus à la vaccination et à l'infection au COVID étaient respectivement de 0,38 et 137. Ces deux chiffres étaient largement inférieurs à 1, indiquant ainsi que le risque

et la probabilité de perdre sa vie sont inférieurs chez les personnes vaccinées (cas) que chez les non-vaccinés (témoins).

Conclusion

Cette étude a donc permis de conclure que le risque lié au décès à la vaccination Covid-19 est environ 3 fois moins élevé que celui de mourir d'une infection au COVID surtout chez les personnes âgées. Ce travail recommande donc une vaccination massive contre le COVID, en particulier chez les personnes âgées. Les personnes âgées étaient plus susceptibles de mourir de l'infection au COVI 19 que les effets secondaires.

Évaluation de la valeur de l'investissement dans la vaccination contre le virus COVID-19 dans les pays à faible et à moyen revenu : Une analyse coût-efficacité .

Emily Callen, Theresa Li, Sarah Adler, Linda Chyr et Emmanuel Drabo, Université Johns Hopkins, Baltimore, MD.

Contexte :

La plupart des pays à faible et à moyen revenu (PFMR) se sont largement appuyés sur le programme COVID-19 de Vaccines Global Access Facility (COVAX) pour obtenir des doses suffisantes pour vacciner jusqu'à 20% de leur population. Mais, il y a toujours un manque de résultats de la valeur et de l'accessibilité financière d'investissement visant à étendre la couverture vaccinale par le COVID-19 dans les PFR-PRI.

Objectif :

Évaluer les compromis potentiels entre les coûts et les avantages d'un investissement visant à augmenter la couverture vaccinale au COVID-19 dans les pays bénéficiant d'une Garantie de Marché Avancé (AMC) qui participent au programme COVAX.

Méthodologie :

Un modèle d'arbre de décision avec un horizon temporel d'un an a mise en comparaison la norme de soins (aucune vaccination) à l'introduction des vaccins BNT162b2 (Pfizer-BioNTech), mRNA-1273 (Moderna), JNJ- 78436735 (Johnson & Co.), etc, et ChAdOx1 (Oxford-AstraZeneca) seuls ou en combinaison, dans le cadre de scénarios de couverture alternatifs (20 % à 70 % de la population) au sein des AMC. Pour chaque stratégie de vaccination, la décision portait sur l'absence de vaccination, une vaccination partielle ou une vaccination complète. Les individus pouvaient ensuite être infectés en fonction de leur statut vaccinal et de l'efficacité du vaccin. Les personnes infectées peuvent soit développer une maladie légère qui disparaît en quelques jours, soit être hospitalisées. Les personnes hospitalisées peuvent se rétablir complètement ou mourir du COVID-19. Les coûts spécifiques aux pays comprenaient ceux liés à l'approvisionnement en vaccins, le stockage (y compris les coûts de la chaîne ultra-froide) et la distribution, ainsi que les soins médicaux. L'efficacité a été mesurée en nombre de décès et d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) évités. Le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) a été mesuré en termes de coût par décès ou par AVCI évités et comparé à la volonté de payer (ou à l'obligation de payer) (WTP) de 50 000 USD/ANCI. Les paramètres du modèle sont issus de la littérature clinique, épidémiologique et économique. Les coûts et les mesures d'efficacité ont été actualisés à un taux annuel de 3 %. Des analyses de sensibilité probabilistes unidirectionnelles et multivariées été réalisées pour évaluer les incertitudes des paramètres.

Résultats :

Les résultats préliminaires indiquent que, par rapport à l'absence de vaccination, toutes les stratégies de vaccination sont très rentables, coûtant 200 à 9000 dollars Américain /années

de vie corrigées. L'augmentation de la couverture vaccinale est plus coûteuse mais produit plus d'avantages pour la santé, bien qu'avec des rendements décroissants : le RCED avec un niveau de couverture de 70 % dans tous les pays est d'environ 15 000 USD/années de vie corrigées. Les résultats suggèrent également que les stratégies combinées sont plus rentables que les stratégies à vaccin unique. Les analyses de sensibilité suggèrent que le profil coût-efficacité du vaccin s'améliore lorsque les taux d'attaque et l'efficacité du vaccin sont plus élevés, mais qu'il se détériore lorsque le vaccin est moins bien accepté et que les coûts de vaccination sont plus élevés.

Conclusion :

Le soutien et le financement des programmes de vaccination dans les PFMR sont essentiels pour contenir la pandémie de COVID-19, au niveau mondial. Nos résultats suggèrent que l'extension de la couverture est un bon rapport qualité/prix et peut faire progresser cet objectif, ainsi que celui de l'équité vaccinale.

Session parallèle 6-3

Recherche sur le paludisme, les maladies non transmissibles et le VIH

Réduction du choc sanitaire, épargne des ménages et investissements dans l'éducation : Cas du paludisme au Mali.

Hamidou Niangaly[1], *Martine Audibert*[2], *Issaka Sagara*[3], *Abdoulaye Djimdé*[3] *et Ogobara K. Doumbo*[4] , *(1) Institut National de Santé Publique, Bamako, Mali, (2) CNRS - CERDI Clermont-ferrand (France), (3) Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme, Université des Sciences, Techniques et Technologiques de Bamako Sciences, Mali, (4) Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme, Université des Sciences, Techniques et Technologiques de Bamako, Bamako, Mali.*

Contexte

Les résultats de plusieurs recherches montrent que le paludisme a un impact négatif sur le niveau de vie des ménages, mais peu d'études se sont penchées sur l'effet immédiat de la réduction du paludisme sur l'épargne des ménages et les investissements en capital humain. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la réduction du paludisme par des interventions pendant la période de forte période de forte transmission du paludisme qui coïncide avec le début de l'année scolaire au Mali, sur l'épargne des ménages et les investissements dans les enfants.

Matériel et méthodologie

Nous avons mené un essai contrôlé randomisé consistant en quatre groupes randomisés de ménages dans un village rural du Mali (Birga) : (i) groupe de contrôle qui a reçu uniquement la chimio prévention du paludisme (SMC), (ii) groupe d'intervention complète qui, en plus de la SMC, a reçu des moustiquaires imprégnées d'insecticide (LLIN) et des informations maternelles sur la prévention du paludisme, (iii) SMC + MILD, et (iv) SMC + Information. Nous avons réalisé deux enquêtes en juillet (période pré -intervention) et en décembre 2016 (période post-intervention) sur les mêmes échantillons pour recueillir des informations sur les caractéristiques des ménages, les dépenses d'éducation, l'utilisation des moustiquaires, et données médicales (examens cliniques, tests biologiques du paludisme) chez les enfants de moins de 5 ans. Nous avons utilisé les méthodes de différence pour estimer les effets de notre intervention par l'approche de l'intention de traiter (ITT) pour tirer des conclusions précises et l'effet moyen local de traitement (LATE) qui utilise qui utilise la méthode de variable instrumentale pour estimer l'effet pour les compilateurs.

Résultats

Les estimations ITT impliquent que les dépenses d'épargne et d'éducation ont augmenté de 3194 FCFA (4,9 euros) et 2863 F CFA (4,4 euros) respectivement parmi les ménages du groupe d'intervention. Des changements similaires ont été constaté avec les estimations LATE, 1847 FCFA (2,8 euros) et 2137 F CFA (2,4 euros) et 2137 F CFA (3,3 euros) pour les dépenses d'épargne et d'éducation respectivement. Alors que ces effets étaient dus à une augmentation de l'utilisation des moustiquaires (+28%) chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui a entraîné une diminution de la prévalence clinique du paludisme (-9,1 %) dans l'ITT, le mécanisme de transmission dans l'étude LATE n'a pas pu être déterminé.

Conclusion.

Les conclusions de notre étude contribuent à la littérature sur l'impact négatif du paludisme au niveau micro. La réduction le niveau de paludisme permet aux ménages d'épargner et d'investir dans l'éducation des enfants. Bien que les résultats de cette étude impliquent qu'un contrôle efficace du paludisme est associé à un retour positif sur le capital humain a un rendement positif du capital humain, des études à grande échelle et à long terme sont nécessaires pour mieux comprendre cette question.

Revue systématique du coût et du rapport coût-efficacité de la chimio-prévention du paludisme saisonnier (SMC).

***Yaya Togo*[1],** *Hannah Marker[2], Mark McGovern[3], Kassoum Kayentao[4], Oumar Sangho[4], Hamadoun Sangho[4], Peter Winch[2], Joshua Yukich[5]et Seydou Doumbia[5], (1) Institut National de Santé Publique (INSP) et L'Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako (USTTB). Bamako, Mali, (2) Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins, Baltimore, MD, (3) Département de bio-statistique et d'épidémiologie, École de santé publique de Piscataway, (4) Université des sciences, techniques et technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali, (5) Tulane University, New Orleans, Etats-Unis.*

Introduction :

En 2017, le paludisme a tué 435 000 personnes dans le monde. 3 milliards de dollar américain ont été mobilisés pour son contrôle et son élimination, au coût de 2,32 USD par personne à risque. La chimio-prévention saisonnière du paludisme (SMC) est recommandée depuis 2012 par l'OMS dans les zones endémiques et n'a atteint que la moitié des enfants ciblés. Au Mali, de 2013 à 2017 le taux de couverture de la CMD est passé de cinq (19 %) à l'ensemble des 65 districts (PNLP, 2018). Le coût de la SMC par enfant était de 0,6 à 4,03 dollars américains en 2011 (White, 2011). Cette étude vise à synthétiser la littérature, en présentant les coûts, le rapport coût-efficacité ou les études économiques sur la SMC.

Méthodologie :

La recherche a été effectuée à l'aide de mots clés dans les bases de données électroniques. Des recherches préliminaires ont été menées pour identifier les mots clés et les bases de données qui seront utilisés pour l'examen systématique. La sélection a été effectuée indépendamment par deux chercheurs et a consisté en un examen du titre et du résumé pour déterminer si l'article répondait aux critères de sélection. A ce stade, l'extraction des données consistait à remplir le diagramme de flux PRISMA. Une évaluation qualitative des données extraites a été réalisée à l'aide de la liste de contrôle CHEERS.

Résultats :

Pour la recherche, nous avons utilisé des mots clés dans les bases de données suivantes : PubMed, Embase et CINAHL, 1517 publications ont été trouvées. Les articles ont été publiés entre 1948 et 2021. Le filtrage nous a permis de retenir 37 publications qui répondaient aux critères d'inclusion et parmi lesquelles nous avons pu retirer 19 textes intégral. La majorité de textes éliminées lors de la recherche en texte intégral a été fait parce que le résumé avait été publié dans un livret de conférence.

Conclusion :

La réalisation de cette revue systématique est une tentative de produire une synthèse des études publiées sur les analyses de coût et de coût-efficacité du SMC dans le monde. Le nombre limité de publications sélectionnées montre à quel point il est important de mener cette recherche.

Mots clés : Coût, coût-efficacité, Chimio-prévention du paludisme saisonnier, Revue systématique, Santé de l'enfant, Mali.

Estimation du fardeau économique du VIH/SIDA sur les patients hospitalisés et les patients externes vivant avec le VIH/SIDA à l'hôpital de Nkambe- Cameroun .

Bereynuy Jude Cholong, *Université catholique de Cameroun (CATUC) Bamenda, Département de politique et de gestion de l'économie de la santé, Bamenda Cameroun, Dr.*
Mayin, Université catholique de Cameroun (CATUC), Bamenda, Département d'économie, de politique et de gestion de la santé, Bamenda, Cameroun, Dr. Kinga Bertila Mayin, Université catholique de Cameroun (CATUC), Bamenda, Département d'économie, de politique et de gestion de la santé, Bamenda, Cameroun et Njong Mom Aloysius, Université de Bamenda, Faculté des sciences économiques et de gestion, Bambili, Cameroun

Contexte :

Même si les services de thérapie antirétrovirale (TAR) au Cameroun sont fortement subventionnés, les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent encore payer des frais pour des médicaments non économique pour eux et leurs ménages et qui peut entraver la prestation et l'utilisation des services subventionnés.

Objectif :

L'objectif principal était d'évaluer les frais d'hospitalisation et de consultation externe encourus par les personnes vivant avec le VIH/SIDA et de déterminer si ces coûts constituent une charge catastrophique pour les individus et leurs ménages à Nkambe, au Cameroun.

Méthodes :

Une seule enquête transversale basée sur l'établissement a été menée entre février et juin 2018 à l'hôpital de district de Nkambe, dans la région du Nord-Ouest du Cameroun. Une analyse de micro-cout a été utilisée pour déterminer le coût direct et indirect du traitement et de l'accès, ainsi que les dépenses de santé catastrophique. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré et des données secondaires provenant des dossiers des patients. Ces données ont été analysées pour déterminer le coût direct et indirect du traitement du VIH/SIDA. Les dépenses de santé catastrophiques (CHE) ont été mesurées par rapport au nombre de participants dont les dépenses mensuelles des ménages liées au TARV pour les consultations externes et internes, en proportion des dépenses non alimentaires, étaient supérieures à 40%. Le seuil de 40 a été utilisé dans divers contextes. Au total, 348 participants ont été recrutés (283 patients ambulatoires et 65 patients hospitalisés).

Résultats :

Le coût direct moyen de l'accès au traitement était de 2108,89FCFA (3,47$) pour les patients externes et de 30414,31FCFA (54,12$) pour les patients hospitalisés ; ce qui donne un coût moyen annuel de 8435.56FCFA ($15) et 121657.24 FCFA ($216.5), respectivement. Le coût du transport vers l'hôpital, ainsi que le coût les services pharmaceutiques non liés au TARV, étaient importants pour les groupes à faible revenu. L'incidence de l'EMC était de 20,3 % pour les visites ambulatoires et de 66,7 % pour les visites hospitalières, en considérant un taux de 40 % pour les visites aux patients hospitalisés, et un seuil de 40%. Les facteurs déterminants de l'EMC identifiés étaient : l'utilisation de la moto comme mode de transport, le divorce, les emprunts et le soutien des membres de la famille. Les stratégies d'adaptation les plus courantes adoptées par les participants étaient l'augmentation des heures de travail et le soutien des amis et des parents. Environ la moitié des participants ont déclaré que ces stratégies étaient durables.

Conclusion :

La subvention des services de traitement antirétroviral n'est pas suffisante pour éliminer le fardeau économique du traitement sur les patients atteints du VIH. La mise en place d'une distribution communautaire efficace des ARV et d'une politique de politique de couverture sanitaire universelle au Cameroun permettra d'aider les patients atteints du VIH et leurs foyers.

Coût de l'introduction et de la livraison du vaccin antipaludique RTS,S/AS01 dans le cadre du programme de mise en œuvre du vaccin antipaludique.

Auteur de la présentation : *Ranju Baral (rbaral@path.org) au nom de l'équipe du programme de mise en œuvre du vaccin contre le paludisme (MVIP) comprenant PATH, l'OMS, GSK et les ministères de la santé du Ghana, du Kenya et du Malawi.*

Context:

Le Ghana, le Kenya et le Malawi ont commencé à fournir le vaccin antipaludique RTS, S/AS01 en 2019 dans des zones sélectionnées dans le cadre du programme de mise en œuvre du vaccin antipaludique (MVIP), une évaluation coordonnée dirigée par l'Organisation mondiale de la santé, avec le soutien de partenaires mondiaux. Le vaccin antipaludique en quatre doses est administré aux enfants âgés de 5 mois à environ 2 ans dans le cadre du système de vaccination systématique.

Buts et objectifs :

Cette étude vise à générer des estimations du coût différentiel de l'introduction et de l'administration du vaccin antipaludique dans le cadre des programmes de vaccination systématique dans les zones infranationales des pays pilotes pour le vaccin antipaludique.

Méthodes :

Une analyse rétrospective des coûts basée sur les activités a été réalisée du point de vue de chaque gouvernement. Des données détaillées sur l'utilisation des ressources ont été extraites des rapports de dépenses et d'activités pour la période de 2019 et 2020. Des données primaires provenant d'établissements de santé représentatifs ont été collectées pour informer les coûts opérationnels et de prestation de services récurrents. Les coûts ont été classés en coûts d'introduction et coûts récurrents. L'analyse a pris en compte une fourchette de prix présumés du vaccin (de 2 à 10 dollars par dose). Les coûts financiers et économiques ont été estimés et rapportés en unités USD 2020.

Résultats :

Dans les trois pays, pour un prix du vaccin de 5 $ par dose, le coût différentiel estimé par dose administrée varie de 2,46 $ à 3,18 $ (financier) et de 8,83 $ à 10,78 $ (économique). Le coût non vaccinal de l'administration se situe entre 1,20 et 2,50 $ (financier) et entre 2,07 et 4,77 $ (économique). Si l'on considère uniquement les coûts récurrents, le coût non vaccinal de l'administration par dose se situe entre 0,40 et 1,10 $ (financier) et entre 0,96 et 2,67 $ (économique). Les coûts d'introduction constituent entre 32% et 66% du total des coûts financiers. Les coûts supplémentaires liés aux produits et à l'approvisionnement, qui comprennent les fournitures d'injection et le fret/assurance, étaient les principaux facteurs de coût du coût total dans les différents pays.

Conclusions :

Les estimations de coûts générées par cette analyse sont utiles pour soutenir les décisions au niveau national sur l'utilisation étendue du vaccin. Plus précisément, elles permettent de comprendre la faisabilité de la mise en œuvre du vaccin contre le paludisme, d'informer les analyses coût-efficacité et l'impact budgétaire de l'administration du vaccin par le biais des programmes nationaux de vaccination dans les pays respectifs.

Double charge relative au diabète sucré et de l'hypertension artérielle - Évaluation des coûts directs et indirects du traitement et de leurs dépenses de santé catastrophiques dans l'État d'Enugu, au sud-est du Nigeria.

Obinna Onwujekwe, ***Chinyere Nkiruka Okafor*** *et Eric Obikeze, Université du Nigeria, Nsukka, campus d'Enugu, Enugu, Nigeria.*

Contexte :

La prévalence du diabète sucré et de l'hypertension augmente chaque année dans les pays à faible ou à moyen revenu (PRFM) comme le Nigeria. La charge croissante de ces maladies non transmissibles a entraîné une augmentation du coût global des soins de santé.

Buts et objectifs :

Cette étude vise à déterminer le coût direct et indirect des soins de santé du diabète sucré et de l'hypertension, qu'ils soient isolés ou en comorbidité, ainsi que leurs dépenses de santé catastrophiques dans le sud-est du Nigeria.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale et descriptive menée en milieu hospitalier auprès de patients fréquentant les cliniques médicales externes de l'Enugu State University Teaching Hospital, Parklane, (ESUTH) Enugu State, South-East Nigeria. Au total, 817 patients ont été sélectionnés au hasard dans les cliniques médicales de l'hôpital. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire testé au préalable. Les coûts directs et indirects moyens ont été estimés et le niveau des dépenses de santé catastrophiques parmi les répondants a été analysé. L'indice de concentration a été utilisé pour mesurer le niveau d'équité dans la distribution des résultats de santé.

Résultats :

Sur les 817 patients interrogés, 37% n'avaient que du diabète sucré, 35% n'avaient que de l'hypertension et 28% avaient les deux en comorbidité. Les coûts directs du traitement du diabète sucré et de l'hypertension au cours du mois précédant selon l'étude étaient respectivement de 28,40 $ et 19,35 $. Les coûts indirects du traitement du diabète sucré et de l'hypertension au cours du mois précédant selon l'étude étaient respectivement de 7,36 $ et 5,51 $. Les coûts directs et indirects pour le diabète sucré et l'hypertension en comorbidité étaient respectivement de 37,00 $ et 4,62 $. L'indice de concentration a montré que le diabète sucré et l'hypertension sont plus évidents chez les pauvres que chez les riches lorsqu'ils sont examinés séparément, alors qu'ils le sont davantage chez les riches lorsqu'ils sont examinés en comorbidité. Les dépenses de santé catastrophiques aux seuils de 10 %, 20 % et 40 % de leurs revenus étaient respectivement de 81 %, 54 % et 28 % au cours du dernier mois précédant l'enquête.

Conclusions

Le poids de l'hypertension et du diabète sucré, seuls ou en comorbidité, est élevé parmi les personnes interrogées. Le filet de sécurité que constitue l'assurance maladie est nécessaire pour en atténuer les effets.

Mots-clés : Maladies non transmissibles, coûts directs et indirects, dépenses de santé catastrophiques.

Session de Poster 4-1

Interventions en matière de santé maternelle

Impact de la rupture de stock de la prophylaxie du paludisme sur les résultats maternels et de naissance au Zimbabwe.

Abigail Chari[1], *Ronelle Burger*[1] *et Dieter von Fintel*[2], *(1) Département d'Economie, Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud, (2) Professeur de l'Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud*

Les femmes enceintes et les nouveau-nés sont plus vulnérables au paludisme dans les pays en développement. Compte tenu des fréquentes pénuries de médicaments vitaux, ils sont accablés par les effets néfastes du paludisme, tels que l'insuffisance pondérale à la naissance et l'anémie maternelle. Cet article étudie les effets des ruptures de stock de prophylaxie du paludisme sur les résultats sanitaires des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés au Zimbabwe. Pour atteindre l'objectif de recherche, le document a utilisé un modèle de données pseudo-panel et les données de l'enquête démographique sur la santé de 2015 et du ministère de la Santé et de l'Enfance sur les ruptures de stock de prophylaxie du paludisme. Le document a révélé que les ruptures de stock de prophylaxie du paludisme étaient fréquentes et affectaient le poids des bébés à la naissance au Zimbabwe. Par conséquent, les décideurs politiques devraient investir dans des systèmes d'information pharmaceutique et des systèmes de commande de stocks afin de donner la priorité à la prévention du paludisme, comme le proposent les Objectifs de développement durable.

Codes de classification JEL : I10, I18, H57

Parcours de vie en santé reproductive et approche multisectorielle pour améliorer la santé et la survie de la mère et de l'enfant.

Ronald Muhumuza Kananura, *École de Santé Publique de l'Université Makerere, Kampala, Ouganda*

L'Afrique subsaharienne (ASS) a toujours contribué à la plus grande partie de la mortalité infantile mondiale, tous âges confondus. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont loin d'avoir atteint l'objectif de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés fixé par les ODD. Pour accélérer les progrès, nous devons repenser de nouvelles approches et de nouveaux cadres susceptibles d'atténuer les facteurs de risque de mortalité et de morbidité et les causes de mortalité déjà connue. Dans cette étude, je synthétise les résultats d'études récentes provenant de sources multiples en Ouganda pour comprendre les mécanismes de la mortalité infantile et propose désormais une approche alternative cohérente qui peut être appliquée pour améliorer la santé et la survie des nouveau-nés. En utilisant les données de surveillance sanitaire et démographique sur une décennie (2005-2015), j'ai constaté que la probabilité qu'un nouveau-né meure avant d'atteindre l'âge de 10 ans était de 129 pour 1000, et que la probabilité que l'enfant âgé de 5 ans meure avant d'atteindre l'âge de 10 ans était de 11 pour 1000.

En outre, la probabilité qu'un nouveau-né meure avant l'âge de 28 jours et de cinq ans était de 19 et 1000 pour 1000 naissances vivantes, respectivement. Une analyse plus poussée sur la chronologie des décès de nouveau-nés a révélé une stagnation du taux de mortalité périnatale et des nouveau-nés entre 2011-2015. La mortalité périnatale a stagné à 32 pour 1000 naissances, le décès au cours du premier jour de vie stagnant à 26 pour 1000 naissances. De même, la mortalité des nouveau-nés a diminué de 14%, passant de 22 pour 1000 en 2011 à 19 pour 1000 naissances vivantes en 2015.

Les facteurs de risque de mortalité pour tous les âges et les facteurs de risque de morbidité des moins de cinq ans étaient les mêmes. Il s'agissait de l'âge de l'adolescence, des mauvaises positions de richesse, des faibles niveaux d'éducation, de la résidence rurale, du faible poids de naissance et du statut de naissance multiple. Le faible poids de naissance et la prématurité, les complications ante-partum et intra-partum représentaient 94 % de toutes les causes de décès chez les nouveau-nés. Le paludisme, la malnutrition, les infections respiratoires et diarrhéiques aiguës représentaient 88% de toutes les causes de décès chez les enfants âgés de 0 à 5 ans. Les blessures et les maladies gastro-intestinales figuraient parmi les quatre principales causes de décès dans la tranche d'âge 5-9 ans, le paludisme et la malnutrition restant en tête. 80 % des femmes qui ont connu une mortalité néonatale avaient connu une morbidité pendant leur grossesse.

Le nouveau-né et la période de 0 à 3 ans restent des périodes critiques pour la morbidité et la mortalité infantiles. Les facteurs de risque de mortalité et de morbidité et les causes de mortalité ne peuvent être traités uniquement par des interventions biomédicales. Au-delà du secteur de la santé et des interventions axées sur les maladies et l'âge, il est nécessaire d'adopter des approches qui tiennent compte du parcours de vie et de la collaboration multisectorielle.

L'Effet des Foyers D'attente de Maternité Sur l'Utilisation des Soins de Santé et la Santé Maternelle et Infantil[1].

Finn McGuire[1], *Noemi Kreif*[2], *Peter C. Smith*[2], *Gowokani Chirwa*[3] *et Gerald Manthalu*[4], *(1) Université de York, Addis-Abeba, Éthiopie, (2) Université de York, Royaume-Uni, (3) Chancelier de l'Université de Zomba, Malawi, (4) Ministère de la Santé, Lilongwe, Malawi.*

Contexte

Malgré les progrès considérables réalisés au cours des trois dernières décennies, la charge mondiale de la mortalité et de la morbidité liées à l'accouchement reste exceptionnellement élevée. Une grande majorité de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et sont considérés comme évitables. À l'heure actuelle, 60 pays sont en passe de rater leurs objectifs en matière de mortalité néonatale d'ici à 2030. Comme la plupart des complications obstétricales surviennent au moment de l'accouchement et ne peuvent être prévues, il est généralement admis qu'une stratégie clé pour réduire la mortalité liée à la grossesse consiste à faire en sorte que les femmes accouchent dans des établissements de santé sous la supervision de professionnels de la santé qualifiés. La construction de maisons d'attente de maternité est une proposition politique qui a connu un regain d'intérêt pour augmenter l'utilisation des services de soins obstétriques dans l'espoir d'améliorer la santé maternelle et néonatale.

Buts et objectifs

Nous évaluons l'impact des maisons d'attente de maternité sur l'utilisation par les femmes des services de soins prénatals, post-natals et d'accouchement. De plus, nous examinons s'il y a un impact discernable sur la morbidité maternelle et la mortalité néonatale.

Méthodes

Nous combinons des informations sur la construction de maisons d'attente de maternité dans les établissements de santé avec des données sur l'emplacement des établissements provenant de l'évaluation de la prestation de services et des données rétrospectives sur les naissances, les résultats des naissances et l'utilisation des soins de santé obstétriques provenant de l'enquête démographique et de santé. Notre stratégie empirique repose sur

l'exploitation des différences de calendrier dans l'ouverture des maisons d'attente de maternité au Malawi. Nous mettons en œuvre de nouvelles méthodes développées pour analyser les effets du traitement en utilisant une approche de différence de différence échelonnée.

Principaux résultats

Nos résultats suggèrent que les maisons d'attente de maternité n'ont pas augmenté le taux d'accouchement en établissement au Malawi entre 2010 et 2016. De même, il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé des mères ou des nouveau-nés. Cependant, nous constatons de faibles effets sur l'utilisation des soins prénatals et postnatals. Nos résultats sont robustes lorsqu'on examine les femmes qui résident le plus loin des établissements de santé.

Conclusions principales

Nous suggérons que dans des environnements où les taux d'accouchement en établissement sont déjà élevés, comme au Malawi, des politiques alternatives visant à améliorer les résultats en matière de santé obstétrique peuvent être plus efficaces et rentables. Bien que nous ne suggérions pas que les maisons d'attente de maternité ne soient pas une prescription politique prudente dans certains environnements, nos résultats illustrent le problème de l'adoption d'une politique unique et de la diffusion de politiques génériques populaires sans tenir compte de leur adéquation à des environnements spécifiques.

L'effet des politiques d'exemption de frais sur les résultats en matière de santé post-partum ; les résultats de la politique de soins de santé maternelle gratuits au Ghana..

Doreen Anyamesem Odame, *GCTU, Accra, Ghana*

Le Ghana, comme beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne, est confronté à des défis persistants en matière de santé maternelle, avec des progrès très lents vers une amélioration des résultats. La plupart de ces problèmes résultent d'une prise en charge tardive ou insuffisante des complications survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou la période postnatale. C'est pourquoi l'investissement dans des stratégies visant à améliorer l'accès aux soins et aux services a été considéré comme une étape majeure dans l'amélioration des résultats postnatals. En 2008, le gouvernement du Ghana a institué la politique de soins de santé maternelle gratuits (FMHCP) dans le cadre du régime national d'assurance maladie (NHIS). La FMHCP visait à augmenter et à améliorer l'accès aux services de santé maternelle, en exemptant les femmes enceintes du paiement de la prime d'assurance pour le NHIS.

Le but de l'étude est d'évaluer l'effet des politiques d'exemption de frais sur les résultats de santé post-partum. Les objectifs de l'article sont doubles. Premièrement, l'étude examine l'effet du FMHCP sur les résultats post-partum des mères. Ensuite, l'étude évalue l'interaction de certaines variables socio-économiques avec le PSSM et l'effet qui en résulte sur les résultats du post-partum maternel.

Affiche 4-2

Perceptions du secteur de la santé et demande de services

Charge économique du diabète sucré au Kenya : L'analyse du coût de la maladie.

Jean de Dieu Harerimana, *Save the Children International, Kigali, Rwanda*

Contexte

Le diabète sucré (DM) est une maladie chronique caractérisée par des niveaux élevés de sucre dans le sang en raison de l'incapacité du corps à produire suffisamment d'énergie et d'insuline, où une hormone est impliquée dans le métabolisme à partir de l'entrée de glucose. En Afrique, les dernières dépenses estimées à 9,6 milliards de dollars en 2019 ont été consacrées à la prise en charge des patients atteints de DM, parmi d'autres MNT, et les dépenses liées à cette même maladie chronique devraient connaître une croissance exponentielle dans les années à venir. Au Kenya, le total des dépenses de santé par habitant serait d'environ 78,6 dollars US, les dépenses de santé représentant environ 4,5% des dépenses publiques totales. Cette étude vise à estimer les coûts directs et indirects du diabète sucré au Kenya d'un point de vue sociétal, avec 2019 comme année de référence.

Méthodologie

L'approche du coût de la maladie a été utilisée pour estimer la charge économique du diabète sucré au Kenya. Cette approche identifie et mesure tous les coûts du diabète sucré, y compris les coûts directs et indirects. Le coût économique total de la maladie du diabète a été estimé pour l'année 2019. En outre, une perspective sociétale a été utilisée pour inclure les coûts encourus par le ministère de la santé du pays, les patients atteints de diabète et les membres de leur famille.

Résultats et discussion

Les 552 400 cas adultes déclarés en 2019 ont entraîné un coût économique total de 372 184 585 USD, soit 674 USD par patient atteint de DM. Le total des coûts directs représentait la plus grande proportion des coûts globaux, soit 61% (227 980 126 USD), tandis que les coûts indirects représentaient 39% du total des coûts économiques (144 204 459 USD). Les coûts des médicaments représentaient la part la plus importante des coûts économiques totaux, soit environ 29%, suivis par les pertes de revenus liées à la recherche de soins, soit 19,7%. Les autres coûts représentant plus de 10% des coûts totaux sont les pertes de productivité (19%), les tests de diagnostic (13%) et les déplacements (12%). Les autres catégories de coûts représentaient moins de 5%. Des efforts devraient être faits pour réduire les coûts de ces médicaments afin d'améliorer les soins. Les coûts indirects élevés rapportés, principalement dans les revenus perdus par les patients lors de la recherche de soins médicaux, sont de 19%.

Conclusions

Malgré les limites des données, les estimations rapportées ici démontrent que le DM impose un fardeau économique substantiel au système de santé, aux patients et aux familles du Kenya. L'accès à des services de santé abordables tels que l'éducation sur le diabète, les initiatives de dépistage régulier de la glycémie et l'augmentation de la fabrication locale de médicaments peuvent réduire le fardeau économique du diabète et améliorer les résultats de santé de la population et sa contribution à la société.

Ripostes et capacités du système de santé pour le COVID-19 au Nigéria : Une étude Exploratoire.

Nkoli Ugury[1], *Nnamdi Ude*[1], *Solumkenechukwu Ifeoma Onah*[1], *Nwadiuto Ojeilo*[1] *et Udochukwu Ugochukwu Ogu*[2], *(1) Université du Nigeria, Enugu, Nigeria, (2) HPRG, Enugu, Nigeria*

Contexte :

Avant le cas index en 2019, il n'y avait pas de plan de préparation officiel sur le terrain et une sensibilisation insuffisante du public au COVID-19 au Nigeria. Le financement du système de santé et le développement des infrastructures étaient à un point très bas. Cette étude visait à trouver des informations et à déterminer la capacité du système de santé nigérian à riposte au COVID-19 dans le pays.

Méthodes :

Une revue de cadrage des médias et des documents et journaux officiels, publiés du 1er décembre 2019 au 31 décembre 2020 a été effectuée. D'autres sources d'information en ligne qui ont systématiquement rapporté la réponse des systèmes de santé au COVID-19 au Nigeria, ont également été examinées. La portée géographique des articles était nationale et sous-nationale. La recherche a été effectuée en anglais et réalisée dans PubMed, Google Scholar et Scopus.

Résultats :

Le score du Règlement sanitaire international (RSI) du Nigeria aux points d'entrée (PoE) 1 et 2 était de 3 et 1 en 2019. Les capacités de routine établies aux points d'entrée ont été améliorées après le cas index, cependant, la réponse de santé publique efficace au point d'entrée, est restée la même. Après le cas index, un groupe de travail présidentiel a été créé pour organiser la réponse à la pandémie et superviser les mesures de confinement à l'échelle nationale. Cependant, cela a entraîné un accès limité à la nourriture et aux revenus pour des millions de Nigérians. Les réponses non sanitaires, telles que les transferts conditionnels d'argent liquide et les programmes d'aide sociale, ont été mises en place de manière désordonnée et n'ont pas été considérées comme répondant aux besoins de réponse économique adéquate.

Au 31 décembre 2020, le Nigeria comptait 70 laboratoires gratuits, contre 13 avant la pandémie. Les plateformes d'analyse disponibles étaient G-expert, open PCR, Corbas et Abott, avec une capacité d'analyse de 2500 échantillons par jour, dont la moitié seulement a été réalisée en raison de l'insuffisance des ressources humaines. Les équipements, les infrastructures et les fournitures ont été renforcés après le cas de référence, mais ils sont toujours considérés comme inadéquats : alors qu'il y avait 350 lits d'unité de soins intensifs (USI) avant le cas de référence, il y avait 450 lits d'USI ventilés au 31 décembre. La production locale et l'approvisionnement en matériaux ont été encouragés, bien que les 14 cabines mobiles de dépistage soient restées en deçà des normes. Le nombre de cas d'infection chez les travailleurs de la santé a augmenté, la pénurie d'EPI ayant été citée comme cause.

Conclusion :

La réponse du système de santé nigérian et sa capacité à gérer le COVID-19 sont très faibles et nettement insuffisantes. Il est nécessaire d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé dans le pays et d'instituer des mécanismes de responsabilité adéquats pour garantir une gestion prudente et ciblée des fonds de santé.

Examen des Perceptions des Parties Prenantes du Secteur de la santé sur l'efficacité des Systèmes de Santé des Comtés au Kenya.

Lizah Nyawira[1], *Rahab Mbau*[2], *Julie Jemutai*[3], *Anita Njemo Musiega*[4], *Kara Hanson*[5], *Sassy Molyneux*[3], *Charles Normand*[5], *Benjamin Tsofa*[3], *Isabel W Maina*[6], *Andrew Mulwa*[7] *et Edwine Barasa*[2], *(1) Unite de Recherche de la Sante Economique, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya, (2) Programme de recherche Kemri-Wellcome Trust, (3) Programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya, (4) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni, (5) Université de Dublin, (6) Ministère de la santé, Nairobi, Kenya, (7) Conseil des gouverneurs.*

Contexte

Les gains d'efficacité sont une stratégie potentielle pour élargir l'espace fiscal du Kenya pour la santé. Nous avons exploré la compréhension de l'efficacité par les parties prenantes du secteur de la santé et leurs perceptions des facteurs qui influencent l'efficacité des systèmes de santé des comtés au Kenya.

Objectifs

Comprendre les perceptions des parties prenantes du secteur de la santé sur l'efficacité et les facteurs qui l'influencent, comme étape initiale de l'analyse de l'efficacité.

Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative transversale et recueilli des données à l'aide de trois groupes de discussion au cours d'un atelier d'engagement des parties prenantes. Les participants à l'atelier comprenaient des parties prenantes du secteur de la santé du ministère national de la santé et de 10 (sur 47) départements de santé de comté, ainsi que des acteurs non étatiques au Kenya. Au total, 25 parties prenantes du secteur de la santé ont participé à l'atelier. Nous avons analysé les données en utilisant une approche thématique.

Principaux résultats

Les parties prenantes du secteur de la santé ont indiqué que les produits et les résultats d'un système de santé devaient être alignés sur les besoins de santé de la communauté. Ils estiment que les aspects matériels du système (tels que les ressources financières, les infrastructures, les ressources humaines pour la santé) et les aspects logiciels du système (tels que les politiques du secteur de la santé, les systèmes de gestion des finances publiques, les relations avec les acteurs) doivent être considérés comme des intrants dans l'analyse de l'efficacité des systèmes de santé des comtés. Ils ont également estimé que si les indicateurs traditionnels de performance des systèmes de santé, tels que la couverture des interventions ou les résultats pour les maladies infectieuses et la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, sont toujours pertinents, les nouvelles tendances épidémiologiques, telles que l'augmentation de la charge des maladies non transmissibles, doivent également être prises en compte. Les parties prenantes ont identifié la gestion des finances publiques, les ressources humaines pour la santé, les intérêts politiques, la corruption, la capacité de gestion et la mauvaise coordination comme des facteurs qui influencent l'efficacité des systèmes de santé des comtés.

Conclusion

Un examen approfondi des facteurs qui influencent l'efficacité des systèmes de santé des comtés pourrait mettre en lumière des leviers politiques potentiels pour générer des gains d'efficacité. Des méthodes mixtes pourraient faciliter l'étude des facteurs matériels et logiciels qui sont considérés comme des intrants, des extrants ou des facteurs qui influencent l'efficacité des systèmes de santé. L'efficacité des systèmes de santé des comtés au Kenya pourrait être améliorée en améliorant la rapidité des flux financiers vers les comtés et les établissements de santé, en donnant aux établissements de santé une autonomie financière, en améliorant le nombre, le mélange de compétences et la motivation du personnel de santé, en gérant les intérêts politiques, en améliorant les stratégies de lutte contre la corruption, en renforçant la capacité de gestion et la coordination dans le secteur de la santé.

La relation entre l'appropriation des soins de santé et la demande de services de santé au Malawi.

Wiktoria Tafesse, *Centre for Health Economics, Université d'York, York, Royaume-Uni et Martin Chalkley, Centre for Health Economics, Université d'York*

Contexte

Les prestataires confessionnels à but non lucratif (FBP) fournissent 30 à 70% de tous les soins en Afrique subsaharienne (ASS) et sont souvent situés dans des zones rurales et éloignées où il n'y a pas d'autres prestataires accessibles. Les FBP se distinguent des prestataires publics par le fait qu'ils facturent généralement des frais d'utilisation, qu'ils sont perçus comme fournissant des soins de meilleure qualité et qu'ils offrent moins de services reproductifs. Il est donc probable que la propriété des établissements de santé accessibles ait un impact sur la demande et l'utilisation des services. Les recherches descriptives limitées sur les différences dans la gestion des soins de santé en ASS utilisent des données sur les patients qui se présentent dans l'établissement. On ne sait pas comment la propriété des installations affecte la demande de services de santé, ce qui peut ensuite conduire à des disparités en matière de santé.

Buts et objectifs

Les objectifs de cette étude sont d'examiner comment l'accès géographique à différents types de propriété des installations de santé a un impact sur l'utilisation des services au Malawi. Plus précisément, nous souhaitons explorer les effets hétérogènes de l'accès aux FBP et aux prestataires publics dans les domaines de services et les groupes démographiques. De tels résultats informeront sur les inégalités d'accès aux soins de santé en fonction de l'environnement de service.

Données et méthodes

Nous analysons l'enquête démographique et de santé (EDS) 2015-2016 du Malawi et l'évaluation des prestations de services (MSPA) 2013-2014 du Malawi. L'accès géographique est défini comme l'existence d'un établissement MSPA dans un rayon prédéfini d'un village EDS en utilisant l'appariement spatial. Nous utiliserons des modèles de régression au niveau individuel pour estimer la relation entre l'accès à un établissement par la propriété, et la probabilité de déclarer avoir consulté un prestataire confessionnel ou public pour des services tels que la santé des nouveau-nés, la santé maternelle, infantile et reproductive. Nous étudierons également la relation entre la propriété et la fréquence et la continuité de l'utilisation des services et les obstacles perçus aux soins. Des analyses d'hétérogénéité permettront de déterminer si les groupes marginalisés, tels que les femmes pauvres ou célibataires, sont plus ou moins susceptibles d'utiliser certains services en fonction de la propriété.

Principaux résultats

Les résultats descriptifs préliminaires suggèrent que les femmes sont moins nombreuses à rechercher un planning familial et un traitement pour la diarrhée et la fièvre des enfants dans les PFB proches que dans les structures gouvernementales proches. En revanche, la demande d'accouchement est plus forte dans les PFB proches.

Conclusion

Cette étude est la première à présenter des preuves des différences dans l'utilisation des services de santé en fonction de la propriété des prestataires disponibles en ASS. Ces données permettront d'orienter les décisions des gouvernements quant à la nécessité d'un investissement public supplémentaire dans les soins de santé ou d'un ajustement des accords public-privé.

L'ambigüité des lois : les dilemmes éthiques de l'accès aux services d'avortement du second trimestre pendant la pandémie de COVID-19 au Ghana.

Fred Yao Gbagbo, *Université de l'éducation, Winneba, Ghana et Krystal Rampalli, École de Santé Publique, Université de Caroline du Sud, Caroline du Sud*

Contexte

Le Ghana dispose d'une loi assez libérale sur l'avortement, mise en œuvre par le biais de normes et de protocoles complets. Cependant, les défis liés à l'accès et à la fourniture d'avortements sûrs du second trimestre, dans le contexte de la loi, demeurent.

Buts et objectifs

Dans cet article, les auteurs ont exploré les dilemmes éthiques de l'accès aux services d'avortement du second trimestre pendant la pandémie de COVID-19 au Ghana.

Méthodes

Une analyse des intérêts de la recherche et de la fourniture de services d'avortement sûrs du second trimestre pendant la pandémie de COVID-19 au Ghana a été réalisée. En utilisant une analyse de la loi ghanéenne sur l'avortement basée sur des principes, quatre dilemmes éthiques liés à la recherche et à la fourniture de services d'avortement sûrs du second trimestre dans le contexte de la loi pendant la pandémie au Ghana sont examinés : (1) Faut-il désigner des installations spéciales pour les avortements du second trimestre pendant une pandémie ? (2) Le risque de COVID-19 doit-il servir de base à l'évaluation des avortements du second trimestre au Ghana ? (3) Les avortements autogérés devraient-ils être légalement acceptés pendant la pandémie de COVID-19 ? (4) Faut-il refuser l'accès à l'avortement du second trimestre s'il ne s'agit pas d'une urgence ?

Principales conclusions

Malgré les lois libérales sur l'avortement au Ghana, les demandeurs et les prestataires de services d'avortement continuent de se heurter à des dilemmes éthiques lorsqu'ils tentent de manœuvrer entre la loi sur l'avortement, leurs valeurs personnelles et leurs préoccupations réelles pour demander ou fournir un avortement provoqué à la demande, pour des raisons médicales ou légales, même en pleine pandémie de COVID-19 au Ghana. Alors que les demandeurs d'avortement agissent en désespoir de cause lorsqu'ils sollicitent des services d'avortement, les prestataires font des efforts considérables pour travailler dans les limites de la loi, bien que certains soient tentés d'élargir légèrement l'interprétation de la loi dans certains cas et de rendre ces entorses à la loi éthiquement justifiables pour eux-mêmes afin de profiter de la crise. En outre, il a été noté que le Ghana manque de recherches sur la demande et la disponibilité des avortements du second trimestre pendant les pandémies pour éclairer les décisions relatives à la politique et aux programmes nationaux en matière d'avortement.

Conclusion

Chacune des principales conclusions présentées a des implications éthiques pour la prise en charge de l'avortement sans risque au Ghana. Des recherches empiriques sont donc nécessaires pour explorer plus avant la demande d'avortements du second trimestre et la disponibilité des prestataires de services sûrs pendant une pandémie, afin d'éclairer les décisions en matière de politiques et de programmes et d'éviter les décès liés à des avortements non sécurisés qui pourraient résulter des dilemmes éthiques liés à l'accès à l'avortement du second trimestre pendant la pandémie.

Session organisée 7-1

COVID-19 impact et réponse : expériences de plusieurs pays.

Auteurs :Osondu Ogbuoji The Center for Policy Impact in Global Health, Tolulope Tokunyori Oladele, National Agency for the Control of AIDS, Abuja, Nigeria, Gilbert Kokwaro, Strathmore University, Nairobi, NC, Kenya, Addis Kasahun Mulat, Kilimanjaro Trading and Consulting, Addis Ababa, NC, Ethiopia, Wenhui Mao, The Center for Policy Impact in Global Health, Durham, NC.

Description

La pandémie de COVID-19 a provoqué l'interruption des services de prévention et de traitement dans le monde entier. L'impact direct du COVID-19 sur les services de santé comprend les cliniques et les hôpitaux de nombreux pays durement touchés qui ont été submergés par des patients atteints du COVID-19. Deuxièmement, les politiques d'atténuation du COVID-19 et les craintes des patients de se procurer du COVID-19 dans les établissements de santé ont affecté l'utilisation des services. Par exemple, au cours de la première période de confinement en Afrique du Sud, on a constaté une diminution hebdomadaire d'environ 48 % du volume des tests TB Xpert. Troisièmement, les ressources humaines et budgétaires destinées à la prise en charge de pathologies telles que la tuberculose et le VIH ont été réorientées vers le dépistage et le traitement du COVID-19. Quatrièmement, les restrictions des voyages internationaux et les épidémies régionales de COVID-19 ont entraîné des interruptions temporaires des chaînes d'approvisionnement en médicaments, vaccins et autres produits de santé. Cinquièmement, les conséquences économiques du COVID-19 ont augmenté les obstacles financiers au niveau des ménages et des pays pour maintenir les services de santé de routine.

A court terme, les budgets de santé ont été menacés ou réduits dans un certain nombre de cas, mais la crise du COVID-19 représente également une opportunité de catalyser des réformes majeures de financement des CHU à long terme dans de nombreux pays.

Ce panel a pour but de partager les conclusions de plusieurs pays sur l'impact et la réponse de la crise COVID-19. Nos panélistes sont d'excellents chercheurs et décideurs politiques de différents pays et de multiples disciplines. Les deux premières présentations partageront les preuves de l'impact de COVID-19 à partir de trois perspectives différentes : la première présentation se concentrera sur l'impact de COVID-19 sur le financement du VIH au Nigeria ; la deuxième présentation a étendu l'impact sur les systèmes de santé et les leçons pour la future préparation aux urgences au Kenya. La troisième présentation portera sur la réponse de l'Éthiopie à COVID-19 et évaluera si l'assistance sociale éthiopienne est favorable aux pauvres. La dernière présentation portera sur l'état de préparation des pays au vaccin COVID-19. Les résultats d'une enquête multi-pays et de deux analyses approfondies des goulets d'étranglement au Soudan et au Ghana seront partagés. Les intervenants poursuivront la discussion sur la mise à l'échelle du vaccin COVID-19 et la préparation à une future pandémie.

Ce panel contribuera aux discussions importantes et proposera des recommandations sur (i) la manière de déployer efficacement les vaccins COVID-19 en Afrique ; (ii) la manière de mobiliser des financements supplémentaires pour la santé dans le secteur public à partir de sources extérieures et intérieures ; et (iii) la manière de renforcer rapidement les systèmes de prestation de soins de santé des pays.

Impact du COVID-19 sur le financement du VIH au Nigeria.

Tolulope Tokunyori Oladele, National Agency for the Control of AIDS, Abuja, Nigeria

COVID-19, la pandémie la plus dévastatrice depuis la pandémie de grippe de 1918, a eu de graves répercussions sanitaires et économiques, y compris au Nigeria. Le Nigeria subit un " double choc " : un choc lié à la pandémie de COVID-19 et un choc économique distinct. Le Nigeria a la troisième plus grande épidémie de VIH au monde et ces chocs économiques affecteront probablement le financement de nombreux secteurs sociaux différents, dont la santé.

Une revue de la littérature et une analyse des données secondaires ont été réalisées afin d'estimer l'impact du COVID-19 sur le financement de la santé en matière de VIH. Avec les effets économiques mondiaux et nationaux de COVID-19, le financement des donateurs, le financement public national et les dépenses privées pour le VIH pourraient tous être menacés. À court terme, les donateurs ont réagi à la COVID-19 en mobilisant des fonds supplémentaires pour répondre à la pandémie, comme le financement des efforts de développement d'un vaccin contre la COVID-19. Cependant, face à l'austérité qui suivra la COVID-19, l'APD pourrait être l'un des premiers postes de dépenses à être réduit. Nous constatons également que les flux d'APD existants destinés au VIH sont réorientés vers le COVID-19. Pendant ce temps, avec les chocs subis par l'économie nigériane, le gouvernement aura du mal à respecter ses engagements pour financer l'allocation budgétaire au VIH. Le financement privé national pour le VIH va probablement aussi diminuer en raison de la baisse des revenus et des pertes d'emploi. Les ménages touchés pourraient ne pas être en mesure de faire face aux coûts associés à la recherche de soins pour le VIH dans les établissements de santé.

Une baisse du financement de la lutte contre le VIH au Nigeria aurait des conséquences à court et à long terme. Les impacts à court terme comprennent l'accès limité aux médicaments et la perte de suivi. Et à long terme, avec les ruptures de stock et les pertes de suivi, l'adhésion au traitement est compromise et une résistance aux médicaments peut se développer.

Compte tenu des risques de résurgence du VIH en raison de la crise du COVID-19, des mesures proactives audacieuses sont nécessaires, comme l'intégration du VIH dans le régime national d'assurance maladie, le verrouillage des engagements des donateurs en faveur du VIH et la mise en place d'un système de santé robuste.

L'impact de COVID-19 sur les systèmes de santé et les leçons à tirer pour la préparation aux futures urgences : une étude qualitative au Kenya.

Gilbert Kokwaro, Strathmore University, Nairobi, NC, Kenya

Contexte:

Le Kenya a déclaré son premier cas de COVID-19 le 12 mars 2020. Au cours de la pandémie de COVID-19, le gouvernement kényan a répondu par diverses stratégies sanitaires et non sanitaires pour atténuer l'impact de la pandémie sur sa population. Cette étude visait à comprendre les principales mesures adoptées au Kenya pour faire face à la pandémie de COVID-19, à comprendre comment la pandémie a eu un impact sur le secteur de la santé et la population en général, et comment les priorités politiques futures et la préparation aux

urgences sanitaires peuvent être renforcées grâce aux leçons tirées de la réponse à la pandémie de COVID-19.

Méthodes

Nous avons mené des entretiens semi-structurés en utilisant un échantillonnage raisonné pour identifier les parties prenantes du pays impliquées dans la réponse à la pandémie COVID-19 et ayant une bonne compréhension de la façon dont la pandémie a affecté le système de santé kenyan. 15 entretiens avec des informateurs clés ont été menés entre septembre 2020 et février 2021 avec des responsables gouvernementaux nationaux et régionaux, des partenaires de développement, des représentants d'organisations non gouvernementales et de la société civile, et des professionnels de la santé. Une approche déductive a été utilisée pour analyser et coder les données des entretiens à l'aide du logiciel NVivo.

Conclusions

La plupart des personnes interrogées ont noté la réaction initiale rapide du gouvernement kenyan, qui a pris des mesures pour endiguer la pandémie, partager des informations de manière proactive et sensibiliser le public. Cependant, des lacunes ont été constatées dans la gestion des services de dépistage, d'isolement et de quarantaine. Les services de santé ont subi un impact négatif en raison de l'engorgement des installations et du personnel de santé, ce qui a nui à la continuité des services de santé essentiels, de routine et non essentiels en raison de la réaffectation des ressources et des installations pour faire face à l'augmentation des cas de COVID-19. Les personnes interrogées ont également souligné que les groupes vulnérables, en particulier les familles pauvres des quartiers informels, les femmes et les personnes handicapées, ont été touchés de manière disproportionnée par les fermetures et les couvre-feux imposés pour enrayer la pandémie. Les personnes interrogées ont également évoqué les contraintes générales en matière de ressources, le manque de personnel et de fournitures, ainsi que les problèmes de coordination entre les gouvernements nationaux et les comtés.

Les personnes interrogées ont également souligné les possibilités d'améliorer la préparation future à la pandémie et le renforcement du système de santé. Les personnes interrogées ont suggéré la nécessité de créer un fonds d'urgence au sein du ministère de la Santé afin de minimiser les chocs financiers et l'accès au financement lors de futures urgences sanitaires. Ils ont également appelé à une réforme des lois sur la gestion des finances publiques afin de permettre une certaine flexibilité et une amélioration de la facilitation et de l'utilisation des fonds, tant au niveau national que des comtés. En outre, les répondants ont recommandé une plus grande collaboration multisectorielle, des investissements dans les systèmes d'information sur la santé et les ressources humaines pour une expansion durable de la capacité à répondre aux futures urgences sanitaires.

L'assistance sociale en Ethiopie pendant le COVID-19 : Une analyse temps-événement.

Addis Kasahun Mulat, Kilimanjaro Trading and Consulting, Addis Ababa, NC, Ethiopia

Introduction

L'Éthiopie, le pays le plus peuplé d'Afrique, subit un lourd fardeau du COVID-19 et 75 % des ménages ont signalé une réduction ou une perte totale de revenus en raison du COVID-19. Notre objectif est d'évaluer si les mesures d'assistance sociale de l'Ethiopie étaient favorables aux pauvres.

Méthodes

Pour cette analyse, nous avons utilisé des données temporelles recueillies par des enquêtes téléphoniques à haute fréquence sur le COVID-19 et des données prépandémiques sur les caractéristiques sociodémographiques des ménages provenant de l'enquête socio-économique de l'Éthiopie (2018-19). Nous avons employé un modèle proportionnel semi-paramétrique de Cox pour analyser les données time-to-event et évaluer si le temps pour recevoir une aide gouvernementale pendant la réponse COVID-19 de 2020 différait entre les ménages éthiopiens pauvres et non pauvres.

Résultats

Nous avons inclus 3247 ménages pour l'analyse. Un tiers de ces ménages étaient situés dans les zones urbaines, environ un quart étaient dirigés par des femmes et près de la moitié des ménages avaient un chef de ménage sans formation préalable. Environ 14,0 % des ménages éthiopiens ont reçu une forme d'aide gouvernementale au moins une fois en janvier 2021, soit dans les dix mois suivant le début de la pandémie de COVID-19. Au cours de cette période de dix mois, l'aide gouvernementale a touché une plus grande proportion de ménages pauvres (18,8 %) que de ménages non pauvres (10,6 %). De même, le gouvernement éthiopien a atteint une proportion plus élevée d'autres ménages vulnérables en janvier 2021. Par exemple, 16,9 % des ménages ruraux, 23,8 % des ménages dirigés par une femme et 15,9 % des ménages dont le chef n'est pas instruit ont reçu une aide du gouvernement, contre 9,9 % des ménages urbains, 10,8 % des ménages dirigés par un homme et 11,1 % des ménages dont le chef est instruit.

La fonction d'échec de Kaplan-Meier pour les ménages pauvres et non pauvres indique que la probabilité de recevoir la première aide gouvernementale était plus élevée pour les ménages pauvres que pour les ménages non pauvres entre mars 2020 et janvier 2021. Même après avoir maintenu toutes les autres variables constantes, le risque attendu de la régression de Cox PH était 1,71 fois plus élevé chez les ménages pauvres que chez les ménages non pauvres. En d'autres termes, les ménages pauvres étaient 71 % plus susceptibles de recevoir la première aide gouvernementale que les ménages non pauvres à n'importe quel moment au cours des dix mois suivant le début de la pandémie.

Conclusion

Lors d'une urgence de santé publique, l'aide gouvernementale est cruciale pour protéger les ménages vulnérables des chocs sanitaires, alimentaires et de revenus. Cependant, l'aide gouvernementale n'est efficace que si elle parvient à temps aux personnes les plus vulnérables. Nous avons constaté que l'aide sociale gouvernementale en Ethiopie était favorable aux pauvres.

Évaluation de l'état de préparation des pays pour le vaccin COVID-19 : résultats d'une enquête multi-pays et analyse des obstacles..

Wenhui Mao, The Center for Policy Impact in Global Health, Durham, NC

Contexte :

Avec le développement de vaccins COVID-19 efficaces, il est nécessaire de s'assurer que ces vaccins sont administrés avec succès pour mettre fin à la pandémie mondiale. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFM) sont confrontés à des difficultés financières et logistiques pour déployer les vaccins COVID-19. Notre objectif est d'évaluer l'état de préparation de l'administration des vaccins et d'identifier les défis qui entravent le déploiement des vaccins.

Méthodes :

Une enquête transversale Qualtrics a été développée avec cinq modules : (i) planification du vaccin ; (ii) priorisation de la population ; (iii) financement et approvisionnement ; (iv) administration et livraison du vaccin ; et (v) adoption du vaccin. L'enquête a été déployée entre janvier et juin 2021 auprès des parties prenantes des PRFM qui participent activement à la planification et à l'administration du vaccin COVID-19 dans leur pays, notamment des représentants du gouvernement, des partenaires du développement, des agences d'exécution, des experts et des universitaires. L'analyse des goulets d'étranglement a été évaluée sur la fabrication ou l'achat de vaccins, l'approvisionnement et la chaîne du froid, les prestataires qui administrent les vaccins et l'hésitation à se faire vacciner, sur la base des données publiquement disponibles pour le Ghana et le Soudan.

Résultats :

Un total de 48 réponses à l'enquête a été reçu de 28 pays : 19 pays d'Afrique subsaharienne (ASS), 9 pays d'Asie centrale et du Sud, et 9 pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), 6 pays d'Afrique du Nord et d'Asie occidentale, et 5 pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est. Tous les pays ont déclaré avoir mis en place un groupe de travail sur les vaccins et des autorités de réglementation pour la planification et la mise en œuvre. Les personnes interrogées en Asie de l'Est et du Sud-Est ont fait état de niveaux élevés de préparation générale à l'administration des vaccins, tandis que les personnes interrogées en Afrique subsaharienne et en Amérique latine et dans les Caraïbes ont fait état de niveaux plus faibles de préparation générale. Les plus grands défis pour l'expansion des vaccins cités par les répondants d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes sont l'accès géographique aux populations éloignées, la chaîne d'approvisionnement, le stockage à froid et les obstacles financiers. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont fait état d'importants déficits de financement, malgré les dispositions budgétaires prévues, et dépendent largement de COVAX pour l'approvisionnement. Les pays ont déclaré utiliser des accords d'approvisionnement mixtes, 50 % des pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes ayant recours à l'UNICEF et à des achats groupés régionaux, ainsi qu'à l'auto-approvisionnement. Pour le Ghana et le Soudan, le principal goulot d'étranglement dans la mise à l'échelle du vaccin COVID-19 est l'achat du vaccin COVID-19, suivi par l'hésitation à se faire vacciner. Parmi les leçons positives, citons l'utilisation par le Ghana d'un drone pour déployer le vaccin et l'engagement profond du Soudan avec l'UNICEF dans la livraison du vaccin.

Interprétation :

Notre enquête a identifié des contraintes de capacité, en particulier dans le financement et l'approvisionnement des vaccins COVID-19. Soutenir la facilité COVAX et fournir un financement externe et une assistance technique aux PRFM peut contribuer à garantir un accès équitable aux vaccins COVID-19. Des investissements à plus long terme dans les systèmes d'approvisionnement, la capacité de financement et la livraison contribueront à renforcer l'ensemble des systèmes de santé.

Session organisée 7-2

Technique de coaching: Renforcer les capacités pour un changement durable des systèmes de santé.

Auteurs: *Cheryl Cashin Results for Development, Uju Onyes Health Systems Strengthening/Health Financing Consultant, Cheickna Touré, Results for Development (R4D), Bamako, Mali, Oludare Bodunrin, Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC), Nairobi, Kenya, Dr. Kéfilath Bello, MD, MPH, PhD Student, Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Benin.*

Description

De nombreux appels ont été lancés au fil des ans pour réimaginer l'assistance technique traditionnelle et trouver de meilleures façons de soutenir le changement mené par les pays. Cet élan pour soutenir le changement mené par les pays a galvanisé une communauté mondiale de parties prenantes, engagées à améliorer la façon dont l'assistance technique pour le renforcement des systèmes de santé est fournie, pour construire l'approche d'accompagnement. L'approche d'accompagnement s'appuie principalement sur des experts nationaux et régionaux pour soutenir les processus de changement dans les pays, avec l'aide de coachs et de mentors mondiaux si nécessaire. En s'appuyant sur les systèmes et processus existants, les accompagnateurs apportent une expertise technique et des données factuelles adaptées aux contextes nationaux particuliers, et ils contribuent à faciliter des processus plus solides, dirigés par les pays, grâce à l'apprentissage par la pratique.

Cette approche requiert de solides compétences en matière d'engagement des parties prenantes, de facilitation des processus, d'application des connaissances et de communication, en plus de l'expertise technique. Afin d'aider les experts en renforcement des systèmes de santé à développer et à affiner ces compétences, Résultats pour le développement (R4D) et ses partenaires ont lancé l'année dernière une série de trois modules d'apprentissage en ligne. Les trois modules d'apprentissage en ligne comprennent : 1) Introduction à l'approche du coaching, qui détaille ce que signifie être un coach ou un mentor et comment ceux qui jouent ce rôle peuvent aider à renforcer les processus nationaux et à développer des capacités durables ; 2) Conception et facilitation de processus efficaces, qui se concentre à la fois sur le "comment" et l'importance de la facilitation des processus ; et 3) Coaching à distance, qui met en évidence les compétences requises pour fournir un soutien technique et une facilitation à distance.

Outre le développement des compétences présentées dans les modules d'apprentissage en ligne, l'approche du coaching vise à placer l'expertise nationale au centre des efforts de renforcement des systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour répondre à cette ambition, nous avons développé la base de données des experts, un référentiel qui cherche à élever le profil des experts des systèmes de santé dans les pays qui demandent un soutien technique. Cette base de données vise à mettre en relation les praticiens et les décideurs avec des experts et des organisations de santé locales et mondiales afin de soutenir le changement des systèmes de santé.

R4D propose une session de 90 minutes dirigée par des coachs et des mentors expérimentés, qui ont co-développé l'approche de coaching, pour partager des expériences et présenter les ressources disponibles pour adopter et appliquer cette approche. Ces coachs encourageront également l'apprentissage continu et conjoint au sein de cette communauté d'experts par le biais d'un exercice de partage d'expériences en petits groupes. Cette session se déroulera en anglais, avec une traduction simultanée en français.

Introduction à la technique de coaching.

Cheickna Touré, Results for Development (R4D), Bamako, Mali

Au cours de cette session, nous vous présenterons la technique de coaching, une manière de fournir un soutien technique qui va au-delà de l'assistance technique traditionnelle sur deux points importants :

Qui fournit le soutien ? L'approche de coaching s'appuie principalement sur des experts nationaux et régionaux qui peuvent être soutenus par des coachs et des mentors mondiaux si nécessaire.

Comment le soutien est fourni. Dans l'approche d'accompagnement, le soutien est lié aux processus nationaux existants pour la prise de décision, la mise en œuvre des politiques et l'exécution des fonctions quotidiennes, il les respecte et contribue à les améliorer.

Les coaches et les mentors ne sont pas les exécutants du travail - ils ne sont pas invités à produire des résultats statiques tels que des présentations et des rapports pour les pays. Les coachs et les mentors guident plutôt les pays dans la résolution de leurs propres problèmes de systèmes de santé. Ils peuvent servir de caisse de résonance pour les idées et aider à poser des questions difficiles. Au lieu de dire aux pays ce qu'ils doivent faire (ou ne pas faire), ils partagent des idées contextualisées basées sur leurs propres connaissances et expériences. Les coachs aident les pays à se concentrer sur les moyens de parvenir à un résultat positif et ont l'humilité de savoir qu'ils n'ont pas les "bonnes" réponses.

Un coach ou un mentor peut apporter son soutien à la conception du processus, et il peut aider les pays à franchir certaines de ces étapes ou l'ensemble du processus. Les coachs et les mentors s'assurent que les preuves et les connaissances techniques sont apportées au processus d'une manière contextualisée et appropriée, adaptée et utilisable. Ils s'assurent également que la capacité des partenaires nationaux est renforcée pour qu'ils puissent mener à bien l'activité par eux-mêmes la prochaine fois - ce qui implique de s'assurer que des systèmes sont en place pour institutionnaliser ou reproduire le processus.

Conception et facilitation de processus de changement efficacies.

Oludare Bodunrin, Centre de ressources pour les achats stratégiques en Afrique (SPARC), Nairobi, Kenya.

Les formateurs peuvent jouer différents rôles lorsqu'ils soutiennent les partenaires nationaux - parfois en tant que personne ressource technique, et parfois en tant que facilitateur de processus, guidant le processus global de résolution du défi du système de santé, et faisant appel à d'autres formateurs et mentors pour des questions techniques spécifiques. Dans cette session, nous examinerons comment des facilitateurs efficaces peuvent ajouter de la valeur et aider à améliorer les processus nationaux afin d'engager plus efficacement les bonnes parties prenantes, d'apporter des preuves pertinentes et contextualisées, et de construire de manière transparente des solutions qui sont techniquement valides, réalisables dans le contexte actuel, et qui ont l'adhésion et l'appropriation de ceux qui feront partie de leur mise en œuvre.

Lorsqu'un pays est confronté à un défi en matière de système de santé, il passe généralement par une série d'étapes similaires pour le résoudre, quel que soit le domaine technique. Tout d'abord, un problème, un défi ou un autre besoin de changement est identifié. Les défis peuvent être mis en évidence de nombreuses façons, par exemple par le biais d'un suivi de routine, de l'avis des parties prenantes ou parfois de pressions politiques. La deuxième étape consiste à examiner les preuves pour mieux comprendre le problème et identifier les options de solutions. La solution est ensuite sélectionnée parmi les différentes options. Une fois qu'une

solution a été identifiée - qu'il s'agisse d'une politique, d'une intervention ou d'une autre solution - elle doit être conçue, puis mise en œuvre. Et enfin, il y a un certain type de suivi, d'évaluation et d'apprentissage de la mise en œuvre.

La facilitation de processus peut apporter une valeur ajoutée tout au long de ces étapes. Un facilitateur peut agir en tant que courtier légitime pour guider le processus par un engagement cohérent avec le groupe de parties prenantes pendant la période de temps nécessaire à un processus pour prendre des décisions et concevoir et mettre en œuvre des solutions.

Coaching à distance.

Dr. Kéfilath Bello, MD, MPH, PhD Student, Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Benin

Dans cette session, nous allons présenter un aperçu du coaching à distance, une approche visant à fournir un soutien technique à un processus de changement par le biais d'engagements virtuels. Un engagement de coaching entièrement à distance ou hybride (virtuel + en personne) peut être conçu pour soutenir un processus de changement local. Dans ces situations, il est probable qu'une certaine interaction en personne ait lieu localement, mais le coach n'est pas installé au même endroit et fournit une partie ou la totalité du coaching par des moyens virtuels. Pendant la pandémie de COVID-19, la plupart des formes de soutien technique ont dû être fournies à distance. Cependant, même après la pandémie, les compétences en matière de coaching à distance s'avéreront toujours utiles lors de la conception et de la mise en œuvre d'un engagement hybride.

Lorsque le coach n'est pas en mesure d'être physiquement présent, il peut tout de même soutenir le processus de changement d'un pays par la facilitation du processus virtuel en utilisant un mélange de réunions en ligne, de consultations virtuelles et de communications électroniques.

Un coach à distance doit :

Soutenir à distance le ou les homologues clés pour concevoir le processus de coaching en tenant compte des engagements virtuels.

Collaborer virtuellement pour fournir des données techniques au processus et coproduire les résultats du processus.

participer à distance aux réunions et faciliter les discussions virtuelles à des moments clés du processus

Identifier d'autres experts techniques et faciliter leurs engagements virtuels aux bons moments du processus.

Concevoir et faciliter des engagements efficaces de coaching à distance requiert des compétences pour :

Établir des relations de confiance par le biais d'interactions à distance, en restant en contact par des contrôles virtuels réguliers, des appels téléphoniques et des communications électroniques.

Concevoir et animer différents formats interactifs tels que des réunions virtuelles de groupes de travail, des briefings à distance et des ateliers virtuels, avec un mélange de dialogue et de partage d'informations.

Facilitez les boucles de rétroaction virtuelles afin d'adapter et d'améliorer continuellement votre soutien au coaching et de maintenir la motivation de chacun.

Le succès du coaching à distance peut être mesuré au niveau de l'individu, du groupe et des systèmes, contribuant ainsi à améliorer les résultats en matière de santé, d'éducation et de nutrition.

Les méthodes de collecte des commentaires des participants comprennent

le retour d'information après l'événement (par exemple, une enquête virtuelle ou un bref sondage) à la fin d'une réunion ou d'un événement virtuel

Des points de contrôle virtuels (appels ou courriels de sensibilisation individuels, réunions "pause et réflexion") avec les partenaires nationaux pour solliciter un retour d'information à des moments clés du processus.

Suivi post-engagement avec les partenaires nationaux (par exemple, un contact individuel et/ou une brève enquête en ligne) 3 à 6 mois après la fin de l'engagement pour évaluer la façon dont le processus de changement a progressé et l'impact qu'il a eu.

Session parallèle 7-1

Assurance maladie et volonté de payer

Soutenir le développement d'un ensemble de prestations de santé en Ouganda : un cadre d'optimisation sous contrainte.

Sakshi Mohan[1], Simon Walker[2], Freddie Ssengooba[3], Elizabeth Ekirapa Kiracho[3], Chrispus Mayora[3], Aloysius Ssennyonjo[3], Candia Tom Aliti[4] et Paul Revill[5], (1) Center for Health Economics, Université de York, York, Royaume-Uni, (2) Université de York, Royaume-Uni, (3) École de santé publique, Collège des sciences de la santé, Université de Makerere, Kampala, Ouganda, (4) Ministère de la santé, gouvernement ougandais, Kampala, Ouganda, (5) Centre d'économie de la santé, Université de York, York, Royaume-Uni.

Contexte

Les paquets de prestations de santé (HBP) sont un outil clé sur la voie de la couverture sanitaire universelle (UHC). Les méthodes d'élaboration d'une liste d'interventions à inclure dans le RAP ont généralement utilisé des méthodes standard d'analyse coût-efficacité (ACE) basées sur la maximisation de la santé sous réserve d'une contrainte financière globale. En réalité, du moins à court terme, il existe de nombreuses autres contraintes qui limitent la capacité du système de santé à fournir des soins. La prise en compte explicite de ces contraintes aboutit à un RAP qui peut être mis en œuvre compte tenu des capacités du système de santé et permet d'explorer la valeur de l'investissement pour étendre les ressources limitées.

Méthodes

Cette étude utilise une approche d'optimisation linéaire sous contrainte. 128 interventions dans 10 programmes de maladies sont considérées avec des données sur les DALYs évitées, le coût total de l'intervention, le coût des consommables, le temps requis par les agents de santé par cadre, et la couverture maximale possible des interventions compilées en utilisant la littérature publiée et les documents gouvernementaux. L'objectif de cette approche est de trouver l'ensemble optimal d'interventions pour maximiser les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) évitées, c'est-à-dire le total des AVCI évitées par une intervention moins son coût, divisé par la productivité marginale du système de santé. Ceci est soumis à trois catégories de contraintes du système de santé : i. Le budget pour l'achat de consommables, ii. La taille du personnel de santé (par cadre), iii. Le niveau de couverture maximum réalisable pour chaque intervention (basé sur d'autres contraintes liées à la demande et à l'offre). Nous utilisons ensuite cette approche pour calculer la valeur marginale de l'investissement de ressources supplémentaires pour l'achat de consommables ou l'embauche de personnel de santé supplémentaire.

Résultats

Sur les 128 interventions analysées, 68 interventions ont été incluses dans le RAP optimal pour l'Ouganda, ce qui a permis d'éviter un total de 53,8 millions de DALYs nettes. De plus, l'investissement de seulement 39 $ pour l'embauche d'agents de nutrition supplémentaires pourrait permettre d'éviter une AVCI nette supplémentaire ; cela passe à 55 $, 56 $ et 123 $ pour les infirmières, les pharmaciens et les médecins, et à 971 $ pour l'augmentation du budget des consommables.

Conclusion

Le système de santé publique de l'Ouganda peut éviter un total de 53,8 millions d'AVCI, net des coûts d'opportunité en mettant en œuvre le HBP proposé. En termes de valeur marginale des ressources supplémentaires dans le système de santé, l'investissement dans les agents de santé génère des rendements beaucoup plus élevés que l'investissement dans les consommables.

Inégalité dans la volonté des ménages de payer pour la mutuelle nationale d'assurance maladie en Zambie.

Kabaso Mulenga, Université de Witwatersrand, Braamfontein, Afrique du Sud

Contexte

La Zambie est en train de mettre en place un régime national d'assurance maladie sociale afin d'atteindre l'objectif d'une couverture sanitaire universelle. Cet article étudie les inégalités socio-économiques dans la volonté des ménages de payer pour l'assurance maladie sociale nationale.

Méthodes

L'article a utilisé les données de l'enquête représentative sur les dépenses de santé des ménages zambiens et leur utilisation. L'évaluation contingente a été utilisée pour obtenir la volonté de payer en utilisant une technique de jeu d'enchères. Des modèles de régression d'intervalle, Tobit, Heckman et logistique ont été utilisés pour examiner la relation entre la capacité de payer et la volonté de payer. Des indices et des courbes de concentration ont été utilisés pour mesurer les inégalités dans la volonté de payer, tandis que des décompositions non linéaires Oaxaca-Blinder et Wagstaff ont été utilisées pour identifier les facteurs qui contribuent à ces inégalités.

Résultats

Plus de 80% des Zambiens étaient disposés à payer pour l'assurance maladie sociale nationale pour leurs ménages, ce qui revient à une moyenne de K90,76 (4,31 $) par mois par ménage. Les régressions d'intervalle, Tobit et Logistique ont identifié une corrélation positive entre la capacité de payer et la volonté de payer. Les indices de concentration des inégalités socio-économiques dans la volonté de payer ont été estimés à 0,389 pour la variable de résultat absolu et à 0,196 pour la variable de résultat dichotomique. Dans les décompositions Oaxaca-Blinder non linéaires, les facteurs les plus importants qui expliquent l'écart de volonté de payer sont le lieu (20%) et l'état civil (-5%). Les résultats de la décomposition de Wagstaff suggèrent que les dépenses mensuelles des ménages (92%) et l'accès à l'assurance maladie (-8%) contribuent largement aux inégalités de volonté de payer.

Conclusion

Les résultats de cet article impliquent que les contributions des ménages au régime national d'assurance maladie sociale doivent être ajustées en fonction de leur capacité de paiement. Ainsi, pour rendre le régime abordable, le gouvernement devrait envisager une politique de variation des cotisations en fonction de la capacité de paiement, en plus des exemptions et des subventions. En outre, les décideurs politiques devraient cibler des programmes qui augmentent l'accès des ménages à l'assurance maladie et créent des emplois et des activités génératrices de revenus qui absorbent tout le monde, quel que soit leur statut socio-économique.

Le paiement à la performance a-t-il un effet progressif sur les programmes verticaux de santé ? Une analyse basée sur l'affichage géographique d'une étude cas-témoins sur le VIH/SIDA en Mozambique.

Omer Zang, Université de Dschang, Bujumbura, Burundi et Pierre Nguimkeu, Georgia State University, Atlanta, GA

Contexte.

Le paiement à la performance (PPP) est un instrument d'achat qui consiste à récompenser par des incitations financières les agents et/ou les établissements de santé qui atteignent des mesures ou des objectifs de performance préétablis liés à la qualité et à la quantité des services de santé. Les mesures de performance sont fréquemment effectuées par des entités tierces qui mesurent la quantité et la qualité dans des flux distincts. Le PPP a été largement analysé pour démontrer son impact sur une variété de soins horizontaux tels que les soins maternels, néonatals et infantiles, mais presque aucune conclusion n'est rapportée sur ce que pourrait être l'impact (conceptuel, opérationnel et sur les résultats) du mécanisme d'achat sur un programme vertical.

Buts et objectifs.

Le but et l'objectif de cet article sont d'évaluer l'impact supplémentaire que le PPP peut avoir sur un programme vertical de lutte contre le VIH/SIDA au Mozambique. Certains autres services horizontaux sont inclus dans cette évaluation afin de vérifier si l'impact sur le programme vertical, le cas échéant, aurait un effet dissuasif sur les autres services. L'article désagrège les résultats en fonction du niveau de développement des provinces ciblées afin de mieux discuter de leur hétérogénéité.

Méthode.

L'article a utilisé l'analyse d'une évaluation d'impact quasi-expérimentale utilisant l'appariement par score de propension associé à des régressions par différence de différence sur les données de routine des établissements de santé dans les provinces du sud et du nord du Mozambique. Les données concernaient les résultats sanitaires liés au VIH/sida et les indicateurs d'utilisation des services de santé, ainsi que les indicateurs de santé reproductive, maternelle et infantile et de nutrition. Les analyses ont été améliorées au niveau des spécifications techniques des indicateurs et de la présentation géographique afin de susciter de meilleures analyses et discussions sur l'hétérogénéité des résultats.

Résultats et conclusions.

Les résultats montrent que le PPP peut avoir un impact progressif sur un programme vertical, avec un effet relatif encore plus important dans les contextes moins développés. En outre, ils suggèrent que le PPP peut susciter une définition plus ciblée des indicateurs, avec un contenu et des résultats de meilleure qualité. En outre, grâce au financement du PPP en tant que complément d'un programme vertical, le système de santé peut s'appuyer sur d'autres indicateurs (et dimensions) de programmes non verticaux pour améliorer l'utilisation des services de lutte contre le VIH/SIDA et vice-versa. En fin de compte, contrairement à la plupart des contextes dans les pays en développement où il existe des filières distinctes pour la vérification du volume du PPP et l'évaluation de la qualité, les résultats suggèrent que, pour des raisons d'efficacité opérationnelle, les services ciblés par le PPP dans un programme vertical peuvent être définis directement avec un contenu qualitatif suffisant et être évalués dans une seule filière.

Sélection adverse sur les marchés de l'assurance maladie : Evidence from South Africa using panel data.

Pamela Halse, Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud

Contexte :

Les événements de santé défavorable peuvent être coûteux et inabordables, avec des implications financières et de bien-être catastrophiques. L'assurance maladie offre une forme de protection financière contre les dépenses de santé futures imprévisibles. Les compagnies d'assurance fonctionnent selon le principe de la mutualisation des risques, où les membres les plus sains (qui demandent moins que leur contribution) subventionnent les membres les plus malades (qui demandent plus que leur contribution). La notion de mise en commun des risques dans un marché d'assurance volontaire crée un environnement propice à l'existence d'une sélection adverse.

En Afrique du Sud, l'adhésion à un régime d'assurance maladie (appelé régime médical) est volontaire, mais dans la plupart des cas, elle est nécessaire pour accéder aux soins de santé privés. Les assureurs doivent respecter les exigences d'inscription ouverte et de tarification communautaire, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas refuser l'adhésion des candidats ou différer leurs primes en fonction de l'âge et de l'état de santé de la personne. Il est nécessaire de comprendre le comportement des gens en matière d'achat d'assurance, étant donné que le pays se dirige vers une assurance maladie nationale.

Objectif :

Examiner si une augmentation des besoins anticipés en matière de soins de santé et donc des dépenses de santé plus élevées incitera les gens à souscrire une assurance maladie. Nous considérons les effets des caractéristiques des individus sur leur propension à s'assurer en utilisant une analyse transversale et des données de panel.

Méthodes :

Nous utilisons les ensembles de données du National Income Dynamics Survey. L'analyse se concentre sur les répondants de la dernière vague qui subissent des chocs de santé défavorables, tels que le diagnostic d'une ou plusieurs maladies chroniques, ainsi que sur leur état de santé autoévalué. Nous incluons les grossesses/naissances et les biomarqueurs comme l'IMC et la pression artérielle. Les variables explicatives typiques comme le revenu, l'éducation, l'âge et le goût du risque sont également prises en compte dans l'analyse. L'analyse dynamique au niveau du panel sur les trois dernières vagues (variables invariantes dans le temps exclues) et se concentre sur les indicateurs de santé et les changements dans le temps. Elle inclut deux variables décalées (santé perçue et santé chronique).

Principaux résultats :

Dans l'analyse transversale, les variables statistiquement significatives sont le revenu, le groupe de population, le statut marital, l'éducation et l'emploi dans le secteur formel. L'indicateur de santé significatif est la maladie chronique. Dans l'analyse de panel à effets fixes, la grossesse est significative, mais les deux variables décalées sont non significatives, bien que les conditions chroniques sans décalage soient significatives.

Conclusions :

Il est possible que le marché sud-africain de l'assurance maladie comporte une certaine sélection adverse, mais les facteurs socio-économiques semblent être les principaux facteurs contribuant aux décisions d'achat d'assurance des individus. Le fait que la grossesse soit significative dans l'analyse du panel peut s'expliquer par le fait que les assureurs maladie doivent couvrir intégralement toutes les grossesses.

Recouvrement d'attention politique pour entreprendre des reformes de paiement au sein du Mutuel d'Assurance Maladie au Ghana : Une analyse prospective des politiques.

Gilbert Abotisem Abiiro, Département des services de santé, de la politique, de la planification, de la gestion et de l'économie, École de santé publique, Université des études de développement, Tamale, Ghana

Contexte :

Il est important de réformer les mécanismes de paiement des prestataires de soins de santé pour les inciter à fournir des soins de qualité pendant la pandémie de COVID-19. La capitation en tant que mécanisme de paiement des prestataires a fait l'objet d'une attention politique de la part du des autorités de la Mutuelle de l'assurance Maladie du Ghana (Ghana National Health Insurance Scheme, NHIS) et a été pilotée dans la région Ashanti entre 2012 et 2017. Des études récentes ont révélé que la mise en œuvre de la politique a été suspendue en raison d'un cadrage inapproprié de la politique dans les communications politiques, des contestations des acteurs, des défis avec certaines dispositions de conception de la politique, et une perte de soutien politique suite à un changement de gouvernement. Malgré la suspension de la politique, la capitation reste une option de réforme du paiement des prestataires envisagée par le NHIS.

Buts et objectifs :

En utilisant le cadre analytique des politiques de Geneau et al. (2010), l'étude a évalué ce qui est nécessaire pour regagner l'attention des politiques pour la ré-implémentation de la politique de capitation du Ghana NHIS. L'étude a spécifiquement exploré comment : i) recadrer de manière appropriée la politique ; ii) créer des opportunités politiques ; et iii) mobiliser des ressources pour la ré-implémentation de la politique.

Méthodes :

Une analyse prospective qualitative de la politique a été mise en œuvre dans la région d'Ashanti au Ghana en décembre 2019. Les données ont été recueillies à partir de rapports médiatiques et d'entretiens semi-structurés avec un échantillon raisonné de 19 responsables de la mise en œuvre des politiques au niveau de la région, du district et de l'établissement. Les entretiens en face à face ont été enregistrés et transcrits. L'analyse thématique des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12.

Principaux résultats

En termes de recadrage, les parties prenantes ont fait valoir que le nom de capitation devrait être remplacé par un autre nom et que la communication publique sur la justification de la capitation devrait passer du cadre de la maîtrise des coûts à celui des avantages pour la santé. L'éducation politique devrait également être affinée pour refléter la clarté des dispositions politiques relatives aux soins d'urgence, aux taux de capitation et à la procédure de choix des prestataires. En outre, les parties prenantes ont estimé que pour créer des opportunités politiques pour la réimplantation de la politique, une approche politiquement sensible avec des consultations et une implication plus large des parties prenantes devrait être adoptée, et que la communication sur la politique devrait être basée sur des preuves et menée par des agents politiquement neutres. Enfin, l'étude a révélé la nécessité d'améliorer les capacités de prestation de services des établissements de santé, en particulier les établissements de niveau inférieur, en les dotant de meilleures infrastructures, de consommables, de systèmes de gestion de l'information améliorés et d'un personnel bien formé comme condition préalable à la réimplantation de la politique.

Conclusion :

L'étude appelle à un recadrage efficace, à la création d'opportunités politiques et à la mobilisation des ressources nécessaires pour attirer à nouveau l'attention des politiques sur la politique de paiement par capitation au Ghana.

Session parallèle 7-2

Évaluation des systèmes de financement de la santé

Facteurs opérationnels et structurels influençant l'inscription aux régimes d'assurance maladie communautaires : une étude d'observation utilisant 12 vagues de données de panel nationales au Sénégal.

Thomas Rouyard[1], *Yukichi Mano*[2], *Bocar Daff*[3], *Serigne Diouf*[3], *Khadidiatou Fall Dia*[3], *Laetitia Duval*[4], *Josselin Thuilliez*[4] *et Ryota Nakamura1, (1) Research Center for Health Policy and Economics, Hitotsubashi University, Kunitachi, Japon, (2) Graduate School of Economics, Hitotsubashi University, Kunitachi, Japon, (3) Agence de la Couverture Maladie Universelle, Dakar, Sénégal, (4) Centre d'Économie de la Sorbonne, UMR 8174 - CNRS, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Paris, France.*

Contexte et objectifs

L'assurance maladie à base communautaire (AMBC) a été mise en œuvre dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne en tant que stratégie visant à accroître la protection contre les risques financiers des populations n'ayant pas accès à l'assurance maladie formelle. Bien que la conception de tels programmes sociaux soit fondamentale pour assurer un accès équitable aux soins, on sait peu de choses sur les facteurs opérationnels et structurels qui influencent l'inscription aux régimes CBHI. Dans cette étude, nous avons profité des nouvelles exigences en matière de suivi des données au Sénégal pour explorer l'association entre la capacité opérationnelle et la structure des systèmes CBHI - également appelés " organisations de santé mutuelles " (MHO) dans les pays francophones - et leurs niveaux d'inscription.

Méthodes

Nous avons utilisé de nouvelles données administratives nationales recueillies par l'Agence Nationale pour la Protection Financière Universelle de la Santé du Sénégal pour étudier l'association entre la performance du système national CBHI et un ensemble de facteurs opérationnels et structurels au niveau des MHO. L'ensemble de données comprenait 12 vagues de données trimestrielles sur la période 2017-2019 et couvrait les 676 MHO enregistrés dans le pays. Les analyses primaires ont été réalisées à l'aide d'une analyse de régression dynamique des données de panel.

Principales conclusions

Nous avons constaté qu'une capacité opérationnelle plus élevée prédisait de manière significative une performance plus élevée : l'inscription était positivement associée à la présence d'un gestionnaire salarié au niveau du MHO (12 % d'inscrits totaux en plus, 23 % de membres pauvres en plus) et à des partenariats plus solides entre les MHO et les postes de santé locaux (pour chaque contrat supplémentaire signé, le nombre total d'inscrits et de membres pauvres a augmenté de 7 %, et de 5 %, respectivement). Cependant, une plus grande capacité opérationnelle n'était que modestement associée à une plus grande durabilité, représentée par le taux d'inscrits à jour dans le paiement de leurs cotisations. Nous avons également constaté que les facteurs structurels avaient une influence, les MHO situés dans un établissement de santé inscrivant moins de membres pauvres (-16%). Les analyses de sensibilité ont montré que ces associations étaient robustes. Aucun effet hétérogène significatif n'a été constaté sur la base d'une série de caractéristiques démographiques, socio-économiques et liées à la santé.

Conclusions

Nos résultats suggèrent que les politiques visant à professionnaliser et à renforcer la capacité opérationnelle des MHO pourraient accélérer l'expansion de la couverture CBHI, y compris dans les populations les plus démunies. Cependant, ils suggèrent également que l'augmentation de la capacité opérationnelle seule pourrait être insuffisante pour rendre les systèmes CBHI durables dans le temps.

Traitement électronique des demandes de remboursement et efficacité : le cas de l'assurance maladie nationale du Ghana.

Eugenia Amporfu, *Département d'économie, Université des sciences et technologies Kwame Nkrumah, Kumasi, Ghana*

Contexte

Le régime national d'assurance maladie (NHIS), géré par l'autorité nationale d'assurance maladie (NHIA), a été introduit au Ghana en 2003 afin de fournir une protection financière à la population pour l'utilisation des soins de santé. L'utilisation des soins de santé a connu une augmentation significative depuis l'introduction du régime. Cela fait de ce régime un outil important pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Toutefois, le régime est confronté à des difficultés financières, le coût des demandes de remboursement augmentant à un rythme élevé. La NHIA a donc introduit le traitement électronique des demandes afin d'améliorer l'efficacité du traitement des demandes.

Buts et objectifs de la recherche

L'objectif de cette recherche est de déterminer les gains d'efficacité de la méthode de traitement électronique des demandes en termes d'utilisation des ressources.

Méthodes utilisées

L'étude a utilisé les données des réclamations de la NHIA pour le traitement des réclamations sur papier et électroniques. Des données supplémentaires sur l'utilisation des ressources ont également été incluses. L'analyse des données a impliqué le calcul des taux d'ajustement pour des établissements de santé sélectionnés avant et après l'introduction des réclamations électroniques. L'apport en ressources principalement analysé était les heures de travail.

Résultats

Les résultats ont montré que les taux d'ajustement ont augmenté avec les réclamations électroniques. Je dois taire les résultats en attendant l'approbation de la NHIA. Je serai heureux de les partager lorsque l'approbation sera obtenue. Merci

Conclusion

Le passage au système électronique améliore la qualité du traitement des réclamations. S'il vous plaît, je dois taire le reste.

Une évaluation économique de la couverture d'assurance maladie pour les enfants atteints de lymphome de Burkitt au Ghana.

Lumbwe Chola1, Richmond Owusu2, Dakota Pritchard1, Godwin Gulbi2, Lieke Heupink1, Katrine Frønsdal1, Ivy Amankwah3, Francis Ruiz4, Mohamed Gad4, Brian Asare5, Joycelyn Naa Korkoi Azeez3 et Justice Nonvignon1, (1) Institut norvégien de santé publique, Oslo, Norvège, (2) Département de la politique, de la planification et de la gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana, (3) Ministère de la santé, Ghana, Accra, Ghana, (4) London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni, (5) Ministère de la santé, Accra, Ghana.

Contexte

Chaque année, on dénombre plus de 1 300 nouveaux cas de cancer chez l'enfant au Ghana, dont environ deux tiers sont des lymphomes de Burkitt (LB). Près de 50 % des enfants atteints de LB meurent, en raison du retard dans la recherche de soins et de l'abandon du traitement. La charge financière liée à la recherche de soins est souvent la principale raison du retard et

de l'abandon du traitement. Pourtant, le cancer de l'enfant n'est pas couvert par le service national d'assurance maladie (NHIS). Dans cette étude, nous analysons l'impact financier et économique de l'extension de la couverture de l'assurance maladie aux enfants atteints de BL au Ghana. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des technologies de la santé portant sur la prise en charge des cancers de l'enfant au Ghana, menée par le ministère de la Santé.

Méthodes

Nous avons développé un modèle de Markov dans Microsoft Excel pour estimer les coûts et les effets du traitement de la BL lorsque le NHIS était fourni par rapport au statu quo où le NHIS ne couvre pas les soins pour le cancer infantile. Une analyse coût-efficacité (ACE) a été entreprise du point de vue de la société et, en outre, une analyse d'impact budgétaire (AIB) du point de vue du NHIS. L'horizon temporel de l'ACE était une vie entière et l'AIB a été estimée sur une période de cinq ans. Les coûts (en dollars américains) et les effets, mesurés en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), ont été actualisés à un taux de 3 %. Une analyse de sensibilité probabiliste a été effectuée pour évaluer l'incertitude dans la mesure du rapport coût-efficacité différentiel (RCED).

Résultats

Dans l'analyse du scénario de base, l'intervention (traitement remboursé par le NHIS) était moins coûteuse que la pratique actuelle (8 302 $US contre 9 558 $US). L'intervention était également plus efficace avec moins d'AVCI par patient que la norme de soins (17,6 contre 23,33), avec un RCED de 219 $US. L'analyse de sensibilité probabiliste a montré que l'intervention est susceptible d'être à la fois moins coûteuse et plus efficace que la pratique actuelle dans 100 % des 1 000 simulations effectuées.

Conclusion

Offrir une couverture d'assurance maladie aux patients pédiatriques atteints de BL est potentiellement très rentable. L'efficacité et la rentabilité de cette stratégie sont dues à son impact positif sur l'initiation et la rétention du traitement. Sur la base de ces preuves, le Ghana devrait envisager de donner la priorité au financement du traitement du cancer chez les enfants.

Evaluation du rôle de la protection sociale pour rendre les systèmes de santé et de financement de la santé en Afrique plus résilients aux pandémies : Une revue de la littérature.

Adamu Mohammed Hassan1, Sulaiman Saidu Bashir2, Zubaida Hassan3, Paul Sale Margwa2 et Esly Emmanuel4, (1) Federal College of Education Yola, Nigeria, (2) Adamawa State Primary Health Care Development Agency, Yola, Nigeria, (3) Department of Microbiology Modibbo Adama University, Yola, Nigeria, (4) Adamawa State Rural Water Supply and Sanitation Agency, Yola, Nigeria.

Contexte :

La protection sociale est une stratégie reconnue de réduction de la pauvreté, telle qu'articulée dans les Objectifs de développement durable (ODD 1, 3, 5, 8 et 10), avec un rôle avéré de soutien aux enfants et aux familles. La protection sociale permet de relier les familles aux soins de santé, aux aliments nutritifs et à une éducation de qualité pour un groupe ciblé de personnes. La pandémie de COVID-19 a affecté globalement le système de santé, le financement de la santé, à un moment où les systèmes de santé mondiaux n'y étaient pas préparés. La crise du COVID-19 a mis la protection sociale au premier plan en tant qu'outil de réponse aux crises. Plusieurs interventions de protection sociale ont été mises en œuvre et

étendues dans plusieurs pays en développement, pour servir de mécanisme de réponse à la crise COVID-19.

But et objectifs :

Examiner les différentes interventions de protection sociale et évaluer leur impact sur l'accélération de la disponibilité des ressources pour les services de santé et autres dépenses afin d'atténuer l'impact de la pandémie COVID-19 dans certains pays en développement et de guider les futurs mécanismes de réponse aux pandémies en Afrique.

Méthode :

Le cadre de réponse à la crise de la protection sociale et de renforcement du système a été appliqué dans le contexte des pays en développement. En outre, une revue de la littérature a été utilisée sur les différentes réponses de protection sociale au COVID-19 dans les pays en développement.

Résultat

La couverture de la protection sociale dans certains pays en développement sélectionnés a été rapportée et documentée à partir de la revue. Par exemple, les réfugiés pakistanais sont couverts par les transferts d'argent liquide d'urgence du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : 31%, Malawi COVID-19 Urban Cash Intervention (couverture cible pour le déploiement de 2021) : Environ 28 % pour les réfugiés et la couverture urbaine respectivement. Au Nigeria, le programme COVID-19 Urban Cash Transfer (couverture cible pour le déploiement en 2021) et le programme Emergency Cash Transfer de la Sierra Leone n'ont atteint que 5 % chacun pour la population urbaine.

Conclusion

La protection sociale peut être une force sur laquelle il faut compter, notamment en cas de pandémie. C'est un instrument de grande portée pour l'éradication de la pauvreté, l'amélioration de l'accès aux services de base, notamment la santé et l'éducation, et la réduction des dépenses de santé des populations vulnérables. La protection sociale sert de porte d'entrée à la fois à la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des objectifs de développement durable, ainsi qu'à une réponse efficace contre les pandémies en Afrique.

Mots-clés : Protection sociale, système de santé, financement de la santé, pandémie, Afrique.

Parallel Session 7-3

Maternal, Adolescent and Child Health Interventions

Public financial management and health in Sub-Saharan Africa : evidence from a quantitative review over 2005-2018.

Yann Tapsoba, *Consultant indépendant, Ouagadougou, Burkina Faso and Hélène Barroy, WHO, Geneva, Switzerland*

Les pays d'Afrique Subsaharienne sont confrontés à une insuffisance de financements, surtout publics, pour atteindre la CSU et les ODD d'ici 2030. Une gestion plus efficace et efficiente des ressources publiques disponibles permettrait aux pays de réduire les gaspillages et d'atteindre de meilleurs résultats de santé. L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des dépenses de santé dépend de la capacité des gouvernements à assurer une gestion renforcée des finances publiques (GFP). Le plaidoyer en faveur de la GFP nécessite de produire des évidences probantes sur son effet favorable sur les performances des systèmes de santé.

Le présent article examine l'effet de la qualité de la GFP sur les résultats de santé en utilisant la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), à partir d'un échantillon de pays d'Afrique Subsaharienne. Les résultats indiquent qu'une meilleure qualité de la GFP, approximée par les scores PEFA, réduit la mortalité maternelle et infanto-juvénile. L'effet estimé sur la mortalité liée aux maladies non transmissibles (MNT) n'est pas statistiquement significatif.

Une analyse approfondie par dimension de la GFP révèle dans l'ensemble des effets négatifs et significatifs sur la mortalité maternelle et infanto-juvénile et un effet non significatif sur la mortalité liée aux MNT. La budgétisation fondée sur les résultats reste associée à des effets non significatifs sur les indicateurs de mortalité tandis que les audits externes n'ont aucune incidence statistiquement significative sur la mortalité maternelle. La prévisibilité et le contrôle dans l'exécution du budget représentent la dimension de la GFP associée à l'effet le plus élevé sur la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Les évidences montrent que la qualité de la GFP réduit la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans les pays priorisant le plus le secteur de la santé dans leur allocation budgétaire. Ces effets restent non significatifs dans ceux pour lesquels la santé est moins priorisée. L'efficacité de la gouvernance et la stabilité politique et l'absence de violences sociéto-politiques accroissent l'effet négatif de la qualité de la GFP sur la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Perception of Covid-19 and Behaviours of Pregnant Women in the Bamako District (Mali).

Yaya Sidibe1, Amadou Bamba1 and Mamady SISSOKO2, (1)Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), Bamako, Mali, (2)University of Social Sciences and Management of Bamako (USSGB), Bamako, Mali

Résumé :

La pandémie à coronavirus a eu des effets négatifs sur les activités économiques, sociales et politiques au niveau mondial. L'application des mesures barrières déclarées par l'OMS en Mars 2020 a touché de nombreuses personnes vulnérables y compris les femmes enceintes. Ces mesures contraignantes sont susceptibles d'influencer la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes mais peut aussi nuire leur santé psychologique. Le faible taux de

propagation du Covid au Mali fait que la population a une perception différente sur la maladie et n'apprécie pas les mesures barrières de la même façon. Il est donc nécessaire de se pencher sur la perception des femmes enceintes sur le Covid-19 et sur les mesures barrières afin de prévenir et limiter la contamination de cette couche de la population à risque.

L'objectif de cet article est de connaitre les déterminants de la perception des femmes enceintes sur la maladie à CORONAVIRUS et analyser l'effet de la perception du covid sur les consultations prénatales.

Un échantillon non probabiliste avec la technique par quotas a été utilisé pour interroger 200 femmes enceintes dans les (6) centres de santé de référence du district de Bamako en fin Septembre 2021. D'une part, Il ressort des résultats partiels de l'Analyse en Correspondance Multiple (ACM) que les femmes qui déclarent que le covid-19 est une maladie inventée sont mariées avec un niveau d'éducation supérieur et n'écoutent pas régulièrement les informations sur le covid-19. Celles qui pensent le covid est un ressort de Dieu sont des femmes célibataires avec un niveau d'éducation secondaire. Celles qui pensent le covid-19 est une maladie mystique sont du statut matrimonial divorcé et n'ont aucun niveau d'éducation. Pamis ces femmes interrogées, 92% n'écoutent pas régulièrement les informations sur le Covid, 95% ne sont pas vaccinées, 98% déclarent ne pas faire confiance aux vaccins et aux communications du gouvernement sur le Covid, enfin, les mesures Covid ont affectées les consultations prénatales pour plus de 80% d'entre elles. D'autre part, l'analyse économétrique confirment que le niveau de perception influence négativement les consultations prénatales pendant la période de grossesse. Les politiques de sensibilisations ne semblent pas avoir eu les effets escomptés, laissant beaucoup de doutes sur le Covid-19, même chez les personnes à risque que sont les femmes enceintes.

Mots clés : Covid-19, consultation prénatale, santé maternelle, Mali.

Determinants of health care renunciation among women in Côte d'Ivoire: the case of the district of Abobo Anonkoi-3.

Jerome Kouame[1], *Marie Laure Tiade*[1], *Régine Attia*[1], *Aissata Dagnogo*[1], *Kouame Koffi*[1], *Annita Hounsa*[2], *Madikiny Coulibaly*[3], *Simone Malik*[3], *Desquith Aka*[4], *Stéphane Serge Agbaya Oga*[1], *Luc Philippe Kouadio*[1] *and Julie-Ghislaine Sackou*[1], *(1)UNIVERSITE F H BOIGNY, ABIDJAN, Côte d'Ivoire, (2)UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques de l'Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire, (3)INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE, ABIDJAN, Côte d'Ivoire, (4)Direction de coordination du programme élargi de vaccination, Côte d'Ivoire*

Introduction:

Le renoncement aux soins vise à identifier des besoins de soins non satisfaits qu'un état de santé aurait justifié. Ce comportement semble plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. L'objectif de ce travail était d'analyser les déterminants du renoncement aux soins chez les femmes de la ville d'Abidjan.

Methodes:

Il s'agissait d'une étude transversale réalisée de Mars à Mai 2019 à Anonkoi-3, un quartier périurbain de la commune d'Abobo, au nord de la ville d'Abidjan. Les caractéristiques sociodémographiques, économiques et celles de l'état de santé et du renoncement aux soins des femmes du quartier ont été collectées au moyen d'un questionnaire. Des analyses

univariées et des modèles de régression logistiques ont permis de mesurer l'association entre les différents types de renoncement et chacune des caractéristiques des femmes.

Resultats:

L'échantillon était composé de 423 femmes dont l'âge moyen était de 32 ± 12 ans. Le renoncement aux consultations chez le généraliste concernait 72,3% des femmes. Au niveau des spécialistes, les consultations chez l'ophtalmologue (25,1%), le dentiste (22,0%), et le gynécologue (14,9%) étaient celles auxquelles les femmes renonçaient le plus. Après consultation, 31,2% d'entre elles renonçaient à poursuivre d'autres soins. Elles renonçaient le plus souvent à acheter des médicaments issus de la médecine conventionnelle (19,6%) et préféraient utiliser les médicaments de la rue et médicaments traditionnels (87,9%).

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes âgées de 28 à 38 ans (OR= 2,5 [1,3-4,7], p= 0,013), les artisanes et commerçantes (OR= 3,2 [1,5-7,4], p= 0,004) et celles en apprentissage d'un métier (OR= 2,4 [1,1-5,5], p=0,028) renonçaient significativement plus aux soins.

Conclusion:

Les inégalités socio-économiques semblent les plus importantes chez les femmes, ce qui les conduit à renoncer aux soins. Il faut donc travailler à réduire ces inégalités.

Mots Cles: Femmes, renoncement aux soins, précarité, inégalités sociales, Côte d'Ivoire

Adolescents sexual and reproductive health: Identification of priority interventions in Senegal.

Oumy Ndiaye, *Cheikh Anta Diop University, Thiès, Senegal, Abdoulaye Diallo, Ministère de la santé du Senegal, Senegal and Samba Cor Sarr, Ministère de la santé du Senegal, Dakar, Senegal*

Contexte :

L'accès aux services de santé de la reproduction est un droit pour tous. Le Sénégal s'est ainsi engagé dans les programmes ayant pour but d'améliorer la santé des personnes notamment des adolescents.

Objectif :

Etablir les interventions prometteuses pour l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal.

Méthodes :

Former un groupe de travail réunissant chercheurs, décideurs, les structures en charge de la santé des adolescents au Sénégal pour l'élaboration des différentes interventions en santé de la reproduction des adolescents au Sénégal.

A partir des critères de l'OOAS et tenant compte des besoins en SRA du pays, nous avons retenu un ensemble de critères. La méthode du scoring appliquée à ces critères a permis de choisir les différentes interventions prioritaires en SRA des adolescents au Sénégal.

Résultats :

Plusieurs domaines d'interventions en SRA au Sénégal ont été retenus. Parmi les critères retenus nous avons la prise en compte des déterminants sociaux, prise en compte des

déterminants proximaux, prise en compte des connaissances, des comportements, et du mode de vie des adolescents, la pérennité/soutenabilité, l'innovation, le potentiel de mise à l'échelle, la prise en compte des valeurs culturelles et la maturation. Quatre interventions ont été retenues comme des interventions prometteuses. Il s'agit du projet sur la scolarisation des filles, la promotion des clubs de l'éducation à la vie familiale et projet pour l'éradication des grossesses scolaires et les espaces ados/jeunes.

Contribution de l'étude :

Grâce à une approche systématique, cette étude a permis d'identifier des interventions prometteuses pour assurer une amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal. Dès lors, cette recherche est essentielle pour soutenir des initiatives efficaces mises en place dans le cadre de l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal.

Économie des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents au Ghana: Une analyse situationnelle.

Dr. Ama Pokuaa Fenny, PhD, *Institute of Statistical, Social and Economic Research, Accra, Ghana*

Globalement, l'Afrique est considérée comme un continent dont la population est très jeune et en pleine croissance, avec plus de la moitié de la population âgée de moins de 30 ans. Dans la région de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en particulier, plus de 33% de la population est âgée de 10 à 24 ans. Par conséquent, on s'attend à ce que la demande potentielle de services de santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) parmi la population jeune soit élevée. Même si quelques pays ont élaboré des plans pour aborder et améliorer la SSRA, il y a un manque d'informations sur le coût de ces interventions. Il y a également peu ou pas d'informations sur le manque de ressources ou sur les exigences de l'intensification de ces interventions. L'étude vise d'abord à identifier les interventions " prioritaires " ou efficaces pour améliorer la SSRA au Ghana et au Sénégal. Ensuite, ces interventions identifiées seront chiffrées. L'étude évaluera également les besoins en ressources, les lacunes en matière de financement et identifiera les stratégies de financement pour mettre en œuvre les interventions prioritaires en matière de SSRA au Ghana et au Sénégal en utilisant une approche multicomposante et multisectorielle. Enfin, en collaboration avec les principales parties prenantes nationales, l'étude développera des stratégies innovantes et durables de mobilisation des ressources pour financer les interventions prioritaires ou efficaces en matière de SSRA au Ghana et au Sénégal. Étant donné que les budgets gouvernementaux de santé en Afrique restent faibles, il est important de comprendre les moyens efficaces de mobiliser des ressources nationales équitables et durables pour financer les interventions de SSRA en Afrique. Les critères d'identification des interventions prioritaires en matière de SSRA sont basés sur le cadre de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) pour l'identification des interventions efficaces pour relever les défis de la SSRA. Nos résultats préliminaires suggèrent que les interventions prioritaires en matière de SSRA au Ghana sont en grande partie celles classées comme transversales et multisectorielles,

notamment les clubs d'adolescents, les interventions d'autonomisation des adolescents, les interventions de renforcement des capacités et les interventions de santé numérique.

Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Sénégal : Analyse des interventions prometteuses ou efficaces.

Oumy Ndiaye, *Cheikh Anta Diop University, Thiès, Senegal*

Contexte :

L’accès aux services de santé de la reproduction est un droit pour tous. Le Sénégal s’est ainsi engagé dans les programmes ayant pour but d’améliorer la santé des personnes notamment des adolescents.

Objectif :

Etablir les interventions prometteuses pour l’amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal.

Méthodes :

Former un groupe de travail réunissant chercheurs, décideurs, les structures en charge de la santé des adolescents au Sénégal pour l'élaboration des différentes interventions en santé de la reproduction des adolescents au Sénégal.

A partir des critères de l'OOAS et tenant compte des besoins en SRA du pays, nous avons retenu un ensemble de critères. La méthode du scoring appliquée à ces critères a permis de choisir les différentes interventions prioritaires en SRA des adolescents au Sénégal.

Résultats :

Plusieurs domaines d'interventions en SRA au Sénégal ont été retenus. Parmi les critères retenus nous avons la prise en compte des déterminants sociaux, prise en compte des déterminants proximaux, prise en compte des connaissances, des comportements, et du mode de vie des adolescents, la pérennité/soutenabilité, l'innovation, le potentiel de mise à l'échelle, la prise en compte des valeurs culturelles et la maturation. Quatre interventions ont été retenues comme des interventions prometteuses. Il s'agit du projet sur la scolarisation des filles, la promotion des clubs de l'éducation à la vie familiale et projet pour l'éradication des grossesses scolaires et les espaces ados/jeunes.

Contribution de l'étude :

Grâce à une approche systématique, cette étude a permis d'identifier des interventions prometteuses pour assurer une amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal. Dès lors, cette recherche est essentielle pour soutenir des initiatives efficaces mises en place dans le cadre de l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal.

Session organisée 8-1

Vers une amélioration des systèmes de santé : Pourquoi l'efficacité des systèmes de santé est importante.

James Avoka Asamani, World Health Organization, Harare, Zimbabwe and Juliet Nabyonga-Orem, World Health Organization, Brazzaville, Congo, Brendan Kwesiga, WHO Kenya Country Office, Nairobi, Kenya, hristmal Dela Christmals, North-West University, Potchefstroom, South Africa.

Description

À mesure que les pays de la région africaine s'efforcent de passer au statut de pays à revenu élevé, on s'attend à une réduction correspondante du financement des donateurs externes, et les gouvernements devront compter de plus en plus sur les sources intérieures pour financer les services de santé. En outre, les chocs économiques, tels que l'impact de la pandémie de COVID-19, ont frappé les pays africains dont les systèmes de santé n'étaient déjà pas très performants. Par conséquent, il est plus urgent que jamais d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé dans les pays africains. Des études antérieures ont examiné l'efficacité technique des institutions de prestation de soins de santé et d'autres ont analysé l'(in) efficacité à l'échelle du système dans les pays ou entre les pays. Néanmoins, en fonction de la mesure des intrants et des extrants choisie et des choix et de la rigueur méthodologiques, les données disponibles sur l'efficacité des systèmes de santé en Afrique semblent être incohérentes, parfois contradictoires ou même confuses. Nous avons mené une série d'analyses pour évaluer systématiquement le niveau d'(in)efficience des systèmes de santé en Afrique et les facteurs explicatifs associés, en triangulant la littérature et l'analyse empirique. Cette session organisée présente trois (3) articles qui traitent de l'efficience en Afrique à partir d'une revue systématique de la littérature et d'une méta-analyse, d'une analyse d'enveloppement de données multi-comtés et d'une étude de cas nationale du point de vue de l'efficience inter-programmes dans le contexte de la transition des donateurs.

L'état et les déterminants de l'efficacité des systèmes de santé en Afrique : Une revue systématique et une méta-analyse.

Christmal Dela Christmals, North-West University, Potchefstroom, South Africa, Juliet Nabyonga-Orem, World Health Organization, Brazzaville, Congo and James Avoka Asamani, World Health Organization, Harare, Zimbabwe

Introduction:

Les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en Afrique, disposent de ressources nationales insuffisantes pour investir dans la santé en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), mais les ressources disponibles n'ont pas toujours été utilisées efficacement. Ainsi, outre le plaidoyer en faveur d'une augmentation des investissements dans la santé, les pays doivent améliorer leur efficacité et fournir davantage de services de santé dans la limite de leurs ressources. Il est donc nécessaire de comprendre le niveau d'(in) efficacité en Afrique et ce qui le motive. Cette revue systématique a synthétisé les données les plus récentes sur le niveau d'(in)efficience des systèmes de santé dans la région africaine et ses moteurs.

Méthodes :

Une revue systématique de la littérature a été menée, guidée par la déclaration PRISMA 2020. Les études connexes ont été regroupées et méta-analysées, tandis que les autres ont fait

l'objet d'une analyse descriptive. Une synthèse de contenu qualitative a été utilisée pour synthétiser les moteurs de l'efficacité.

Résultats :

Dans l'ensemble, 39 études répondaient à un critère d'inclusion prédéterminé et ont été incluses parmi les 4 609 enregistrements possibles récupérés grâce à un processus de recherche et de sélection rigoureux. En utilisant la méthode du maximum de vraisemblance restreinte à effets aléatoires (REML), le score d'efficacité groupé pour la région Afrique a été estimé à 0,77 (IC 95 % : 0,66-0,83) - ce qui implique que l'inefficacité des systèmes de santé dans les pays de la région Afrique est d'environ 23 % (95 % : 17 % - 44 %). Dans les 22 études qui ont utilisé l'analyse d'enveloppement des données (DEA) pour examiner l'efficacité des établissements de santé et des entités infranationales, le niveau d'efficacité était de 0,67 (score d'efficacité médian = 0,65). Ainsi, les études réalisées au niveau des établissements avaient tendance à estimer de faibles niveaux d'efficience par rapport aux études réalisées au niveau des systèmes de santé. Dans l'ensemble des études, 21 facteurs significatifs d'efficience, dont la densité de population de la zone de chalandise, la gouvernance, la propriété des établissements de santé, la densité du personnel des établissements de santé, le statut économique national, le type d'établissement de santé, l'indice d'éducation, la taille de l'hôpital et la durée du séjour des patients hospitalisés (taux d'occupation des lits) ont été signalés.

Conclusion :

Avec environ 23% (17-34%) d'inefficacité dans les systèmes de santé en Afrique, l'amélioration de l'efficacité seule permettra une amélioration moyenne de 34% de la disponibilité des ressources en Afrique - en supposant que tous les pays ont des performances similaires à celles des pays frontaliers. Toutefois, compte tenu du faible niveau des dépenses de santé par habitant en Afrique, les gains d'efficacité seuls seront probablement insuffisants pour répondre à l'exigence minimale de la couverture sanitaire universelle.

Évaluation de l'efficacité technique des systèmes de santé dans la région africaine : Une analyse d'enveloppe de données en deux étapes avec régression Tobit.

James Avoka Asamani, Organisation mondiale de la santé, Harare, Zimbabwe, et Juliet Nabyonga-Orem, Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo.

Contexte:

Le rapport sur la santé mondiale publié en 2010 a souligné que l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé était un facteur essentiel pour parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU), car on estime que 20 à 40 % de toutes les ressources consacrées aux soins de santé sont gaspillées (OMS, 2010). Par conséquent, il est nécessaire d'augmenter les dépenses de santé d'une part et d'améliorer l'efficacité d'autre part, afin de mieux gérer les coûts des soins de santé et d'améliorer les résultats sanitaires et la durabilité vers la CMU. En utilisant une revue systématique des preuves pour guider la sélection des variables, cette étude présente les résultats d'une analyse transversale d'enveloppement des données (DEA) pour estimer le niveau d'(in)efficacité des pays et les facteurs sous-jacents de l'inefficacité.

Méthodes :

Nous avons examiné l'efficacité technique en utilisant l'analyse par enveloppement des données (DEA). Les intrants utilisés dans la DEA sont les dépenses courantes de santé par

habitant (DCS), les agents de santé et les lits d'hôpitaux pour 1000 habitants. Les mesures de sortie des résultats du système de santé sont l'espérance de vie à la naissance et la mortalité des moins de 5 ans.

Résultats :

L'analyse est en cours, et les estimations préliminaires montrent que la région Afrique a un score d'efficience moyen de 75,41% (IC 95% : 69,05% - 81,76%), le plus faible, cependant, 34,8% au Cameroun tandis que dix pays sont probablement à la frontière de l'efficience. De même, 21 pays (44,68%) semblent techniquement efficaces, mais 23 (49%) ont des scores d'efficacité nettement inférieurs à ceux des pays frontières et pourraient être considérés comme techniquement inefficaces. Certains pays mal classés dans le modèle orienté vers l'output ont un classement relativement meilleur lorsqu'ils sont considérés dans le modèle orienté vers l'input. Dans la deuxième étape de l'analyse, un modèle de régression Tobit est utilisé pour explorer les principales causes des différences de scores d'efficacité entre les pays. Les résultats préliminaires de cette analyse empirique tendent à être cohérents avec la méta-analyse issue d'une revue systématique, mais des variations substantielles sont observées dans certains pays, ce qui met en évidence les incertitudes entourant les analyses d'efficience au niveau des systèmes de santé multi-pays. Par conséquent, les analyses transversales de l'efficacité doivent toujours être interprétées avec prudence - ainsi, une analyse régulière visant à suivre les changements dans le temps peut être plus informative pour l'amélioration des systèmes.

Conclusion :

L'inefficacité est prévalente dans 49% de la région Afrique. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence car les scores d'efficience sont très sensibles à la sélection des variables, à la période des données et au choix de la méthodologie.

La transition des donateurs sur la voie de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : Leçons tirées de l'évaluation de l'efficacité des programmes au Kenya.

Brendan Kwesiga, WHO Kenya Country Office, Nairobi, Kenya

Description

À mesure que les pays de la région africaine s'efforcent de passer au statut de pays à revenu élevé, on s'attend à une réduction correspondante du financement des donateurs externes, et les gouvernements devront compter de plus en plus sur les sources intérieures pour financer les services de santé. En outre, les chocs économiques, tels que l'impact de la pandémie de COVID-19, ont frappé les pays africains dont les systèmes de santé n'étaient déjà pas très performants. Par conséquent, il est plus urgent que jamais d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé dans les pays africains. Des études antérieures ont examiné l'efficacité technique des institutions de prestation de soins de santé et d'autres ont analysé l'(in)efficacité à l'échelle du système dans les pays ou entre les pays. Néanmoins, en fonction de la mesure des intrants et des extrants choisie et des choix et de la rigueur méthodologiques, les données disponibles sur l'efficacité des systèmes de santé en Afrique semblent être incohérentes, parfois contradictoires ou même confuses. Nous avons mené une série d'analyses pour évaluer systématiquement le niveau d'(in)efficience des systèmes de santé en Afrique et les facteurs explicatifs associés, en triangulant la littérature et l'analyse empirique. Cette session organisée présente trois (3) articles qui traitent de l'efficience en Afrique à partir d'une revue systématique de la littérature et d'une méta-analyse, d'une analyse d'enveloppement de données multi-comtés et d'une étude de cas nationale du point de vue de l'efficience inter-programmes dans le contexte de la transition des donateurs.

Session organisée 8-2

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont-ils prêts à s'éloigner du financement de la santé par les donateurs ? L'expérience du Ghana et du Nigeria.

Auteurs : *Yewande Ogundeji, Fondation pour la stratégie et la prestation de services de santé, FCT, Canada, Wenhui Mao, Le centre pour l'impact des politiques en santé mondiale, Durham, NC, Osondu Ogbuoji, Le centre pour l'impact des politiques de santé mondiale, Durham, NC.*

Description

Le monde sanitaire connaît une série de transitions rapides et profondes qui menacent de bloquer, voire de faire dérailler, les progrès en matière d'amélioration de la santé. Au cours des prochaines années, plus d'une douzaine de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) sortiront de l'aide multilatérale au développement dans le domaine de la santé (ADS), mais beaucoup d'entre eux ont encore d'importantes poches de pauvreté et de mortalité élevée et n'ont pas la capacité nationale de relever ces défis seuls.

Gavi et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le programme d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR), sont des acteurs majeurs du financement des programmes de lutte contre les maladies. Depuis 2000, plus de 109 milliards de dollars et 24 milliards de dollars ont été dépensés par les donateurs pour les programmes de lutte contre le VIH et la vaccination respectivement. Les pays connaissant une croissance économique, on s'attend à ce que le financement de la santé par des donateurs externes soit remplacé par des systèmes financés au niveau national qui donnent des résultats. C'est pourquoi, ces dernières années, les donateurs ont commencé à réduire (ou ont prévu de réduire) l'aide étrangère au développement. Cependant, il est prouvé que les programmes de santé publique à grande échelle ne sont souvent pas maintenus au-delà du soutien des donateurs.

Par conséquent, il est important d'analyser les risques, les lacunes et les défis, ainsi que les implications en termes de ressources, alors que les pays se préparent à ces transitions. Les enseignements tirés de ces évaluations faciliteront une meilleure planification afin de garantir que les gains programmatiques soient maintenus après le retrait des donateurs.

La session organisée proposée présentera les perspectives des pays sur la préparation à la transition, y compris les implications en termes de ressources et de politiques, et l'expérience de la planification de la transition au Ghana et au Nigeria. La première présentation se concentrera sur les résultats des entretiens et des expériences de choix discret avec les parties prenantes au Ghana pour explorer leurs perspectives sur la transition. Le deuxième exposé présentera les résultats de l'analyse de l'incidence des avantages, qui met en évidence les avantages du programme élargi de vaccination (PEV) au Ghana. La troisième présentation mettra en évidence les lacunes (et les opportunités) en matière de connaissances, de capacités et de politiques relatives aux transitions de financement au Nigeria. La dernière présentation portera sur l'expérience des parties prenantes en matière de planification de la transition du financement Gavi à la vaccination de routine au Nigeria.

La transition de l'aide des donateurs pour la santé : perspectives des parties prenantes nationales et preuves d'une expérience de choix discrets (DCE) au Ghana.

Wenhui Mao, Centre pour l'impact des politiques de santé mondiale, Durham, NC.

Contexte:

Le changement de statut du Ghana, de pays à faible revenu à pays à revenu intermédiaire, le rendra inéligible à une aide concessionnelle à l'avenir. Si la transition peut être le reflet de changements positifs dans un pays, tels que le développement économique ou les progrès en matière de santé, la perte du soutien des organismes donateurs pourrait avoir des effets négatifs sur les performances du système de santé et la santé de la population. Nous avons cherché à identifier les principaux défis et opportunités auxquels le Ghana sera confronté pour gérer la transition de l'aide et à analyser les préférences des parties prenantes dans le pays pour les options politiques potentielles afin de gérer le retrait des donateurs.

Méthodes :

Nous avons mené des entretiens avec des informateurs clés et une expérience de choix discret (DCE) à choix binaire avec des attributs et des niveaux développés sur la base des entretiens. Nous avons effectué une analyse de contenu dirigée des transcriptions des entretiens et les données de l'expérience de choix discret ont été analysées en ajustant un modèle hiérarchique de Bayes à l'aide de Lighthouse Studio 9.7 (Sawtooth Software).

Résultats :

18 parties prenantes du gouvernement, des organisations de la société civile et des organismes donateurs au Ghana ont identifié les défis plus fréquemment que les opportunités. Toutes les parties prenantes estiment que le Ghana sera confronté à des défis importants en raison de la transition des donateurs. Les défis comprennent : la difficulté à combler les écarts financiers laissés par les donateurs, le déplacement des priorités nationales au détriment du secteur de la santé, le manque de ressources humaines pour la santé, l'interruption des soins pour les bénéficiaires des programmes de santé financés par les donateurs, la négligence des populations vulnérables et la perte des mécanismes de responsabilité qui étaient liés au financement des donateurs. Cependant, les parties prenantes ont également identifié des opportunités clés que les transitions pourraient présenter, notamment des gains d'efficacité, une autodétermination et une autosuffisance accrues, une meilleure capacité à tirer parti des ressources nationales et une meilleure mobilisation des revenus.

Nous avons analysé les données de 76 répondants ; 50 (68,5%) provenaient d'agences gouvernementales, neuf (12,3%) d'organisations non gouvernementales (ONG), et sept (9,6%) d'agences donatrices. Les parties prenantes ont convenu qu'une évaluation de l'état de préparation à la transition était nécessaire et qu'il était fortement préférable d'élaborer un plan national de gestion de la transition. Les parties prenantes ont préféré que le gouvernement soit le seul à assumer la responsabilité principale de la préparation à la transition. En ce qui concerne le financement de la santé après la transition, les parties prenantes ont préféré augmenter les allocations gouvernementales à la santé plutôt que les autres options. Pour les interventions de renforcement des systèmes, les parties prenantes ont préféré améliorer l'efficacité du secteur de la santé.

Conclusion :

Les parties prenantes au Ghana pensent que la transition vers l'abandon de l'aide à la santé présente à la fois des défis et des opportunités. Les défis pourraient être relevés en réalisant une évaluation de la préparation à la transition, en identifiant les priorités du secteur de la santé, en développant un plan de transition avec un budget pour poursuivre les programmes de santé essentiels, et en mobilisant un plus grand engagement politique pour la santé. La perte de l'aide pourrait être transformée en une opportunité d'intégrer les programmes verticaux dans un système de santé plus complet.

Qui bénéficie du Programme élargi de vaccination (PEV) au Ghana : preuves tirées de l'analyse de l'incidence des avantages ?

Osondu Ogbuoji, Centre pour l'impact des politiques de santé mondiale, Durham, NC

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) du Ghana est principalement financé par le gouvernement, avec un soutien important des donateurs, dont Gavi, l'Alliance pour les vaccins. Comme le Ghana est devenu un comté à revenu intermédiaire inférieur et qu'il s'approche de la sortie de Gavi, nous cherchons à évaluer qui sera le plus touché par la transition vers Gavi en analysant qui bénéficie le plus du PEV actuel. En utilisant les données d'utilisation des services de l'enquête sur les niveaux de vie de 2017 et les informations sur les coûts provenant de sources secondaires, nous avons effectué une analyse bénéfice-incidence pour évaluer si les ménages des groupes socio-économiques inférieurs bénéficiaient préférentiellement du PEV au Ghana. Nous avons spécifiquement inclus les vaccinations contre la polio, le Penta, le Rotavirus, la rougeole, la vitamine A, le BCG et la fièvre jaune pour l'analyse. Nous avons constaté que plus de 96% des enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés au Ghana, avec une couverture plus élevée dans les zones urbaines (99,3%) que dans les zones rurales (94,9%) et égale (96,4%) pour les enfants de sexe masculin et féminin. La couverture était plus faible (93,9%) chez les ménages les plus pauvres que chez les ménages les plus riches (99,1%). Une petite fraction (7,4 %) des ménages ont payé directement de leur poche les services de vaccination reçus. Cette proportion était plus élevée dans les zones rurales (8,3%) que dans les zones urbaines (5,5%). La distribution du bénéfice des vaccins sélectionnés du PEV était favorable aux pauvres pour l'ensemble de la population, indépendamment des types de vaccins, et l'IC varie de -0,087 à -0,153 ($p<0,05$). En d'autres termes, les ménages les plus pauvres ont de préférence bénéficié davantage du programme actuel du PEV au Ghana, et ils ont tendance à être plus touchés lorsque le Ghana cessera de bénéficier du soutien des donateurs pour les programmes du PEV. Pour répondre à cette préoccupation et pour maintenir la distribution équitable des services de vaccination après la transition, il faut mobiliser davantage de ressources au niveau national pour soutenir le programme PEV. Il est donc important pour le Ghana d'adopter une stratégie de transition complète qui donnera la priorité à la mobilisation et à l'allocation des ressources pour des programmes tels que le PNI qui a reçu un soutien important des donateurs.

Le Nigéria est-il sur la bonne voie pour atteindre la couverture sanitaire universelle dans le contexte de sa transition épidémiologique et financière ? Une analyse des lacunes en matière de connaissances, de capacités et de politiques

Yewande Ogundeji, Fondation pour la Stratégie et la Prestation de Services de Santé, FCT, Canada

Introduction

Le Nigeria traverse des transitions dans le système de santé qui comprennent une double charge de maladies infectieuses et non transmissibles, et la transition de l'aide concessionnelle des donateurs vers le financement national de la santé. Ces transitions auront une incidence sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) au Nigeria. Il est donc important d'analyser les politiques actuelles, les capacités des parties prenantes et les connaissances pour l'avancement de la CMU dans le contexte de ces transitions.

Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative, comprenant une analyse documentaire et des entretiens semi-structurés avec 18 Informateurs Clés (IC) issus de ministères, départements et

agences (MDA), de partenaires de développement, d'organisations de la société civile et du monde universitaire. Les transcriptions des entretiens ont été analysées à l'aide de NVivo 11 afin d'identifier des thèmes basés sur les similitudes et les différences dans les données.

Résultat

Les parties prenantes étaient généralement bien informées des transitions auxquelles le Nigeria est confronté, notamment en ce qui concerne la charge de morbidité, l'aide des donateurs et le financement national, mais pas les transitions démographiques. Les lacunes en matière de capacités identifiées par les personnes interrogées comprenaient une faible capacité à mettre en œuvre des régimes d'assurance maladie au niveau infranational, une mauvaise gestion des informations/données pour suivre les progrès vers la CHU, et une communication et une collaboration interagences limitées entre les MDA. En outre, les participants à notre étude ont indiqué que les politiques actuelles qui sous-tendent les grandes réformes de la santé, comme la loi sur la santé nationale, semblent adéquates pour soutenir l'avancement du CHU en théorie, mais que la mauvaise mise en œuvre des politiques constitue un défi majeur. Les informateurs clés ont souligné que cette mise en œuvre médiocre était due à un manque de sensibilisation aux politiques, à la faiblesse des dépenses publiques en matière de santé et à l'insuffisance de la production de données probantes pour étayer les décisions.

Conclusion

L'étude a révélé qu'il existe des défis majeurs en termes de connaissances et de capacités pour l'avancement du CHU dans le contexte de ces transitions, notamment une mauvaise connaissance des transitions démographiques, une faible capacité de mise en œuvre de l'assurance maladie aux niveaux infranationaux, de faibles dépenses publiques en matière de santé, une mauvaise mise en œuvre des politiques et une mauvaise communication et collaboration entre les parties prenantes. Pour relever ces défis, des efforts de collaboration sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de connaissances par le biais de produits de connaissances ciblés, d'une communication et d'une collaboration inter-agences améliorées, et d'une sensibilisation accrue aux politiques en identifiant, engageant et renforçant les capacités des champions des politiques pour la mobilisation des ressources nationales et d'autres réformes du financement de la santé.

Surveillance améliorée du financement de la vaccination de routine au Nigeria : Une stratégie de transition vers l'autofinancement complet de la vaccination de routine

Yewande Ogundeji, Fondation pour la stratégie et la prestation de services de santé, FCT, Canada

Introduction

La vaccination des enfants est l'une des interventions de santé publique les plus rentables pour réduire la mortalité infantile. Cependant, le Nigeria compte toujours le plus grand nombre d'enfants non vaccinés au monde, estimé à 4,3 millions d'enfants en 2018. Depuis 2000, Gavi, l'Alliance pour les vaccins, s'efforce d'améliorer l'accès aux vaccins nouveaux et sous-utilisés pour les enfants vivant dans les pays les plus pauvres du monde, dans le cadre de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. En juin 2018, le conseil d'administration de Gavi a approuvé l'extension de la période de transition de son soutien à la vaccination au Nigeria de 2021 à 2028. Il est désormais prévu que le Nigéria passe à la phase d'autofinancement complet, en assumant l'entière responsabilité d'ici 2028. Cet autofinancement nécessitera une augmentation des provisions budgétaires du gouvernement nigérian pour la vaccination sur la période 2019-2028. Afin d'améliorer les

efforts du Nigéria en matière d'autofinancement de la vaccination de routine, nous avons fourni une assistance technique pour l'élaboration d'un cadre de surveillance et de suivi du financement de la vaccination ; nous avons également engagé des parties prenantes clés pour valider et aligner le cadre.

Méthodes

Tout d'abord, nous avons effectué une étude documentaire de l'espace de financement de la vaccination afin de comprendre les acteurs et les activités dans ce domaine. Nous avons ensuite effectué des diagnostics et des analyses pour élaborer un cadre de suivi du financement de la vaccination. En outre, nous avons mené des entretiens avec des informateurs clés auprès de 12 parties prenantes impliquées dans la programmation de l'IR au niveau national. Les transcriptions, notes et mémos des entretiens ont été codés et analysés de manière thématique.

Résultats et discussion

Dans l'ensemble, les résultats de l'étude indiquent que le gouvernement fédéral du Nigeria (FGoN) s'est engagé à augmenter l'allocation budgétaire pour le financement de la vaccination. Le budget 2021 a vu une augmentation du financement des vaccins en tant que vote à l'échelle du service. En outre, l'application du cadre de suivi du financement des vaccins a révélé que la proportion des dépenses annuelles d'achat de vaccins libérées par les ressources budgétaires du gouvernement a considérablement augmenté au cours des deux dernières années, passant de moins de 5% en 2018 à 28% en 2019 et 33% en 2020. Cependant, certaines parties prenantes ont exprimé la nécessité de faire du financement de la vaccination une charge de première ligne dans le budget, afin qu'il reste garanti dans le budget pour le financement de la vaccination. Les résultats des entretiens avec les informateurs clés ont mis en évidence les différents rôles des parties prenantes dans le mécanisme actuel de coordination nationale de la vaccination systématique. Les parties prenantes ont confirmé que plusieurs processus sont en place pour éviter la mauvaise utilisation des fonds, ce qui implique de suivre des indicateurs spécifiques et de naviguer dans les bureaucraties existantes avec le décaissement des fonds.

Session parallèle 8-1

Dynamiques politico-économiques dans le secteur de la santé

L'impact de la politique sur les comportements de recherche de soins : Le cas de Covid-19 dans la région du Nord-Ouest du Cameroun..

Dingana Therence Nwana, *Université de Bamenda, Cameroun, Bamenda, Cameroun*

Contexte :

Au niveau mondial, les problèmes de santé sont de plus en plus nombreux, qu'il s'agisse de la malnutrition, des maladies non transmissibles, du changement climatique ou, surtout, des maladies infectieuses. La récente épidémie de COVID- 19 a mis en évidence les faiblesses des systèmes de santé mondiaux. Le COVID-19 a déclenché des débats parmi les experts de la santé, les économistes et les politiciens du monde entier. Cela a également conduit à une polarisation de la politique internationale qui affecte la santé au niveau mondial. La division qui en a résulté a détourné l'attention de la réponse mondiale nécessaire pour enrayer cette maladie mortelle, ce qui a entraîné des progrès économiques lents et des millions de vies perdues, alors que la solution semble toujours futile.

Objectifs :

Nous avons cherché à connaître les perceptions et les points de vue des principales parties prenantes sur l'impact de la politique dans les défis de santé mondiale, avec un intérêt particulier pour la pandémie de COVID-19 dans la région du nord-ouest du Cameroun. Et comment ces perceptions guident leurs comportements de recherche de soins de santé.

Méthodes :

Une méthode d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour identifier 300 acteurs clés et un questionnaire en face à face a été administré. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique pour identifier leurs perceptions de l'impact politique sur la pandémie de COVID-19 et pour déchiffrer leurs comportements de recherche de soins de santé.

Résultats :

La médecine conventionnelle a vu son intégrité remise en question et son rôle déprécié par 74% et 58% respectivement dans le contexte du COVID-19. Soixante-huit pour cent des personnes concernées ont eu recours à ce qu'elles pensaient être le plus efficace pour elles. Et 87 % d'entre eux ont attribué aux pressions politiques/administratives la cause profonde du refus du vaccin COVID-19 et du refus de recourir aux services de santé conventionnels pour le traitement du COVID-19.

Conclusion :

Il devrait y avoir une réponse mondiale à une pandémie comme celle du COVID-19. On fait confiance à la science depuis des années et on devrait lui donner la place qui lui revient dans le contexte d'une crise sanitaire. La recherche et les résultats scientifiques devraient bénéficier d'un soutien massif de la part des pouvoirs politiques/administratifs. La pression politique/administrative dans le contexte d'une crise sanitaire comme celle du COVID-19 peut être extrêmement contre-productive.

Priorité politique pour le financement basé sur la performance au niveau du comté au Kenya : 2015 à 2018.

***Dennis Waithaka*[1]**, *Lucy Gilson*[2], *Benjamin Tsofa*[3], *Edwine Barasa*[4] *et Marsha Orgill*[2], *(1) Programme de recherche Kemri-Wellcome Trust, Nairobi, Kenya, (2) Université du Cap, Afrique du Sud, (3) Programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya, (4) Unité de recherche en économie de la santé, Programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Nairobi, Kenya.*

Contexte :

Le financement basé sur la performance a été introduit dans le comté de Kilifi au Kenya en 2015. Cette étude examine comment et pourquoi les acteurs politiques et bureaucratiques au niveau local dans le comté de Kilifi ont influencé la mesure dans laquelle le FBP était politiquement prioritaire au niveau infranational.

Méthodes :

L'étude a utilisé un modèle d'étude à cas unique. Le cadre de définition des priorités politiques de Shiffman et Smith, avec des adaptations proposées par Walt et Gilson, a été appliqué. Les données ont été collectées par le biais d'une analyse documentaire (n=19) et d'entretiens approfondis (n=8). L'analyse du cadre a été utilisée pour analyser les données et générer des résultats.

Résultats :

Le FBP n'était pas une priorité au niveau du comté de Kilifi après la fin du financement des donateurs pour l'initiative en 2018. La priorisation politique du FBP au niveau du comté de Kilifi a été influencée par des caractéristiques contextuelles, notamment la dévolution du pouvoir aux acteurs infranationaux et des structures rigides de gestion des finances publiques. Elle a également été influencée par les interprétations de l'idée de " paiement à la performance ", et plus particulièrement par son encadrement en tant que " financement supplémentaire ", ainsi que par rapport aux caractéristiques clés de la conception du FBP.

Conclusion :

Les réformateurs de la santé doivent être conscients du pouvoir et des intérêts des acteurs nationaux et sous-nationaux dans toutes les phases du processus politique, y compris les acteurs bureaucratiques et politiques des secteurs de la santé et autres. Ceci est particulièrement important dans les contextes de gouvernance publique décentralisée où les réformes requièrent une attention soutenue et un engagement budgétaire au niveau infranational. Il est également nécessaire d'impliquer très tôt les acteurs critiques afin de développer une compréhension commune des idées sur lesquelles les interventions sont basées, ainsi que des problèmes et des solutions.

Examen des questions de corruption et de responsabilité en matière de riposte au COVID 19 au Nigeria : Implications pour la gouvernance des systèmes de santé.

Prince Agwu, *Université du Nigeria, Nsukka, Nsukka, Royaume-Uni, Adanma Ekenna, Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigeria, Campus d'Enugu, État d'Enugu, Nigeria, Uche Obi, Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu State, Nigeria, Tochukwu Orjiakor, Université du Nigeria, Nsukka, Aloysius Odii, Université du Nigeria, Nsukka, Enugu, Nigeria, Enyi Etiaba, Université du Nigeria, Nsukka. , Enugu, Nigeria, Benjamin Chudi Uzochukwu, Université du Nigeria Enugu Campus, Enugu, Nigeria et Obinna Onwujekwe, Université du Nigeria, Nsukka, Enugu Campus, Enugu, Nigeria.*

Contexte :

Les dépenses de santé flexibles et urgentes pendant les urgences de santé publique faussent les processus d'approvisionnement et encouragent potentiellement les pratiques de corruption dans les systèmes de santé. Cela peut éroder la confiance du public et entraîner une faible conformité aux mesures de sécurité sanitaire pendant les crises de santé publique. La lutte contre la corruption dans le domaine de la santé et dans les réponses aux pandémies est donc essentielle.

Buts et objectifs :

Notre étude vise à mettre en évidence l'espace des ressources du COVID-19 au Nigeria, en réfléchissant aux ressources générées et à la manière dont elles ont été utilisées. Nous avons cherché à comprendre les domaines de corruption qui auraient pu affecter l'utilisation optimale des ressources agrégées pour optimiser les réponses à la pandémie. Nous avons également essayé de rechercher des preuves de la lutte contre la corruption dans l'espace nigérian et dans des contextes similaires à faibles ressources, sur lesquelles nous pourrions nous appuyer à l'avenir.

Méthodes :

Les articles relatifs au COVID-19 (rapports de divers organismes gouvernementaux et OSC) sur la mobilisation et l'appropriation des ressources, les perceptions du public en matière de responsabilité et de lutte contre la corruption, ont été examinés. Les résultats ont été organisés en trois thèmes : i) les ressources mobilisées pour riposter le COVID-19, ii) les éléments de preuves relatifs à la corruption ou l'anticorruption dans leur dépense et iii) les implications pour la gouvernance des systèmes de santé.

Résultats :

Environ N36,3 milliards (93,5 millions de dollars US) ont été collectés par le biais de 295 dons aux gouvernements fédéraux et étatiques, pour combattre le virus. En outre, le Nigeria a alloué 10 milliards de dollars (27 millions d'euros) aux centres d'épidémiologie et à l'agence de lutte contre la maladie dans le pays. Alors que les informations sur les ressources disponibles sont librement accessibles, celles sur les dépenses sont opaques, ce qui a suscité de vives inquiétudes. Bien que les preuves de lutte contre la corruption semblent rares dans notre examen, nous avons pu en identifier quelques-unes. La clé des mesures anticorruption que nous avons trouvées est l'implication de la base.

Conclusion :

L'absence de preuves d'une utilisation optimale des ressources dans le cadre de la responsabilité et de la lutte contre la corruption a suscité l'inquiétude du public et sa confiance dans l'existence réelle d'une pandémie. La baisse de motivation des travailleurs de la santé est liée à des actions industrielles.

Recommandations :

Les OSC doivent s'engager activement à inciter le gouvernement à faire preuve de responsabilité, en s'associant à des organisations multilatérales et à des donateurs pour

accroître la pression sur le gouvernement afin qu'il rende compte des ressources prévues pour la lutte contre la pandémie. Les groupes et associations de professionnels de la santé doivent également s'engager activement auprès du gouvernement et demander des comptes. Enfin, il convient d'encourager les conversations sur les questions de corruption et de responsabilité qui affectent les systèmes de santé.

La coordination de l'aide internationale entre théorie et pratique.

Wafa Mataria, *Université américaine du Caire, Caire, Égypte et Aliaa Aboutera, Université américaine du Caire*

L'industrie de l'aide internationale (AI) souffre de difficultés de coordination aux niveaux vertical et horizontal en raison de la présence de divers acteurs dans cette industrie. Les principaux objectifs de l'étude sont d'explorer les acteurs de l'aide internationale, les moyens de coordination de l'aide internationale et de relier ces moyens aux concepts de coordination. L'étude analyse la structure de coordination de l'IA en utilisant la conceptualisation des modèles théoriques de coordination de Bouckaert et al (2010).

Selon l'analyse, les trois modèles de coordination sont présents dans le cas de l'EI. Le modèle hiérarchique est présent dans la coordination verticale entre le niveau central et le niveau périphérique dans le secteur public ainsi qu'entre les donateurs / organisations internationales et les gouvernements bénéficiaires. La hiérarchie garantit des relations fondées sur des règles mais pose le problème de la rigidité, ce qui entraîne une diminution de l'alignement de l'aide. Le modèle basé sur le réseau peut être détecté dans la coordination horizontale entre les ministères impliqués dans les programmes multisectoriels financés par l'aide et entre les donateurs. La coordination basée sur le réseau permet de réduire la duplicité et le gaspillage des ressources. Néanmoins, elle est basée sur la confiance et le partage d'informations qui ne sont pas toujours présents entre les différents acteurs. La coordination basée sur le marché a lieu entre le gouvernement d'une part et les ONG ou les organisations privées à but lucratif d'autre part. Il s'agit apparemment d'une approche de coordination facile, mais elle dépend des capacités des ONG et des organisations privées.

Différentes structures de coordination ont été établies aux niveaux international et national pour surmonter la complexité de la coordination entre les nombreux acteurs de l'EI. Ces structures se sont avérées souffrir de nombreuses lacunes. Les lacunes des structures de coordination de l'EI sont dues : premièrement, au grand nombre d'acteurs ayant des juridictions différentes, ce qui nécessite une méthode de coordination globale et complexe. Deuxièmement, toutes les structures de coordination de l'aide, à l'exception de certaines structures créées par les gouvernements, se concentrent sur un type d'acteurs, elles ne couvrent pas la longue chaîne des acteurs de l'aide. Elles facilitent donc la coordination à une étape du processus d'aide mais pas tout au long de celui-ci. Enfin, l'approche de la coordination en réseau est largement utilisée dans le domaine de l'aide, bien qu'il s'agisse du type de coordination le plus fragile.

L'article recommande le renforcement des structures de coordination des gouvernements bénéficiaires afin qu'ils soient en mesure de coordonner l'aide au sein de leurs institutions et avec les donateurs, les OI, les ONG et le secteur privé comme une solution prometteuse au problème de la coordination internationale. Le document conclut également que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour développer des mécanismes de coordination plus efficaces qui englobent tous les acteurs de la chaîne de l'aide internationale.

La dynamique politique de la vaccination contre le COVID-19 au Ghana : Une approche du cadre des priorités politiques.

Roger Atinga, *Université de Ghana, Ecole de Business, Accra, Ghana, Augustina Koduah, Département de Pratique Pharmaceutique et de Pharmacie Clinique, École de Pharmacie, Collège des Sciences de la Santé, Université du Ghana, Accra, Ghana et Gilbert Abiiro, Département des Services de Santé, de la Politique, de planification, de Gestion et de l'économie, École de Santé Publique, Université des Etudes de Développement, Tamale, Ghana.*

Le Ghana etait le premier pays africain à prendre livraison de la première vague de vaccins AstraZeneca/Oxford provenant de l'installation COVAX. Ce début prometteur du déploiement de la vaccination doit encore se traduire par une accélération de la vaccination complète de nombreuses populations. L'arrivée des vaccins COVID-19 et le processus de vaccination ont fait l'objet d'intenses contestations politiques internes, caractérisées par des interprétations diverses et des caractéristiques problématiques des vaccins qui influencent négativement les attitudes vis-à-vis de la vaccination. En nous appuyant sur les principes d'un cadre d'analyse politique, nous avons procédé à un examen rapide des rapports des médias, des articles de journaux et des rapports de documents sur les débats, discussions et questions en cours concernant la dynamique politique, le cadrage de la vaccination, les constructions sociales générées autour des vaccins et les actions des parties prenantes liées à la trajectoire de développement de la vaccination. Nous avons constaté que la vaccination COVID-19 a été principalement encadrée selon les principes de la santé publique, de l'approche centrée sur le genre et de la couverture sanitaire universelle. L'acquisition et l'achat des vaccins ont été marqués par la politique entre le gouvernement au pouvoir et le principal parti d'opposition. Alors que ce dernier a constamment reproché au premier d'être politiquement rhétorique plutôt que tactiquement réactif dans la fourniture de vaccins en quantité suffisante, le premier a imputé l'incapacité à obtenir des vaccins au nationalisme vaccinal qui a empêché une distribution équitable. Les efforts du gouvernement pour augmenter la couverture vaccinale aux niveaux cibles ont été étouffés lorsqu'un accord avec des fournisseurs privés pour l'achat de 3,4 millions de doses de Sputnik-V a tourné au drame et s'est effondré. Face à la pénurie de vaccins, le gouvernement a élaboré une proposition de travail visant à produire des vaccins localement, qui a suscité un intérêt considérable de la part des fabricants de produits pharmaceutiques, des électeurs politiques et des partenaires donateurs. En ce qui concerne les caractéristiques du problème, l'hésitation à se faire vacciner, liée à une mauvaise perception de l'innocuité des vaccins, a provoqué des campagnes de vaccination menées par des politiciens pour faire accepter les vaccins. En conclusion, la généralisation de la vaccination nécessite une unité politique, des cadres harmonisés, la gestion des intérêts des parties prenantes et la lutte contre les facteurs de risque qui sapent la vaccination en tant que devoir social.

Session parallèle 8-2

Construire des systèmes de santé résilients

Le financement de la santé comme pilier essentiel pour accélérer la couverture sanitaire universelle : le cas des systèmes de santé résilients au Nigeria.

Dr. Nneka Ukachi Onwu, *Muhammed Muhammed, Hyeladzira Garnvwa et Sarah Martin, Agence nationale de développement des soins de santé primaires (NPHCDA), Abuja, Nigeria*

Contexte :

Le financement de la santé est un élément clé de la mise en place de systèmes de santé résilients et est essentiel pour que les pays puissent atteindre la couverture sanitaire universelle. Alors que les systèmes de santé du monde entier s'efforcent de se reconstruire et de se restructurer après la pandémie de COVID-19, il est crucial que le financement durable de la santé soit intégré dans ces plans.

Objectifs :

Examiner le rôle du financement de la santé dans le renforcement des systèmes de santé, et son rôle dans le soutien au développement de systèmes de soins de santé primaires (SSP) résilients qui peuvent mieux répondre aux futures pandémies. En outre, examiner comment le financement de la santé peut être utilisé parallèlement à d'autres piliers des systèmes de santé, tels que les ressources humaines pour la santé (RHS), afin d'améliorer la couverture des services de santé essentiels et, à terme, de parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Méthodes :

Une étude documentaire a été réalisée afin d'analyser la composition actuelle du financement de la santé au niveau des SSP au Nigeria, et la manière dont elle interagit avec la performance des systèmes de santé et la réalisation des objectifs nationaux et internationaux. Les preuves de la progression du pays vers la réalisation du CHU ont également été examinées, à travers l'analyse des données quantitatives sur les différentes composantes du CHU, telles que la couverture des services, l'équité et la protection financière. Un examen de la politique actuelle en place pour soutenir les progrès vers les soins de santé universels a également été entrepris, en mettant l'accent sur la façon dont elle peut être renforcée compte tenu de l'évolution de la macroéconomie dans l'ère post-COVID. Enfin, un examen de la portée a été effectué pour mieux comprendre l'interaction entre le financement de la santé et d'autres piliers de la santé tels que les RHS dans la réalisation des objectifs nationaux de santé tels que l'augmentation de la couverture des services de santé essentiels.

Principales conclusions :

L'étude a identifié le rôle critique que le financement de la santé joue dans l'accélération des progrès vers le CHU au Nigeria, en mettant l'accent sur la garantie de la durabilité et de l'innovation dans l'application des méthodes de financement de la santé. Des options pour accélérer les progrès vers les composantes cruciales du CHU ont été décrites, en explorant le rôle conjoint des RHS et des autres piliers de la santé dans la réalisation de systèmes de santé résilients.

Conclusions :

Le financement durable de la santé est la clé de la mise en place de systèmes de santé résilients après la pandémie de COVID-19, et est essentiel pour atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Il doit être utilisé conjointement avec les autres piliers de la santé pour être le plus efficace possible. Le financement de la santé doit être au cœur des plans de reconstruction des systèmes de santé après la pandémie de COVID-19.

Coordination des ripostes au COVID-19 par les autorités locales dans le contexte de la réponse nationale au Ghana.

Lauren J. Wallace, *Centre de Recherche sur la santé de Dodowa , Dodowa, Ghana, Nana Efua Enyimayew Afun, Centre de Recherche sur la santé de Dodowa, Ghana, Genevieve Cecelia Aryeetey, Université de Ghana, Ecole de la Sante Publique , Accra, Ghana, Justice Nonvignon, Département de la Politique se Sante, de la planification et de la gestion Université de Ghana, Ecole de la Sante Publique, Irene Akua Agyepong, Collège des Médecins et Chirurgiens du Ghana, Accra, Ghana et Anthony Ofosu, Service de Sante du Ghana, Accra, Ghana.*

Contexte :

Les urgences de santé publique sont complexes et l'implication et la coordination de multiples secteurs sont importantes pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires. Les autorités municipales, en particulier, jouent un rôle important dans la réponse à des défis complexes tels que les urgences sanitaires, car elles sont chargées d'agir sur les déterminants plus larges de la santé qui ne relèvent pas des attributions traditionnelles du système de santé.

Objectifs :

Nous décrivons et analysons les acteurs, les structures de gouvernance, les rôles et les mécanismes de coordination, ainsi que les facilitateurs et les obstacles au sein du gouvernement local et entre le gouvernement central et le gouvernement local dans la riposte au COVID-19 au Ghana pendant la première vague de l'épidémie de COVID-19 et les leçons à tirer pour faire face aux menaces de sécurité sanitaire dans les pays à revenu faible et moyen.

Méthodes

Nous avons mené une seule étude de cas transversale sur deux municipalités de la région du Grand Accra au Ghana. Les sources de données proviennent d'une étude documentaire (avec 573 documents - 526 rapports médiatiques et 47 rapports et stratégies) et de 23 entretiens approfondis avec des informateurs clés, menés en février et mars 2021 auprès de responsables des autorités locales et du personnel de l'équipe municipale de gestion de la santé dans les deux municipalités.

Principales conclusions :

La coordination entre le gouvernement national et le gouvernement local a pris la forme de directives et de lignes directrices, de formations et de fourniture de fonds et de logistique. La plupart des structures d'intervention d'urgence au niveau municipal étaient fonctionnelles, à l'exception de certains comités de gestion des urgences sanitaires. L'insuffisance des ressources (fonds et logistique) a entravé tous les aspects de la réponse. Lors de la communication des risques, les assemblées et les directions de la santé ont travaillé de manière non coordonnée. Un processus de sélection et de distribution biaisé, ainsi qu'un manque d'approche ascendante dans la planification et la mise en œuvre, étaient courants lors de la distribution des articles de secours et ont compromis la possibilité de cibler et de sélectionner les bénéficiaires appropriés.

Conclusions :

Malgré le fort engagement du gouvernement du Ghana en faveur d'une approche globale du gouvernement et de la société, la gouvernance locale de la pandémie a été mise à mal de plusieurs manières. Nous recommandons d'équiper les établissements de santé pour la gestion et la surveillance des cas, d'assurer un suivi efficace de la distribution des articles de secours, d'adopter une approche ascendante pour la planification et la mise en œuvre des interventions de secours, et d'identifier des sources/mécanismes supplémentaires de financement des urgences de santé publique à tous les niveaux.

Les revenus propres constituent-ils une option pour les établissements de santé primaire de maintenir leurs opérations pendant la pandémie de COVID-19 ? Résultats obtenus dans le comté de Makueni au Kenya.

Murira Felix[1], *Ileana Vilcu*[2], *Mbuthia Boniface*[1], *Dr. Musuva Anne*[1] *et Nirmala Ravishankar*[3], *(1) ThinkWell, Nairobi, Kenya, (2) ThinkWell, Genève, Suisse, (3) ThinkWell, Maurice*

Contexte

Les sources de revenus des établissements de soins de santé primaires (SSP) au Kenya comprennent les subventions du gouvernement national et du comté, les fonds de l'Agence danoise de développement international (DANIDA) et les revenus propres tels que les remboursements du National Hospital Insurance Fund (NHIF) pour ses différents programmes, notamment le programme de maternité gratuite Linda Mama. Cependant, les établissements de soins de santé primaires ne disposent pas toujours des fonds nécessaires pour fournir des services, en particulier pendant une pandémie.

Buts et objectifs

Cette étude de méthodes mixtes a exploré la durabilité du financement des établissements publics de SSP dans le comté de Makueni. Nous avons analysé les données financières de toutes les sources de revenus entre l'année fiscale (FY) 2017/18 et l'année fiscale 2020/21 et évalué comment la disponibilité des fonds a eu un impact sur la réponse COVID-19 des établissements PHC.

Méthodes

Nous avons mené des entretiens approfondis avec les responsables des établissements et l'équipe de gestion de la santé du comté de Makueni et analysé les dossiers financiers de 40 des 60 établissements publics de SSP du comté. Nous avons sélectionné à dessein des établissements sur la base des volumes de demandes et de services afin de saisir 99% des données de Linda Mama ; les 20 autres établissements PHC ne représentent que 1% du nombre total de demandes Linda Mama dans le comté.

Principales conclusions

Les recettes de Linda Mama, les recettes propres les plus importantes pour les établissements de SSP, ont été multipliées par plus de 10 entre l'exercice 2017/18 et l'exercice 2020/21. Cela résulte des efforts déployés par les comtés et les établissements pour optimiser la soumission des demandes au NHIF.

En revanche, le montant du financement au niveau national, transféré annuellement, est resté constant au cours de la même période. Les subventions du gouvernement du comté, transférées trimestriellement, et les subventions de la DANIDA ont augmenté au cours des trois premières années fiscales et ont diminué de 25 % et 50 % respectivement au cours de l'année fiscale 2020/21. À partir de l'exercice 2021/22, la subvention nationale ne sera plus disponible pour tous les établissements publics de soins de santé primaires au Kenya.

En raison des retards réguliers dans le versement des subventions aux établissements de SSP, les gestionnaires se sont appuyés sur les recettes de Linda Mama pour soutenir les opérations pendant la pandémie de COVID-19, pour acheter des équipements de protection individuelle d'urgence, des médicaments et payer les factures des services publics.

Conclusion

Linda Mama s'est avéré être une source de revenus importante et fiable pour les établissements de SSP de Makueni, en particulier en temps de crise. Tous les établissements publics de soins de santé primaires du comté peuvent conserver et utiliser leurs propres sources de revenus, ce qui leur a permis d'utiliser immédiatement les fonds de Linda Mama

lorsque la crise du COVID-19 a éclaté, contrairement aux autres sources de financement qui étaient retardées et seulement disponibles périodiquement. Cela a été crucial pour que les établissements de SSP puissent fournir des services essentiels et COVID-19 et souligne l'importance de continuer à augmenter les revenus propres et l'autonomie des établissements.

Examen de l'impact social et économique de la pandémie de COVID-19 sur les personnes déplacées internes et les communautés d'accueil au Nigeria : Travail pour le renforcement de la résilience des populations les plus vulnérables face aux futures pandémies.

Amina S Adamu[1], *Sarah Martin*[2] *et Hyeladzira Garnvwa*[1], *(1) Partners for Health Equity (P4HE), Nigéria, (2) Partners For Health Equity (P4HE), Nigéria*

Contexte

On estime à 2 millions le nombre de personnes résidant dans des camps de personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI) dans les États du nord-est du Nigéria, suite à l'insurrection menée depuis dix ans par le groupe militant Boko Haram. Les effets de la pandémie de COVID-19 ont exacerbé les besoins humanitaires, le nombre de personnes estimées avoir un besoin urgent d'aide humanitaire ayant augmenté depuis le début de l'épidémie. La pandémie a encore aggravé les inégalités, ce qui a constitué une menace sociale et économique majeure, avec un effet d'entraînement dévastateur pour les populations les plus vulnérables vivant dans différents contextes subissant les effets variables de la pandémie de COVID-19.

Objectif

Examiner l'impact social et économique de la pandémie de COVID-19 parmi les communautés marginalisées au Nigeria et évaluer l'efficacité des interventions communautaires dans la lutte contre les inégalités parmi les communautés déplacées afin de guider les efforts politiques futurs.

Méthodologie

Une approche mixte a été adoptée, comprenant des entretiens avec des informateurs clés et une étude documentaire. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des femmes vulnérables et marginalisées des camps de déplacés et des communautés d'accueil afin de comprendre les impacts directs et indirects du COVID-19 sur leurs vies.

Principales conclusions

Les principaux impacts de la pandémie de COVID-19 ont été identifiés, notamment l'accès limité aux méthodes d'atténuation, les besoins sanitaires non satisfaits, les impacts sur les moyens de subsistance, les perturbations de l'éducation, de la nourriture, des marchés et des installations WASH.

Conclusion

Il est évident que le COVID-19 a eu un impact négatif sur le statut social et économique des communautés d'accueil et des personnes déplacées à l'intérieur du Nigeria, indépendamment de leur situation démographique et géographique. Il est nécessaire de déclencher des investissements et des changements de comportement qui réduiront l'impact des chocs futurs et augmenteront la résistance de la société à ces tragédies en se concentrant sur les méthodes de prévention, de stabilisation, de transformation et de durabilité pour répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.

Renforcement du soutien des donateurs au renforcement des capacités - Une analyse systémique de l'aide mondiale à la santé.

Dyness Kasungami-Matoba[1], *Barbara Knittel*[1], *Amanda Coile*[2], *Annette Zou*[3] *et Banny Banerjee*[3], *(1) Institut de Recherche et de Formation de JSI, Inc, Arlington, VA, (2) Institut de Recherche et de Formation de JSI, Inc Washington, DC, (3) Global Change Labs, Stanford, CA*

L'assistance technique (AT) dans l'aide internationale a longtemps été critiquée pour sa mauvaise coordination, son manque d'autonomie, son manque de vision, son intérêt personnel et son manque d'approche holistique ou systématique pour résoudre les problèmes de santé publique. Si le renforcement des capacités est souvent un objectif implicite ou explicite de l'AT, il est de plus en plus reconnu que l'AT ne contribue pas intrinsèquement au renforcement des capacités et qu'elle peut en fait saper les capacités existantes ou créer des dépendances vis-à-vis de l'aide extérieure. La pandémie de COVID-19 a suscité un regain d'intérêt pour le renforcement des capacités et l'AT - en tant que principaux mécanismes de l'aide mondiale à la santé - afin de favoriser l'appropriation par les pays et d'aider les institutions nationales à mener leur programme de santé. Cependant, en dépit de la rhétorique croissante, l'opérationnalisation de nouvelles et meilleures approches pour l'assistance technique est limitée.

L'objectif de cette recherche était d'interroger les obstacles systémiques à la réalisation de modèles de renforcement des capacités plus durables et axés sur les pays pour l'aide mondiale à la santé. Nous avons co-créé une vision pour améliorer le soutien des donateurs au renforcement des capacités et utilisé un processus de cartographie du système pour explorer l'écosystème interconnecté des partenaires et des comportements du système qui entravent les progrès. Le processus s'est appuyé sur la méthodologie System Acupuncture® de Global ChangeLabs - une approche utilisée pour identifier les points de changement critiques dans un système et développer des interventions et des actions innovantes pour conduire la transformation du système. La cartographie du système s'est appuyée sur 1) des travaux antérieurs de ré-imagination de l'assistance technique en RDC et au Nigeria, 2) des analyses rapides de la littérature, notamment sur les inégalités entre les sexes dans les systèmes de santé, 3) un atelier virtuel de co-création de la cartographie du système réunissant 40 participants de 12 pays, 4) des entretiens semi-structurés avec 50 représentants des donateurs et partenaires, et 5) des réunions mensuelles et des sessions de discussion avec un groupe de travail inter-agences de donateurs.

Le processus de cocréation a mis en évidence un ensemble de neuf domaines de défis clés ("Dynamique du système critique") qui doivent être abordés afin de remédier aux échecs actuels de l'écosystème mondial de l'aide à la santé et de se rapprocher de la vision d'un renforcement des capacités pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Ce travail fournit une nouvelle perspective sur les obstacles systémiques et offre des conseils aux donateurs et aux décideurs des pays pour les aider à concevoir des stratégies et à prendre des décisions programmatiques en vue d'adopter des approches de l'aide sanitaire plus adaptées aux systèmes.

Session parallèle 8-3

Reconstruire de meilleurs systèmes de santé

Un état d'esprit commercial bien ancré et l'engagement de faire en sorte que chaque effort compte : Les messages de santé publique du gouvernement pendant la pandémie de Covid-19 au Rwanda.

Jack Chola Bwalya, *University College Dublin, Irlande et Mwata L Chisha, Université de Lusaka, Zambie*

Alors qu'un nombre croissant de cas de coronavirus (Covid-19) a atteint la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE), les États membres ont redoublé d'efforts pour fournir des messages de santé publique clairs et austères à leurs citoyens afin de contenir le virus. En utilisant le Rwanda comme étude de cas, cet article contient une analyse exploratoire de la stratégie de messages politiques du gouvernement sur le Covid-19, et son efficacité dans l'adhésion aux mesures préventives du Covid-19. En utilisant une approche méthodologique d'analyse de texte qualitative, nous avons analysé sur une période de 3 mois (décembre 2020 - février 2021) des documents publics et d'autres directives de la politique de messagerie du gouvernement Covid-19 pour explorer la mesure dans laquelle la messagerie a eu un impact plus net sur l'adhésion des personnes aux mesures préventives, y compris le port de masques faciaux, la distanciation sociale, la réduction des employés sur les lieux de travail et la fermeture des lieux publics tels que les écoles et les lieux de culte. Cette étude a montré que la rationalisation des lignes de communication du gouvernement rwandais, de la présidence à la communauté en passant par les ministères, était essentielle à la diffusion de messages de santé publique fiables, ce qui a joué un rôle clé dans l'adhésion de la population aux directives gouvernementales Covid-19.

Mots-clés : Covid-19, EAC, Rwanda, Gestion des affaires, Confiance publique.

Examen du mécanisme de financement COVID-19 de l'Ouganda, de la riposte et des achats pour un système de santé résilient : Réflexions des gouvernements sous-nationaux et des personnelles de première ligne.

Aloysius Ssennyonjo, *Département de politique, planification et gestion de la santé, École de santé publique de l'Université de Makerere, Angellah Irene Nakyanzi, ThinkWell Ouganda, Kampala, Ouganda, Freddie Ssengooba, École de santé publique, Collège des sciences de la santé, Université de Makerere, Kampala, Ouganda, Tapley Jordanwood, ThinkWell USA, Michael Chaitkin, ThinkWell, Kampala, Ouganda et Nirmala Ravishankar, ThinkWell USA, Mon Choisy, Maurice.*

Contexte

Comme de nombreux pays, l'Ouganda a décentralisé la responsabilité de la prestation des services de santé. La capacité des gouvernements locaux à résister aux chocs et à maintenir la prestation des services de santé est essentielle. Dès le début de la pandémie de COVID-19, le gouvernement ougandais (GoU) a mobilisé des fonds pour financer les activités de réponse au COVID-19 au niveau national et des districts. La mobilisation, l'allocation et l'utilisation efficaces des ressources sont essentielles à la résilience du système de santé lors des urgences sanitaires, et l'on peut tirer de nombreux enseignements des interactions entre la réponse à la pandémie de COVID-19 et les systèmes de gestion des finances publiques (GFP).

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude évalue les mécanismes de financement COVID-19 en Ouganda, en documentant les accords d'achat de produits de santé et en comparant les niveaux d'autonomie de jure et de facto pour la prise de décision fiscale et opérationnelle par les districts et les établissements de santé. L'étude décrit l'évolution du financement de COVID-19 pendant la pandémie, en s'intéressant à la manière dont les fonds ont été mobilisés et utilisés pour payer les prestataires, et à la manière dont ils ont été comptabilisés.

Méthodes

Une étude transversale a été menée dans 43 établissements de santé de 8 districts. Des entretiens approfondis au niveau national ont permis de clarifier les décisions de financement et d'achat au niveau macro pour COVID-19 et les programmes de santé en général. Des statistiques descriptives et comparatives ont été calculées pour montrer les progrès de la mise en œuvre, et les données qualitatives recueillies par le biais de questions ouvertes ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu conventionnelle (CCA) pour déterminer le schéma des flux financiers et les priorités de dépenses pour les interventions COVID-19. Des informations supplémentaires ont été extraites des lois, politiques et directives pertinentes qui régissent le financement des services de santé sous-nationaux en Ouganda.

Principaux résultats

Cette étude a déterminé l'autonomie fiscale et opérationnelle dont disposent les gouvernements et les établissements infranationaux au sein du système de santé publique. Les résultats ont mis en évidence (1) la manière dont le gouvernement ougandais et les districts ont mobilisé les ressources pour répondre à la pandémie, (2) l'évolution des règles et des pratiques d'achat stratégique pendant la pandémie et les opportunités qui ont été saisies et manquées, et (3) les leçons sur les ajustements vitaux dans la PFM, en particulier pendant les urgences comme COVID-19. Les leçons concernent également les tensions entre la préparation et l'escalade des soins de santé du COVID-19 et entre les partenariats publics et privés dans le financement des programmes d'intervention d'urgence.

Principales conclusions

La pandémie de COVID-19 a suscité des efforts rapides de la part du gouvernement pour mobiliser des fonds et les acheminer vers les prestataires de services. De nouvelles approches d'achat sont apparues, ce qui a entraîné des ajustements des pratiques de GFP. L'expérience de l'Ouganda permet de savoir si les urgences sanitaires peuvent inciter le gouvernement à accorder une plus grande autonomie fiscale et opérationnelle aux collectivités locales et aux établissements de première ligne.

Examen de la résilience du système de santé mentale, de l'accès et de la prestation des services de santé mentale au Ghana.

Samuel George Anarwat[1], *Peter B. Yaro*[2] *et Adam Dokurugu*[2], *(1) Université es-Etudes du Développement, École de santé publique, Département des services de santé, de la politique, de la planification, de la gestion et de l'économie, Tamale, Ghana, (2) BasicNeeds International, Tamale, Ghana*

Contexte :

Un système de santé mentale résilient est primordial pour fournir des services de santé mentale de qualité à tout le monde, partout. Cependant, les ressources critiques et les investissements financiers nécessaires pour renforcer le système de santé mentale au Ghana afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé restent un mirage. De nombreuses personnes vulnérables souffrant de troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie (MNS) et nécessitant des soins n'obtiennent pas les soins dont elles ont besoin, au moment où elles en ont besoin et à l'endroit où elles en ont besoin.

Objectif :

L'étude visait à examiner la résilience du système de santé mentale, l'accès, la prestation et les mécanismes de financement durable au niveau des soins primaires pour améliorer les politiques et les programmes d'intervention pour de meilleurs résultats en matière de santé mentale.

Méthodes :

Une conception d'étude qualitative exploratoire transversale a été utilisée pour l'étude. Les données ont été collectées par le biais d'entretiens approfondis avec des informateurs clés, complétés par des observations, dans quatre districts de trois régions de novembre à décembre 2019. Au total, 44 entretiens avec des informateurs clés ont été menés : 4 directeurs de district des services de santé, 4 coordinateurs régionaux des services de santé mentale, 16 infirmiers en santé mentale et 8 infirmiers généraux, et 12 soignants en santé mentale. Les données qualitatives ont été codées et analysées à l'aide d'une approche d'analyse de contenu thématique et de statistiques descriptives. Un examen documentaire de la littérature publiée et grise a également été effectué et analysé pour compléter les données de terrain. Les résultats ont été triangulés pour en assurer la cohérence et la validité.

Résultats :

Nous avons constaté que les services de santé mentale et de troubles neurologiques étaient fortement stigmatisés, négligés en termes de financement, d'infrastructure, de ressources humaines et matérielles à tous les niveaux de soins, par rapport aux autres services du système de santé. Le soutien financier des services de santé mentale par les assemblées de district, municipales et métropolitaines était très insignifiant. Les organismes religieux et les organisations non gouvernementales (ONG) ont joué un rôle très important dans le financement des services de santé mentale au niveau communautaire.

Conclusions :

Le système de santé mentale au Ghana est très faible en termes de financement, de ressources humaines, et les inégalités dans la distribution des ressources sont omniprésentes. Les services de santé mentale sont presque négligés, et la stigmatisation de la maladie mentale et du personnel de santé mentale est monnaie courante. Nous recommandons que le gouvernement s'associe au secteur privé pour donner la priorité et renforcer les services de santé mentale au Ghana, par la promotion de la santé, l'éducation et un financement adéquat.

Mots clés : Accès, Prestation, Ghana, Système de santé mentale, Financement, Stigmatisation, Résilience.

Bâtir un système de santé résilient pour faire face aux épidémies au Nigeria : Les lacunes du renforcement du système de santé et du financement des urgences sanitaires.

Rifkatu Nghargbu, Institut National d'Études Législatives et Démocratiques, Assemblée Nationale, Abuja, Nigeria.

Contexte

L'avènement de la pandémie de COVID-19 a mis les gouvernements africains sous pression au regard du renforcement des mesures visant à contenir la propagation du COVID-19, dans la crainte que les systèmes de santé en Afrique, déjà bien trop fragiles, ne se retrouve submergé et ainsi incapable de freiner et contrôler la propagation de la maladie. L'avènement d'une telle situation dégraderait davantage la vie socio-économique des populations. Parmi les leçons apprises au Nigéria, le renforcement du système de santé et le financement d'urgence pour les pandémies s'est révélé essential pour atteindre la résilience du système de santé et permettre au pays de se préparer à affronter les pandémies actuelles et futures. Bien que la création du Centre nigérian de contrôle des maladies (NCDC) en 2018 pour prévenir, détecter et contrôler les maladies d'importance pour la santé publique soit un pas dans la bonne direction, il est essentiel d'agir et de réaliser les investissements nécessaires à l'échelle nationale dans le cadre de la mise en place d'un système de santé solide et résilient, capable de répondre efficacement aux futures urgences sanitaires, d'absorber les chocs et de s'adapter à l'évolution des demandes en matière de santé.

Objectifs

L'objectif de ce document est d'identifier et de discuter du renforcement du système de santé et des lacunes en matière de financement d'urgence qui doivent être prises en compte pour atteindre une résilience du système de santé nigérian capable de faire face à la pandémie actuelle et future. Plus précisément, l'article cherche à ;

1. Discuter de la résilience du système de santé dans le contexte du secteur de la santé du Nigéria.
2. Identifier et discuter des lacunes du système de santé nigérian en matière de renforcement et de financement d'urgence dans le contexte de la résilience du système de santé.
3. Identifier et discuter des étapes à franchir dans le cadre de la construction d'un système de santé résilient au Nigeria.

Méthodologie

Le document adopte spécifiquement l'analyse de contenu et l'examen systématique. L'analyse de contenu et l'examen systématique impliquent également l'analyse de l'expérience transnationale au regard des politiques visant à la fois le renforcement des systèmes de santé et les sources de fonds d'urgence covid-19.

Principaux résultats

L'étude montre que les principales lacunes en matière de renforcement du système de santé sont liées à l'incapacité du système de santé à se développer dans les six éléments constitutifs

typiques d'un système de santé résilient. Il s'agit de l'information sanitaire, du personnel de santé, des médicaments essentiels, du financement des systèmes de santé, du leadership et de la gouvernance. Il existe un déficit de fonds d'urgence, car les 5 % du Fonds pour la fourniture de soins de santé de base (BHCPF) alloués aux urgences ne sont pas suffisants et l'accès au fonds est un problème majeur en raison de la bureaucratie et au manque de mise en œuvre du BHCPF.

Principale conclusion

L'étude conclut que l'investissement dans le développement des six éléments constitutifs du système de santé permettra d'en combler le déficit. Un financement innovant de la santé peut également s'appuyer sur les fonds d'urgence pour combler le déficit de financement du système de santé.

Collaboration multisectorielle (secteur public et privé) pour la fourniture de services de santé de qualité dans le contexte de COVID-19.

Suleiman Oshioke Yakubu, *London School of Economics, Oxford, Royaume-Uni*

Le contexte :

La pandémie de COVID-19 a provoqué une montée en flèche de la demande en matière de services de santé et la plupart des pays se débattent avec leur capacité à maintenir la prestation des services de santé essentiels tout en essayant de répondre aux tests, à la traçabilité, au traitement et aux nécessités vaccinales COVID-19. Le gouvernement ne peut pas gérer cette crise à lui seul. Un éventail d'acteurs du système de santé, pleinement mobilisés et organisés, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, doit assurer le fonctionnement des systèmes de santé.

Objectif :

Examiner le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé pour maintenir un système de santé fonctionnel en réponse à la pandémie du COVID-19.

Méthodologie :

Cette étude s'est concentrée sur le Nigéria et une méthode qualitative a été utilisée. Cette méthode comprend : la réalisation d'une étude documentaire initiale pour comprendre les mécanismes existants pour l'engagement des secteurs public et privé, l'examen des publications scientifiques, des rapports techniques des programmes et de la littérature grise, qui a été complétée par des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés travaillant dans les secteurs public et privé. Les transcriptions des entretiens ont été analysées de manière thématique à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives Atlas ti.

Principaux résultats :

Au Nigeria, les secteurs public et privé ont collaboré de nombreuses manières dans le cadre d'une riposte robuste face à la pandémie du COVID-19, tant au niveau national que sous-national. Les secteurs privés ont complété les programmes du gouvernement en menant des activités clés pour lutter contre le COVID-19, notamment le développement de kits de diagnostic rapide, la formation du personnel de santé, la surveillance de la maladie, l'établissement de rapports, le soutien financier, etc.

Conclusion :

La collaboration multisectorielle entre les acteurs publics et privés du secteur de la santé s'est avérée très utile pour mobiliser les ressources financières et humaines tout en répondant aux effets soudains de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé et en maintenant la prestation des services de santé essentiels. Cependant, un dialogue bien structuré entre les secteurs public et privé et un mécanisme d'engagement doivent être institutionnalisés pour permettre au gouvernement de fournir la supervision et la gestion nécessaires. Cela permettra au secteur privé de fournir des services de santé qui seront non seulement de qualité mais aussi abordables pour répondre aux futures urgences sanitaires et atteindre la couverture universelle des soins de santé pour tous d'ici 2030.

Session parallèle 8-4

Innovations pour améliorer les systèmes de santé

Le Rôle des Modèles Novateurs de Prestation de Services dans l'Amélioration de l'Équité au Ghana - Recherche sur la Mise en Œuvre des Réseaux de Prestataires de Soins Primaires.

Cornelius Debpuur[1], *Ivy Osei*[1], *Dr. Ama Pokuaa Fenny, PhD*[2], *Tamara Chikhradze*[3], *AlphonseDzakpasu*[4] *et Elizabeth Hammah*[5], *(1) Ghana Health Service, Accra, Ghana, (2) Institute of Statistical, Social and Economic Research, Accra, Ghana, (3) Results for Development, Washington, DC, (4) Peki Government Hospital, Ghana, (5) Results for Development, Accra, Ghana.*

Le contexte :

L'équité est essentielle pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Les réseaux de prestataires de soins primaires (PCP) sont un modèle innovant de prestation de services conçu pour promouvoir un accès équitable aux services de soins de santé primaires (SSP) dans le cadre de la planification et des services de santé communautaires (CHPS) au Ghana.

Objectifs :

La recherche sur la mise en œuvre a exploré le rôle des réseaux PCP dans la promotion de l'équité, en particulier au niveau des populations pauvres, les femmes et les résidents des zones rurales ou difficiles d'accès.

Méthodes :

L'étude a utilisé des méthodes mixtes et a été menée dans les districts de South Dayi et South Tongu. 500 ménages sélectionnés au hasard ont été interrogés. Les résultats ont été ventilés en fonction de la richesse des ménages - mesurée par l'outil d'équité - du sexe du chef de ménage et de la localisation du ménage. Les variables catégorielles ont été croisées et des tests de Chi- carré ont été utilisés pour étudier les différences significatives de toutes les variables relatives aux caractéristiques des ménages. Une analyse de régression multivariée a été effectuée pour estimer l'effet des différents facteurs sur le recours aux soins. La méthodologie qualitative comprenait 14 discussions de groupe et 17 entretiens approfondis avec des membres de la communauté, des praticiens et des responsables du réseau PCP. Une analyse thématique a été utilisée.

Les résultats :

La majorité (88,4 %) des ménages dont un membre a déclaré être malade ou blessé ont cherché à se faire soigner dans un établissement, mais seulement 3,9 % d'entre eux ont visité un CHPS. Les membres des ménages les plus riches étaient 1,4 fois plus susceptibles de se rendre dans un établissement que les plus pauvres. 48% des ménages du quintile le plus élevé parcouraient

<1km pour se rendre dans un établissement de santé, contre 20% des ménages du quintile le

plus bas. 45,3% des ménages urbains parcouraient moins d'un kilomètre, contre seulement 21,8% des ménages ruraux.

Ces conclusions ont été confirmées par les résultats qualitatifs, où les personnes interrogées ont noté une préférence pour les installations de niveau supérieur. Les praticiens et les gestionnaires des réseaux ont noté des améliorations dans les pratiques de prestation de services, principalement grâce au partage des ressources, à l'amélioration du travail d'équipe, à la sensibilisation conjointe et à la collaboration en matière d'aiguillage entre les réseaux. Mais les répondants ont également souligné des facteurs qui empêchent probablement les réseaux de promouvoir l'équité, notamment certaines variables de qualité telles que la

disponibilité des médicaments, des fournitures, des infrastructures, de l'assurance au CHPS et l'absence d'options de transport. Les réseaux devraient s'engager stratégiquement avec les communautés, les administrations locales et le secteur privé pour atténuer certains de ces obstacles.

Conclusions :

Les modèles et les préférences en matière de services de santé dans les districts sont incompatibles avec les efforts de renforcement de l'équité déployés par les réseaux. Divers facteurs liés à la demande et à l'offre empêchent les réseaux de PCP de mettre en œuvre avec succès des pratiques de renforcement de l'équité. Les recherches futures devraient se concentrer sur le rôle que les réseaux peuvent jouer dans l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services, facteurs clés de leur capacité à promouvoir des SSP équitables.

Variation du traitement par le praticien : Une étude de cas sud-africaine sur la pathologie rachidienne.

Pamela Halse, *Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud*

Le contexte :

La variation des traitements a des répercussions sur les résultats et les coûts pour les patients, deux éléments essentiels à comprendre pour les bailleurs de fonds à mesure que les systèmes de santé évoluent vers des contrats fondés sur la valeur. Le développement de contrats basés sur la valeur est important en Afrique du Sud, car le pays prévoit de mettre en place une assurance maladie nationale (NHI). Actuellement, les praticiens du secteur privé sud-africain ont toute latitude pour traiter les patients souffrant de pathologies de la colonne vertébrale, ce qui entraîne une variation importante des traitements. Il n'y a pas de suivi et de rapports officiels sur les résultats de santé qui sont nécessaires pour évaluer si les décisions de traitement des différents praticiens améliorent les résultats des patients.

Objectif :

Évaluer la variation du traitement de diverses pathologies de la colonne vertébrale en Afrique du Sud en étudiant les facteurs liés à l'offre, y compris les caractéristiques des chirurgiens qui influencent leurs décisions de traitement.

Méthodes :

Nous avons mené un sondage avec quatre vignettes de chirurgiens du rachis. Nous résumons les caractéristiques des chirurgiens et calculons l'indice de variation qualitative (IQV) pour déterminer le degré de variabilité dans chacune des quatre vignettes. Nous fournissons des tableaux à deux voies avec la statistique du chi-deux de Pearson pour tester la signification. Les variables statistiquement significatives ont été incluses dans les analyses de régression. Nous comparons les réponses du sondage aux recommandations d'un panel de chirurgiens spécialistes de la colonne vertébrale. Ensuite, étant donné que les systèmes de santé évoluent vers des contrats basés sur la valeur, nous introduisons une composante de coût pour illustrer l'implication financière de la variation du traitement.

Principaux résultats:

Les choix des chirurgiens quant aux options de traitement varient pour chacune des vignettes. Les vignettes 1 et 4 présentent des niveaux élevés de variabilité avec des IQV supérieurs à 0,75. Quatre caractéristiques des chirurgiens étaient significatives dans au moins une des vignettes : le nombre de chirurgies par mois, les fournisseurs de services désignés, la durée de la pratique et l'université. Ces caractéristiques sont restées significatives dans les

analyses de régression ultérieures. Les chirurgiens n'ont pas toujours choisi les options de traitement préférées du panel et 19 % des chirurgiens ont choisi des options de traitement que le panel n'a pas jugé appropriées pour l'une des quatre vignettes. L'analyse des coûts a révélé des implications financières importantes entre les traitements conservateurs et les traitements procéduraux.

Conclusions :

La variation des résultats n'est pas surprenante étant donné l'absence de directives claires pour la pathologie rachidienne. Elle constitue un argument de poids en faveur de l'amélioration et de la mise en œuvre de rapports sur les résultats et de rapports fondés sur la valeur. Cela permettra d'identifier les soins les moins efficaces et d'orienter les chirurgiens vers des traitements fondés sur des données probantes qui présentent un intérêt pour le patient et le financeur. Cela est nécessaire au moment où le gouvernement développe les paquets NHI.

Comment Kampala a rapidement déployé un nouveau système d'information sanitaire pour soutenir la surveillance et la réponse à la pandémie dans la plus grande zone urbaine d'Ouganda..

Paul Kiggundu[1], *Cathbert Tumusiime*[2], *Richard Ssemujju*[2], *Dennis Senyonjo*[3] *et Daniel Ayen Okello*[3], *(1) Kampala Capital City Authority, Uganda, City Hall, Uganda, (2) ThinkWell Uganda, Kampala, Uganda, (3) Kampala Capital City Authority, Uganda*

Contexte

Les gouvernements su nationaux de tout l'Ouganda reçoivent quotidiennement des alertes de cas de COVID-19 du ministère de la Santé. L'autorité de la capitale de Kampala (KCCA) est responsable de la santé de 4,5 millions de personnes qui résident dans la ville ou qui y font la navette quotidiennement depuis les districts environnants. Pour gérer efficacement les données d'alerte et les activités de réponse, la KCCA a développé un système d'information sur la santé de la ville (CHIS) pour soutenir l'investigation des cas, la recherche des contacts et le redéploiement stratégique des ressources limitées du système de santé.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude décrit le développement d'un nouveau système d'information sanitaire pour la réponse à une pandémie dans la plus grande zone urbaine d'Ouganda. En se concentrant sur les neuf premiers mois de la pandémie, elle analyse les motivations du déploiement du CHIS, sa relation avec les systèmes en place (par exemple, DHIS2) et le processus de définition des indicateurs et des éléments de données. Il examine également le rôle joué par le CHIS dans la gestion de la réponse et la prise de décision concernant l'allocation des ressources. Enfin, elle identifie les leçons à tirer pour répondre aux futures urgences sanitaires dans les zones urbaines.

Méthodes

Toutes les données proviennent de documents politiques officiels et des souvenirs et dossiers personnels des auteurs. Tous les auteurs ont été directement impliqués dans la conception, la mise en œuvre et l'utilisation du CHIS en leur qualité de fonctionnaires et de partenaires du gouvernement.

Principaux résultats

Le CHIS a été développé pour compléter les systèmes d'information de gestion de la santé existants, dont les données n'étaient pas suffisamment granulaires pour permettre une

coordination efficace des activités de surveillance et de réponse dans la zone métropolitaine de Kampala. Des consultations avec les parties prenantes du système de santé ont permis de définir les indicateurs clés, qui ont été alignés sur les plans de réponse à la pandémie de la ville et du pays. La mise en œuvre a nécessité la formation des équipes de surveillance et des évaluations régulières de la qualité des données. Au fur et à mesure que la pandémie progressait, plusieurs organes de la KCCA en sont venus à s'appuyer sur le CHIS pour leurs opérations et leurs prises de décision. Les données sur les cas liées aux districts et aux sites ont permis d'identifier en temps réel les zones les plus affectées et de redéployer les ressources clés, telles que le personnel et les véhicules, pour y faire face. Le CHIS est devenu une plate-forme essentielle pour la coordination et le suivi des enquêtes, la recherche des contacts et les activités d'évacuation des patients.

Principales conclusions

Le CHIS a grandement amélioré l'accès et l'utilisation des données en temps réel afin d'éclairer la prise de décision pour la réponse au COVID-19 dans toute la zone métropolitaine de Kampala. Les données recueillies par le CHIS ont permis d'orienter les opérations et de définir des politiques clés, telles que l'imposition puis l'assouplissement des mesures de confinement. Des efforts sont en cours pour harmoniser le CHIS avec les systèmes d'information nationaux. D'autres zones urbaines couvrant plusieurs juridictions pourraient également bénéficier de systèmes d'information adaptés à la réponse à une pandémie.

La nécessité a motivé la collaboration public-privé dans la pandémie de COVID-19 : L'approche multisectorielle de l'Ouganda dans la réponse au COVID-19.

Grace Ssali Kiwanuka[1], *Angellah Irene Nakyanzi*[2], *Richard Ssemujju*[2], *Ivan Onyutta*[1] *et Michael Chaitkin*[3], *(1) Uganda Healthcare Federation, (2) ThinkWell Uganda, Kampala, Uganda, (3) ThinkWell, Kampala, Uganda*

Contexte

Historiquement, l'engagement entre les secteurs public et privé de la santé en Ouganda a généralement été modeste et informel. Bien qu'il existe des cadres politiques et des forums pour les partenariats public-privé dans le domaine de la santé, ils n'ont pas toujours donné lieu à une collaboration soutenue dans la planification, le financement ou la prestation des services de santé. Néanmoins, dès le début de la pandémie de COVID-19, les acteurs du gouvernement et du secteur privé ont reconnu la valeur potentielle des partenariats pour la réponse nationale. Afin de renforcer l'approche multisectorielle du pays en matière de réponse à la pandémie, les secteurs public et privé ont développé de nouvelles modalités de planification, d'élaboration de politiques et de mise en œuvre conjointes.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude examine et documente le rôle du secteur privé ougandais au sein de l'approche multisectorielle du pays face au COVID-19. Elle décrit le processus d'engagement du secteur privé par le gouvernement et les rôles clés des acteurs privés dans la mobilisation de leur secteur et la mise en place de nouveaux cadres politiques pour renforcer les réponses futures.

Méthodes

Les rôles joués par les acteurs du système de santé du secteur privé dans la réponse à la pandémie de COVID-19 ont été déterminés par un examen ciblé des politiques gouvernementales et des rapports de réponse à la pandémie, complété par des consultations avec des fonctionnaires du ministère de la Santé (MDS), des organismes éminents du secteur

privé et des membres des groupes de travail nationaux et de district sur la pandémie de COVID- 19.

Principaux résultats

Depuis mars 2020, les acteurs du secteur privé ont répondu à l'appel du Bureau du Premier ministre pour soutenir la réponse de l'Ouganda à la pandémie. En partenariat avec l'Autorité de la capitale de Kampala (KCCA), la Fédération ougandaise des soins de santé (UHF), une organisation faîtière du secteur privé, a mobilisé et renforcé les capacités des prestataires privés afin d'augmenter le système de santé publique mis à rude épreuve pour la gestion des cas de COVID-19 dans la plus grande zone urbaine du pays. Plus récemment, en prévision de la disponibilité du vaccin et pour formaliser la collaboration public-privé, le groupe de travail national multipartite sur le COVID-19 a élaboré le cadre et les directives ougandais pour l'inclusion du secteur privé dans la réponse nationale de vaccination contre le COVID-19. Des consultations et des examens approfondis des politiques, menés par l'UHF et ThinkWell, ont été essentiels à la conception du cadre. Son adoption a marqué un engagement sans précédent en faveur de partenariats multisectoriels entre le ministère de la Santé, les sociétés pharmaceutiques, les prestataires privés, les distributeurs, les associations, etc.

Principales conclusions

Les partenariats formés dans le cadre de la réponse COVID-19 ont favorisé la solidarité et la collaboration pour les interventions de santé publique actuelles et prévues. Les contributions du secteur privé sont particulièrement importantes pour élargir l'accès équitable aux vaccins, maintenir l'intégrité de la chaîne du froid et assurer la surveillance. Reconnaissant la place du secteur privé, le gouvernement devrait identifier des mécanismes permettant de tirer parti des acteurs du secteur privé à la fois pour assurer la continuité des services essentiels non COVID- 19 et pour soutenir les réponses nationales aux futures pandémies.

Effets de la conception des tarifs d'assurance sur l'approvisionnement en oxygène dans les hôpitaux publics.

Diana Kizza[1], *Hyacinthe Mushumbamwiza*[2], *Siyabonga Ndwandwe*[2], *Moyo Butholenkosi*[2], *Regis Hitimana*[3], *Jason Houdek*[4], *Damien Kirchhoffer*[4], *Logan Brenzel*[5], *Donatien Bajyanama*[6], *Zuberi Muvunyi*[6] *et Corneille Ntihabose*[6], *(1) Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Nairobi, Kenya, (2)Clinton Health Access (CHAI), Kigali, Rwanda, (3)Rwanda Social Security Board (RSSB), Kigali, Rwanda, (4)Clinton Health Access (CHAI),Boston, (5)Bill & Melinda Gates Foundation, (6)Ministère de la santé, Kigali, Rwanda*

L'oxygénothérapie médicale est au cœur du traitement des maladies respiratoires, y compris le COVID-19 avancé. Dans les hôpitaux publics des pays à faible revenu, les systèmes d'approvisionnement ne fonctionnent pas de manière optimale en raison d'une production limitée, d'une maintenance irrégulière des installations et de prix de l'oxygène non optimaux. Les hôpitaux rwandais sont remboursés par les régimes d'assurance maladie pour la consommation d'oxygène de leurs patients, pour laquelle il existe un tarif unique. Bien que l'approvisionnement se fasse en fonction du prix en volume, les demandes de remboursement de l'oxygène par les hôpitaux sont calculées en fonction des heures d'utilisation, et non des volumes utilisés (bouteilles ou litres). Pendant l'utilisation, la consommation d'oxygène est enregistrée à un taux horaire pour refléter le tarif moyen payé par heure. Cette étude a cherché à savoir si les tarifs actuels permettaient aux hôpitaux d'atteindre le seuil de rentabilité, compte tenu des différents débits d'oxygène nécessaires pour traiter diverses pathologies. Elle a également modélisé des scénarios tarifaires susceptibles d'optimiser la fourniture d'oxygénothérapie.

Les dossiers de 37 809 patients non Covid dans 25 hôpitaux, entre juin 2019 et juin 2020, ont été utilisés pour estimer l'utilisation de l'oxygénothérapie dans différents services (moyenne de 9 services par hôpital). Il s'agissait de 20 hôpitaux de district, 4 hôpitaux de référence et 1 hôpital provincial. La durée du traitement et le débit moyen, tel que recommandé par les directives cliniques, ont été utilisés pour estimer l'oxygène total consommé par patient, et les implications financières pour les hôpitaux ont été estimées sur la base de leurs revenus et des coûts totaux d'approvisionnement en oxygène. L'analyse des dossiers a montré que le débit médian était d'environ 10L/min, le quartile supérieur présentant une plus grande variation des débits, et la durée moyenne de l'oxygénothérapie était de 50 heures par patient. Le modèle développé prend en compte à la fois la durée de la thérapie et le volume d'oxygène utilisé pendant la thérapie, minimisant le revenu marginal obtenu à des débits plus faibles et la perte obtenue en utilisant des débits élevés. Cela garantit presque que les hôpitaux ne fonctionneront

pas à perte tout en réduisant la responsabilité de la compagnie d'assurance pour les thérapies nécessitant de faibles débits.

(1) Les tarifs d'oxygène devraient être influencés par le volume d'oxygène administré à des types de patients spécifiques, dans un premier temps pour les harmoniser. (2) L'idéal serait de passer à un tarif basé sur le volume. Cette analyse informe les décideurs sur le lien entre les prix et l'utilisation de l'oxygénothérapie, ainsi que sur le lien important entre la consommation et les besoins en débit d'oxygène des patients. L'administration précise du débit d'oxygène (LPM) et l'utilisation d'oxymètres de pouls permettent de réguler le débit d'oxygène au fur et à mesure que les patients se stabilisent ; des pratiques qui doivent être améliorées pour contrôler l'utilisation effective et, en conséquence, les coûts.

Joel Ekofo, *Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo, KINSHASA, Congo (The Democratic Republic of the)*

Introduction

Depuis décembre 2019, le monde fait face à une maladie émergente, le Covid-19, déclaré pandémie par l'OMS le 30/01/2020. La RDC avait enregistré son premier cas en mars 2020. Depuis, beaucoup de mesures ont été prises pour contrôler l'épidémie.

L'objectif de cette étude est d'identifier les principales mesures de riposte prises au cours de cette pandémie en RDC et de les analyser en termes de qui les a prises, pourquoi, comment et où.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude de cas sur la lutte contre le Covid-19 en RDC. La revue documentaire et les interviews semi-structurées des informateurs-clés (en face à face, par téléphone ou par visio-conférence) ont permis la collecte de données.

Résultats

Une fois l'épidémie déclarée, les autorités nationales ont pris des mesures pour contrôler cette première vague : mise en quarantaine de 14 jours des voyageurs en provenance des pays touchés par Covid-19 ; suspension des vols en provenance des pays touchés ; mise en place des mesures de contrôle. Un secrétariat technique et une task force présidentielle composés de scientifiques ont été mis en place pour aider les autorités à prendre des décisions

informées par les évidences. Ainsi, pour limiter la propagation de l'épidémie, le Président de la République a décrété l'état d'urgence sanitaire : interdiction des voyages, fermeture des écoles et universités, etc. (du 24 mars au 21 juillet 2020) associée à des mesures de prévention individuelle (port correct de masques, lavage de mains, distanciation physique). Pour sa part, le secrétariat technique a adopté, sur base des résultats de certaines études d'observation, un protocole thérapeutique associant la Chloroquine à l'Azithromycine. A Kinshasa, épicentre initial de l'épidémie, l'augmentation des cas et leur concentration dans la commune de la Gombe avaient conduit le gouverneur à décréter du 06 avril au 29 juin 2020, le confinement de cette commune pour limiter la propagation de l'épidémie. En décembre 2020, au cours de la 2e vague, le Président a décrété un couvre-feu national encore en vigueur. La mesure phare au cours de la 3e vague demeure la vaccination contre Covid-19 dans les villes les plus touchées.

Conclusion

Au cours des vagues successives, des mesures prises ont permis de contrôler l'épidémie. Mais certaines ont eu des effets collatéraux importants sur le vécu quotidien de la population. Leur application à l'avenir requiert un équilibre entre l'efficacité recherchée et les effets collatéraux indésirables sur la population.

Mots-clés : Mesures de contrôle, Covid-19, RDC

Session parallèle 8-5

Inciter les parties prenantes à utiliser des données probantes pour l'élaboration des politiques

Engager les parties prenantes au Nigeria pour identifier les lacunes et développer des stratégies pour améliorer l'utilisation des preuves dans la politique de santé.

Oluwafunmike Abiodun Ogwa[1], *Kasarachi Omitiran*[2], *Okikiolu Badejo*[3], *Achama Eluwa*[4], *Felix Obi*[5], *Adaobi Ezeokoli*[6], *Nneka Orji*[7], *Ugochi Odu*[8], *Chukwunonso Umeh*[9], *Rosemary Nnabude*[5], *Dr. Frances Ilika*[10], *Adaeze Oreh*[5] *et Ejemai Eboreime*[11], *(1)Doctorkk Health International, Lagos, Nigeria, (2)Département des services de santé communautaire, Agence nationale de développement des soins de santé primaires, Abuja, Nigeria, (3) Département de santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique, (4)Département de médecine Nuffield, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni, (5)Initiative de développement des systèmes, Abuja, Nigeria, (6)Nigeria Health Watch, Abuja, Nigeria, (7)Département de la planification sanitaire, de la recherche et des statistiques, Ministère fédéral de la santé, Abuja, Nigeria, (8)Healthreach Limited, Abuja, Nigeria, (9)Centre de ressources africain pour l'excellence en gestion de la chaîne d'approvisionnement, Abuja, Nigeria, (10)Projet USAID Health Policy Plus (HP+) de Palladium International Development Company - Abuja, Abuja, Nigeria, (11) Département de psychiatrie, Université d'Alberta, Edmonton, Canada*

Le contexte :

La pratique de l'utilisation des preuves issues des résultats de la recherche dans la formulation de la politique de santé par les parties prenantes au Nigeria est relativement minime. Cela peut être attribué à une capacité relativement insuffisante à générer et à utiliser les résultats de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (HPSR).

Objectif

L'objectif du consortium de parties prenantes au Nigeria, soutenu par le forum africain Health Systems Global, qui a organisé une réunion virtuelle pour les principales parties prenantes locales, était d'inciter les parties prenantes à faire la synergie d'action collective dans le cadre de l'identification des lacunes, des opportunités, ainsi que le développement des stratégies et des outils pour améliorer l'utilisation des preuves dans l'élaboration des politiques de santé.

Méthodes :

La convocation était une conférence virtuelle de deux jours dirigée par les participants qui s'est tenue en août 2020. Les participants comprenaient des décideurs politiques et de santé, des chercheurs, des philanthropes, des praticiens de la santé mondiale, les médias, la société civile et d'autres groupes de parties prenantes. Différents formats ont été combinés pour une participation et une délibération efficaces sur les questions, notamment des sessions plénières, des discussions de groupe dirigées par des praticiens, des universitaires et des décideurs politiques chevronnés dans le domaine de la RPSS, ainsi que des sessions de questions et

réponses après chaque discussion de groupe. Les résultats ont été partagés avec les parties prenantes par le biais de notes d'orientation, de séances de sensibilisation et de publications.

Principaux résultats :

Parmi les lacunes identifiées, citons le faible financement de la recherche sur les systèmes de santé adaptés au contexte et du renforcement des capacités, l'inégalité entre les sexes dans la production de données et la prise de décision, la faible collaboration multisectorielle, la faiblesse des politiques de financement de la santé, l'inefficacité des mécanismes d'application des connaissances et la faible utilisation des résultats de la recherche par les décideurs politiques. D'autres lacunes ont été constatées, notamment la faiblesse des liens entre les chercheurs, les décideurs, les responsables de la mise en œuvre et les communautés/groupes bénéficiaires. D'autres lacunes sont l'absence ou le minimum de co-

création ou de co- production dans la conception de la recherche, en particulier la non-implication des bénéficiaires. Les recommandations formulées comprennent une approche multisectorielle de la résolution des problèmes, l'appropriation par le pays et l'élaboration d'un programme de recherche concret qui s'inspire de la société, l'orientation des questions de recherche vers les bons endroits et les bonnes personnes, l'inclusion d'une analyse de genre dans la RPSS afin de promouvoir l'équité entre les sexes et l'établissement de relations interpersonnelles afin de renforcer les relations entre les chercheurs, les décideurs et les praticiens.

Principale conclusion

La réunion des parties prenantes a fourni un forum pour des discussions ouvertes sur les principales lacunes et les stratégies d'atténuation potentielles dans l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes. La vaste approche ascendante utilisée a permis de tester des opinions réalistes et de les utiliser pour améliorer la production et l'utilisation de données probantes. Les leçons tirées de cet engagement peuvent être adoptées dans des contextes similaires en Afrique sub-saharienne et au-delà.

Mesure et décomposition de l'inégalité d'accès aux services de santé essentiels dans le contexte de la couverture sanitaire universelle dans la région Afrique.

Regina Titi-Ofei[1], *Brendan Kwesiga*[2], *Doris Osei Afriyie*[3], *Hillary Kipruto*[4] *et Humphrey Karamagi*[1], *(1) Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo, (2) Bureau de pays de l'OMS au Kenya, Nairobi, Kenya, (3) Département d'épidémiologie et de santé publique, Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle, Suisse, (4) Organisation mondiale de la santé, Équipe d'appui interpays pour l'Afrique orientale et australe, Harare, Zimbabwe.*

Le contexte :

Alors que les pays africains se sont engagés à atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle, il est essentiel que les améliorations de la couverture et de la protection contre les risques financiers soient équitablement réparties au sein de la population. Les responsables politiques de la région africaine doivent non seulement comprendre l'ampleur des inégalités, mais aussi les facteurs qui expliquent les inégalités observées. Cette étude a pour but de mesurer et d'expliquer l'ampleur des inégalités socio-économiques dans les services de santé essentiels à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Buts et objectifs :

Cette étude a pour but de mesurer et d'expliquer l'ampleur des inégalités socio-économiques dans les services de santé essentiels à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Méthodologie :

Les données utilisées pour l'analyse ont été obtenues à partir d'échantillons représentatifs au niveau national issus des enquêtes démographiques et sanitaires des pays de la région. Le statut socio-économique est mesuré à l'aide d'un indice de richesse généré par une analyse en composantes principales. Les indicateurs de couverture des services CHU ont été adoptés à partir de l'indice de couverture des services CHU de l'OMS. Les indicateurs couvrent les sous-indices liés aux services de l'indice CHU, à savoir les services de santé reproductive et maternelle, les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles. Les indices de concentration pour ces trois domaines de services ont été utilisés comme mesure primaire de l'inégalité et ils ont été décomposés en leurs facteurs déterminants à l'aide d'un modèle linéaire généralisé avec lien logit binomial.

Résultats :

Dans les 47 pays inclus dans l'analyse, la couverture des services de santé reproductive et maternelle, des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles a démontré une inégalité pro-riche. Les contributions les plus importantes à l'inégalité sont dues à l'éducation, à la couverture par l'assurance maladie et au statut socio-économique. Le clivage urbain/rural a également contribué de manière importante à l'inégalité mesurée pour les quatre services.

Conclusion :

Les résultats indiquent que l'inégalité reste un défi important pour la réalisation de la CMU en Afrique. Bien que des actions soient nécessaires au sein du secteur de la santé pour relever ce défi, des investissements multisectoriels dépassant le cadre du secteur de la santé, notamment le secteur de l'éducation, devront également être réalisés.

Des données pour soutenir les décisions : quelle est la qualité des évaluations économiques et de leurs sources de données pour les maladies non transmissibles réalisées en Afrique subsaharienne ? Une analyse transversale.

Samantha Hollingworth[1], *Glory-Anne Leaupepe*[2], *Stephen Birch*[2], *Francis Ruiz*[3], *Emmanuel Ankrah Odame*[4] *et Justice Nonvignon*[5], *(1) Université des sciences et de la technologie KwameNkrumah, Kumasi, Ghana, (2) Université du Queensland, Brisbane, QLD, Australie, (3) London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom, (4) Ministry of Health Ghana, Accra, Ghana, (5) Department of Health Policy, Planning and Management, School ofPublic Health, University of Ghana, Legon, Ghana.*

Contexte

Les décideurs d'Afrique subsaharienne (ASS) ont été confrontés à des défis sans précédent pendant la pandémie de Covid-19 pour prendre des décisions concernant l'allocation des ressources de santé face à des ressources limitées ainsi qu'à une disponibilité et une qualité de données restreintes. Bien que l'accent ait été mis sur la pandémie, la charge des maladies non transmissibles (MNT) requiert de plus en plus d'attention. Les évaluations économiques peuvent aider à déterminer quelles interventions sanitaires doivent être financées ou incluses dans tout ensemble de prestations de soins de santé universels (CSU). Les données et les sources de ces analyses doivent être fiables et pertinentes pour le pays concerné.

Objectif

Décrire les aspects des évaluations économiques et évaluer la qualité des sources de données utilisées dans toutes les évaluations économiques publiées concernant deux MNT en Afrique subsaharienne.

Méthodes

Nous avons effectué une recherche systématique dans des bases de données sélectionnées (PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus) pour toutes les évaluations économiques publiées concernant les maladies cardiovasculaires et le diabète en Afrique subsaharienne. Nous avons sélectionné les études et extrait les données en utilisant le cas de référence iDSI avec 11 principes (par exemple, preuves, résultats de santé, coûts) pour mesurer l'adhésion des études aux rapports (score de 21) et aux aspects méthodologiques (score de 19). Nous avons évalué et décrit la qualité des sources de données en utilisant un système de notation hiérarchique.

Principaux résultats

Sur les 7 297 articles récupérés, nous avons sélectionné 35 études, la plupart portant sur les médicaments. La moitié des études (51%) avaient des premiers auteurs basés en Afrique, la plupart provenaient d'un seul pays (83%), avaient un résultat lié à l'utilité (par exemple DALY ou QALY, 69%), étaient des analyses de coût-efficacité (ou d'utilité) (80%), avaient un modèle

analytique (71%), prenaient une perspective de système de soins de santé (60%), et utilisaient une mesure de seuil liée au produit intérieur brut (57%). Le respect des aspects liés à l'établissement de rapports était plus élevé (moyenne de 81%, moyenne de 17/21, cinq ont obtenu des scores parfaits) que le respect des aspects méthodologiques (moyenne de 67%, moyenne de 13/19). Les aspects les plus forts concernent la transparence, les comparateurs et les preuves, tandis que les aspects les plus faibles sont l'incertitude, l'impact budgétaire et l'équité. Les sources de données - et leur qualité - étaient variées et comprenaient à la fois des sources locales et des bases de données internationales (par exemple, l'OMS).

Conclusions

Si de nombreuses évaluations économiques étaient de grande qualité, il est possible d'améliorer les sources et la qualité des données qui font partie intégrante des analyses du SSA. Nous avons besoin de plus d'informations sur l'impact budgétaire et les considérations d'équité. Un soutien politique et une attention soutenue au développement et au maintien de sources de données fiables et pertinentes au niveau local (peut-être avec une approche régionale) permettront d'obtenir de meilleures preuves pour soutenir la prise de décision en ASS dans le contexte d'un CHU et de plans de prestations de santé et de systèmes de santé résilients.

COVID-19 et les inégalités de santé mentale liées au revenu en Afrique du Sud.

Trust Gangaidzo, *Ronelle Burger et Marisa von Fintel, Département d'économie, Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud.*

Le contexte :

Suite à l'apparition du COVID-19 vers la fin de l'année 2019, l'Afrique du Sud, comme la plupart des pays, a été placée en confinement national complet en mars 2020, et les activités économiques, physiques et de divertissement ainsi que la mobilité ont été sévèrement restreintes dans le but de contenir la pandémie. Compte tenu des différences de statut socio-économique, les capacités d'adaptation des individus face à la menace d'exposition au virus et à ses conséquences diffèrent. Les données actuelles suggèrent que la pandémie et les mesures de santé publique connexes instituées pour ralentir la propagation du COVID-19 ont aggravé les inégalités existantes, le fardeau de la pandémie étant supporté de manière disproportionnée par les personnes vulnérables. Cependant, certains ouvrages suggèrent que les chocs tels que les pandémies, les guerres et les conflits civils réduisent les inégalités. Quoi qu'il en soit, les répercussions économiques des mesures d'endiguement de la COVID-19 affecteront l'incidence, la prévalence et la répartition de la mauvaise santé mentale, aujourd'hui et dans les années à venir.

Objectif :

La présente étude visait à déterminer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les inégalités de santé mentale liées au revenu en Afrique du Sud, un pays à revenu intermédiaire très inégalitaire.

Méthodes :

Les données utilisées proviennent des trois derniers cycles du sondage nationale sud-africain sur la dynamique des revenus (NIDS) et du cinquième cycle du sondage mobile rapide sur le coronavirus (NIDS-CRAM). La méthode de décomposition par régression des fonctions d'influence récentes (RIF) a été utilisée pour vérifier l'influence de la pandémie de COVID-19 sur l'inégalité des symptômes dépressifs liés au revenu des ménages par habitant en Afrique du Sud. Santé. Les symptômes dépressifs ont été dépistés à l'aide de l'échelle de dépression en 10 points du Centre d'études épidémiologiques (CESD-10) (Radloff, 1977) dans le NIDS et du questionnaire sur la santé des patients (PHQ-2) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2003) dans le NIDS-CRAM.

Les résultats :

Nous avons constaté que l'accès à une bonne santé mentale était plus pour les plus aisées avant et pendant la pandémie. Nous avons également constaté que la pandémie COVID-19 a une influence nettement moindre sur les inégalités de santé mentale liées au revenu lorsqu'elles sont mesurées à l'aide de l'indice de concentration relative du déficit et de l'indice de Wagstaff, mais

pas lorsqu'elles sont mesurées à l'aide de l'indice d'Erreygers ou de l'indice de concentration relative du niveau de formation.

Conclusion :

Bien que l'association positive entre une bonne santé mentale et la richesse demeure, la pandémie de COVID-19 accroît les problèmes de santé mentale chez les personnes aisées. Les effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale peuvent être compensés par des mesures politiques réalisables visant à réduire les inégalités historiques.

Session parallèle 8-6

UHC Policy processes and reforms

Equity and financial risks protection in access to health care for all in Côte d'Ivoire.

Ange Baudelaire Bate, *Université Felix Houphouet Boigny Abidjan Cocody boigny, ABIDJAN, Côte d'Ivoire*

La couverture de santé universelle (CSU) est un élément clé de la politique de santé de la Côte d'Ivoire. Bien que les résultats de santé se soient améliorés au cours des dix dernières années, d'importantes inégalités demeurent. Cependant, certains de ses indicateurs sont parmi les plus élevés d'Afrique de l'Ouest et sa couverture de service de santé est plus forte que beaucoup de pays à faible revenu. Le développement d'une politique donnant accès aux soins à tous les ivoiriens requiert l'identification des barrières à cet accès, ainsi que des caractéristiques des non utilisateurs.

L'étude explore les Enquêtes sur les Conditions de Vie des Ménages 2019 et 2020. Nous utilisons l'Analyse d'Incidence des Bénéfices (AIB) pour déterminer l'utilisation des différents services de santé par groupe socioéconomique. Des régressions « logistiques » sont également utilisées afin d'identifier les corrélations liées à l'accès aux soins et l'incidence des dépenses catastrophiques de santé (DCS). L'analyse des régressions permet d'identifier les déterminants de la vulnérabilité des ménages aux DCS par des variables géographiques et socioéconomiques.

L'AIB indique que seules les cliniques mobiles et les interventions des agents de santé communautaire bénéficient aux populations pauvres. Bien que typiquement en zone rurales, les dispensaires ne profitent pas aux pauvres.

La principale cause de la faible utilisation des services est qu'ils sont peu abordables. En 2019, 27 pourcent des ménages déclaraient ne pas consulter bien qu'étant malades. Parmi ceux-ci, 48% déclaraient qu'ils n'avaient pas consultés parce que le prix était trop élevé. Pour le quintile de richesse le plus bas, cette proposition atteignait 67%.

L'utilisation des services varie par niveau d'éducation, de richesse et par département. Les ménages du quintile le plus richesse utilisaient 2,6 fois plus les services de santé que ceux du quintile le moins riche. Ces derniers font face à moins de DCS comparé au quintile le plus riche puisqu'ils renoncent aux soins.

Ce papier présente de nouveau éléments et opportunités pour que la Côte d'Ivoire atteigne la CSU. La Côte d'Ivoire doit : 1) prioriser les politiques bénéficiant aux populations pauvres, y compris la mise à disposition d'un paquet essentiel de services au niveau primaire, 2) renforce les programmes bénéficiant aux pauvres tels que les cliniques mobiles, et 3) cibler les populations rurales. Ceci devrait être complété par des stratégies d'exemptions ou de réduction de frais pour les pauvres mais cela exige une forte coordination entre les prestataires publics, privés et les ONG.

Antenatal care utilization in Côte d'Ivoire from 2010 to 2020 and fee exemption policy.

Akissi Régine Attia Konan[1], *Kouame Koffi*[2], *Jerome Kouame*[2], *Momine Felix Male*[3], *Adama Sanogo Pongathie*[3] *and Stéphane Serge Agbaya Oga*[2], *(1)Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire, (2)UNIVERSITE F H BOIGNY, ABIDJAN, Côte d'Ivoire, (3)Direction de l'informatique et de l'information sanitaire, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Contexte :

Les politiques de gratuité des soins ont été adoptées dans de nombreux pays en Afrique subsaharienne pour éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé. Ces politiques visent des populations vulnérables telles que les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. En Côte d'Ivoire, une politique de gratuité des soins chez la femme enceinte est en vigueur depuis avril 2012 afin d'améliorer les indicateurs de mortalité maternelle. Cette étude vise à documenter les effets de l'abolition des frais de soins sur l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire. Elle a pour objectif d'évaluer les effets de la gratuité des soins chez les femmes enceintes de 2011 à 2020.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude longitudinale à visée descriptive sur 11 ans (2010 à 2020). Les données sont issues du système national d'information DHIS2 et du logiciel de gestion de la chaine d'approvisionnement SIGL. Les données sur la disponibilité des médicaments traceurs de la gratuité pour l'année 2020 et celles de l'utilisation des services de consultation prénatale CPN (1ère et 4ème CPN) ont été extraites des différentes bases de données ainsi que le nombre d'établissements de santé à moins de 5 km et les ratios de personnel de santé/ population.

Résultats :

Une augmentation du nombre de CPN1 et CPN4 a été observée sur la période en moyenne de 6,2% et 5,5% respectivement. La couverture en CPN1 et CPN4 a progressé en moyenne de 4,4% et 8,5% respectivement. Cependant, le taux d'abandon en CPN est resté stable sur les 11 années avec une moyenne de 59,3%. Le nombre de femmes ayant réalisé leur 1ère CPN au cours du 1er trimestre de la grossesse représentait la moitié de l'ensemble des CPN1 enregistrés en 2010. La disponibilité en médicaments pour le programme mère-enfant a été estimée en 2020 à 52,5% quand celle de l'ensemble des produits de santé était de 56%. Le ratio en personnel soignant/ population était conforme à la norme OMS depuis 2017. En moyenne, 70% de la population vivait à moins de 5 km d'un établissement de santé.

Conclusion :

Malgré la mesure d'exemption des frais de soins, les femmes ne suivent pas les recommandations de CPN du programme mère-enfant. Les causes de non observance doivent être documentées afin d'améliorer les niveaux d'utilisation des services de santé maternelle.

Mots clés : Femme enceinte, Consultations prénatales, Couverture sanitaire universelle, Côte d'Ivoire

Health financing in South Kivu province in Democratic Republic of Congo : evidences from an operational research.

Yann Tapsoba, *Consultant indépendant, Ouagadougou, Burkina Faso, Jean-Claude Wema, Consultant indépendant, Thomas Engels, Oeconomia-Expertise, Ed Vreeke, hera and Elisabeth Paul, Université Libre de Bruxelles*

Le système de financement de la santé dans la province du Sud-Kivu reste caractérisé par une insuffisance de ressources assortie d'une contribution quasi-absente et irrégulière de l'État. Ce contexte reste défavorable à l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle dans la province (CSU).

A travers une recherche opérationnelle, la présente étude cartographie et évalue les mécanismes existants de financement de la santé en vue de dégager des leçons pour réformer le financement du système provincial de santé au Sud-Kivu et progresser vers la CSU.

Les résultats indiquent que le financement de la santé reste fragmenté et caractérisé par une multitude d'acteurs déployant des interventions insuffisamment harmonisées et coordonnées. Le recouvrement des coûts ainsi que les appuis extérieurs au titre du renforcement du système de santé sont les approches de financement les plus utilisées dans la province. Le développement des mutuelles de santé peut contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé pour la population même si leurs taux de couverture restent extrêmement faibles. Le financement basé sur les résultats (FBR) et la gratuité des soins, financés principalement par les partenaires techniques et financiers sont irréguliers et insuffisamment pérennes.

Au regard de cette situation, il est suggéré d'adopter un modèle intégré d'achat stratégique : i) ancré dans les institutions locales, ii) approprié par l'ensemble des parties prenantes et, iii) axé sur une mise en œuvre conjointe des mutuelles de santé, de la gratuité des soins, du FBR et du recouvrement des coûts pour les plus nantis. Il est aussi recommandé de mettre en place un fonds d'appui au système provincial de santé afin de renforcer la mobilisation et la mise en commun des appuis étrangers et des ressources budgétaires.

Enfin, il est proposé d'opérationnaliser l'initiative du « Contrat Unique » en vue d'harmoniser, de mettre en commun et d'assurer la pérennisation des programmes d'appui des partenaires en faveur de la province. Cette opérationnalisation impliquera : i) de renforcer le dialogue politique, ii) d'élaborer un dossier d'investissement à utiliser comme outil de plaidoyer lors de la mobilisation des ressources et, iii) de créer une plateforme de suivi régulier et d'évaluation des engagements et des décaissements financiers sous le leadership des autorités provinciales de la santé.

Magnitude and determinants of catastrophic out-of-pocket payments for health care in Burkina Faso.

Madeleine Nadège Tiendrebeogo, *Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Contexte :

Depuis la crise sanitaire de la Covid 19 en 2020 suite à la déclaration d'Alma Ata de 1978, l'équité dans l'accès aux services de soins de santé est devenue une préoccupation politique importante pour tous les États-nations.

Objectifs :

L'objectif est d'analyser le financement de la santé par les ménages. Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser l'ampleur des paiements directs ainsi que leurs déterminants au regard des défis à relever en matière de politique de financement de la santé au Burkina Faso.

Méthodes :

Nous utilisons l'approche par la capacité de paiement aux seuils de 10 %, 25 % et 40 % préconisés par les Objectifs du Développement Durable (ODD) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les données proviennent de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africain (UEMOA), édition 1 de 2018 du Burkina Faso ; et portent sur 7 010 ménages pour l'analyse statistique et 6 460 ménages pour la régression par le modèle probit.

Résultats :

L'ampleur des dépenses catastrophiques des soins baisse au fur et à mesure que le seuil croit de 5 % à 40 % avec une amplitude de 5 %. Elle varie respectivement de 10,29 % à 0,66 % en incidence et 1,13 % à 0,28 % en intensité. Les ménages consacrent 15,98 % à 83,61 % de leur capacité de paiement aux soins de santé. Ses déterminants sont : la richesse, l'âge, le statut matrimonial, la taille du ménage, le niveau d'instruction et la branche d'activité. L'approche par le genre des déterminants confirme presque les mêmes résultats. Elle soutient l'adage selon lequel « la pauvreté a un visage féminin ». Pour les quelques femmes exemptées de dépenses exorbitantes, cela dépend essentiellement de leur propre pouvoir de négociation auprès de leurs conjoints, du niveau d'éducation de leurs conjoints, de la région de résidence et / ou voire la provenance ethnique de ces derniers.

Conclusion :

Un meilleur ciblage des politiques de financement de la santé pour tous au Burkina Faso peut être envisagé en débutant par la sensibilisation des ménages à l'affiliation à l'Assurance Maladie Universelle (AMU) ainsi que la conscientisation du maintien de leur cadre de vie sain.

Mots clés : équité, paiements directs, genre, Assurance Maladie Universelle.

NOS PARTENAIRES