



5^{ÈME} AfHEA

CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE BIENNALE

Garantir l'accès aux Soins de Santé Primaires
(SSP) pour tous : base pour la Couverture
Sanitaire Universelle (CSU) en Afrique

2019

MARS 11-14

Kempinski Hotel
Gold Coast City

ACCRA-GHANA



[2019]

Garantir les Soins de Santé Primaires
pour tous: base pour la Couverture
Sanitaire Universelle (CSU) en Afrique

Hôtel Kempinski Gold Coast City (Accra)

11 - 14 Mars 2019

5th AfHEA Conference - 2019

Livret du Programme des Résumés

La cinquième conférence scientifique AfHEA est organisée en partenariat avec le Ministère de la Santé de la République du Ghana, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Service de la santé du Ghana (GHS), l'École de la santé publique de l'Université du Ghana (SPH), et le Centre de recherche sur les systèmes et les politiques de santé (CHESPOR).

Nous remercions chaleureusement l'assistance financière reçue par nos partenaires pour la conférence.

Cinquième Conférence de l'Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé (AfHEA)

“ Garantir les Soins de Santé Primaires pour tous: base pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Afrique ”

Publié par AfHEA © 2019

Couverture : Knights Advertising Limited

Compilation of the programme and abstracts: Pascal Ndiaye (Mabouya Solutions)

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

Pour plus d'information, écrire à : info@afhea.org

Visitez le site web de AfHEA et restez informé de ses activités : www.afhea.org

Table des matières

Agenda.....	19
Présentations Orales	21
Session Parallèle 1 – Sessions Organisées.....	22
OS 01 – Institutionnalisation du suivi de la protection financière en Afrique	22
Analyse de la protection du risque financier dans le domaine de la santé. Cas de la République Démocratique du Congo.....	23
Analyse de la protection contre les risques financiers liés à la santé des ménages en Côte d'Ivoire de 2008 à 2015.....	24
Tendance des dépenses de santé catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages mauritaniens entre 2008 et 2014.....	25
Dynamique des dépenses catastrophiques et appauvrissement au Burkina Faso : Une analyse des déterminants.....	26
Impact des paiements hors-poche sur les indicateurs de protection financière dans un cadre sans frais d'utilisation : le cas de l'île Maurice.....	28
Session Parallèle 1 – Présentations Orales.....	29
Session parallèle 1 : Progrès et obstacles vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).....	29
Détermination des niveaux de satisfaction concernant les rôles des HMO parmi les bénéficiaires du système d'assurance sociale à Enugu, dans le sud-est du Nigéria.....	29
Les obstacles à la protection universelle des risques financiers dans l'état d'Enugu, au Sud-Est du Nigéria.....	30
Vers la couverture sanitaire universelle: nécessité d'un processus de planification renforcé.....	31
Assurance Santé pour les travailleurs du secteur informel en Côte d'Ivoire : Enseignements tirés de la mise en œuvre du MCMA.....	31
Revitaliser les soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle à Maurice.....	32
Temps de crise : l'agenda transformationnel de la couverture sanitaire universelle pour la Zambie.....	33
Politisation avec les soins de santé et son incidence sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle.....	33
Atteindre la couverture universelle de la santé au Nigéria par le financement de la santé.....	34
Session parallèle 1-2 Secteur privé, PPP et sous-traitance.....	35
Gérer le Partenariat Public-Privé pour progresser vers la CSU : Expériences tirées des relations contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé à-but-non-lucratif en Ouganda.....	35
« Fais-moi confiance » ! Des idées réalistes sur la façon dont le manque de confiance compromet le partenariat public-privé et les stratégies pour y remédier en Afrique de l'Ouest.....	36
L'approche Financement Basé sur les Performances (FBP) nigériane en matière de contractualisation basée sur des acteurs étatiques.....	38
Les structures de santé confessionnelles sont moins accessibles aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) : Une étude comparative réalisée au Nord de la Tanzanie.....	39

Mobilisation des ressources du secteur privé pour des investissements ciblés en santé sur la base de données probantes obtenues à partir des évaluations des coûts.....	39
Session parallèle 1-3 Coûts-efficacité : études de cas.....	41
Coûts et durabilité d'un nouveau Programme Communautaire pour les Travailleurs de la Santé visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant au Nigéria.	41
Étude de l'accessibilité du coût des soins pour l'hypertension dans les hôpitaux kenyans : Une analyse des coûts du point de vue du patient.....	42
Analyse des coûts de la prise en charge des nouveau-nés prématurés au Sénégal.	42
Coûts de l'ajout d'un test rapide de syphilis aux services prénatals existants au niveau des Soins de Santé Primaires au Burkina Faso : Une approche de micro-coûts pour le diagnostic prénatal.....	43
Fardeau économique des complications du diabète de type 2 chez les patients de la région orientale du Ghana : étude descriptive sur le coût transversal des maladies...	44
Analyse des coûts de l'enrichissement du sel en iode en Ethiopie : Résultats préliminaires.....	45
Évaluation des déterminants de la rentabilité des coûts dans les structures de Soins de Santé Primaires au Ghana : Une analyse Stochastique des Frontières à Classes Latentes.....	45
Analyse coût-efficacité approfondie du Fonds Fiduciaire pour le SIDA en Ouganda...	46
Session parallèle 1-4 Accès aux services VIH/Sida	47
Abandon du traitement antirétroviral : une analyse empirique des déterminants.....	47
Interventions efficaces de prise en charge et de soutien au VIH au Nigéria : Une approche basée sur les droits	49
Déterminants de la demande régulière du traitement Antirétroviraux au Togo.....	50
Les facteurs associés à la faible adoption du diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson exposé au VIH: Vers l'atteinte de la cible 90-90-90 d'ici 2020 à Hararé, Zimbabwe.....	50
Dans quelle mesure le transfert des tâches peut-il réduire la prévalence du VIH chez les HSH, Malawi.....	51
Groupes de distribution d'antirétroviraux comme mesure pour améliorer l'observance de la thérapie: analyse coût-efficacité en Zambie.....	52
Session parallèle 1-5 Accès aux services de santé maternelle	53
Facteurs associés aux recours tardifs aux premiers soins postnataux dans un établissement de santé après un accouchement à domicile en Côte d'Ivoire.....	53
Evaluation du coût des services de soins maternels postnataux, avant et après les interventions au Burkina Faso	53
Disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique de l'Ouest : le cas de la Côte d'Ivoire.....	55
Etude des déterminants sociaux et économiques de la mortalité des enfants de moins cinq ans en Afrique subsaharienne : cas du Sénégal.....	55
L'atteinte des femmes en âge de procréer vivant en milieu rural à Kintampo, au Ghana, grâce à la planification familiale : Données probantes de l'outil Tool d'évaluation de l'Equité	56
Inégalités socioéconomiques en matière de santé maternelle au Zimbabwe: le cas des sages-femmes qualifiées et de la couverture prénatale	57
Accès aux services de santé maternelles dans le cadre de la politique de la gratuités des soins maternels dans la commune de Kassena-Nankana au Ghana	58
Session 1-6 Evaluation économique des programmes de santé.....	59
Évaluation économique de l'Equipe Santé Familiale dans les établissements de santé de l'unité de soins de santé primaires à Addis-Abeba: résultats préliminaires de l'analyse coûts / efficacité	60

Rentabilité et impact budgétaire du fondaparinux pour le traitement du syndrome coronarien aigu (SCA) chez les patients atteints d'un infarctus du myocarde avec élévation non-ST et ST dans le système de santé publique sud-africain	60
Fardeau économique du glaucome sur les patients fréquentant deux établissements de santé à Tema Metropolis, Ghana	61
Incidences économiques de la révision différée des prix de remboursement des médicaments essentiels traceurs sur les établissements de santé accrédités dans la municipalité d'ejisu-juaben, au Ghana.....	62
Session parallèle 1-7 Utilisation de données pour la gestion et la prise de décision.....	64
Que devons-nous savoir ? Sources de données pour appuyer les décisions fondées sur des preuves en utilisant l'évaluation des technologies de la santé au Ghana.....	64
Évaluer le bien-être en utilisant l'indice de capacité des femmes parmi celles impliquées dans le comportement sexuel à haut risque à Kampala, en Ouganda	65
Collecte d'informations sur les établissements de santé et les médicaments des patients à travers les entretiens téléphoniques au Kenya: une étude de validation.....	67
Le rôle des technologies de l'information dans l'optimisation de la gouvernance des RHS des SSP dans l'État de Kaduna, au Nigéria.....	68
Session Parallèle 2 – Sessions organisées	69
OS 02 – Vers des approches systématiques pour aborder l'éthique et l'équité dans l'évaluation des technologies de la santé.....	69
Session Parallèle 2 – Présentations orales	72
Session Parallèle 2-1 – Suivi et évaluation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).....	72
Etat de préparation pour la Couverture Sanitaire Universelle : Evaluation de la disponibilité et de la qualité du service dans les zones reculées et sensibles de l'Inde.	72
L'accessibilité financière est-elle importante ? Examen des tendances et des tendances des dépenses de santé en Inde	73
Le cas d'investissement du mécanisme mondial de financement - une approche des Soins de Santé Primaires contribuant à l'initiative de la CSU à Madagascar.	74
Evaluation de la faiblesse d'un programme de lutte contre les maladies existant devrait être un bon moyen de renforcer les systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle : cas de Maurice.	74
Suivi des progrès accomplis en vue d'atteindre la protection des risques financiers en Ouganda.	76
Session Parallèle 2-2 Equité en matière de Santé	76
Corrélation de la Sensibilisation du Public aux Droits et Devoirs des patients dans la Prestation de Soins de Santé dans le district de Sagnarigu, au Ghana.....	76
Inclure les laissés pour compte : Stratégies pour améliorer l'accès à la santé pour les exclus de la société au Nigéria.....	77
Évaluation des inégalités socioéconomiques dans les soins de santé maternels au fil du temps : Données provenant de quatre pays africains.....	78
Inégalité horizontale et écarts dans l'utilisation des structures de santé en Afrique du Sud : Analyse longitudinale à l'aide de l'Enquête sur la Dynamique du Revenu National (National Income Dynamic Survey - NIDS).....	79
Les inégalités socioéconomiques par rapport aux différents critères de l'accès aux soins: Le cas de l'Afrique du Sud.	80
Évaluation des inégalités en matière de santé : Santé reproductive, maternelle et infantile en Ouganda.....	81

Session Parallèle 2-3 Assurance-Maladie Communautaire	82
Analyse des Régimes Communautaires d'Assurance-Maladie (CBHIS): Expériences du Nigéria et du Ghana.....	82
Les groupes d'épargne communautaires peuvent-ils inaugurer l'assurance-maladie communautaire dans les zones rurales ? Une étude de cas de trois districts en Ouganda de l'Est.....	83
Évaluation de la viabilité d'un Régime d'Assurance-Maladie Communautaire (CBHI) en vue de la protection des risques financiers dans trois pays africains : Une analyse systématique.....	84
Mutuelles de santé et financement des dépenses de santé au sein des familles au pays Gouro en Côte d'Ivoire	85
Impact de l'Assurance-Maladie Communautaire sur l'utilisation des services de santé préventifs en Ouganda rural.....	85
Session Parallèle 2-4 Médicaments / Remèdes.....	86
Impact de l'Assurance-Maladie Communautaire sur l'utilisation des services de santé préventifs en Ouganda rural.....	86
Consommations et dépenses en médicaments antidiabétiques de 2016 à 2017 par des bénéficiaires d'une mutuelle santé en Côte d'Ivoire.....	87
Évaluation de l'utilisation rationnelle des médicaments (RUM) dans les pharmacies communautaires au Ghana.....	88
Formation à l'État d'Anambra des agents de santé primaires sur la gestion de la médecine et la fourniture d'outils de gestion : Etapes vers le renforcement des systèmes de santé pour la prestation des soins de santé primaires.....	89
Disponibilité et accessibilité des médicaments dans le cadre du Financement Basé sur les Performances (FBP): Enseignements tirés de Trois Projets d'Investissement en Santé dans les États pilotes au Nigéria (NSHIP).....	90
Régulation panafricaine de l'Industrie Pharmaceutique via l'Agence du Médicament	92
Variations spatio temporelles dans l'utilisation des médicaments antipaludiques en Côte d'Ivoire de 2016 à 2017.....	92
Quels sont les avantages potentiels pour la santé et les implications politiques de la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la réduction de la consommation de sel au niveau de la population en 2025 ?.....	93
Session Parallèle 2-5 Économie de l'immunisation, du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida	94
Modélisation mathématique de l'inventaire des médicaments pour une gestion durable des pharmacies en Ouganda.....	94
Dossier d'investissement pour l'accélération du programme de vaccination plus au Bénin (2018-2023).....	95
Impact et rentabilité de la vaccination antirotavirus dans 73 pays de l'Alliance GAVI.....	96
Impact et rapport coût-efficacité de la vaccination maternelle au VRS dans les pays GAVI.....	97
Session 2-6 Evaluation économique des programmes de santé.....	97
Comparaison entre pays, des coûts des services de soins de santé et des facteurs de coûts dans des régions transfrontalières au Kenya, au Rwanda, en Ouganda et en Tanzanie.....	98
Examen de l'impact économique du diabète de type 2 et du risque de dépenses catastrophiques chez une population de patients définie fréquentant un établissement de soins de santé tertiaire au Nigéria: conséquences pour la couverture de santé universelle.....	99
Utilisation de la méthodologie du rendement social du capital investi (RSCI) pour évaluer l'optimisation des ressources des interventions de la santé publique en	

Afrique : Cas d'une évaluation de la formation en soins obstétricaux d'urgence par le RSCI au Kenya.....	100
Évaluation économique d'un projet communautaire réalisé pour la détection de cas de lèpre dans le nord du Nigeria	101
Session Parallèle 2-7 Aide internationale et financement de la santé	102
La Politique Économique d'Aide au Développement pour la Santé au Nigéria après recalcul du PIB: Implications sur le financement de la Couverture Maladie Universelle	102
L'impact de l'aide sur les résultats de la santé en Ouganda	103
L'aide étrangère et le secteur de la santé: Étude du cas de l'Autorité Nationale Palestinienne.....	103
Analyse du financement domestique et des donateurs pour la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique subsaharienne	104
Session Parallèle 3 – Sessions Organisées.....	105
OS 03 – Renforcement des capacités d'enseignement de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (HPSR) et sur l'Economie de la Santé en Afrique : Questions pratiques pour les formateurs et les apprenants.....	105
Enseignement et apprentissage dans de multiples domaines pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé (HPSR) et l'économie de la santé (HE).....	107
Développement du leadership et pratique réflexive dans la recherche sur les systèmes et les politiques de santé (RSPS)	108
Comment les éducateurs se soutiennent-ils entre eux en Afrique pour l'éducation HPSR et HE et quelle approche pédagogique pouvons-nous utiliser pour améliorer les programmes	109
OS 04 – Comment les systèmes de santé peuvent-ils être conçus pour répondre de manière durable aux besoins de santé maternelle des populations les plus vulnérables et les moins bien desservies?	110
OS 05 – Comment les systèmes de santé peuvent-ils être conçus pour répondre de manière durable aux besoins de santé maternelle des populations les plus vulnérables et les moins bien desservies?	111
Qu'est-ce qui motive les travailleurs de la santé primaire à donner le maximum d'eux-mêmes dans des contextes de ressources limitées? Aperçu de l'évaluation réaliste du renforcement des systèmes de santé au Nigéria.....	111
Dans quelle mesure les établissements de soins de santé primaires sont-ils sûrs de fournir des services aux populations vulnérables? Expérience des prestataires dans un programme de santé maternelle et infantile.....	113
Coûts et viabilité d'un nouveau programme des agents de santé communautaires pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant au Nigéria.....	114
OS 06 – Durabilité des systèmes de santé par l'application des matrices de financement de la santé : L'expérience nationale.	115
Présentation 1 : Une vue d'ensemble de la Matrice des progrès de la santé : une approche systématique pour évaluer les développements de la politique au niveau pays	115
Présentation 2 : Renforcement du financement de la santé en Tanzanie : Actions prioritaires identifiées par les Matrices Progrès.....	116
Présentation 3 : Renforcer le financement de la santé en Ouganda : les actions prioritaires identifiées par les Matrices Progrès.....	117
OS 07 – Achats stratégiques pour la couverture maladie universelle: le rôle des systèmes de paiement mixtes alignés.....	118

Présentation 1 : Un support et l'évocation de questions fondamentales pour évaluer un Système Mixte de Paiement des Prestataires (SMPP).....	118
Présentation : Etude de cas du Burkina Faso.....	118
Présentation 3 : Etude de cas de l'Egypte.....	119
Présentation 3 : Etude de cas du Malawi.....	120
OS 08 – Le système de capitation est-il une option d'achat stratégique viable pour l'accès universel aux SSP au Ghana ? Leçons apprises et quelle est la voie à suivre ?	121
Contexte et processus de conception et de mise en œuvre d'un pilote de capitation dans la région Ashanti, au Ghana du point de vue du PPM-TSC : Une vision interne.	122
Résumé 2: Augmentation et diminution des services de maternité et des médicaments en tant que composants du panier de dépenses par capitation: Dr.....	122
Résumé 3 : Effet d'un système de paiement per capita pour les dépenses d'utilisation et de contentieux dans le cadre du NHIS.	123
OS 09 Session Parallèle 3 – Influence des pratiques culturelles dans la propagation des maladies: le cas de l'extrême nord du Cameroun	124
L'influence des pratiques culturelles dans la propagation des maladies : Le cas de l'extrême Nord du Cameroun.	124
OS 10 – Comment la modélisation basée sur les agents de santé peut-elle aider à la prise de décision et la planification	125
Modélisation basée sur les agents pour les évaluations économiques de la santé et les décisions de politique sanitaire.....	125
Analyse approfondie de la politique sur le paludisme : Quel est le rôle des modèles basés sur des individus ?	126
La priorité des soins de santé en Afrique subsaharienne : Qu'est-ce que les modèles basés sur les agents ont à offrir ?	126
Session Parallèle 4 – Sessions Organisées.....	127
OS 11 – Une bonne prise de décision - un partenariat de développement pour la CSU.....	127
Session Parallèle 4 – Présentations Orales.....	128
Session Parallèle 4-1 Évaluations du financement de la santé	128
Les pays dont les dépenses pour les SSP sont relativement plus élevées que leurs dépenses pour les soins du niveau supérieur ont-ils de meilleurs résultats en matière de santé que ceux qui dépensent davantage pour des soins de niveau supérieur?....	128
Options pour le financement durable à long terme de la riposte au VIH et au sida en Ouganda: résultats d'une enquête auprès des parties prenantes.....	129
Institutionnalisation des comptes nationaux de la santé: Expérience de l'île Maurice en vue de façonner et mettre en œuvre des politiques et des stratégies.....	130
Examen des multiples sources de financement vers les établissements de santé publics au Kenya et leur influence sur le comportement des prestataires et la prestation des services	131
Financement des soins de santé au Nigeria: un examen systématique de l'impact de l'assurance maladie sur la prestation des soins de santé primaires.....	132
Existe-t-il un espace budgétaire pour la santé? Leçons tirées de la cartographie des ressources au Malawi.....	132
Quels sont les besoins en financement de la santé des populations mobiles en Afrique de l'Est? Le cas des camionneurs de longue distance en Afrique de l'Est	133

La prévisibilité de multiples flux financiers vers les établissements de santé influence-t-elle le comportement des fournisseurs ? Leçons tirées d'études de cas dans l'État d'Enugu au Nigéria	134
Paiement direct des soins de santé à l'ère de l'assurance maladie nationale: une étude de cinq ans sur les établissements de santé primaires dans sept du nord du Ghana	135
Session Parallèle 4-2 Santé maternelle et infantile 1.....	136
Démographie sanitaire et évolution des indicateurs de sante infanto-juvénile en Côte D'ivoire de 2012 à 2016	136
Murs communautaires de bonne santé : Outils communautaires de surveillance et de plaidoyer pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans les régions rurales du Ghana.....	137
Évaluation du projet sur la santé des mères et des enfants du programme de réinvestissement et d'autonomisation des subventions (SURE P)	138
Préférences des femmes enceintes fréquentant les soins prénatals en ce qui concerne les modèles de prestation de services de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Éthiopie: expérience du choix discret.....	139
Session Parallèle 4-3 Financement basé sur les résultats et la performance	140
Vers une réflexion constructive sur le Financement Basé sur la Performance : perspectives des acteurs de mise en œuvre en Afrique Subsaharienne	140
Le Financement Basé sur la Performance et la Contrevérification externe: outil d'amélioration de la gouvernance de l'approche en RDCongo.....	141
Application de la budgétisation basée sur les programmes au secteur de la santé - Premiers enseignements tirés du Kenya	142
Compréhension des facteurs contextuels et de mise en œuvre limitant les résultats d'un programme de financement basé sur la performance étendu à la malnutrition dans les centres de santé du Burundi - informations tirées d'une recherche en méthode mixte menée au Burundi	143
Utilisation des subventions conditionnelles du financement basé sur la performance (PBF) pour augmenter l'affectation de ressources nationales au secteur de la santé dans le contexte de décentralisation au Kenya.....	144
Le PBF en Sierra Leone: les prochaines étapes.....	144
Utilisation des subventions conditionnelles du financement basé sur la performance (PBF) pour augmenter l'affectation de ressources nationales au secteur de la santé dans le contexte de décentralisation au Kenya.....	145
Session Parallèle 4-4 Achat de services	146
Analyse du système mixte des modalités de paiement des prestataires dans le cadre de l'achat stratégique des services de santé au Burkina Faso.....	146
Attribuer le développement et la sélection de niveaux pour une expérience de choix sur les mécanismes de capitation et de paiement des services	147
Achat de soins de santé au Kenya: Expériences des prestataires de soins de santé en matière de mécanismes de paiement par capitation et de paiement à l'acte.	148
Une analyse critique des accords d'achat de soins de santé au Kenya: une étude de cas des districts départementaux de santé.....	149
Achat stratégique des soins de santé de base : quel rôle pour la demande organisée (mutuelles de santé) dans le processus de la CSU aux Comores ?.....	150
Impact de l'approche FBR sur la viabilité technique des mutuelles de santé - un regard sur la rationalisation des soins	151
Achats stratégiques dans le secteur de la santé au Kenya: Examen des réformes du Fonds National d'Assurance Hospitalière	151

Session Parallèle 4-5 Suppression et exemption des frais pour les patients	152
.....	
La coexistence de paiements directs élevés pour la santé et la gratuité des soins de santé dans les établissements de santé publics est un paradoxe pour la consolidation des soins de santé primaires à l’Ile Maurice.....	152
Alignement du système de gestion des finances publiques et des politiques de gratuité des soins de santé: Enseignements tirés d’un programme de gratuité de soins de santé maternels et infantiles au Nigéria.....	154
Incidences financières de la politique de gratuité maternelle : Leçons issues du monde et de la mise en œuvre au Kenya	154
Facteurs explicatifs des dépenses de santé catastrophiques en Côte d’Ivoire.....	155
Effet des dépenses de santé publique sur les dépenses de santé catastrophiques en Afrique subsaharienne.....	156
Équité dans les dépenses de santé payées en Turquie: analyse des années 2004 - 2013	157
Session Parallèle 4-6 Evaluer les performances des SSP 1.....	158
Evaluation de la capacité opérationnelle des établissements sanitaires de premier contact dans la prise en charge du paludisme en Côte d’Ivoire	158
Auto-évaluation de l’Assurance-Maladie Universelle pour des Soins de Santé Primaires au Soudan.....	159
Participation de la Communauté à la prestation de soins de santé primaires : Une étude sur les méthodes mixtes du programme de planification et de services de santé communautaire dans le district de Builsa Nord, au Ghana.....	160
Opérationnalisation des districts sanitaires comme stratégie de revitalisation des soins de santé primaires en Côte d’Ivoire	161
Session Parallèle 4-7 Gouvernance et responsabilité 1	161
Tout le monde sur le pont: les leçons tirées d’un engagement multipartite efficace pour renforcer les soins de santé primaires au Sénégal	162
Qui est plus corrompu : Identifier les auteurs de l’absentéisme chez les agents de santé au Nigéria.	163
Identifier et prioriser la lutte contre la corruption du secteur de la santé au Nigéria.	164
Utilisation des comités des structures de santé pour améliorer la gouvernance et la responsabilisation des systèmes sanitaires : Questions d’institutionnalisation et de durabilité dans l’état d’Enugu du Nigéria.....	165
Défis et solutions de gouvernance dans le cadre d’un programme gratuit de services de santé maternelle et infantile: Revisiter le programme SURE-P MCH au Nigéria. ..	166
Session Parallèle 5 – Sessions Organisées.....	166
OS 12 – Enseigner l’Economie de la Santé - focus sur les pays en développement.....	166
Economie de la santé - objectif des LMIC	167
Session Parallèle 5 – Présentations Orales.....	171
Session Parallèle 5-1 – Financement et politique de la santé.....	171
Évaluation des politiques publiques relatives aux réformes de la santé à l’échelle de la population en Afrique subsaharienne : Examen critique des politiques de réduction du sel en Afrique du Sud et au Nigeria.....	171
Déterminants macroéconomiques des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne	172
Espace budgétaire pour la santé au niveau décentralisé: l’impact potentiel des arrangements fiscaux au Kenya.....	172

Démontrer les avantages d'investir dans la réhabilitation: Résultats de trois études portant sur trois pays d'Afrique subsaharienne.....	173
Politiques fiscales pour la santé.....	174
Utilisation gratuite des services de santé maternelle dans le cadre du régime national d'assurance maladie dans les zones rurales du Ghana: Résultats du système de surveillance démographique et de santé de Kintampo (2005 - 2015).....	175
Financer la Couverture Maladie Universelle (CMU) : une agence unique financée par une taxe affectée sur les produits	176
SSP et soins de Santé financés par les recettes de l'impôt sur le revenu et réduction des inégalités en Côte d'Ivoire.....	177
Étude de l'incidence et des déterminants des dépenses de santé catastrophiques au Nigéria: incidences sur la couverture universelle de santé.....	178
Session Parallèle 5-2 Santé maternelle et infantile 2.....	179
Corrélations socioéconomiques et demande de services de santé pour enfants au Ghana, au Kenya et en Zambie.....	179
Les femmes kényanes préfèrent le lieu d'accouchement: Une expérience de choix discret comparative entre le sous-comté d'Embakasi North et le sous-comté de Naivasha, au Kenya.....	180
Dans quelle mesure les établissements de soins de santé primaires offrent-ils des services à la population vulnérable ?: Expérience des prestataires dans le cadre d'un programme de santé maternelle et infantile.....	181
Financement des activités de planification familiale en utilisant les ressources nationales au niveau du district au Malawi	182
Facteurs affectant l'accès et l'utilisation des soins de santé pour enfants au Nigeria	182
Investir dans la profession Sage-femme au Cameroun: une condition stratégique pour renforcer la couverture de la santé maternelle	183
Autonomisation des femmes, violence conjugale et comportements de recherche de la santé maternelle et infantile	184
Session parallèle 5-3 Comportements et perception en matière de santé	185
Les adhérents au Régime National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) sont-ils moins bien servis en médicaments et autres services ? Perceptions et facteurs qui influencent l'accès aux médicaments et à la qualité des services des sous le NHIS au Ghana.	185
Obstacles perçus et facilitateurs de l'adhésion au traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH dans la région de l'extrême-Est.....	186
Sensibilisation à l'Enquête sur les maladies virales de Lassa.....	186
Explorer les risques et les avantages perçus de la consommation d'héroïne par les jeunes (18-24 ans) et les prestataires de services à Maurice: une étude qualitative.	187
Red Zone Paramedics: un film sur les expériences quotidiennes d'une équipe d'ambulances au Cap: utiliser un film pour développer des solutions ascendantes pour lutter contre la violence.	188
Obstacles réels à l'accès aux services bénévoles de santé pour les femmes parmi les minorités ethniques népalaises: Une étude qualitative	189
Point de vue des hommes sur l'utilisation des services de santé : Facteur déterminant dans la réalisation d'une santé durable des ménages.....	190
Satisfaction des patients et qualité clinique des soins de santé primaires publics en Afrique du Sud.....	191
La sensibilisation en tant qu'outil de prévention des maladies chroniques et de création d'une demande pour leurs soins en Ouganda: rapport coût-efficacité et perception de la communauté.....	192
Des voix issues de "the Middle belt of Ghana" à la CSU pour tous: Participation et perception des personnes âgées au programme d'assurance maladie sociale en utilisant une approche de méthode mixte.....	193

Session parallèle 5-4 Evaluation de la technologie sanitaire	194
Capacité d'évaluation des technologies de santé des pays de l'Afrique subsaharienne : enquête auprès des parties prenantes.....	194
L'impact des cliniques mobiles sur l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité: le cas des services mobiles de fourgonnettes mobiles au Ghana	195
Renforcement des systèmes d'évaluation des technologies de la santé (ETS) pour une couverture sanitaire universelle en Afrique : Comment l'ETS peut-elle améliorer l'équité, l'accès et la qualité des services de santé ?	196
Les impacts de l'introduction de la taxe sur les boissons sucrées en Afrique du Sud	197
Renforcement des systèmes d'évaluation des technologies de la santé dans les pays du Sud : Analyse comparative des méthodologies d'ETS en Chine, en Inde et en Afrique du sud.	198
Session parallèle 5-5 Problèmes de santé mentale	199
Promotion de l'accès aux services de soins de santé mentale par l'utilisation des structures communautaires telles que les centres traditionnels de santé mentale au Ghana.....	199
Promotion de l'accès aux services de soins de santé mentale par l'utilisation des structures communautaires telles que les centres traditionnels de santé mentale au Ghana.....	200
Recherches sur les inégalités sociales et subjectives de la dépression des Hommes : analyse de la dégradation en Afrique du Sud.....	201
Le poids économique et la santé mentale des principaux soignants d'adolescents exposés au VIH et infectés par le virus périnatal de Kilifi, Kenya.....	202
Session Parallèle 5-6 Evaluer les performances des SSP 2.....	203
Il ne suffit pas de modifier les anciens modèles : les Soins de Santé Primaires urbains appellent à de nouveaux paradigmes et de nouvelles approches.....	203
Renforcement des soins de santé primaires pour la prise en charge adéquate de la Tuberculose en Côte d'Ivoire	204
Agents de santé communautaires au Mali, coûts d'inclusion de leurs services dans les Soins de Santé Primaires – CSU.....	205
Évaluation de la préparation des systèmes de santé pour le financement des soins de santé primaires : Enseignements tirés des États de Kaduna et du Niger au Nigéria..	206
Processus de mise en œuvre et qualité d'une initiative d'amélioration du système de soins de santé primaire dans un contexte décentralisé: Une évaluation rétrospective utilisant le cadre de mise en œuvre de la qualité.....	207
La politique de SSP en Côte d'Ivoire: Une évaluation au District sanitaire de Bouaflé	207
Session Parallèle 5-7 Gouvernance et responsabilité 2	208
L'autonomisation des populations est l'une des stratégies de renforcement des soins de santé primaires à l'île Maurice.....	208
Renforcement de la réglementation pour la sécurité des patients : Perceptions du personnel de première ligne des réformes réglementaires du Kenya.....	209
La gestion impacte-t-elle sur la sous-nutrition: Une approche intégrée pour réduire l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans.....	210
Le processus de sélection améliore la composition des membres et la représentativité des structures horizontales de responsabilisation pour le renforcement des Soins de Santé Primaires : Étude de cas de quatre comités de structures de santé.....	211
Augmentation de l'espace budgétaire pour la santé au Malawi : Plus de mobilisation des ressources ou une capacité d'absorption accrue des ressources existantes ?	212
Session Parallèle 6 – Sessions Organisées.....	215
Session Parallèle 6 - Sessions Organisées	215

OS 013 – Gestion des finances publiques pour l'amélioration des SSP et des résultats du secteur de la santé: Concevoir et diffuser des compétences pour accélérer les réformes en Afrique	215
Document 1: Mise en place de systèmes de gestion des finances publiques solides en vue de la couverture sanitaire universelle: principaux obstacles et enseignements tirés des réformes de pays en Afrique	216
Document 2: Passage d'un budget basé sur les intrants à un budget programme dans le secteur de la santé: enseignements du Burkina Faso.....	217
Document 3: Réalités pratiques de la mise en œuvre de la budgétisation par programme dans le secteur de la santé au Ghana	217
OS 14 – Un programme d'action pour les politiques et les systèmes de santé (HPS) de recherche et de pratique en Afrique.....	218
OS 15 – Mise en œuvre de réformes audacieuses concernant le financement de la CSU dans une économie décentralisée: économie politique, innovations et progrès au Nigéria.	221
OS 16 – Traduire des données probantes en action : approches participatives pour renforcer les interventions en santé maternelle.....	223
Les mères adolescentes veulent un accès facile aux services de soins prénatals dans la municipalité de Hohoe au Ghana: résultats d'une recherche-action participative	223
Une recherche d'action participative pour les analyses des goulots d'étranglement du système de santé dans un programme de prévention de la transmission mère/enfant du VIH au Nigéria.	224
Le régime de services des sages-femmes : Une comparaison qualitative des déterminants contextuels de la performance de deux États dans le centre du Nigéria.	225
OS 17 – L'effet de la gestion des ressources humaines sur les performances dans les hôpitaux en Afrique Subsaharienne.....	226
OS 18 – Promotion de l'accès à des soins et à des services de santé mentale de qualité et adaptés aux besoins au Ghana.....	227
Sujet: Améliorer la vie des personnes atteintes de maladies mentales au Ghana: évaluation de l'impact des services de santé mentale intégrés l'Association chrétienne de la santé du Ghana (CHAG).....	229
Sujet: Promotion d'un accès de qualité aux services de soins de santé mentale à l'aide de structures communautaires telles que les centres de santé mentale traditionnels au Ghana.....	230
Sujet: Le rôle des services de santé du Ghana dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle grâce à des services de santé mentale intégrés au Ghana	231
Sujet: L'impact du soutien organisationnel sur les problèmes de santé mentale en milieu de travail et à l'école au Ghana - Un appel à la défense des intérêts	232
OS 19 – Sécuriser les SSP pour tous dans une assurance maladie volontaire : leçons tirées de la collaboration NHIA-KOFIH au Ghana	233
OS 20 – Amélioration de l'inscription au Régime National d'Assurance Maladie (NHIS) pour atteindre la CSU : Une enquête pour explorer les obstacles et les avantages à s'inscrire parmi les membres du NHIS dans la région de la Volta.....	234
« Universel » dans le cadre national d'assurance maladie de la CSU et du Ghana : Obstacles à la conception et à la mise en œuvre de la politique, défis rencontrés par un pays à faible revenu.	235

L'expérience de stimuler l'adhésion volontaire par la multiplication des unités d'enregistrement et l'intensification de la formation des membres du bureau du district.....	236
Économie de la santé publique : Implications sur la pratique de la recherche en Afrique.....	237
Intégrer la demande dans l'évaluation économique des interventions de santé publique : Etude de cas d'un schéma de référencement amélioré basé sur l'internet.	238
Évaluer l'efficacité des coûts des essais multinationaux et factoriels : Formation en Internet pour les cliniciens de soins primaires sur la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires aiguës.	239
Synthèse des évidences pour la prise de décision : Les méthodes ou les obstacles méthodologiques ? Le cas des évaluations de la validité des critères de Volonté De Payer.....	239
Session Parallèle 7 – Sessions Organisées.....	241
OS 21 – Santé et Droits liés à la Reproduction Sexuelle (SDRS): un investissement intelligent vers la réalisation des ODD à l'horizon 2030 .	241
Session Parallèle 7 – Présentations orales	242
Session Parallèle 7-1 Allocation des ressources, efficacité et gestion 1	242
Évaluation de l'effet du Financement Basé sur les Performances(FBP) sur la qualité des soins de santé au Nigéria : Expériences des états pilotes dans le cadre du Projet d'Investissement Sanitaire Etatique du Nigéria (NSHIP).....	242
Les tableaux de bord des performances peuvent-ils favoriser la participation communautaire à l'application réglementaire ? Une évaluation des processus d'une intervention réglementaire innovante au Kenya.	243
Modèles et pertinence des références chirurgicales au Malawi.	244
Bureaucratie de rue : Le paludisme dans la mise en œuvre de la politique de grossesse dans neuf structures de santé du Ghana.	245
Vers les soins de santé primaires pour tous au Ghana : Cartographie et évaluation de la capacité des structures sanitaires dans la région centrale.	246
Rendre la supervision durable dans les services de santé primaires au Nigéria.	247
Session Parallèle 7-2 Maladies non transmissibles	248
Obstacles et opportunités pour la gestion des Maladies Non Transmissibles (MNT) dans les structures de Soins de Santé Primaires : Leçons tirées d'une analyse de la fréquentation de structures de traitement du diabète et de l'hypertension.....	248
Corrélations entre les facteurs socio-économiques et la prévalence et début de diabète en Afrique du Sud : Constat à partir des quatre premières vagues de l'Étude des Dynamiques du Revenu National.....	248
Le coût d'accès aux services de soins du diabète dans le district d'Iganga, en Ouganda Orientale.	249
Établir des Priorités en se basant sur des données concrètes pour les MNT:	249
Comment l'analyse du Retour sur Investissement peut-il soutenir la Durabilité du Programme de Filariose Lymphatique au Ghana.....	249
Les effets des facteurs de risque liés au style de vie et des Maladies Non Transmissibles sur l'implication dans la population active en Afrique du Sud.	250
L'incidence, les inégalités socio-économiques et les déterminants des dépenses de santé catastrophiques pour le traitement du diabète en Afrique du Sud.....	251
L'impact économique de la Cardiopathie Rhumatismale sur les ménages Sud-Africains.	252

Maladies Non Transmissibles et résultats économiques en Afrique du Sud : Une étude de cohorte sur la période 2008-2016 à l'échelle individuelle et familiale.....	253
Session Parallèle 7-3 Nouvelles tendances et débats sur le financement international de la santé	254
Évaluation de la performance du soutien de l'Union Africaine à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA) mission de lutte contre la maladie à virus Ebola (EVD) et rétablissement des services de santé en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.....	254
La CSU à travers les Soins de Santé Primaires: Pilotage privilégié des réseaux de prestataires de soins primaires au Ghana.....	255
Une analyse du financement par les donateurs des ressources humaines pour les activités de santé et la migration des travailleurs de la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.	256
Vers la réalisation des ODD liés à la santé : Le rôle des transferts de fonds inconditionnels en Afrique.....	256
Session Parallèle 7-3 Ressources Humaines pour la santé: l'expériences nationales.....	257
Analyse de la rentabilité (Coût-efficacité) de l'agent de santé communautaire à temps plein dans trois districts ruraux de la Tanzanie : Rufiji, Kilombero et Ulanga.....	257
Régresser dans la Couverture Sanitaire Universelle : Causes et conséquences de l'absentéisme des agents de santé au niveau des structures de Soins de Santé Primaires au Nigéria.....	258
Examen systématique : Interventions visant à améliorer le maintien des médecins travaillant dans les zones rurales pour renforcer les soins de santé primaires.....	259
Investissement dans les ressources humaines de santé et croissance économique en Côte d'Ivoire	260
Motivations des agents de santé à base communautaire au Burkina Faso : stratégies durables mises en œuvre et leçons apprises.....	261
Session Parallèle 7-5 Préférence et volonté à payer	262
Evaluation de l'acceptabilité de l'Assurance-maladie Communautaire en tant que mécanisme de financement de la santé et la Volonté maximale De Payer parmi les habitants des bidonvilles d'Abuja, au Nigéria.....	262
Volonté De Payer l'assurance maladie pour les motocyclistes commerciaux dans le département de Nakawa, Kampala, capitale de l'Ouganda.....	263
Volonté de payer pour une assurance maladie contributive: Résultats d'une étude exploratoire dans l'État de Kaduna, au Nigéria.....	263
Disposition à accepter de payer pour le dépistage du VIH et de la drépanocytose dans les centres d'immunisation du Nigéria.....	264
La volonté des patients de payer pour le traitement de la tuberculose au Nigéria: explorer son propre usage et l'altruisme.....	265
Détermination des préférences pour différents avantages et la Volonté De Payer une assurance-maladie communautaire parmi les habitants des bidonvilles à Abuja, au Nigéria.....	266
Session Parallèle 7-6 Outils et approches de l'économie de la santé.....	267
Analyse de l'économie de la santé en Afrique : Un examen systématique.....	267
Évaluer l'efficacité technique des dépenses de santé dans les pays les moins avancés: Une nouvelle approche par l'analyse partielle des limites.	267
L'adhésion au programme national d'assurance-maladie du Ghana est-elle pro-pauvre ou pro-riche ? Preuve fournie par l'analyse secondaire de la sixième enquête standard sur le niveau de vie au Ghana.	268

Exploration de l'utilité des expériences de choix discret pour expliquer les préférences : le cas des préférences de dépistage du VIH parmi les conducteurs de camions au Kenya.....	268
Index Sud-Africains quantitatifs multiples de privation-concentration différenciés par les forces et faiblesses du programme de lutte contre la tuberculose en utilisant la modélisation mathématique dans les structures de santé du district rural O.R. Tambo.	269
Lorsque les économistes de la santé nigériens ne jouent pas leur rôle dans le processus de garantir des soins de santé primaires pour tous.....	270
Utilisation de l'outil « Equity Tool » - pour déterminer le statut socio-économique dans la zone de surveillance démographique de Kintampo Santé : Une étude de faisabilité.	271
Evaluation des coûts médicaux directs du traitement pour l'éradication de l'Helicobacter Pylori au niveau des soins primaires ambulatoires au Cameroun : Implications pour les soins de qualité et la couverture sanitaire universelle.....	272
Session Parallèle 8-1 Allocation des ressources, efficacité et gestion 2	274
Mise en place d'une solution d'information adéquate pour renforcer les soins de santé primaires sur l'île Maurice.....	274
Identifier les actions prioritaires de renforcement des systèmes de santé par une approche participative pour lutter contre la crise des maladies non transmissibles à l'île Maurice.....	275
Qui sommes-nous? Le rôle de l'équipe, les relations professionnelles et managériales dans les pratiques de leadership collectifs dans les hôpitaux de district à Cape Town, Afrique du Sud.....	276
La révision des lignes directrices sur le traitement standard en Tanzanie et la liste nationale des médicaments essentiels.....	277
Planification de la prestation de services dans un contexte de ressources limitées : les preuves du Nigéria.	278
Le rôle des gains d'efficience dans l'expansion de l'espace fiscal pour la santé au Nigéria.....	279
Session parallèle 8-2 Enjeux de la recherche en santé publique	280
Connaissance limitée des statuts de santé et estimations biaisées de l'équité dans les PFR-PRI	280
Comportement sexuel à risque des jeunes des zones rurales du Nigéria: conséquences pour les centres de santé primaires.....	281
Utilisation des soins de santé primaires au Nigéria: analyse de régression quantile à l'aide des Données de l'Enquête sur les Indicateurs de Prestation de Services	281
Caractérisation du polymorphisme 331G / A du gène RP et identification du virus HMTV viral oncogène viral en tant que marqueurs génétiques pour l'amélioration de la gestion du cancer du sein au Cameroun.....	282
Évaluation de l'impact du programme de réalisation de cliniques idéales en Afrique du Sud à l'aide de méthodes quasi expérimentales	283
Valeurs d'utilité de l'état de santé chez les enfants et les adolescents handicapés: examen systématique et méta-analyse des données factuelles	283
Résultats et facteurs associés de la prise en charge communautaire intégrée des cas de maladies infantiles dans la zone de Dawro, dans le sud-ouest de l'Éthiopie	284
Utilisation de la cartographie des interventions pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies d'amélioration de la qualité visant à éliminer la filariose lymphatique dans le nord du Ghana.	285
Session parallèle 8-3 Établissement de priorités et évaluation économique	286

Prestation de soins de santé primaires en Afrique du Sud après l'apartheid : Etude sur les contributions du secteur public à l'amélioration de l'équité	286
Les Agents de Santé Communautaires sont-ils le maillon manquant dans l'amélioration de la capacité du volet préventif des systèmes de santé ?	286
L'inégalité intra-urbaine, un nouveau danger émergeant pour la santé des enfants en Afrique : le cas de l'Afrique du Sud.....	287
Fluctuations économiques et mortalité infantile : les conditions de satisfaction des besoins de santé des enfants au Nigéria.	288
Identification des défis de la prestation des soins de santé essentiels à Eswatini	288
Mise en œuvre des réformes du financement de la santé au Nigéria: une étude de cas sur le fonds de fourniture de soins de santé de base (BHCPF)	289
Session parallèle 8-4 Ressources Humaines pour la santé : approches innovantes	290
Le programme de services aux sages-femmes: une comparaison qualitative des déterminants contextuels de la performance de deux États du centre du Nigéria	290
Analyse des Facteurs Influant sur le Transfert de Formation au Leadership dans un Contexte de Système de Santé: Tirer les Leçons de l'Expérience des Leaders de la Santé au Kenya	291
La rentabilité à court et long terme d'un système renforcé de références: Une analyse interne et une modélisation au-delà de l'essai.....	292
Performance du personnel de santé de première ligne en matière de soins de SMNI au niveau des SSP au Nigéria.....	293
Déterminants du choix d'un fournisseur de soins de santé lié à l'établissement de santé: leçons à tirer pour atteindre les objectifs de la couverture santé universelle en Ouganda	294
Facteurs permettant et désactivant les services fournis par les agents de santé communautaires: étude de cas de deux districts de santé en Afrique du Sud	295
Mise en service de la gouvernance des systèmes de santé: supervision et incitation des agents de santé pour des soins de meilleure qualité dans les établissements de santé publics en Tanzanie.....	296
Session Parallèle 8-5 Accès aux services de santé.....	297
Analyse des déterminants du choix de demande de soin de santé en Côte d'Ivoire... ..	297
<i>Facteurs affectant l'accès aux soins de santé et les efforts et défis de sécurisation des Soins de Santé Primaires au Malawi.....</i>	<i>297</i>
Amélioration de la qualité de la santé communautaire au Kenya : Evaluation des résultats des décisions d'investissement.....	299
Les effets de l'accès aux soins de santé sur la situation nutritionnelle de l'enfant au Kenya	300
Solutions pour la prise en charge des patients atteints de diabète de type 2, VIH/sida et autres comorbidités chroniques au Soweto : Perspective du système de santé.....	300
Facteurs entravant l'utilisation efficace des services de soins de santé primaires dans la zone de développement du conseil local d'Eredo à Lagos, au Nigéria	301
Les déterminants de l'accès aux hôpitaux publics ivoiriens : Une analyse par le modèle de comptage.	302
Les obstacles et les facteurs facilitant l'accès des jeunes vivant avec un handicap (JVH) aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Sénégal.....	303
Vers une mise en œuvre efficace des programmes de santé maternelle et infantile au Nigéria : Leçons des décideurs politiques.....	304
Session Parallèle 8-6 Management hospitalière et financement	305
Efficacité hospitalière et équité dans l'utilisation des soins de santé : Étude de cas du Rwanda.....	305

Relation entre la justice organisationnelle et les comportements professionnels des agents de santé : Témoignages d'hôpitaux publics du Sud-Est du Nigéria.....	306
Analyse de l'efficacité des hôpitaux secondaires en Éthiopie : Efficacité technique et à l'échelle appliquant la méthode d'analyse de l'empaquetage des données.....	307
Les déterminants de la qualité des soins de santé dans les hôpitaux privés et publics de la métropole d'Ibadan, Nigéria.....	308
Efficacité productive du système hospitalier ivoirien : une analyse par le DEA-Malmquist.....	308
Coût attribuable et durée supplémentaire du séjour en structure chirurgicale dans un CHU ghanéen.....	309
Couverture Sanitaire Universelle et Soins de Santé Primaire à l'hôpital de Kayes.....	310
Session Parallèle 8-6 Assurance Maladie Nationale	310
Examen de la facturation de l'étendue de la balance dans l'assurance-maladie nationale ghanéenne.....	310
Une évaluation économique relative à l'ensemble des avantages du Régime National d'Assurance-Maladie du Ghana.....	311
Une liste de contrôle pour la conception et l'élaboration de programmes d'assurance-maladie contributifs au Nigeria.	312
Retards dans le remboursement des réclamations des prestataires : Une décennie après la mise en œuvre de la politique nationale de régime d'assurance-maladie au Ghana. Il est temps d'y repenser.	313
Présentations en poster Session 2	325
Présentations en poster Session 3	336



Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé
African Health Economics and Policy Association

Mise à jour : 09.03.2019



Accra - Ghana, du 11 au 14 Mars 2019
 5ème CONFERENCE INTERNATIONALE

Vue d'ensemble du Programme

Lundi 10 Mars 2019

Ateliers de la Pré-conference

Bilingue 1 - Atelier d'Ecriture Scientifique

Lundi 11 Mars 2019

Ateliers de la Pré-conference

- En Anglais**
- 2 - Développement de compétences par l'interaction - Implantation de l'achat stratégique en contribution aux progrès vers la CMU en Afrique
 - 3 - Economie Sanitaire Appliquée en Afrique: Exemples à partir de l'Immunisation
 - 4- Suivi des progrès vers la Couverture Maladie Universelle: Méthodes et Applications à l'aide du logiciel ADePT de la Banque Mondiale, de Stata et de la base de données HEFPI (Indicateur Sanitaire d'Equité et de Financement)
 - 5 - Le pouvoir du choix - Promouvoir des choix éclairés en matière de SDRS parmi les jeunes pour faire avancer le programme de la CIPD au Ghana

Cérémonie d'ouverture officielle

17:00 Inscriptions Informations pratiques
 Installation des participants Accueil des officiels
Cérémonie d'ouverture officielle par
Son Excellence Ajhaji Dr Mahamudu Bawumia, Vice President de la République du Ghana

19:00 COCKTAIL DE BIENVENUE

Mardi 12 Mars 2019

08:00 Inscriptions
08:30 Installation des participants
 Informations pratiques

Séance Plénière 1

08:30 Salle de conférence principale: ADLON SALLE 1-2
10:30 Conférence inaugurale et Table ronde - Garantir les Soins de Santé Primaires pour tous: un préalable à tout progrès vers la CSU en Afrique
10:30 PAUSE / PHOTO DE GROUPE / PRESENTATION DE POSTERS
11:00

Séances Parallèles 1

11:00 12:30	Salle: ADLON 1 Progrès et obstacles vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)	Salle: ADLON 2 Secteur privé, PPP et sous-traitance (1)	Salle: ADLON 3 Coûts-efficacité : études de cas	Salle: PALM JUMERIAH Accès aux services VIH/Sida	Salle: CHEZ GEORGE Accès aux services de santé maternelle	Salle: EMIRATES PALACE Evaluation économique des programmes de santé (1)	Salle: CIRAGAN PALACE Utilisation de données pour la gestion et la prise de décision	Salle: PEARL Institutionnalisation du suivi de la protection financière en Afrique (OS 1)
------------------------------	--	---	---	--	---	--	--	---

Séances Parallèles 2

12:30 14:00	Salle: ADLON 1 Suivi et évaluation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)	Salle: ADLON 2 L'Equité en matière de Santé	Salle: ADLON 3 Assurance-Maladie Communautaire	Salle: PALM JUMERIAH Médicaments / Remèdes	Salle: CHEZ GEORGE Économie de l'immunisation, du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida	Salle: EMIRATES PALACE Evaluation économique des programmes de santé (2)	Salle: CIRAGAN PALACE Aide internationale et financement de la santé	Salle: PEARL Vers des approches systématiques pour aborder l'éthique et l'équité dans l'évaluation des technologies de la santé (OS 2)
------------------------------	---	---	--	--	---	--	--	--

14:00 DEJEUNER
15:00

Séances Parallèles 3

15:00 16:30	Salle: ADLON 1 Renforcement des capacités d'enseignement de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (HPSR) et sur l'Economie de la Santé en Afrique : Questions pratiques pour les formateurs et les apprenants (OS 3)	Salle: ADLON 2 Approches pour atteindre la couverture sanitaire universelle : Perspectives politiques de l'Afrique et de l'Asie (OS 4)	Salle: ADLON 3 Comment les systèmes de santé peuvent-ils être conçus pour répondre de manière durable aux besoins de santé maternelle des populations les plus vulnérables et les moins bien desservies? (OS 5)	Salle: PALM JUMERIAH Renforcer les systèmes de santé à travers l'application de matrices évolutives du financement de la santé: expérience nationale (OS 6)	Salle: CHEZ GEORGE Achats stratégiques pour la couverture maladie universelle: le rôle des systèmes de paiement mixtes alignés (OS 7)	Salle: EMIRATES PALACE Le système de capitation est-il une option d'achat stratégique viable pour l'accès universel aux SSP au Ghana ? Leçons apprises et quelle est la voie à suivre ? (OS 8)	Salle: CIRAGAN PALACE Influence des pratiques culturelles dans la propagation des maladies: le cas de l'extrême nord du Cameroun (OS 9)	Salle: PEARL Comment la modélisation basée sur les agents de santé peut-elle aider à la prise de décision et la planification (OS 10)
------------------------------	---	--	---	---	---	--	---	---

16:30 PAUSE / PRESENTATION D'AFFICHES
17:00

Séance Plénière 2

17:00 Salle de conférence principale: ADLON 1-2
18:30 Séance Plénière session 2: Le parcours du Ghana vers la CSU améliorer le niveau d'enrollement à la NHIS pour atteindre une couverture sanitaire universelle
19:00 Cocktail Dinatoire avec la Banque Mondiale

Mercredi 13 Mars 2019

Séance Plénière 3

08:30 Salle de conférence principale : **ADLON 1-2**
10:00 **Séance Plénière session 3** : Le rapport coût-efficacité et avantages des programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs (SRH&R) dans les régimes liés à la CSU

10:00 PAUSE / PRESENTATION D'AFFICHES
10:30

Sessions Parallèles 4

10:30 12:00	Salle: ADLON 1 Évaluations du financement de la santé	Salle: ADLON 2 Santé maternelle et infantile (1)	Salle: ADLON 3 Financement basé sur les résultats et la performance	Salle: PALM JUMERIAH Achat de services	Salle: CHEZ GEORGE Suppression et exemption des frais pour les patients	Salle: EMIRATES PALACE Evaluer les performances des SSP (1)	Salle: CIRAGAN PALACE Gouvernance and responsabilité (1)	Salle: PEARL Une bonne prise de décision - un partenariat de développement pour la CSU (OS 11)
------------------------------	---	--	---	--	---	---	--	---

Sessions Parallèles 5

12:00 13:30	Salle: ADLON 1 Financement et politique de la santé	Salle: ADLON 2 Santé maternelle et infantile (2)	Salle: ADLON 3 Comportements et perception en matière de santé	Salle: PALM JUMERIAH Evaluation de la technologie sanitaire	Salle: CHEZ GEORGE Problèmes de santé mentale	Salle: EMIRATES PALACE Evaluer les performances des SSP (2)	Salle: CIRAGAN PALACE Gouvernance and responsabilité (2)	Salle: PEARL Enseigner l'Economie de la Santé - focus sur les pays en développement (OS 12)
------------------------------	---	--	--	---	---	---	--	--

13:30 DEJEUNER
14:30

Sessions Parallèles 6

14:30 16:00	Salle: ADLON 1 Gestion des finances publiques pour l'amélioration des SSP et des résultats du secteur de la santé: Concevoir et diffuser des compétences pour accélérer les réformes en Afrique (OS 13)	Salle: ADLON 2 Un programme pro-actif pour la politique, les systèmes de santé, la Recherche et la pratique en Afrique (OS 14)	Salle: ADLON 3 Mettre en œuvre des réformes audacieuses pour financer la CSU dans une économie décentralisée (OS 15)	Salle: PALM JUMERIAH Traduire des données probantes en action : approches participatives pour renforcer les interventions en santé maternelle (OS 16)	Salle: CHEZ GEORGE L'effet de la gestion des ressources humaines sur les performances dans les hôpitaux d'Afrique sub-saharienne (OS 17)	Salle: EMIRATES PALACE Promouvoir l'accès à des soins et à des services de santé mentale de qualité et adaptés aux besoins au Ghana (OS 18)	Salle: CIRAGAN PALACE Sécuriser les SSP pour tous dans une assurance maladie volontaire : leçons tirées de la collaboration NHIA-KOFIH au Ghana (OS 19)	Salle: PEARL Economie de la santé publique : implications sur la pratique de la recherche en Afrique (OS 20)
------------------------------	--	---	---	--	---	--	--	---

16:00 PAUSE / PRESENTATION D'AFFICHES
16:30

Séance Plénière 4

16:30 Salle de conférence principale: **ADLON 1-2**
18:00 **Séance Plénière session 4** - Mettre les systèmes de santé au service de la CSU en Afrique: un cadre d'action

Réunions institutionnelles

19:00 Dîner de Gala
21:30

Jeudi 14 Mars 2019

Séance Plénière 5

08:30 Salle de conférence principale: **ADLON 1-2**
10:00 **Séance Plénière session 5**: Achats stratégiques pour la CSU en Afrique : Engager les partenaires à mettre en œuvre efficacement des approches d'achat stratégiques qui atteignent tous les niveaux du système de santé

10:00 PAUSE / PRESENTATION D'AFFICHES
10:30

Sessions Parallèles 7

10:30 12:00	Salle: ADLON 1 Allocation des ressources, efficacité et gestion (1)	Salle: ADLON 2 Les maladies non transmissibles	Salle: ADLON 3 Nouvelles tendances et débats sur le financement international de la santé	Salle: PALM JUMERIAH Ressources Humaines pour la santé: l'expériences nationales	Salle: CHEZ GEORGE Préférences et volonté de payer	Salle: EMIRATES PALACE Outils et approches de l'économie de la santé	Salle: CIRAGAN PALACE	Salle: PEARL Santé et droits sexuels en matière de procréation: un investissement judicieux pour atteindre les ODD d'ici 2030 (OS 21)
------------------------------	---	--	---	--	--	--	------------------------------	--

Sessions Parallèles 8

12:00 13:30	Salle: ADLON 1 Allocation des ressources, efficacité et gestion (2)	Salle: ADLON 2 Enjeux de la recherche en santé publique	Salle: ADLON 3 Établissement de priorités et évaluation économique	Salle: PALM JUMERIAH Ressources Humaines pour la santé : approches innovantes	Salle: CHEZ GEORGE Accès aux services de santé	Salle: EMIRATES PALACE Management hospitalière et financement	Salle: CIRAGAN PALACE Assurance maladie nationale	Salle: PEARL Secteur privé, PPP et sous-traitance (2)
------------------------------	---	---	--	---	--	---	---	---

13:30 DEJEUNER
14:30

Séance Plénière 6

14:30 Salle de conférence principale: **ADLON 1-2**
16:00 **Séance Plénière session 6** : Stratégies sanitaires nationales pour réaliser les SSP pour tous

16:00 PAUSE / PRESENTATION D'AFFICHES
16:15

Séance Plénière 7

16:15 Salle de conférence principale: **ADLON 1-2**
18:00 **Séance Plénière session 7**: Table ronde sur les principaux enseignements de la conférence

Cérémonie de clôture

Présentations Orales

Session Parallèle 1 – Sessions Organisées

OS 01 – Institutionnalisation du suivi de la protection financière en Afrique

Grace Kabaniha, Bureau régional pour l'Organisation mondiale de la santé en Afrique

On estime que 800 millions de personnes souffrent pour avoir un mauvais accès aux services et 11,4% des africains ou 14 millions de personnes appauvries en raison de dépenses catastrophiques pour la santé. Ceux-ci représentent le défi que les pays de la région doivent surmonter pour atteindre la CSU en 2030.

Pour que les pays progressent efficacement dans la CSU, il est nécessaire que les pays accompagnent efficacement leurs progrès. Bien que des progrès considérables aient été accomplis dans l'institutionnalisation du suivi de la couverture et de la disponibilité des services en utilisant les systèmes d'information sur la gestion de la santé et la SARA (par exemple), respectivement ; Il y a eu peu de progrès dans l'institutionnalisation de la protection financière. Jusqu'à présent, le suivi de la protection financière a été la préservation d'universitaires ou d'organisations multilatérales. Il est nécessaire de renforcer la capacité des décideurs locaux de générer et d'utiliser des éléments de preuve sur la protection financière dans leur pays.

Le Bureau régional de l'OMS en Afrique a travaillé au cours des trois dernières années avec quatorze pays pour renforcer les capacités institutionnelles et les équipes nationales de suivi de la protection financière de la CSU. Sept pays ont été formés et ont utilisé des données récentes pour évaluer le statut actuel de la protection financière dans leur pays.

Le but de cette session est de partager l'expérience de l'institutionnalisation de la surveillance de la protection financière et de distribuer des estimations récentes aux sept pays.

Déroulement de la session:

Ouverture de la session: Dr Grace Kabaniha

Présentations:

- a) Synthèse régionale sur l'état de la protection financière et les facteurs de dépenses catastrophiques en Afrique: quelles sont les implications pour les politiques? (10 minutes)
- b) Situation de la protection financière au Burkina Faso (10 minutes)
- c) Situation de la protection financière en Côte d'Ivoire (10 minutes)
- d) Étude de cas 4: Situation de la protection financière en République démocratique du Congo (10 minutes)
- e) Étude de cas 5: Situation de la protection financière en Mauritanie (10 minutes)
- f) Étude de cas 6: Situation de la protection financière et équité en matière de financement à Maurice (10 minutes)

Séance de groupe de pays: (15 minutes)

Expérience d'institutionnalisation au niveau des pays (catalyseurs et défis)

Séance de questions et réponses (15 minutes)

Analyse de la protection du risque financier dans le domaine de la santé. Cas de la République Démocratique du Congo.

Prof Gérard ELOKO EYA MATANGELO¹, Eddy MONGANI MPONTONGWE,² MINGIEDI MATONDO BOAZ,³ Alain IYETI,⁴ Jean Pierre LOKONGANZEYABE,⁵ Justine HSU,⁶ Amédée Prosper DJIGUIMDE⁷

^{1&2} Programme des comptes nationaux de santé du Ministère de la santé publique et de la RDC ;

³ Institut national de statistique/RDC ;

⁴ Direction des études et de la planification dans le MPH/RDC ;

^{5, 6 et 7} Organisation mondiale de la santé

Contexte: La République Démocratique du Congo (RDC) a fait des progrès au cours des cinq dernières années en termes de croissance économique et de stabilité macroéconomique. Le pays a connu une croissance économique solide et durable à un taux annuel moyen de 7% depuis 2009 (PER/Banque mondiale 2014 ; FMI 2014). En 2013, la RDC a été l'un des pays qui a enregistré la plus forte croissance économique de la région à 8,5% en termes réels, par rapport à une moyenne régionale (c.-à-d. l'Afrique) de 5,2%. Nonobstant cette performance, son PIB annuel par habitant reste l'un des plus bas en Afrique subsaharienne, selon la Banque centrale du Congo (\$426,1 par habitant en 2016, en dollars courants). Le secteur informel représente la moitié de l'ensemble de l'activité économique à l'échelle nationale.

En 2015, les ménages ont financé les services de santé et les soins de santé à hauteur de \$603 767 736 sur le total des US \$1 505 130 858, ce qui représente 40,1% des dépenses annuelles courantes de santé. Les paiements hors-poche représentaient 93,3%, tandis que le financement par le biais de mécanismes de prépaiement était de seulement 6,69%. Par conséquent, le Gouvernement de la RDC s'est engagé à prendre des mesures pour parvenir à une couverture sanitaire universelle en 2030.

Méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui analyse les dépenses de santé catastrophiques des ménages sur la base des données issues des enquêtes 1-2-3 (phase de consommation des ménages) effectuées en 2005 et 2012 par l'Institut national de statistique. Deux approches ont été adoptées, à savoir: l'approche par actions budgétaires axée sur la définition des dépenses de santé catastrophiques en fonction des objectifs de développement durable (ODD) et sur la base de deux seuils-10% et 25% du total des dépenses des ménages ou revenu et l'approche de la capacité de paiement favorisée par l'OMS, qui considère les dépenses d'un ménage comme catastrophiques lorsque ses dépenses totales en matière de santé sont équivalentes ou supérieures à 40% de sa capacité de paiement. L'analyse de régression logistique a été utilisée pour examiner les principaux déterminants des dépenses de santé des ménages. Le ratio de ODD (probabilité ou risque) n'est interprété que pour les variables à la valeur de $p < 0,05$.

Résultats: Au seuil de 10%, la proportion de ménages dont les dépenses de santé représentaient un pourcentage significatif de leurs dépenses totales est passée de 3,9% en 2005 à 4,8% en 2012, ce qui représente une augmentation de 0,9 points. Toutefois, ce pourcentage (dépenses catastrophiques) était plus élevé pour les ménages urbains en 2005 et pour les ménages ruraux en 2012. En outre, une plus grande proportion de ménages dans le quintile le plus pauvre s'engagent dans des dépenses de santé catastrophiques que les ménages d'autres quintiles.

L'étude a révélé que les ménages ruraux sont 0,9 fois plus susceptibles de subir des dépenses catastrophiques que les ménages urbains. Les ménages dirigés par des personnes ayant un niveau d'éducation supérieur et des ménages plus riches sont moins enclins aux dépenses catastrophiques que ceux dirigés par les non-instruits et les plus pauvres. Enfin, les

ménages ayant des membres âgés de 60 à 0,45 ans et plus sont plus susceptibles de se livrer à des dépenses de santé catastrophiques.

Conclusion: L'étude a fourni des preuves de l'augmentation de l'incidence des dépenses catastrophiques et d'appauvrissement ainsi que les facteurs de difficultés financières. Ces éléments de preuve seront utiles pour guider l'action politique en faveur des réformes de la CSU en République Démocratique du Congo.

Analyse de la protection contre les risques financiers liés à la santé des ménages en Côte d'Ivoire de 2008 à 2015.

GbayoroKouamé Christelle¹, Christophe Agui¹, Ligbet Magloire², Léonce Nessenou², Tania Bissouma-Ledjou³

¹ : Ministère de la santé et de l'hygiène publique-Côte d'Ivoire,

² : Institut national de statistique – Côte d'Ivoire,

³ : Organisation mondiale de la santé.

Contexte: La Côte d'Ivoire a connu une croissance économique exceptionnelle, passant de 517 704 FCFA (\$1035,41) en 2008 à 838 104,7 FCFA (1676,21) en 2015. Le taux de pauvreté, qui est passé de 48,9% (2008) à 46,3% (2015), reste élevé. En 2012, 7,8% de la population bénéficie d'un mécanisme d'assurance-maladie. Néanmoins, les paiements hors-poche des ménages constituent la première source de financement de la santé, représentant 66,3% et 32,55% des dépenses totales de santé en 2008 et 2015 respectivement. Depuis 2012, la proportion du budget gouvernemental alloué au secteur de la santé est restée stable à une moyenne de 5,58% par an, ce qui est encore inférieur à la cible de 15% d'Abuja.

Cette étude visait à analyser la protection du risque financier liée à la santé des ménages en décrivant les tendances des principaux indicateurs de protection financière liés à la santé et en examinant leur répartition équitable en fonction des caractéristiques socio-économiques.

Méthodes : Cette étude est transversale, analytique et descriptive à l'aide de données provenant de deux enquêtes sur le niveau de vie des ménages (ENV) pour 2008 et 2015 recueillies auprès d'échantillons représentatifs de 12 600 et 12 899 ménages, respectivement. Les échantillons sont constitués d'un scrutin groupé à deux étapes pour estimer l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et de la pauvreté en utilisant deux méthodes normalisées : la méthodologie de l'OMS (capacité à payer) et les objectifs de développement durable (ODD). Suivant l'approche de l'OMS, un ménage engage le CHE s'il utilise au moins 40% de sa capacité de payer pour couvrir les dépenses de santé hors poche. À la suite de la méthodologie des ODD, le CHE est défini par la proportion de la population qui entraîne des dépenses de santé des ménages substantielles, par rapport au total des dépenses ou du revenu des ménages entre 10% et 25% seuil.

Pour évaluer l'appauvrissement des dépenses causées par les dépenses hors- poche, il est fait référence au ratio de l'incidence de la pauvreté au seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté international de 3,10 dollars EU (référence) a été pris en considération parce que la pauvreté évaluée était proche de celle définie au niveau des pays, qui est de \$1,32 (661 FCFA) en 2008 (référence) et \$1,48 (737 FCFA) (référence) en 2015.

Résultats : À un seuil de 10%, on observe que 12,4% des ménages ont connu le CHE en 2015 comparativement à 17,4% en 2008. Avec un seuil de 25%, 4% des ménages en 2008 comparativement à 3,8% en 2015 ont connu le CHE. Cette réduction de l'incidence du CHE est en corrélation avec la baisse signalée des dépenses de santé hors-poche. L'incidence était plus élevée chez les quintiles plus riches.

L'incidence de la pauvreté aurait diminué, passant de 54,9% en 2008 à 53,6% en 2015. Cependant, en termes de nombres absolus, environ 11 millions de personnes en 2018 ont

été appauvries comparativement à environ 12 millions de personnes en 2015 (une augmentation de 1 million). L'incidence des dépenses hors-poche dues à l'utilisation des services a entraîné la proportion de ménages vivant en deçà de ce seuil à 58,1% et 56,1% en 2008 et 2015. Les ménages avec des personnes âgées, situés dans les zones rurales, moins instruits étaient systématiquement plus enclins à des dépenses catastrophiques dans les deux années.

Conclusion: L'étude fournit des preuves de l'amélioration de la protection financière en raison des efforts déployés pour réduire les dépenses hors-poche. Néanmoins, l'incidence croissante de la pauvreté est alarmante. Les éléments de preuve générés dans cette étude peuvent servir à orienter la conception des politiques pour le financement de la santé pour la CSU/UHC et à cibler les subventions financières pour les personnes les plus exposées au risque de difficultés financières.

Mots-clés : Financement de la santé, paiements directs, dépenses catastrophiques, appauvrissement, difficultés financières

Tendance des dépenses de santé catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages mauritaniens entre 2008 et 2014.

MOHAMED MAHMOUD OULD KHATRY, ALIOUNE GUEYE, KELLY AMINATA SAKHO

Contexte: La Mauritanie a exprimé son engagement à atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Malgré les progrès accomplis dans l'amélioration de l'état de santé du pays, il y a encore de la place pour l'amélioration, car le taux de mortalité brut est encore élevé à 10,9‰, comparativement au taux de natalité de 32,3‰, et à une faible espérance de vie de 60,3 ans. L'état de santé d'un pays est essentiel pour suivre les progrès accomplis vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et les objectifs de développement durable (ODD) et améliorer la protection financière. Cette étude évalue l'état de la protection financière en Mauritanie.

Méthodes : Les données utilisées proviennent des enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV) effectuées en 2008 et 2014 pour estimer l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et de la pauvreté en utilisant deux méthodes normalisées : la méthodologie de l'OMS (capacité à payer) et le développement durable, Méthodologie des objectifs de développement (ODD). Selon l'approche de l'OMS, un ménage engage le CHE s'il utilise au moins 40% de sa capacité de payer pour couvrir les dépenses de santé hors-poche. À la suite de la méthodologie des ODD, le CHE est défini par la proportion de la population qui entraîne des dépenses de santé des ménages substantielles, par rapport au total des dépenses ou du revenu des ménages entre 10% et 25% seuil.

Résultats : À un seuil de 10%, on observe que 12,4% des ménages ont connu le CHE en 2015 comparé avec l'approche des SDG, en 2008 et 2014, 10,8% et 11,2% des ménages respectivement, ont encouru des dépenses catastrophiques à un seuil de 10%. Au seuil de 25%, les dépenses catastrophiques ont augmenté, quelle que soit la zone de résidence, avec des incidences plus élevées dans les zones rurales, passant de 1,1% en 2008 à 5,7% en 2014, et de 1,4% en 2008 à 3,8% en 2014 dans les zones urbaines.

Selon l'approche de l'OMS, 4,9% des ménages mauritaniens ont subi des dépenses catastrophiques en 2014, contre 3,1% en 2008. L'incidence des dépenses catastrophiques, de 2008 à 2014, suit la même tendance que les résultats obtenus avec l'approche des ODD.

En général, les résultats de l'étude montrent que, quel que soit le seuil de pauvreté, les dépenses catastrophiques augmentent l'incidence et la profondeur de la pauvreté.

Conclusion: À la fin de cette étude, nous sommes d'avis que deux recommandations principales doivent être mises en œuvre sans tarder, afin de réduire la proportion de ménages confrontés à des dépenses catastrophiques. À court terme, il s'agit de mettre en place une politique de contrôle des coûts des produits pharmaceutiques. À moyen terme, l'objectif est d'introduire des mesures de couverture d'assurance maladie pour les pauvres (16% de la population) et le secteur informel.

Mots-clés: Financement de la santé, paiements directs, dépenses catastrophiques, appauvrissement, difficultés financières.

Dynamique des dépenses catastrophiques et appauvrissement au Burkina Faso : Une analyse des déterminants.

GUENE Hervé Jean-Louis, DOAMBA Odilon, NASSA Simon, ZAMPALIGRE Fatimata, COULIBALY Seydou O.

Contexte : Le Gouvernement du Burkina Faso a entrepris un processus menant à une couverture sanitaire universelle avec l'adoption de la loi N ° 060-2015/CNT sur un régime d'assurance maladie universel (RAMU) en 2015. Sur la base du calendrier défini, l'année 2018 devrait être consacrée à l'opérationnalisation de ce programme clé pour les bénéficiaires et les parties prenantes de la santé. Étant donné que la création d'une assurance maladie est un processus très complexe, elle exige un contrôle total sur toutes les questions avant la mise en œuvre. Il convient de noter que les ménages, les principaux bénéficiaires, ne seraient pas nécessairement touchés de la même manière. Bien que certains soient déjà couverts, d'autres subissent des dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement.

Objectif: L'objectif de cette étude est d'estimer l'ampleur des dépenses catastrophiques et d'appauvrissement parmi la population et d'identifier les facteurs qui représentent ces dépenses au cours de la période 2009-2014.

Méthodes: L'étude utilise les données des deux enquêtes les plus récentes sur les conditions de vie des ménages (2009 et 2014). Les statistiques descriptives calculées pour les variables pertinentes telles que les régions, l'établissement résidentiel et le quintile de la richesse des ménages, ont permis une évaluation des ménages. Une analyse des déterminants des dépenses de santé catastrophiques a été faite au moyen d'une régression logistique sur les données avec des variables endogènes telles que la probabilité pour le ménage de financer une dépense catastrophique ou d'appauvrissement et, comme variables exogènes, le sexe du chef de ménage, la taille des ménages, la structure par âge du ménage, etc.

Résultats : La proportion de ménages qui encourent des dépenses catastrophiques est tombée de 1,3% en 2009 à 0,8% en 2014, et celle des ménages ayant des dépenses de paupérisation est tombée de 1,9% à 1,3% au cours de la même période. Des facteurs tels que le fait qu'un ménage est situé dans une zone rurale ou que l'un de ses membres a été hospitalisé, ou qu'il y a des personnes âgées de plus de 60 ans ou moins de 5 ans sont les principaux facteurs qui représentent la survenance de dépenses catastrophiques.

Conclusion: L'étude a fourni une catégorisation des ménages en fonction de leur niveau de dépenses de santé. Elle montre que 1,3% des ménages, représentant 206 217 personnes, sont devenus pauvres en raison de paiements hors-poche. L'étude conclut que les interventions du régime d'assurance-maladie doivent accorder davantage d'attention aux

hospitalisations, aux personnes âgées (60 ans et plus) et aux enfants (de moins de 5 ans), qui représentent 26% de la population totale.

Mots-clés : Financement de la santé, paiements directs, dépenses catastrophiques, appauvrissement, ratio ODD.

Impact des paiements hors-poche sur les indicateurs de protection financière dans un cadre sans frais d'utilisation : le cas de l'île Maurice

Yusuf Thorabally , Ajoy Nundoochan , Sooneeraz Monohur et Justine Hsu

Objectifs: Depuis 1968, l'île Maurice offre des soins de santé gratuits dans tous les établissements de santé publics. Néanmoins, depuis 2007, les dépenses de santé privées (PvtHE) ont dépassé les dépenses de santé des administrations publiques en tant que part des dépenses totales de santé. PvtHE est principalement composé de hors-Poche (OOP) avec seulement 3,4% en rapport avec les primes pour l'assurance privée. L'OOP est connue pour être régressive et avoir un impact négatif sur le niveau de vie d'un ménage. Le présent document vise à comprendre les tendances de l'OOP et son impact sur la population de Maurice par une analyse des indicateurs clés de la protection financière (c.-à-d. les dépenses de santé catastrophiques (CHE) et l'appauvrissement dû aux dépenses de santé hors-poche) et pour identifier les principaux conducteurs des CHE.

Méthodes: Les enquêtes sur le budget des ménages (HBS) de 2001/2002, 2006/2007 et 2012 étaient les principales sources de données. Stata v 11.2 a été largement utilisé pour l'analyse des données. Le CHE et la paupérisation ont été utilisés pour évaluer les difficultés financières résultant des paiements hors-poche (OOP). L'incidence du CHE a été estimée à l'aide de deux approches normalisées, à savoir la capacité de payer et la part du budget. L'appauvrissement dû à l'OOP a été mesuré par des changements dans l'incidence de la pauvreté et de la sévérité de la pauvreté en utilisant le seuil de pauvreté international \$3,1 US. Pour identifier les déterminants du CHE, nous avons procédé à une analyse de régression logistique.

Résultats: Le CHE domestique a augmenté dans tous les trois seuils (10%, 25% et 40%) de 2001 à 2012. Au cours de cette période, l'incidence du CHE était plus importante dans la zone urbaine comparativement à 0,58 point de pourcentage dans la zone rurale. Les niveaux les plus élevés de CHE ont été vécus par des chefs de ménages retraités (3,9%), veuf (2,8%) et les ménagères (2,5%). La part des ménages qui est passée sous le seuil de pauvreté en raison de l'OOP a chuté de 0,0848% en 2001/02 à 0,0445% en 2006/07 avant de s'élever à 0,054% en 2012. En 2012, seuls les ménages classés sous le quintile 1 (0,244%) et quintile 2 (0,025%) ont été dérivés sous le seuil de pauvreté en raison de la POO sur la santé.

Conclusion: Bien que le CHE ait été en hausse dans la plupart des groupes de revenu au cours des trois périodes consécutives de HBS, l'impact sur le niveau de l'appauvrissement et de l'écart de pauvreté n'a pas été significatif.

Mots-clés: Dépenses de santé catastrophiques, paupérisation, paiements directs.

† Contributeurs égaux

✉ Correspondance : nundoochana@who.int

Session Parallèle 1 – Présentations Orales

Session parallèle 1 : Progrès et obstacles vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

Détermination des niveaux de satisfaction concernant les rôles des HMO parmi les bénéficiaires du système d'assurance sociale à Enugu, dans le sud-est du Nigéria

Eric Obikeze ^{1,2} Obinna Onwujekwe ^{1,2} Hesborn Wao ³

1. Dept de l'Adm de la Santé. & Mgt., Collège de médecine, Université du Nigéria, Campus Enugu ; 2. Groupe de recherche sur les politiques de santé, Collège de médecine, Université du Nigéria, Campus Enugu ; 3. Centre africain de recherche sur la santé, Nairobi, Kenya

Contexte : Bien que l'assurance maladie soit développée par des pays à différents niveaux, il a été prouvé que les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire peuvent difficilement progresser sans l'implication du secteur privé. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles diverses formes de mécanismes de financement et d'application des soins de santé, basés sur le secteur privé, sont mises en place. Pour y parvenir, il faut prendre en compte les principaux problèmes liés à la CSU: la hauteur, la profondeur et l'étendue de la couverture. Au Nigeria, les organisations de maintien de la santé (HMO) sont bien placées pour répondre aux préoccupations relatives à la CSU. Cependant, il semble y avoir des chaînons manquants dans les rôles des HMO. À l'heure actuelle, la satisfaction requise des bénéficiaires des organismes de santé et de bien-être par les mécanismes d'assurance maladie privés et sociaux et volontaires n'est pas évidente. Cette étude se penche donc sur le niveau de satisfaction quant aux rôles des organismes de santé et de sécurité parmi les bénéficiaires des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie privés et sociaux et volontaires.

But : L'objectif de l'étude est de déterminer les niveaux de la satisfaction des rôles de OGS parmi les bénéficiaires des régimes d'assurance-maladie sociale à Enugu, sud - est du Nigeria.

Objectifs : Les objectifs de l'étude sont : 1) de déterminer l'ampleur de la participation des OGS à la mise en œuvre des objectifs sociaux. 2) déterminer les niveaux de satisfaction bénéficiaires de l'assurance maladie vis-à-vis des HMO

Méthodes : L'étude était une conception descriptive transversale utilisant une méthode quantitative. Ces données quantitatives étaient sélectionnées de façons raisonnables auprès employés du gouvernement fédéral inscrits au régime national d'assurance maladie (NHIS). Le niveau de satisfaction a été obtenu à l'aide de variables catégorielles au format Likert. Un modèle de régression logistique multinomial a été utilisé pour déterminer le niveau de satisfaction des répondants.

Résultats : Les répondants connaissent le degré d'implication des OGS dans l'assurance maladie sociale (60%). Un grand nombre des répondants de l'assurance maladie sociale ont évalué les OGS (31,30%). Ceux qui ont donné une note très basse, étaient de 25,60%, les

notes élevées étaient de 23,0%; très haut était 17,0% et les plus élevées étaient 3,10 % . Le niveau de satisfaction était statistiquement significatif avec un IC de 95% avec χ^2 221,51 et de la valeur de la p-value est p de 0,00. Régression logistique multinomiale globale a montré que le χ^2 , la Prob> χ^2 et Le R^2 corrigé valeurs respectives de 85 268., 0,000 et 0,16.

Conclusion : l'étude a montré que les répondants étaient généralement pas satisfait du rôle des OGS dans le système d'assurance maladie d'Enugu, au sud-est du Nigéria.

Les obstacles à la protection universelle des risques financiers dans l'état d'Enugu, au Sud-Est du Nigéria.

Chikezie Nwankwor^{1,2}, Ifeyinwa Arize¹, Enyi Etiaba¹, Chijioke Okoli¹, Christian Okolo¹, Eric Obikeze¹ et Obinna Onwujekwe¹

1 : Département de l'administration et de la gestion de la santé, Faculté des sciences et de la Technologie de la Santé

2 : Collège de médecine, Université du Nigéria - Nsukka, campus d'Enugu.

Contexte : Les dépenses de santé sur fonds propres (Out-Of-Pocket) continuent d'appauvrir les familles dans un contexte de détérioration des indices de santé au Nigéria. À Enugu, au Sud-Est du Nigéria, les plus touchés sont les ruraux et les plus pauvres, créant ainsi des inégalités socio-économiques et géographiques dans l'accès et l'utilisation des services. Ce scénario soulève des questions sur le capital politique et économique nécessaire pour assurer la transition vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

Objectif : L'objectif principal de l'étude était de déterminer les facilitateurs politiques, économiques et autres et/ou les contraintes à la réalisation de la protection universelle des risques financiers dans l'État d'Enugu, au Sud-est du Nigéria.

Méthodes : L'étude a été menée dans deux régions urbaines (Enugu-Nord) et rurales (Enugu-est) choisies délibérément, en utilisant une conception d'étude transversale et une approche qualitative sur la base d'entretiens approfondis. Les informateurs clés choisis délibérément étaient des administrateurs de santé répartis sur tous les niveaux et paliers du système (Ministère de la Santé, Conseil de la Santé de l'État, Agence nationale de développement de la santé primaire, hôpitaux-chalets, Centres de Soins Primaires, Comité de la chambre de l'Assemblée sur la santé et un agent de bureau du régime national d'assurance-maladie (NHIS) dans un établissement tertiaire). 12 des 17 informateurs ont fourni des données qui ont été analysées sur les catalyseurs/contraintes pour parvenir à une protection universelle des risques financiers dans l'État.

Résultats : Ce rapport ravive les obstacles de la réalisation de la CSU dans l'État d'Enugu. Les principaux facteurs politiques de contrainte comprenaient le manque d'engagement et de sincérité de l'objectif du gouvernement et des gestionnaires politiques, la mauvaise hiérarchisation de la santé dans l'ordre du jour gouvernemental, la méfiance entre le gouvernement et les syndicats, l'instabilité politique, le manque de cadres constitutionnels et juridiques pour l'enrôlement des citoyens dans l'assurance-maladie, le non engagement de l'électorat dans la défense de leurs droits fondamentaux, une mauvaise approche verticale de plaidoyer et de structuration des programmes d'assurance pour les États par le NHIS, et la corruption publique. Les défis économiques comprenaient un espace budgétaire mince pour élargir les programmes de soins de santé et l'absence de mécanismes de responsabilisation dans la conception et la structuration des programmes d'assurance pour les États. Les autres obstacles identifiés comprenaient la mauvaise éducation des masses sur les moyens d'accéder aux canaux disponibles entre le NHIS et les programmes de

prépaiement, sans oublier le manque de ressources humaines et le renforcement de la main-d'œuvre pour les systèmes de santé.

Discussion et Conclusions : Les gouvernements des États, dont Enugu, doivent s'engager d'avantage à fournir une protection des risques financiers à leurs résidents en raison des obstacles politiques et économiques identifiés. Ces objectifs constituent un grand obstacle à la réalisation de la CSU pour un développement inclusif et durable dans l'État. Cette étude suggère l'encouragement de dialogues politiques conscients entre les parties prenantes, en particulier entre le gouvernement et les représentants des citoyens, pour enraciner la CSU dans les plus brefs délais.

Vers la couverture sanitaire universelle: nécessité d'un processus de planification renforcé

Juliet Nabyonga-Orem, OMS, Harare Zimbabwe

Au moment où les pays souscrivent au programme ambitieux de couverture universelle de santé (couverture universelle de santé), dont les principaux objectifs sont de fournir à tous les services de qualité nécessaires, il est primordial de renforcer le processus de planification pour atteindre un objectif commun. En nous appuyant sur des expériences nationales - au Swaziland et à Zanzibar, nous avons examiné les processus de planification stratégique pour évaluer leur impact sur la réalisation de l'alignement sur un objectif collectif du secteur de la santé. En utilisant des approches qualitatives, nous avons examiné les plans stratégiques en cours d'application dans le secteur de la santé et nous avons utilisé un guide d'interview composé de questions ouvertes et interrogé des informateurs clés aux niveaux national et des districts. Les résultats ont montré que les plans stratégiques sont trop nombreux et que la majorité des stratégies de programme ne sont pas bien alignées sur le plan stratégique du secteur de la santé, ne sont pas chiffrées et que les objectifs se chevauchent parmi les différentes stratégies couvrant le même programme. Les faiblesses du processus de développement, la mauvaise qualité perçue des stratégies, la capacité limitée, le taux de rotation élevé du personnel et le financement insuffisant étaient les défis identifiés qui réduisent l'utilité des plans stratégiques. La transition vers la CSU commence par un processus de planification robuste qui rassemble tous les acteurs et toutes les ressources disponibles autour d'un objectif commun. Le processus de planification devrait être renforcé en garantissant des processus participatifs, une hiérarchisation fondée sur des preuves, une capacité institutionnelle du ministère de la santé à diriger le processus et un examen de la faisabilité de la mise en œuvre. La souplesse nécessaire pour prendre en compte les données factuelles émergentes et les nouveaux développements en matière de santé mondiale doit être prise en compte.

Assurance Santé pour les travailleurs du secteur informel en Côte d'Ivoire : Enseignements tirés de la mise en œuvre du MCMA

DOUA Ruphin, **BAMBA Lassiné and *BEYERA Isabelle: *UFHB, **Fondation AVSI-Côte d'Ivoire, ***BEYERA Isabelle*

Contexte et justification : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport sur la santé dans le monde 2010, a souligné le droit pour tous à un accès à des soins de santé de qualité. Portant, près de 70 à 90% des travailleurs du secteur informel restent encore hors de portée des régimes de Couverture Sanitaire existant dans les pays en développement et en particulier en Afrique. En Côte d'Ivoire, cette situation reste la principale préoccupation

pour les travailleurs du secteur de l'artisanat, caractérisé par une forte informalité et précarité des activités. En effet, la quasi-totalité des artisans et leurs ménages ne bénéficient d'aucune protection contre le risque de maladie et sont exposés aux conséquences financières lourdes des paiements directs ; ce qui accroît leur vulnérabilité à la pauvreté. Face à cette situation, la Fondation AVSI-Côte d'Ivoire, en Collaboration avec la Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire (CNMCI), a initié, dans le cadre de son Projet Intégré d'Appui à l'Autonomisation des Artisans de Côte d'Ivoire (PIAAA-CI), un Mécanisme de Couverture Maladie pour Artisans (MCMA).

Objectif et Méthodologie : Cette étude fait une évaluation du MCMA en vue de déterminer dans quelle mesure celui-ci a atteint ses objectifs. Il s'agit pour cette étude de capitaliser les leçons apprises en vue d'une mise à l'échelle dans le cadre de la CMU. L'étude s'appuie sur une approche d'évaluation notamment qualitative à visé compréhensive axée sur des entretiens semi-structurés et des focus group.

Résultats et recommandations : Les résultats montrent que, bien que, le MCMA constitue une réponse aux préoccupations liées à la prise en charge des soins de santé, il présente des signes qui pourraient entraver sa viabilité. Ces signes sont la résultante d'un certains nombres de facteurs qui fragilisent le MCMA ; et qui rendent compte des difficultés et contraintes qu'ont les acteurs en termes de son appropriation. À ces signes, s'ajoute une collaboration entre les différents acteurs institutionnels qui mérite d'être dynamisée davantage pour répondre efficacement aux difficultés et contraintes que connaît le MCMA sur le terrain. Nous recommandons de ce fait un fort engagement et implication de tous les acteurs institutionnels et des artisans principaux bénéficiaires. Il est nécessaire que ces principaux acteurs tirent les enseignements de sa mise en œuvre en vue d'une mise à l'échelle dans le cadre de la CMU. C'est à cette condition que la Côte d'Ivoire pourra véritablement avancer vers l'universalité de la couverture sanitaire.

Revitaliser les soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle à Maurice

Laurent MUSANGO, **DR. Maryam TIMOL, *Premduth BURHOO: *Port Louis WHO, **Ministry of Health and Quality of Life, ***Mauritius Institute of Health*

À Maurice, le solide système de soins de santé primaires fournit des soins de santé accessibles gratuitement sur le plan géographique à tous les citoyens. Il répond à la fois aux besoins de la population et aux besoins individuels en proposant une gamme de services couvrant tous les éléments de soins, à savoir la promotion de la santé, la lutte contre la maladie, la prévention, les services curatifs et de réadaptation. Cependant, il a été constaté que les soins de santé primaires ne jouent pas efficacement leur rôle de contrôle, raison pour laquelle une évaluation du renforcement des soins de santé primaires pour obtenir de meilleurs résultats a été lancée à Maurice.

L'évaluation du pays commence par une analyse approfondie de la situation en matière de fourniture de services au cours des 15 dernières années. Les défis ou opportunités actuels d'amélioration de la prestation de services ont ensuite été réalisés. Une approche participative et flexible a été utilisée pour cette évaluation ; une équipe multidisciplinaire a été mise en place pour mener à bien l'évaluation. Un groupe de travail (GT) de 6 membres a été constitué pour examiner et valider le rapport. Le rapport identifiait les principales opportunités sur lesquelles le pays pourrait continuer à s'appuyer, ainsi que les défis et les solutions possibles pour les résoudre, en renforçant les soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle à Maurice.

L'évaluation montre que, dans de nombreux cas, le rôle de régulateur des prestations des soins de santé primaires est ignoré. De nombreux patients fréquentent directement les hôpitaux, en particulier en dehors des heures d'ouverture des SSP. Même pendant les heures de travail, les patients fréquentent souvent des établissements de soins secondaires ou tertiaires pour des cas simples, une référence préalable n'étant pas requise. Les patients ont trop confiance dans les hôpitaux et préfèrent recevoir des soins de suivi dans les hôpitaux avec les spécialistes. À l'heure actuelle, aucun système d'information sur la santé n'est en place dans les centres de santé primaires pour les aider dans leur rôle de plaque tournante. L'absence d'un numéro d'identification unique du patient entraîne une duplication des soins dans les centres de santé primaires et l'incapacité de tracer / traçabilité des patients dans le système de santé publique a également été notée. La continuité du traitement et l'établissement de rapports avec un agent de santé particulier sont difficiles avec le modèle de service actuel. De plus, le choix du prestataire de soins de santé n'est pas possible dans le système de santé actuel.

L'évaluation a recommandé de consolider davantage le rôle des soins de santé primaires en tant que centre des soins de santé en réduisant le dédoublement des services aux niveaux des SSP et des hôpitaux, de renforcer le rôle des SSP dans l'amélioration de la coordination entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires, en procédant à un dépistage plus systématique. et la gestion des maladies chroniques dans les SSP, ainsi que l'amélioration des services de soins de santé primaires pour faire face au vieillissement de la population et aux taux croissants de morbidité multiple. La feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations a également été approuvée par le ministère de la santé et les parties prenantes.

Temps de crise : l'agenda transformationnel de la couverture sanitaire universelle pour la Zambie

Mpuma Kamanga, Lusaka, Ministère de la santé

Dans le monde entier, on se rend compte que les dépenses de santé peuvent être catastrophiques, aggraver les inégalités entre les ménages pauvres et les ménages riches et conduire les gens à la pauvreté. En tant que tels, un certain nombre de pays cherchent à fournir une couverture santé universelle (CSU) à tous ses citoyens afin que tous puissent avoir accès à des soins de santé de qualité sans difficultés financières. Cependant, atteindre la CSU est difficile. Il a également été reconnu qu'il n'existait pas de formule universelle pour parvenir à la CSU et que chaque pays devrait se créer un chemin. Ce document décrit la trajectoire de la Zambie vers la réalisation de la CSU depuis les années 90 jusqu'à présent. Le document met en lumière certaines des réformes institutionnelles et financières passées ainsi que les résultats obtenus et les limites et les défis que le gouvernement est déterminé à relever à travers un programme de transformation explicite en cours de mise en œuvre. Ce programme est poursuivi avec un engagement renouvelé compte tenu de la croissance rapide de l'économie et de la population de la Zambie, et de la transition imminente du soutien extérieur et de l'évolution du profil de la maladie.

Politisation avec les soins de santé et son incidence sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle

Aloysius Odii, Obinna Onwujekwe, Ada Ogbosor, Tochukwu Orjiakor, Prince Agwu, Eleanor Hutchinson, Dina Babalanova, and Martin Mckee

Contexte La réalisation des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé, en

particulier de la couverture universelle de la santé, qui permettrait aux citoyens d'avoir accès aux services de santé sans éprouver de difficultés financières d'ici 2030, est un objectif prioritaire de la politique de santé du Nigéria. Ce système est reconnu comme l'épicentre des efforts pour parvenir à la CSU. Cependant, la nature de la politique qui aurait existé au sein des SSP, en particulier dans les centres de santé, pourrait entraver la réussite de la CSU. Cependant, les effets de la politique des SSP sur la réussite de la CSU sont peu connus.

Objectifs L'étude a examiné les effets de la manière dont la politique menée avec le centre de santé crée des barrières structurelles et institutionnelles empêchant les SSP de contribuer à la réalisation d'objectifs de santé tels que la CSU.

Méthodologie L'étude a été réalisée dans huit installations de soins de santé primaires sélectionnées à dessein parmi quatre administrations locales de l'État d'Enugu, au sud-est du Nigéria. Les données ont été recueillies à l'aide d'interviews approfondies (IDI) auprès de vingt participants comprenant des agents de santé de première ligne, des utilisateurs de services, le chef du département de la santé, des superviseurs de la santé et les présidents des comités de santé communautaires. Quatre (4) discussions de groupe ont été organisées avec des consommateurs hommes et femmes.

Résultats Il a été constaté que la politique (en raison des intérêts des membres influents de la communauté) influence sur le choix de l'emplacement des établissements de soins de santé primaires et ainsi, certains sont-ils situés dans des zones géographiques limitant l'accès optimal aux services de santé. En outre, le recrutement d'agents de santé n'est généralement pas fondé sur le mérite, mais sur le principe de qui tu connais, et dans ce cas, des personnes incompetentes pourraient être recrutés et cela pourrait nuire à la prestation des soins de santé. En outre, certains agents de santé peuvent se permettre de s'absenter de leur travail sans être sanctionnés, car la plupart du temps, ils sont protégés par des personnes influentes.

Conclusions / Recommandations Politiser les soins de santé conduit à une mauvaise gestion des soins de santé primaires et permet aux utilisateurs d'accéder aux services de santé dans des endroits lointains et coûteux, rendant ainsi douteux l'objectif de réalisation du CSU. Pour parvenir à la CSU, les gouvernements à tous les niveaux doivent développer des mécanismes qui permettront de réduire les influences corrompues et perturbatrices de la politique des SSP. Il convient de mettre délibérément l'accent sur la méritocratie dans le recrutement et la sélection d'un site pour les SSP. En outre, le gouvernement devrait développer des plateformes de rapport permettant aux comités de santé communautaires d'aller au-delà des travailleurs de la santé et de leurs responsables qui sont corrompus et qui perturbent le système de SSP.

Remerciement : consortium de l'ACE

Atteindre la couverture universelle de la santé au Nigéria par le financement de la santé

Aniefiok Udo Department of Economics, University of Calabar; Iboro Nelson Department of Economics, University of Uyo; Jeremiah Olu Department of Economics, Kogi State University

INTRODUCTION La CSU implique que les citoyens aient accès aux services de santé nécessaires sans difficultés financières excessives. Il s'agit de trois composantes interdépendantes : la population couverte, la gamme de services offerts ; et l'étendue de la protection financière contre le coût des services de santé. La santé est une priorité pour l'État et une obligation sociale pour tous les citoyens, mais le financement des soins de santé au Nigéria est tout à fait insuffisant, les crédits alloués à la santé dépassant à peine 3% du budget total du pays. En outre, les prestataires de santé ne sont pas motivés à installer des structures dans les zones rurales (inégalité d'accès). Les dépenses de santé publique au

Nigéria ne représentent que 20-30% des dépenses totales de santé, tandis que les dépenses privées représentent les 70-80% restants. Là encore, il n'existe pas de dispositions permettant d'exclure potentiellement les personnes incapables de payer du régime national d'assurance maladie (NHIS) ou de fixer des primes pour les plus pauvres (inéquité dans les finances). Le Nigeria occupe toujours le bas du classement des pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les dépenses privées dominantes se font par le biais des patients, ce qui représente plus de 90% des dépenses de santé privées. Cette étude cherche à examiner le lien entre le financement des soins de santé publics et la réalisation de la CSU au Nigeria.

MÉTHODE L'étude utilise un modèle logistique multivarié en tant que technique empirique pour analyser les données primaires recueillies au cours d'entretiens personnels auprès de 720 ménages sélectionnés au hasard. 20 de six villages des deux administrations locales choisis dans les trois districts sénatoriaux de l'État d'Akwa Ibom.

RÉSULTAT / CONCLUSION Le résultat montre que 64,3% n'avaient eu accès aux établissements de santé que quatre fois au cours du mois pour un traitement lié à l'enfance, tandis que 35,7% avaient eu accès aux établissements de santé plus de cinq fois au cours du mois. Les résultats révèlent également que le taux élevé de mortalité infantile était associé à la fréquence élevée des paiements directs et à la grande disparité et inégalité de la répartition des revenus. L'étude a en outre observé une inégalité dans la répartition des établissements de santé, plus en zone urbaine et moins en zone rurale. L'étude a par conséquent recommandé, entre autres, qu'une augmentation des dépenses de santé publique est nécessaire pour réduire le coût des services de santé dans les zones rurales.

Session parallèle 1-2 Secteur privé, PPP et sous-traitance

Gérer le Partenariat Public-Privé pour progresser vers la CSU : Expériences tirées des relations contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé à-but-non-lucratif en Ouganda

*Aloysius Ssenyonjo, Justine Namakula et Freddie Ssenooba
Ecole de Santé Publique, Université de Makerere, Ouganda*

Contexte : Les relations entre le gouvernement et le secteur privé à-but-non-lucratif sont fondamentales pour faire progresser la Couverture Maladie Universelle (CSU) dans les pays en développement, mais elles font face à de nombreux obstacles comme le dilemme « Acheter ou Fabriquer » (Buy or Make) ou la capacité de définir des objectifs communs malgré la différence des modes de gestion. Cette étude examine comment les relations contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé bénévole peuvent être gérées pour faire progresser les objectifs de la CSU.

Méthodologie : Elle s'inscrit dans le cadre d'études multinationales commandées par l'Alliance pour la Recherche sur les Politiques et les Systèmes de Santé / OMS. L'étude de cas porte sur la relation entre le Bureau Médical Catholique de l'Ouganda et le gouvernement pour appuyer les plans de développement et d'investissement du secteur de la santé au fil du temps.

Méthodes incluses : l'exploitation de documents, l'extraction de données secondaires et 39 entretiens avec des agents clés au niveau des structures locales mais aussi au niveau national. L'étude a fait appel à la théorie « Principale Agence » pour explorer les évolutions

et la dynamique des relations contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé au fil du temps.

Principales constatations: La relation entre le gouvernement et les acteurs du secteur privé à-but-non-lucratif a été construite sur leur engagement envers les plus démunis, et particulièrement sur leur présence en milieu rural. Cela leur a conféré un statut privilégié auprès des structures sanitaires gouvernementales, statut qui se traduit par la possibilité de contribuer directement à l'élaboration de stratégies et aux processus de mise en œuvre. Le dilemme de la spécification des performances et du suivi, ajouté au conflit entre l'autonomie des acteurs privés et la cooptation par le gouvernement sont des questions essentielles dans cette relation. Le manque de confiance quant aux subventions et aux coûts était omniprésent : Les Représentants du gouvernement ont remis en question la subvention du secteur privé-à-but-non-lucratif sachant que les prestataires de ce secteur continuent de facturer des honoraires pour leurs services et pourtant ils reçoivent des subventions gouvernementales et des allocations financières et matérielles substantielles de la part d'institutions caritatives et d'autres partenaires extérieurs. La base du coût réel des services dans le secteur privé n'a pas été déterminée de façon transparente. La faiblesse des systèmes de gestion financière de leurs structures était considérée comme un obstacle majeur dans le passé, mais elle s'est améliorée. Elles ont fait des efforts à l'interne pour améliorer la capacité, notamment en formant le personnel et en précisant les cahiers de charge employés. Le Ministère a également été perçu comme ayant beaucoup de difficultés à remplir ses obligations dans le cadre du partenariat.

Conclusions : La gestion du Partenariat Public-Privé (PPP) rencontre des difficultés d'ordre politique et économique. Celles-ci pourraient être aggravées par l'insuffisance de l'information. La confiance et la suspicion doivent être gérées par un engagement plus ferme des parties impliquées dans le partenariat. La clarification des attentes des partenaires, comme stipulé dans le cadre des programmes de Financement Basé sur les Résultats (FBR) mis sur pied dans tout le pays, peut permettre d'améliorer la relation entre les principaux organismes.

« Fais-moi confiance » ! Des idées réalistes sur la façon dont le manque de confiance compromet le partenariat public-privé et les stratégies pour y remédier en Afrique de l'Ouest.

Jean-Paul Dossou, Bruno Marchal**, Sosthène Adisso**

**Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, Cotonou*

***Institut de Médecine Tropicale, Anvers*

Les obstacles à un partenariat public-privé efficace pour la santé en Afrique de l'Ouest comprennent entre autres, des divergences idéologiques, des intérêts contradictoires et des capacités de gouvernance limitées. On sait peu de choses sur la façon dont ces éléments cumulés impactent négativement sur l'engagement des partenaires. Nous avons utilisé la mise en œuvre de la politique d'exonération des frais pour les césariennes instaurée au Bénin en 2009 pour étudier la façon dont l'engagement des prestataires privés est organisé et réglementé. Nous avons adopté une approche réaliste d'évaluation (Pawson et Tilley, 1997) et utilisé un plan intégré d'étude de cas, à l'aide de données qualitatives et quantitatives.

La politique d'exonération des frais ne tient compte que des acteurs publics et privés à-but-non-lucratif, sur la base du fait que le secteur privé bénévole partage les mêmes valeurs de service public et qu'on pouvait lui faire confiance pour la mise en œuvre de la politique d'exonération. Cependant, nous avons constaté, en analysant les frais dans 44 centres de

santé, que 14 structures privées à-but-non-lucratif avaient continué de facturer aux patients des frais supplémentaires substantiels en plus des 153 euros par césarienne remboursés par le gouvernement. Notre étude montre comment la mise en œuvre de la politique d'exonération par des organismes privés à-but-non-lucratif dépend de la façon dont la confiance verticale est établie.

Dans un contexte où l'administration publique est jugée trop bureaucratique, trop lente et peu fiable dans ses procédures financières, les gestionnaires d'hôpitaux perçoivent la politique d'exemption des frais comme une menace, surtout quand le paiement direct est leur principale source de financement. Dans de tels cas, les gestionnaires d'hôpitaux, qui ont la latitude de décider de son application ou non, sont plus susceptibles de facturer des frais supplémentaires et d'empêcher les patients de bénéficier pleinement de la politique d'exonération des frais.

Nous avons constaté que la confiance entre l'État et les prestataires privés à-but-non-lucratif est plus susceptible d'être facilitée par (1) la suppression du risque de perte de revenus pour les acteurs privés, en mettant en place des procédures administratives simples, fiables et transparentes par exemple; (2) en tenant compte du coût réel de mise en œuvre de la politique d'exonération; (3) en compensant les pertes financières à court terme en cas de remboursement différé; (4) en utilisant des données fiables pour expliciter les obstacles rencontrés par chacun des sous-secteur (public ou privé à-but-non-lucratif) dans la mise en œuvre de la politique d'exonération afin de faciliter un débat politique plus riche et plus inclusif; (5) rendre chaque sous-secteur garante de ses engagements dans la mise en œuvre réussie de la politique d'exonération.

En conclusion, nous avons trouvé une interaction dynamique entre les intérêts financiers, l'espace décisionnel, le pouvoir et la confiance en surface entre le secteur public et le secteur privé de la santé au Bénin. Dès lors que la CMU requiert la mobilisation de tous les acteurs, la construction de la confiance entre le public et le privé sera essentielle pour parvenir à une Couverture Sanitaire Universelle en Afrique de l'Ouest.

L'approche Financement Basé sur les Performances (FBP) nigériane en matière de contractualisation basée sur des acteurs étatiques.

Hyeladzira David Garnvwa, Project Implementation Unit, Nigeria State Health Investment Project (NSHIP), National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA)

Contexte : En 2011, le gouvernement fédéral du Nigéria a lancé, grâce à un crédit de la Banque mondiale, un programme de financement basé sur les performances (FBP) en matière de santé dans le cadre du projet d'investissement en santé de l'État du Nigéria (NSHIP) piloté dans trois États de la Fédération. L'approche du FBP a été adoptée sur la base des meilleures pratiques et expériences mondiales d'autres pays sub-sahariens tels que le Rwanda et le Burundi, en tant que système de financement de la santé basé sur la performance.

L'introduction du FBP dans un pays n'est pas toujours facile et doit suivre les principes de base qui sont pertinents pour concevoir des modèles de pays, cependant, chaque pays doit concevoir ou adapter son modèle de FBP basé sur ses réalités.

Au Nigéria, les consultations entre le gouvernement fédéral et la Banque Mondiale ont été essentielles pour identifier et examiner les nuances au niveau des pays requises pour l'introduction du FBP. Cela inclut l'alignement sur la stratégie africaine (2011) – l'avenir de l'Afrique et l'appui de la Banque mondiale à celui-ci, qui se concentre sur les fondements du renforcement de la gouvernance et du renforcement des capacités du secteur public par le renforcement institutionnel et l'amélioration des incitations à la fonction publique.

Objectifs : Cette recherche vise à évaluer la mesure dans laquelle la conception du NSHIP adhère à la conception du design et au cadre des programmes de FBP basés sur ses onze meilleures pratiques.

Méthodologie : Afin d'atteindre l'objectif de cette recherche, nous mesurons sa fidélité aux rôles distincts que les différents acteurs jouent dans un cadre de FBP idéal. Les publications sur la FBP dans les pays en développement, les outils et les lignes directrices du FBP et les documents du projet NSHIP ont été exploités pour collecter des données. Le cas est défini comme le modèle de FBP NSHIP nigérian de fin 2011 à 2017 et l'analyse est faite sur la base du cadre de fidélité de mise en œuvre modifié de Carroll et coll. (2007).

Résultats : L'étude a révélé que la majorité des composantes d'intervention ont été mises en œuvre avec fidélité (80%, 4/5), alors que 20% (1/5) ont subi des modifications en raison de circonstances contextuelles. Des données empiriques ont montré que l'arrangement institutionnel fondé sur la séparation des fonctions a été mis en œuvre avec de légères adaptations apportées aux nuances au niveau des pays.

Conclusion : L'expérience acquise dans le modèle NSHIP suggère que l'intégration des approches de FBP dans le système de santé exige d'abord un mécanisme de conception qui comprenne un espace suffisant pour le dialogue et le débat pour assurer la compréhension et l'appropriation parmi les principales parties prenantes. Deuxièmement, l'alignement et l'adaptation au contexte institutionnel spécifique et local est crucial.

Jusqu'à présent, l'approche du FBP nigérian en matière de passation de marchés est unique car elle montre que la capacité des acteurs étatiques peut être construite pour assumer de nouveaux rôles dans la conception et la mise en œuvre du FBP.

Les structures de santé confessionnelles sont moins accessibles aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) : Une étude comparative réalisée au Nord de la Tanzanie.

Carl Mhina, Cente Medical Chrétien du Kilimandjaro

Contexte : Le troisième Objectif de Développement Durable met l'accent sur l'amélioration de l'accès des patients aux services de santé et la protection contre les perturbations financières et l'appauvrissement dû aux coûts des soins de santé. Bien que l'accès aux soins anti-VIH obéisse à une dynamique complexe qui interagit avec différents facteurs socio-économiques, on ne sait pas encore trop en quoi ils peuvent différer d'un prestataire à l'autre. Les agents de santé religieux-pratiquants effectuent une part importante des prestations pour tous les groupes socio-économiques, en particulier pour ceux des régions rurales, en raison de leur abordabilité, de leur disponibilité et de leur acceptabilité. Cette étude a examiné la relation entre le(s) propriétaire(s) des structures de santé et la fréquentation pour des soins anti-VIH dans le nord de la Tanzanie.

Méthodologie : Nous avons mené une étude sur les coûts pour les patients dans deux centres de soins et de traitement du VIH/sida choisis à dessein, un centre confessionnel et un autre appartenant à l'État. Au total, 618 entretiens de sortie ont été menés : 336 dans des structures confessionnelles et 282 dans des hôpitaux publics. Trois critères d'accès (abordabilité, disponibilité et acceptabilité) ont été évalués à l'aide d'entretiens auprès des patients quittant la clinique. Nous avons ensuite comparé les trois critères entre les structures en utilisant les tests Pearson χ^2 , Fischer exact et Mann-WhitneyU.

Résultats : 22% seulement des participants avaient une forme quelconque de couverture maladie avec une plus grande proportion dans les structures confessionnelles (109 [32.4%] vs 27 [9.6%], $P = 0.000$). Le total des coûts directs payés à l'hôpital par visite était élevé dans les structures confessionnelles (1,6 \$ [SD 1,4] vs. 0,1 \$ [SD 0,8], $P = 0,000$), avec une proportion légèrement plus grande de patients ayant subi des dépenses de santé ruineuses à cause des coûts directs payés de leur poche, comparativement à ceux des hôpitaux publics, à 10 % près (115\$ [34,2%] vs. 86\$ [31 %] $P = 0,324$). 60% (97/336) des patients atteints d'une maladie chronique dans les structures confessionnelles ont reçu des soins de la même clinique, contre 37 % (43/282) dans le public. La plupart des participants 546 [82,4 %] n'avaient jamais subi de jugement négatif de la part des agents de santé et il n'y avait pas de différence entre les prestataires (282 [83,9 %] contre 227 [80,5 %] $P = 0,136$).

Conclusion: Les structures de santé confessionnelles sont généralement moins abordables que les prestataires publics car elles pratiquent des coûts de services et d'accès élevés, bien que la réalité soit plus complexe quand on l'analyse de près. Contrairement aux préjugés, les deux types de structure ont un niveau d'acceptation assez élevé. Les interventions et les politiques visant à éliminer les obstacles à l'accès doivent se concentrer sur les modèles qui protègent les patients contre les dépenses de santé excessives et ruineuses.

Mobilisation des ressources du secteur privé pour des investissements ciblés en santé sur la base de données probantes obtenues à partir des évaluations des coûts.

Sylvester Akande, Palladium International – Abuja, Nigeria

Betta Edu, Agence de Développement des Soins de Santé Primaires de Cross River State

Contexte : Les gouvernements nigériens s'efforcent d'injecter des capitaux dans le secteur des soins de santé, mais les difficultés que posent les faibles recettes, les recettes fiscales et

l'inefficacité des dépenses de santé compromettent ces efforts. C'est pour cette raison que les décideurs en matière de santé se tournent maintenant vers des partenariats publics-privés novateurs comme moyen d'élargir l'espace fiscal pour la santé. En 2017, dans le cadre des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle, le gouvernement fédéral a mis sur pied un plan visant à revitaliser 10 000 Centres de Soins de Santé Primaires (CSSP) à travers le Nigéria. L'objectif de cette initiative de revitalisation était d'avoir un CSSP entièrement fonctionnel dans chacun des services administratifs du pays. Le gouvernement de Cross River State a adopté l'initiative et s'est engagé à redynamiser un total de 196 CSSP dans 196 circonscriptions.

Méthodologie : Avec le soutien technique de l'USAID, le gouvernement de Cross River State a procédé à l'état des lieux (« Service Availability and Readiness Assessment » - SARA) en matière de Santé de la Reproduction et Santé de la Mère et de l'Enfant (« Reproductive, Maternal, Newborn and Child » - RMNCH) auprès de 750 structures de santé afin d'identifier les insuffisances critiques en intrants. Les données ont été compilées et présentées par type d'installation en fonction des Ressources Humaines, de l'Infrastructure, des Produits et Intrants et du Matériel. De plus, les déficits ont été chiffrés à l'aide de la méthodologie « Bills of Quantity - (BoQ) » afin de déterminer les besoins financiers nécessaires pour combler les insuffisances identifiées grâce à des investissements ciblés. Les indices évalués prennent en compte l'alimentation en électricité, l'approvisionnement en eau, l'état de la toiture, du bâtiment, du plancher, des portes et fenêtres, les sanitaires et les équipements de gestion des déchets.

Principales constatations : Les infrastructures de santé publique de l'État sont généralement médiocres. Près de la moitié des installations visitées avaient des problèmes d'étanchéité, sans accès à l'eau, à l'électricité ou à des toilettes fonctionnelles. En 2018, sur la base des données probantes tirées de l'évaluation de la BoQ, la direction de l'Agence de Développement des Soins de Santé Primaires de Cross River State a lancé l'initiative « Adopter un Centre de Santé » afin de mobiliser le secteur privé pour lui permettre de contribuer à la rénovation des 196 principaux CSSP des différentes circonscriptions. À ce jour, 40 centres ont vu leurs infrastructures améliorées et 7 autres ont reçu des équipements de base de la part de bienfaiteurs. Ils ne sont pas compris dans les CSSP qui doivent être entièrement rénovés à l'aide de fonds publics après budgétisation des besoins prioritaires sur la base de données probantes.

Principale conclusion : Dans de nombreux centres, la mobilisation des seules ressources du gouvernement pour combler les énormes insuffisances en intrants pour des services RMNCH de qualité constitue un défi de taille. Les apports matériels et financiers du secteur privé peuvent beaucoup contribuer aux efforts du gouvernement en complétant, renforçant et augmentant les ressources existantes. Cependant, pour que la volonté de mobiliser des ressources supplémentaires devienne réalité, il sera obligatoire de fournir des preuves de la nécessité, de mettre sur pied des mécanismes solides de responsabilisation et de progrès efficaces, ceci dans le but d'impliquer efficacement le secteur privé.

Session parallèle 1-3 Coûts-efficacité : études de cas

Coûts et durabilité d'un nouveau Programme Communautaire pour les Travailleurs de la Santé visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant au Nigéria.

Obinna Onwujekwe; Health Policy Research Group, Université du Nigéria Nsukka

Contexte : Une intervention sanitaire récente menée au Nigeria : le « Subsidy Reinvestment and Empowerment Program/ Maternal and Child Health (SURE-P/MCH) » (Programme de Subvention et d'Autonomisation / Santé Maternelle et Infantile) qui prenait en compte, à la fois, des critères de l'offre et de la demande. Le financement du programme a pris fin en 2015, mais il est nécessaire d'évaluer ses performances. C'est dans cette optique que cette étude a été menée pour fournir des données probantes sur la rentabilité de l'intervention, surtout celles qui ont une incidence directe sur sa durabilité et sur l'intensification des programmes des Agents de Santé Communautaires intervenant dans la Santé Maternelle et Infantile.

Méthodes : L'étude a été menée dans l'État d'Anambra, au sud-est du Nigeria. Les données sur les coûts et les résultats ont été recueillies auprès de différentes structures organisées en trois grappes : (1) Avec l'intervention SURE-P MCH, (2) Avec combinaison des interventions SURE-P MCH + Conditional Cash Transfer (CCT) et, (3) Sans l'intervention SURE-P MCH. Les chiffres sont de l'année 2014. Les informations ont été recueillies auprès de nos informateurs principaux, des archives des structures de santé, des conseils d'administration des collectivités locales et du ministère de la Santé de l'État. Les coûts ont été classés en rubriques: personnel, infrastructure (capital), médicaments et consommables, frais généraux et coûts du CCT. Les données sur les résultats de l'intervention sont recueillies au moyen d'une enquête communautaire dans les trois groupes de structures et seront disponibles en juillet 2018.

Principales constatations : Le coût annuel total le plus élevé a été enregistré dans les structures SURE-P + CCT (93 643 613 Naira soit 307 028 \$US) et le coût le moins élevé dans les structures de contrôle (52 717 114 Naira soit 172 843 \$US). Les établissements avec seulement le SURE-P MCH ont eu un coût annuel total de 79 343 727 Naira (260 143 \$US). Dans les structures SURE-P, les coûts les plus importants provenaient du personnel, des médicaments et consommables. Le coût de l'infrastructure était quasi identique dans les trois sites. L'efficacité des interventions est passée des établissements SURE-P + CCT aux SURE-P sans CCT pour la grappe de contrôle, pour les soins prénatals et l'accouchement, mais pas pour les consultations post natales.

Conclusion principale: Le coût annuel des services de Santé Maternelle et Infantile varie considérablement d'une grappe à l'autre. Le constat d'une augmentation graduelle des coûts différentiels étaient logiques en raison du niveau plus élevé d'activités dans les grappes SURE-P CCT et sans-CCT, comparé à la grappe de contrôle. Les coûts et les conséquences montrent qu'il existe des écarts dans l'efficacité, mais bien que le programme puisse être utilisé pour améliorer l'accès aux services de Santé Maternelle et Infantile, le groupe de CCT relativement plus coûteux appelle à remettre en question la durabilité de la composante de CCT, surtout si elle est exécutée comme programme de routine.

Étude de l'accessibilité du coût des soins pour l'hypertension dans les hôpitaux kenyans : Une analyse des coûts du point de vue du patient.

Robinson Oyando¹, Edwine Barasa¹, Martin Njoroge¹, Peter Nguhiu¹, Fredrick Kirui³, Jane Mbui³, Antipa Sigilai¹, Esther Muthumbi¹, Sailoki Kapesa¹, Joseph Mwatha⁴, Vincent Okungu¹, Lawrence Muthami⁵, Zipporah Bukania⁵, Judy Mwai⁶, Margaret Wambua⁷, Andrew Obala⁸, Kenneth Munge¹, Kimani Gachuhi², Anthony Etyang¹.

¹ KEMRI Centre de Recherche for Geographic Medicine, Côte, Kilifi, Kenya ; ² KEMRI Centre de Recherche et Développement en Biotechnologie, Nairobi ; ³ KEMRI Centre de Recherche Clinique, Nairobi, Kenya, ⁴ KEMRI Centre de Recherche en Microbiologie, Nairobi, Kenya ; ⁵ KEMRI Centre de Recherche en Santé Publique, Nairobi, Kenya ; ⁶ KEMRI-ESACIPAC, Grantsmanship, Nairobi, Kenya ; ⁷ KEMRI-Centre de Recherche sur les Maladies Respiratoires, Nairobi ; ⁸ Moi University / Cellule de Surveillance Sanitaire et Démographique de Webuye

Objectif : Le poids des maladies non transmissibles est important au Kenya et dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire. Cependant, on sait peu de choses sur les coûts connexes qui peuvent être encourus par les patients hypertendus. Nous avons mené cette étude pour examiner les coûts liés aux soins médicaux pour hypertension dans les hôpitaux kenyans (coûts médicaux et non médicaux directs), les coûts associés à l'incapacité de travailler (coûts indirects) et le poids de ces coûts sur le revenu du ménage.

Méthodologie : Nous avons analysé les réponses recueillies auprès de patients hypertendus de plus de 18 ans qui fréquentent une clinique externe spécialisée dans un hôpital de soins primaires avec au moins six mois de traitement et un formulaire de consentement. Nous avons demandé aux patients de reporter le processus de recherche de soins et les dépenses liées à l'accès aux soins d'hypertension. La situation socioéconomique de la famille a été évaluée au moyen des revenus déclarés du ménage.

Résultats : Au total, 212 patients ont été interrogés. 98% des patients ont déclaré avoir encouru des frais pour l'accès aux soins, service ou intervention confondus. Le coût direct annuel moyen était de 304,8 \$US (95 %, IC: 235,7 - 374,0), tandis que le coût indirect annuel moyen était de 267,7 \$US (95 %, IC: 238,6 - 296,8). Les trois catégories de coûts directs les plus élevés (moyenne annuelle): 1- Les médicaments (168,9 \$US - 95 %, IC : 132,5 - 205,4), 2- Le transport (126,7 \$US - 95 %, IC : 77,6 - 175,9), 3- Les soins (57,7 \$US - 95 %, IC : 43,7 - 71,6). Ces coûts représentaient respectivement 42 %, 38 % et 17 % du total des coûts directs. Les coûts des soins d'hypertension étaient supérieurs à 10 % du revenu annuel du ménage pour 59 % (IC : 52,1,6 - 65,4) des patients interviewés. Les ménages ayant un statut socioéconomique inférieur et un indice de concentration de -0,51 (p<0,001) ont davantage subi le poids des coûts.

Conclusions : Nos constatations révèlent que les patients qui demandent des soins d'hypertension doivent assumer des coûts directs et indirects importants. Les coûts directs associés aux soins pour l'hypertension constituent des obstacles importants à l'accès, en particulier pour les patients du quintile de richesse le plus bas. D'où l'urgence d'améliorer la maîtrise des risques financiers pour ces patients et de renforcer les soins primaires pour les maladies non transmissibles afin de prévenir et de gérer les maladies liées à l'hypertension.

Analyse des coûts de la prise en charge des nouveau-nés prématurés au Sénégal.

Ange Kouassi, Dakar IntraHealth

Dans le cadre de mon étude portant sur l'analyse des coûts de la prise en charge des prématurés au Sénégal, mon choix s'est principalement porté sur le cas de l'Hôpital Principal de Dakar.

Cet hôpital applique une tarification uniforme (50 000 FCFA) de la journée d'hospitalisation à tout type d'enfant reçu au service de la Néonatalogie. Pour apporter ma contribution, j'ai opté pour le calcul des coûts des différents types de prématurés à savoir les très grands prématurés, les grands prématurés et les moyens prématurés, par la méthode ABC.

Une méthodologie à deux volets a permis de parvenir à mes fins. Le premier est celui relatif à la collecte des données et la seconde explique la démarche ABC adoptée. Les données spécifiques aux types d'enfants reçus à l'hôpital n'étant pas disponibles, j'ai adopté une méthodologie de collecte de données. La collecte des données s'est déroulée sur deux mois et a concerné la population de tous les enfants reçus à la Néonatalogie sur l'année 2017. 832 dossiers ont été analysés dont 292 prématurés repartis en 34 très grands, 95 grands et 163 moyens prématurés. L'entretien avec les responsables de la Néonatalogie, le questionnaire adressé aux médecins, à la surveillante des soins et aux infirmières, a été élaboré. J'ai également pris connaissance des documents disponibles à l'hôpital et sur internet relatifs à la prise en charge des prématurés.

Le deuxième volet relatif à la méthode ABC utilisée, a consisté d'abords à l'identification des processus de prise en charge des prématurés et l'élaboration du dictionnaire des activités induites. Ensuite l'identification des ressources engagées et les différents inducteurs de ressources et d'activités a été faite. Enfin le calcul des coûts et leur affectation aux objets de coûts ont suivi les précédentes étapes. Les résultats trouvés sont 277 961 FCFA pour les Très grands, 245 509 FCFA pour les grands et 202 495 FCFA pour les moyens prématurés par journée d'hospitalisation. Plusieurs auteurs ont trouvés des résultats similaires.

Les analyses en fonction des réalités et des coûts trouvés, et des recommandations ont été apportées pour d'éventuelles réflexions sur la tarification, l'orientation des demandes de subventions, de plaidoyers et de rapport de l'hôpital.

Coûts de l'ajout d'un test rapide de syphilis aux services prénatals existants au niveau des Soins de Santé Primaires au Burkina Faso : Une approche de micro-coûts pour le diagnostic prénatal.

Fadima YAYA BOCOUM, Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou

Objectif: Estimer le coût additionnel d'une intervention de dépistage de la syphilis prénatale mise en œuvre dans les établissements de santé ruraux et semi-urbains du Burkina Faso.

Conception: On a réalisé une micro-étude des coûts sur un échantillon, avant et après intervention, sans groupe de comparaison.

Cadre: Services prénatals dans 4 centres de santé primaires du Burkina Faso.

Population: Les femmes enceintes ont fréquenté la structure de santé ciblée pour les premiers soins prénatals avant et après l'intervention.

Méthodologie: Les données sur les coûts ont été recueillies avant et après la mise en œuvre du dépistage de la syphilis prénatale dans quatre établissements de santé sélectionnés. Des observations ont été effectuées le jour même des soins prénatals dans la salle de consultation sur toutes les femmes enceintes consentantes.

Principales mesures des résultats: Les coûts des soins prénatals avec et sans test rapide de syphilis ont été estimés. Le coût pour les femmes dépistées et traitées pour la syphilis maternelle a également été estimé.

Résultats: Le coût moyen pour les femmes enceintes non dépistées était de 3,11 \$US ($\pm 0,14$) et le coût moyen pour les femmes enceintes dépistées était de 5,06 \$US ($\pm 0,16$). La différence de coût entre les femmes non dépistées et celles qui ont fait l'objet d'un dépistage était de 1,95 \$US. Le principal facteur de coût du dépistage était le prix du matériel. Les coûts du matériel de dépistage de la syphilis étaient de 16 à 39% en moyenne.

Le coût moyen pour les femmes enceintes dépistées et traitées avec Benzathine Benzyl Penicillin (BBP) uniquement était de 6,28 \$US et de 9,41 \$US pour un traitement alternatif à l'érythromycine. Les coûts variaient également suivant l'emplacement de la structure et le profil de l'agent de santé.

Conclusion: L'intégration du dépistage de la syphilis dans les services de soins prénatals est réalisable à un coût supplémentaire modeste comparé aux tests de dépistage du VIH.

Fardeau économique des complications du diabète de type 2 chez les patients de la région orientale du Ghana : étude descriptive sur le coût transversal des maladies.

Amon S. & Aikins M., Ecole de Santé Publique, Collège de Sciences de la Santé, Université du Ghana

Objectif : Évaluer le poids économique associé à la prise en charge du diabète de type 2 avec complications sur les patients de la Clinique Diabétique de l'Hôpital Régional de l'Est du Ghana.

Méthodologie : Ce travail est une étude descriptive sur le coût transversal de la maladie qui a été menée en mai 2016 auprès de 258 patients diabétiques. Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire systématique et après signature d'un consentement éclairé. Un questionnaire structuré préalablement testé, a été utilisé pour la collecte des données. Les données ont été saisies dans Epi-Info (version 7) et analysées à l'aide de Microsoft Excel (version 13) et STATA (version 13). Les tests Kruskal-Wallis et Wilcoxon Rank Sum ont été utilisés pour déterminer l'importance statistique de la différence de coût. Le coût total de la prise en charge a été estimé et le coût moyen établi. Le poids des coûts immatériels a été analysé à l'aide de l'échelle à 5 dimensions de Likert et des statistiques descriptives du tertile. Des analyses de sensibilité ont été effectuées pour vérifier la solidité des estimations de coûts.

Résultats : Environ 68 % (n=175) des patients atteints de diabète de type 2 avec complications étaient âgés de plus de 55 ans. Le coût total estimatif de la prise en charge était de 9 980,62 \$US, dont 94 % constitué par les coûts directs. Le coût moyen de la prise en charge était de 38,68 \$US (95 % IC: 5,53 à 71,84). Les patients en traitement depuis 5 ans et plus ont subi des coûts directs beaucoup plus élevés que ceux de moins de 5 ans, soit 40,03 \pm 40,71 \$US (P<0,05). Les patients subissent des coûts immatériels modérés. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le poids des coûts immatériels et les caractéristiques sociodémographiques des patients.

Conclusion : Les résultats déterminent un poids économique considérable associé à la prise en charge du diabète de type 2 avec complications, en particulier chez les personnes âgées. Plus un patient vit avec la maladie, plus le coût direct mensuel est élevé. Des stratégies de prévention du diabète, des activités physiques régulières et un régime alimentaire approprié sont fortement recommandés.

Analyse des coûts de l'enrichissement du sel en iode en Éthiopie : Résultats préliminaires.

Équipe économique de MINIMOD et EPHI :

Elias Asfaw, Justin Kagin, Stephen A. Vosti, Muluken Moges, Zekariyas Getu

Contexte : À partir des années 80, différents facteurs politiques, économiques et sociaux ont contribué à l'état actuel du marché du sel en Éthiopie ainsi qu'à la consommation actuelle de sel iodé au sein des ménages.

Justification de l'étude : Comprendre l'organisation de l'industrie du sel en Éthiopie et les coûts de l'enrichissement du sel en l'iode, y compris l'étude des prix du sel, du système de quotas, de la part de marché des fabricants de sel, ainsi que les coûts d'implantation de programmes d'enrichissement. Elle pourrait également servir à déterminer dans quelle mesure la distribution du sel pourrait à l'avenir être rentable pour d'autres micronutriments que l'iode.

Méthodologie : Les micro-coûts et une méthode d'établissement des coûts dégressifs ont été utilisés aux différents niveaux du marché du sel, ainsi qu'une analyse des activités du programme d'iodation du sel, sans oublier les contributions de divers intervenants. Le modèle d'établissement des coûts a été élaboré en fonction de la structure du marché du sel et d'une série d'activités comme l'enquête de référence, la révision des normes sur le sel, les ressources humaines, l'équipement et la machinerie, le suivi et l'évaluation par différents partenaires à différents niveaux de la mise en œuvre du programme d'enrichissement du sel en iode.

Résultats : L'industrie du sel est en grande évolution et génère des tensions et autres interventions du gouvernement (prix établis). Les prix fixés varient de 7,32 Birr Éthiopien - ETB - (0,44 \$US) à 8,71 ETB (0,52 \$US), en fonction de l'origine du sel brut et du transport. Le système de quotas a été établi par le « Afar Salt Producers Mutual Support Association » - ASPMSA – (Association d'Entraide des Producteurs de Sel de Afar), afin de mieux coordonner la production et la distribution du sel. L'usine de sel de Afar continue de dominer la production et la distribution du sel (près de 65 % du coût total), suivi de la SVS. Le coût total de l'enrichissement en iode, sur les dix ans 2011 - 2020, sans tenir compte de l'inflation, est de 81.302.875 ETB (4.858.920 \$US). A noter que les coûts d'usinage du sel (33 %) et de suivi et évaluation (32 %) représentaient la plus grande part (plus de 60 %) du coût total.

Conclusions et implications politiques : L'iode pré mélangé, l'iodate de potassium et le suivi et évaluation sont les principaux facteurs de coût dans l'enrichissement du sel en iode. La rentabilité pourrait être améliorée par une modification des pratiques de Suivi & Évaluation, ainsi qu'une réorganisation du marché du sel et des organes de gestion de ce secteur. Le sel enrichi à plusieurs éléments, avec l'introduction d'autres micronutriments comme le zinc, le fer, l'acide folique et la vitamine B12, pourrait aussi être rentable.

Évaluation des déterminants de la rentabilité des coûts dans les structures de Soins de Santé Primaires au Ghana : Une analyse Stochastique des Frontières à Classes Latentes.

Kwadwo Arhin ; Ghana Institute of Management and Public Administration (GIMPA)

Contexte : Améliorer la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour accélérer la cadence vers l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3 est intimement lié à l'amélioration de la rentabilité des prestations dans les Structures de Santé Primaires (SSP) pour tous les pays en développement, y compris le Ghana. Pour une meilleure gestion des

structures de SSP, il est important d'évaluer leur rentabilité et d'en analyser les déterminants.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer la rentabilité des structures de SSP ghanéennes ainsi que d'analyser les principaux facteurs de rentabilité.

Méthodologie : L'étude a été réalisée à l'aide d'un panel de données stochastiques des frontières à classes latentes qui permettent aux données de construire des bornes différentes pour chaque groupe et l'évaluation des niveaux de rentabilité est effectuée en fonction de la borne propre à chaque groupe. Le modèle Cobb-Douglas de fonction des coûts a été utilisé. L'analyse de l'appartenance à une catégorie latente est fondée sur l'hypothèse selon laquelle il existe une hétérogénéité technologique inobservable entre les structures de SSP ghanéennes.

Résultats : Les résultats de l'étude révèlent qu'il y a trois classes statistiquement significatives dans l'échantillon et que les effets des principaux déterminants de la rentabilité d'une structure de SSP sont influencés par la composition de ces classes.

Conclusion : Les structures de SSP pourraient améliorer sensiblement leurs niveaux d'efficacité et les politiques de santé conçues à cet effet doivent être guidées par différentes classes identifiées pour assurer une gestion plus précise et rentable des ressources.

Mots clés : Soins de Santé Primaires (SSP), analyse stochastique des frontières, classe latente, rentabilité, Ghana.

Analyse coût-efficacité approfondie du Fonds Fiduciaire pour le SIDA en Ouganda.

Charles Birungi, MSc^{1,2}, Timothy Colbourn, PhD¹, Marcos Vera-Hernández, PhD^{1,3}*

¹*The UCL Centre for Global Health Economics, University College London, Royaume-Uni*

²*ONUSIDA, Botswana,*

³*Institut d'Études Fiscales, Royaume-Uni*

Contexte : Le VIH est une maladie liée aux inégalités. Il est absolument nécessaire « de ne laisser personne derrière » si nous voulons atteindre l'Objectif de Développement Durable visant à mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace sanitaire mondiale à l'horizon 2030. Les discours politiques actuels sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ont attiré l'attention sur la nécessité d'accroître le financement public des soins de santé dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. À cet effet, en reconnaissant que l'accélération du suivi des ripostes au VIH/sida est essentielle pour progresser vers une Couverture Sanitaire Universelle – en raison de son importance sur le plan fiscal et du poids de la maladie – l'Ouganda a encouragé la création d'un Fonds Fiduciaire pour le sida depuis 2014. Malgré l'engagement croissant pour la CSU, il existe peu de données empiriques sur la façon dont le financement propre à une maladie peut être utilisé pour progresser vers une couverture universelle. L'objectif de ce document est d'analyser concrètement comment les fonds fiduciaires pour le sida peuvent être utilisés pour financer la CSU à travers le Régime National d'Assurance Maladie, y compris une quantification explicite des avantages et la réduction de la pauvreté qui en découlent, ainsi que des conséquences distributives de cette politique de financement de la santé.

Méthodologie : Pour intégrer les considérations relatives à l'équité et à la protection financière dans l'Analyse Coût-Efficacité (ACE) traditionnelle, le présent document utilise une « analyse approfondie de la rentabilité » très pointue. Cela nous permet d'avoir un cadre méthodologique d'évaluation économique pour déterminer les risques distributifs et

financiers liés à la politique de financement de la CSU en Ouganda. Plus précisément, les avantages examinés s'étendent sur quatre critères : les avantages sur la santé, les coûts directs, la maîtrise des risques financiers et les conséquences distributives sur les revenus par quintile. En outre, les principes de base que toute règle de décision devrait incarner sont pris en compte. Les données sur l'incidence, l'utilisation des services de santé et les dépenses liées à la CSU par quintile de revenu national ont été obtenues à partir de plusieurs sources.

Résultats : Les avantages sur la santé du Fonds Fiduciaire pour le sida qui s'ensuivront en finançant les programmes de santé prioritaires vers la CSU et en réduisant les dépenses sur fonds propres (Out-Of-Pocket / OOP) sont répartis de façon assez équilibrée sur les différents quintiles. Cela pourrait, à son tour, amener une amélioration substantielle de la santé et des avantages quant à la maîtrise des risques financiers. Cependant, les actions de lutte contre la pauvreté sont concentrées chez les groupes de population les plus démunis. En définitive, le Fonds Fiduciaire pour le sida, en tant que source de revenus – en l'absence d'intégration dans les systèmes de financement de la santé – peut entraîner des affectations de dépenses inefficaces.

Conclusions : Cet article appelle à une refonte de la boîte à outils méthodologique de l'économiste de la santé en raison de deux caractéristiques distinctes de l'épidémie de sida et de la riposte qui rendent insatisfaisante l'application des méthodes d'évaluation économique standard. L'Analyse Coût-Efficacité approfondie s'appuie sur une analyse standard en trois dimensions, qui toutes améliorent la capacité des intervenants à évaluer la politique de financement de la santé. Les méthodes que nous avons élaborées et utilisées dans le cadre de cette étude peuvent donc s'avérer utiles pour analyser plus profondément les politiques publiques dans un large éventail d'instruments et de lieux d'élaboration de politiques de financement de la santé. En outre, cet article étudie le rôle des Fonds Fiduciaires pour le financement des programmes de santé prioritaires dans la forme et le fond du discours politique sur le financement durable de la CSU, et tire également des enseignements de la littérature, non spécifique à la santé, sur les impôts réservés et les fonds extrabudgétaires.

Session parallèle 1-4 Accès aux services VIH/Sida

Abandon du traitement antirétroviral : une analyse empirique des déterminants

KOUASSI Kouassi Jean Hugues - Doctorant, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Le VIH/sida est une pandémie mortelle qui a coûté la vie à plusieurs millions de personnes dans le monde, en Afrique et en Côte d'Ivoire. L'impact socioéconomique du sida et ses conséquences sur les individus, les familles, les communautés est sans précédent. Nonobstant les avancées considérables enregistrées dans la lutte contre cette maladie, il n'existe aucun vaccin ni médicament pour prévenir le VIH ou pour guérir le Sida.

Le seul moyen disponible, au plan médical, pour traiter le VIH/sida, se trouve être l'utilisation des thérapies antirétrovirales. Ces médicaments, bien qu'ayant des effets secondaires importants, produisent des résultats concluants en ce qui concerne la réduction de la charge virale à un seuil indétectable et en termes du renforcement du système

immunitaire. Ces ARV améliorent ainsi la qualité de vie des malades, renforcent leur état de santé, prolongent leur vie et réduisent la mortalité liée au sida.

En vue de rendre ces médicaments disponibles à toutes les couches sociales, de nombreuses politiques d'incitation ont été mise en place à l'échelle mondiale. Ainsi, les ARV sont disponibles de manière gratuite depuis le début de la décennie 2000. Dans la théorie économique, les incitations visent à stimuler les acteurs à un comportement visé. Cependant, la logique étant le suivi correct du traitement ARV en vue d'améliorer l'état de santé, l'on fait le constat que plusieurs personnes vivant avec le VIH dans le monde et surtout en Côte d'Ivoire abandonnent leurs traitements antirétroviraux. Ces personnes sont, du point de vue médical, appelées des « perdu de vue ». En 2011, la Côte d'Ivoire comptait 35% de perdus de vue dans ses programmes de lutte contre le VIH. L'abandon des ARV compromet dangereusement le succès thérapeutique, un faible taux d'observance conditionne l'échec du traitement ; il crée des résistances et favorise la réplication virale. De plus, ces personnes abandonnant les soins courent le risque de transmettre un « nouveau » virus plus résistant aux ARV et donc plus difficile à combattre (Kouassi et al., 2014).

Cette situation constitue une préoccupation des intervenants de la santé et suscite de l'intérêt dans le cadre de la recherche dans plusieurs disciplines dont l'économie, en vue d'explorer les raisons qui poussent ces personnes à abandonner leur traitement. Pour quelles raisons des personnes vivant avec le VIH auxquelles on a prescrit un traitement antirétroviral abandonnent-elles le traitement ? Cette question vise à contribuer à la compréhension du phénomène de l'abandon des soins dans la prise en charge des PVVIH. Nous avons procédé par une méthodologie de type statistique descriptive et par une analyse économétrique de régression logistique simple sur des données collectées sur deux-cent-soixante-dix-sept (277) dossiers patients PVVIH au Centre Médico-Social Bethesda, un centre de prise en charge du VIH à Yopougon à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Les résultats de nos analyses révèlent un lien statistique entre l'abandon des ARV et des facteurs sociodémographiques que sont le sexe lorsque l'individu est un homme, le statut de célibataire, le fait d'être instruit, la durée du traitement, le carré de la durée du traitement, le non-partage du statut sérologique avec un proche et l'usage des médicaments proposés par les praticiens de la médecine traditionnelle. Ainsi, retient-on que comparativement aux femmes, les hommes courent un risque plus élevé d'abandonner les soins. Il existe une relation convexe (relation en forme de « U ») entre le temps mis au traitement et l'abandon des ARV. La probabilité d'abandonner les ARV baisse selon la durée du traitement jusqu'à la cinquième année de traitement. À partir de la cinquième année de traitement, les individus sous ARV manifestent de la lassitude envers la lourdeur et le nombre infini de médicaments à prendre et peuvent faire de mauvaises interprétations sur leur état de santé, toute chose égale par ailleurs, et la probabilité d'abandonner les soins augmente. Le niveau d'instruction des patients a également un lien significatif avec la notion de PDV. Les patients les plus instruits ont tendance à chercher des centres de santé de référence pour infirmer ou confirmer leur statut sérologique et donc abandonnent les services de prise en charge du VIH du Centre Médico-Social Bethesda. À propos du statut matrimonial, l'on retient que les patients célibataires sont plus enclins à abandonner les soins comparativement aux patients vivant dans une relation conjugale. Aussi, les patients qui ont le courage de partager leur statut avec un proche ont-ils une chance plus forte de rester dans le programme des soins antirétroviraux par rapport à ceux qui ne le partagent pas. Enfin, les résultats indiquent que l'usage des médicaments traditionnels a un effet négatif sur le maintien des PVVIH dans les soins antirétroviraux.

Ainsi, deux (2) hypothèses de base de cette étude sont confirmées. L'usage des pratiques de la médecine traditionnelle impacte négativement le maintien dans les soins ARV. Également, le non-partage du statut sérologique avec un proche est positivement corrélé à l'abandon du

traitement antirétroviral. Toutefois, la première hypothèse est plutôt infirmée. Contrairement à ce que nous pensions, les PVVIH les plus instruites ont une plus forte probabilité de sortir des soins et nous pensons qu'elles seraient des auto-transférées.

Au vu de ce qui précède, nous suggérons des mesures telles que : l'identification des praticiens de la médecine traditionnelle proposant des remèdes contre le VIH, l'analyse de l'efficacité et de la toxicité rénale et hépatite de ces médicaments et l'intégration de ceux reconnus efficaces dans la lutte contre le VIH. Il s'agira par contre de mener une lutte farouche contre les publicités et autres communications mensongères qui détournent les patients des soins conventionnels contre le VIH. Il faut aussi dématérialiser les dossiers des patients en adoptant des registres numériques et aussi les centraliser en vue d'un meilleur contrôle des mouvements des patients sur tout le territoire national. Ceci permettra d'éviter les erreurs de chiffres liées aux patients autotransférés mais déclarés perdu de vu car non revus dans les centres de santé. En outre, il faudra également sensibiliser autrement sur le VIH. Il s'agira d'une communication à destination des populations et surtout des PVVIH avec pour objectif d'informer sur les avantages liés à l'usage des ARV leur efficacité dans le traitement du VIH. En effet, face aux nombreux effets pervers et à la lenteur d'action des ARV, certains malades trouvent refuge chez les praticiens de la médecine traditionnelle qui vantent leurs produits ; ce fait les éloigne des ARV. Enfin, il faut encourager les patients au partage du statut sérologique ; ceci leur permettra de bénéficier du soutien familial et donc de supporter le poids psychologique de la maladie ; soutien qui s'avère important dans le maintien dans les soins.

Interventions efficaces de prise en charge et de soutien au VIH au Nigéria : Une approche basée sur les droits

Ifeanyi Nsofor, Adaobi Ezeokoli*, Nanlop Ogbureke***

**EpiAFRIC, Nigeria, **Christian Aid*

Contexte La stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont des conséquences considérables. Les personnes vivant avec le VIH et le SIDA sont privées de leurs droits, dépossédées de leurs biens par leurs familles et sont victimes de violence. L'accès aux opportunités sanitaires, économiques et éducatives est compromis. Tous ces facteurs limitent à leur tour la prévention, le traitement et les soins du VIH.

Buts et objectifs Renforcer, développer et élargir des approches communautaires effectives afin de faire en sorte que : le défi de la stigmatisation liée au VIH , de la discrimination et du rejet soit relevé, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs familles aient un accès durable aux soins de qualité et aux services d'aide.

Méthodologie Les méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives comprenant des revues documentaires approfondies, des Focus Groups groupes de discussion, des administrations de questionnaires et des entretiens auprès des répondants clés.

Résultats clés L'accès accru aux soins de qualité et à un soutien de qualité grâce aux services de soins à domicile (*HBC*) (45% à l'évaluation à mi-parcours à 81% en fin de parcours). La mutuelle d'épargne et de crédit du fond d'assistance (*SAD*) a été mise en place pour les maisons qui reçoivent l'aide et les soins hospitaliers, appui et accès au traitement. Améliorer le statut nutritionnel et de subsistance durable ; l'adhésion au (*MEC*) a augmenté de 57% à mi-parcours à 88.5% en fin de parcours.

Le déclin régulier dans le niveau de stigmatisation, de discrimination et de rejet a été rapporté (un accroissement de 32% à 86%). Les PVVIH ont appuyé de manière collective la signature d'une loi nationale anti discrimination.

Conclusions Générales Les PVVIH deviennent de plus en plus résilientes, ainsi il faut réduire les barrières à la prise en charge et à l'aide du VIH et augmenter l'accès aux options de traitement *du VIH de qualité* quand des approches durables basées sur les droits sont mises en œuvre.

Déterminants de la demande régulière du traitement Antirétroviraux au Togo

Bagnan Bato, Université de Lomé (Doctorant économie de la santé)

Contexte : La demande irrégulière du traitement Antirétroviraux (ARV) est l'une des raisons de l'échec thérapeutique chez les personnes vivantes avec le VIH (PVVIH). Ceci entraîne le passage aux lignes supérieures des ARV qui sont plus coûteuses et donc occasionnent des coûts supplémentaires de la subvention du traitement à cause la gratuité depuis 2008 au Togo. Le nombre d'inobservant est passé de 397 en 2014 à 1333 en 2015 avec plus de 2045 perdus de vue au Togo ; malgré la gratuité du traitement. Ce papier a pour objectif de déterminer les facteurs de la demande régulière du traitement ARV à partir de l'analyse de la fonction d'utilité du patient.

Méthodologie : Cette étude a utilisé les données de suivi des patients du Programme National de Lutte contre le Sida. L'étude a concerné 2497 patients ayant initié le traitement entre le 1er janvier et 31 décembre 2017 dans 42 centres de prise en charge au Togo. A partir de l'analyse microéconomique de comportement du consommateur de soins, nous avons utilisé le model Logit pour analyser les déterminants non monétaires de la régularité au traitement ARV.

Résultats et discussions : La majorité des PVVIH ont un niveau d'étude primaire (47%) ou aucun niveau (25%). 46% d'entre eux sont au stade 1 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) contre 5% au stade 4 de maladie. La majorité sont des commerçants (35%) ou sans emploi (18%). Sur 2497 patients, 32% sont irréguliers aux rendez-vous mensuels de traitement. L'âge et statut professionnel du patient sont des facteurs qui ont des probabilités élevées d'influencer négativement le respect des rendez-vous de traitement. Les patients qui ont un statut professionnel non stable accordent moins d'utilité au traitement car ils sont plus préoccupés par la recherche de la stabilité économique vu qu'ils ne manifestent pas encore la maladie. Par contre le stade croissant de OMS est un facteur qui influence positivement la régularité aux rendez-vous de renouvellement de traitement. Les patients accordent dans ce cas plus d'utilité au traitement lorsqu'ils commencent à développer les infections opportunistes.

Conclusion : Malgré la gratuité totale du traitement ARV, nos résultats suggèrent la mise en place des stratégies de suivi rapprochées ciblant les catégories socioprofessionnelles des patients et par âge. Il importe aussi de travailler à réduire le nombre de comprimé par prise et les effets secondaires du traitement. Veuillez à améliorer les conditions socioéconomiques des patients.

Les facteurs associés à la faible adoption du diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson exposé au VIH: Vers l'atteinte de la cible 90-90-90 d'ici 2020 à Hararé, Zimbabwe.

Contexte: Le diagnostic pédiatrique précoce du VIH (EID) effectué par le biais de la réaction en chaîne de l'ADN polymérase constitue un élément essentiel de la PTME pour les nourrissons exposés. L'Organisation mondiale de la santé a fixé en 2014 l'objectif de 90-90-90 d'ici 2020 recommandant qu'au moins 90% des personnes exposées au VIH soient informées de leur statut, au moins 90% du traitement et au moins 90% de la suppression virale. La ville de Harare avait atteint 78%, 66% et 0% respectivement de ces cibles en 2016. J'ai étudié les facteurs conduisant à une faible absorption de la EID chez les nourrissons exposés au VIH.

Les objectifs: Étaient 1. Déterminer les facteurs favorisant (connaissances, attitudes et perceptions à propos de l'EID et du TAR pédiatrique) associés à une faible utilisation de l'EID et de la thérapie. 2. Établir les facteurs de renforcement (soutien social) associés à un faible EID et traitement chez les nourrissons exposés au VIH dans la ville de Harare. 3. Déterminer les facteurs favorisant (liés aux services de santé) associés à une faible adoption de la maladie et au traitement chez les nourrissons exposés au VIH dans la ville de Harare.

Méthodologie: Une étude de cas-témoin sans équivalent 1: 1 a été utilisée. Les participants à l'étude ont été recrutés à travers un échantillonnage aléatoire systématique. Les questionnaires administrés par l'enquêteur ont été utilisés pour collecter les données. Le logiciel Epi Info version 7 a été utilisé pour analyser les données pour les variables uni et multivariées.

Résultats: Connaissance des services EID disponibles [OR = 0,478,95% IC = (0,17; 1,29), P-value 0,141, mères mariées OR = 0,75,95% IC = (0,1904; 2,9706), P-value 0,7393] ,, et enseignement secondaire [OR = 0,19,95% IC = (0,0599; 0,5792), la P-value de 0,0034 était statistiquement significative avec les mères susceptibles de poser un diagnostic précoce au nourrisson, donc protecteur. Les facteurs associés à la faible adoption du diagnostic précoce chez les nourrissons étaient prohibitifs [OR = 14,47,95% IC (5,3739; 39,0012). Valeur de p <0,0001, manque d'argent pour le transport et accès difficile aux services de santé. OR = 13,096,95% IC (4,214; 40,695) P-value <0,0001. Les conséquences des résultats ont été indiquées et des recommandations ont été formulées.

Conclusion: L'amélioration de l'absorption de l'EID, aidera à améliorer la vie des nourrissons exposés. Des études supplémentaires devraient porter sur les Connaissances, Attitudes et perceptions 1. (CAP) en ce qui concerne l'EID, 2. Il est nécessaire de réaliser une étude sur le rôle de la culture, de la religion, de la culture et des leaders sociaux dans les services de l'EID. pour que la ville de Harare atteigne l'objectif de 2020.

Dans quelle mesure le transfert des tâches peut-il réduire la prévalence du VIH chez les HSH, Malawi

Joanne Martin, Université de Aberdeen Scotland - Aberdeen

Introduction: Les MSM au Malawi ont un taux de prévalence du VIH (environ 20%) qui est deux fois celui de la population (9.2%). En dépit des recherches pour identifier les MSM comme étant l'un des groupes à haut risque de contagion au VIH au Malawi, les travaux et recherches dans ce domaine se sont largement concentrés sur les hétérosexuels et la transmission de mère enfant. Le transfert de tâches est un processus d'extension des services de soins de santé en déléguant les tâches des personnels de santé hautement qualifiés et compétents à ceux qui sont moins formés (exemple les agents de santé communautaires). Cela a été utilisé au Malawi pour étendre le dépistage du VIH, le suivi psychologique et le traitement bien que, jusqu'ici les MSM, n'ont pas été ciblés.

Méthodologie Une revue documentaire, utilisant des mots clés, a été menée à travers les plateformes Medline, EMBASE et PubMed. La recherche des sujets a porté les termes tels que : les forces du transfert de tâches et les comportements sexuels, les attitudes et les défis auxquels font face les MSM au Malawi. Le critère d'exclusion a été établi afin de garantir la recherche la plus appropriée et la plus récente dans cette révision.

Résultats Les résultats obtenus suggèrent que le transfert de tâches pourrait être utilisé pour surmonter certaines barrières auxquelles font face les MSM toutefois, il n'est pas certain que le transfert de tâches pourrait toutes les surmonter. Les thèmes clés seront identifiés et les conclusions seront tirées de ces thèmes.

Conclusion: Les résultats indiquent que le transfert des tâches pourrait avoir un rôle dans la réduction de la prévalence du VIH dans ce groupe à haut risque. Cependant, au regard des résultats, il est difficile de savoir dans quelle mesure le transfert de tâches peut-il y arriver puisque les défis à relever sont complexes.

Groupes de distribution d'antirétroviraux comme mesure pour améliorer l'observance de la thérapie: analyse coût-efficacité en Zambie

James Simukoko, Catholic Relief Services, Lusaka

Contexte: La Zambie est l'un des pays d'Afrique subsaharienne où le taux de prévalence du VIH / sida est élevé (13,34%). Cela a entraîné une augmentation du nombre de personnes ayant accès à un traitement antirétroviral. Malgré cela, il n'y a pas eu d'augmentation correspondante des infrastructures et du nombre d'agents de santé. En conséquence, les patients doivent parcourir de longues distances et attendre longtemps dans les centres de santé, ce qui amène souvent certains à manquer leur rendez-vous à la pharmacie. L'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne est un sujet de préoccupation majeur. Il est prouvé que des modèles de prestation de services différenciés, tels que les groupes d'observance du patient, améliorent l'observance du traitement et sont rentables.

Objectifs: L'étude a examiné le rapport coût-efficacité des groupes d'observance communautaire sur l'observance par rapport au traitement standard.

Méthodologie: L'étude est une analyse coût-efficacité du point de vue du patient. L'étude était une analyse coût-efficacité du point de vue du patient.

i.) Coût: Le coût du transport était un aller-retour en bus. Les coûts de main-d'œuvre ont été calculés sur une durée moyenne de (6 heures).

ii.) Le nombre moyen de jours de récupération tardive des informations de réapprovisionnement en pharmacie a été extrait rétrospectivement. Des rapports coût-efficacité supplémentaires ont été obtenus. Des analyses de sensibilité bidirectionnelles ont été menées sur les coûts et l'observance. L'étude a été menée dans les cliniques Mahatma Gandhi et Kasanda, dans le centre de la Zambie.

Résultats Le nombre total de clients était de 378 201 sur la norme de soins et 177 sur les groupes d'observance. Le coût moyen par visite à la clinique s'élevait à 4,02 USD pour le standard de soins, comparé à seulement 0,7 USD pour les clients en intervention. Le délai moyen de retard de renouvellement des pharmacies pour le traitement standard était de 4,18 jours, alors que celui de l'intervention n'était en retard que de 0,19. Le rapport coût / efficacité différentiel était de -0,8 USD par jour d'amélioration de l'observance. L'une d'entre elles était l'analyse de sensibilité et a montré la robustesse du rapport coût / efficacité incrémental.

Conclusion: Visiter la clinique coûtait dix fois plus cher. Ils étaient également plus susceptibles d'être en retard pour les renouvellements, par rapport à ceux des groupes d'adhérence. L'appartenance à des groupes d'adhésion a été plus efficace pour réduire le nombre de jours de retard pour les collectes en pharmacie.

Session parallèle 1-5 Accès aux services de santé maternelle

Facteurs associés aux recours tardifs aux premiers soins postnatals dans un établissement de santé après un accouchement à domicile en Côte d'Ivoire

TETCHI O^{1,2}, YAPI A¹, Coulibaly A², Kpebo D^{1,2}, Sablé SP^{1,2}, Ekou FK^{1,2}

¹ : National Institute of Public Health, Abidjan

² : Medical Sciences TRU, Abidjan

Les premiers soins postnatals sont recommandés chez toutes les femmes dans les deux jours qui suivent l'accouchement pour réduire les risques de décès maternels et de nouveau-nés. La présente étude analyse les facteurs associés à l'utilisation tardive des soins postnatals après un accouchement à domicile en Côte d'Ivoire.

Les données de l'Enquête Démographique et de Santé de la Côte d'Ivoire (EDS-CI) 2011-2012 ont servi de base à cette analyse. La population d'étude était l'ensemble des naissances vivantes à domicile enregistrées les cinq dernières années précédant l'enquête. La variable dépendante était la durée écoulée entre la naissance et les premiers soins postnatals. Une durée supérieure à 48 heures est considérée comme un retard. Les variables indépendantes sont sélectionnées à partir des données sociodémographiques et de l'histoire de la grossesse. Une analyse bivariée puis multivariée par la méthode de la régression logistique binaire a permis d'identifier les facteurs de risque de retard aux soins postnatals précoces après un accouchement à domicile au seuil alpha de 5%.

Au total, sur 3462 accouchements à domicile, 1490 mères ont été reçues pour des soins postnatals. Les mères avaient un âge moyen de 29 ans. Environ trois mères sur quatre et leurs conjoints (65,5% des cas) étaient non scolarisés. Elles vivaient dans 83% des cas en milieu rural et appartenaient à la catégorie pauvre ou très pauvre de l'indice de richesse. S'agissant des consultations prénatales, 12,4% des naissances n'avaient pas bénéficié de CPN. L'accouchement était dans la majorité des cas assisté par des accoucheuses traditionnelles ou des agents de santé communautaires. Environ 50% des mères étaient reçues après 48 heures après l'accouchement. Les facteurs associés au retard étaient le niveau socio-économique, le pouvoir de décision dans le ménage, la religion et également la catégorie d'agents ayant assisté l'accouchement.

L'élaboration de stratégie d'amélioration de l'accès aux soins postnatals devrait tenir compte de ces facteurs.

Evaluation du coût des services de soins maternels postnatals, avant et après les interventions au Burkina Faso

Danielle Yugbaré Belemsaga ^{a,b,*}, Research Institute of Health Sciences,

Co-authors Anne Goujon ^b, Olivier Degomme ^c, Tchichihouenichidah Nassa ^d, Els Duysburgh ^c, Seni Kouanda ^{a,e}, Marleen Temmerman ^{c,f}

^a Biomedical and Public Health Department, Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou;

^b Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital (IIASA, VID/OAW, WU), Vienna, Austria;

^c International Centre for Reproductive Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Primary Care, Ghent University, Ghent, Belgium;

^d Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS), Ministère de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso;

^e African Institute of Public Health, Ouagadougou, Burkina Faso;

^f Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University, Nairobi, Kenya

Introduction : Le projet sur les Opportunités manquées de la santé maternelle et infantile (MOMI) a mis en œuvre un ensemble d'interventions au niveau de la communauté et des établissements pour l'utilisation des soins postpartum (PPC) de la mère et de l'enfant. L'une de ces interventions est l'intégration du PPC dans les soins pour enfants et les services de vaccination infantile, en partant du principe qu'une majorité de femmes amènent leurs enfants dans des services de santé pour la vaccination, mais que peu d'entre elles sont contrôlées. La PPC maternelle implique la surveillance du bien-être, la détection précoce et la gestion des complications, les prises de mesures préventives et le conseil.

Objectif: Cet article évalue le coût économique des services PPC maternels, pour les services de santé et les ménages, avant et après la mise en œuvre des interventions dans le district de santé de Kaya (Burkina Faso).

Méthodologies : Nous avons utilisé les Comptes Nationaux de la Santé du Burkina Faso pour évaluer le coût des services de santé de la reproduction, en particulier des PPC, en 2013, 2014 et 2015. Sur la base de deux enquêtes menées auprès de ménages collectées avant (N = 757) et après une année de mise en œuvre de l'intervention (N = 754) chez les mères au cours de l'année PP, nous estimons également les coûts des visites pour PPC, supportés par les ménages suivant la date de naissance du bébé avant et après la mise en œuvre des interventions. Nous comparons les coûts des PPC des ménages et ceux des services de santé avec ou sans intégration des services de vaccination des nourrissons. Nous nous concentrons sur les coûts de l'intervention aux 6e et 10e jours qui ont le mieux réussi.

Résultats : Les dépenses de santé en matière de santé de la reproduction provenant de toutes les sources de financement au Burkina Faso ont augmenté régulièrement depuis 2011 en raison de la mise en œuvre des objectifs du Millénaire pour le développement et de l'augmentation des subventions pour la planification familiale. Le coût unitaire moyen des services de santé du 6ème au 10ème jour des PPC maternels est passé de 4,6 USD avant l'intervention en 2013 (janvier-juin) à 3,5 USD après la mise en œuvre de l'intervention en 2014. L'utilisation des soins posts partum a augmenté avec la mise en œuvre des interventions ainsi que les coûts moyens des 6 à 10 jours. Les coûts ont augmenté avec l'intégration des PPC maternels au vaccin BCG.

Conclusion : le recours au PPC maternel conduit, à une réduction des coûts, comme indiqué du 6ème aux 10èmes jours, au niveau des services de santé. Des recherches ultérieures devraient déterminer si l'augmentation des coûts des ménages aura un effet dissuasif sur l'utilisation du PPC intégré pour les mères et les enfants.

Mots-clés: postnataux; santé maternelle et infantile; coûts des services de santé; coûts supportés par les ménages; intégration des services; Burkina Faso.

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

**Simone Pierre Djah, **Dr Pauline ABOU, *M. Séka ATSE*

**Ministère de la Santé, Abidjan, **UNFPA- CIV*

Objectif : L'étude vise à mettre à la disposition des décideurs et des planificateurs des informations actualisées sur les établissements sanitaires offrant les SONU afin de mener des actions efficaces en faveur de la mère et du nouveau-né.

Méthodologie : Il s'agit d'une évaluation rapide de la disponibilité des besoins en SONU. Les données ont été collectées de novembre à décembre 2017 dans les 20 régions sanitaires du pays auprès des structures de références et les centres de santé urbain. Celles-ci ont été apurées avant la production des tableaux d'analyse.

Résultats de l'étude : Le profil du personnel de santé est marqué par une grande disponibilité des Sages-Femmes présentes dans 99% des structures visitées, des Infirmiers Diplômés d'Etat (97%) et des Médecins Généralistes (96%). A l'inverse, les spécialités sont faiblement représentées en l'occurrence les gynécologues présents dans 22% des établissements sanitaires, les chirurgiens et pédiatres (avec respectivement 13%) et les IDE accoucheurs (0,5%).

Sur l'ensemble des 100 structures de référence visitées, 66 possèdent en leur sein au moins un bloc opératoire, soit 66%. 47% des centres de santé disposent d'une salle réservée aux femmes en travail, plus de 80% des structures sanitaires disposent d'une salle d'accouchement et 42% des formations sanitaires ont en leur sein un laboratoire.

Le niveau de disponibilité des services SONUC demeure faible. En effet, sur 60 établissements sanitaires SONUC effectifs attendus, 11 structures offrent effectivement les 9 fonctions signalétiques. Par ailleurs, 18 établissements sont SONUB effectifs sur 254 attendus. Il est donc observé des gaps respectifs de 49 établissements SONUC et de 236 établissements SONUB.

Deux fonctions signalétiques expliquent principalement cette insuffisance à savoir l'accouchement assisté par ventouse (14%) et la réanimation néonatale (39%). En revanche, l'administration des antibiotiques par voie parentérale et l'administration des utéro toniques par voie parentérale sont les fonctions SONU les plus pratiquées, avec respectivement 91% et 87%.

La faible disponibilité des établissements SONU complets effectifs entraîne une faible utilisation des services SONU. Ainsi, le taux des accouchements réalisés dans les établissements SONUC est de 3,5%, le taux de césarienne est estimé à 0,61% et le taux de satisfaction des besoins en SONU est de 6,9%. Il est également constaté une insuffisance dans la qualité des soins offerts à travers le taux de décès intrapartum et néonataux précoces de 1,5%, le taux de létalité des complications obstétricales directes de 1,49%, la proportion de décès dus aux causes obstétricales indirectes de 33,8%.

Etude des déterminants sociaux et économiques de la mortalité des enfants de moins cinq ans en Afrique subsaharienne : cas du Sénégal.

NDIAYE Oumy, Economiste de santé/ Assistante de recherche au CREA (Dakar/Sénégal)

La mortalité des enfants est un indicateur clé du bien-être et de la santé de ces derniers. Au niveau mondial, les rapports des organismes internationaux font état d'une situation assez alarmante malgré les progrès remarquables notés au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, avec une mortalité des enfants de moins de cinq ans estimée à 5,9 millions d'enfants dans le monde (ODD²,2016). Nonobstant les efforts réalisés, l'Afrique subsaharienne, et l'Asie du Sud demeurent respectivement les régions les plus touchées. L'Afrique subsaharienne cumule à elle seule 38% des décès néonataux mondiaux en 2014.

Au Sénégal en particulier, la situation est d'autant plus inquiétante notamment dans les régions du Sud qui enregistrent les plus forts taux de mortalité d'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2016). Cependant, au cours des 15 dernières années, le niveau de la mortalité des enfants dans le pays a baissé, le quotient de mortalité infanto-juvénile étant passé de 91 ‰ à 51 ‰. La baisse du taux de mortalité néonatale a même été plus lente alors que 45% des décès chez les moins de cinq ans surviennent au cours de cette période. L'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît que ces décès sont évitables.

Fondée sur les données de l'EDS (2016), la présente recherche s'inscrit dans cette perspective et se veut de déterminer les facteurs sociaux et économiques qui expliquent la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne en prenant le cas du Sénégal.

Les résultats issus de l'estimation par la méthode de la régression logistique nous a permis de découvrir que le statut économique de la mère ainsi que l'autonomisation de celle-ci en ce qui concerne les dépenses globales du ménage sont déterminants de la santé de l'enfant. Aussi, on voit que l'impact positif de l'instruction de la mère sur la mortalité de l'enfant croît au fur et à mesure que le niveau d'instruction est élevé. Enfin, les caractéristiques propres à l'enfant telles que le sexe, l'alimentation de ce dernier sont aussi des facteurs déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Dans ce contexte, le rôle des autorités est double : adopter des politiques et actions visant à la fois à une scolarisation plus accessible et continue surtout chez les jeunes filles, et promouvoir l'autonomisation économique et financière des femmes et ceci afin de faciliter l'accès aux inputs de santé pour les mères et les enfants.

L'atteinte des femmes en âge de procréer vivant en milieu rural à Kintampo, au Ghana, grâce à la planification familiale : Données probantes de l'outil Tool d'évaluation de l'Équité

Kwame Adjei, Irene Azindow, Andrea Sprockett, Felix Oppong, Yeetey Enuameh, Kwaku Poku Asante, Nirali Chakraborty, Seth Owusu-Agyei

Centre de recherche sur la santé et d'évaluation de la gestion, de Kintampo

Introduction La planification familiale (PF) est un investissement important pour atteindre les Objectifs de Développement Durable. Il s'agit également d'un domaine prioritaire recommandé par la plupart des pays d'Afrique subsaharienne dans leur quête de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Au Ghana, l'utilisation de la PF reste faible (22%), comme indiqué dans la dernière Enquête Démographique de la Santé du Ghana (2014).

Dans les districts du Nord et du Sud du Kintampo, l'utilisation de la PF, telle que rapportée en 2013, était de 25,3%. Les récents efforts pour améliorer cette situation dans ces districts ont été facilités par une recherche sur la mise en œuvre connue sous le nom de la Carte du

² Objectifs de Développement Durable.

continuum de soins (CoC) de planification familiale (2017). L'intervention principale était la carte CoC. Les femmes (15-49 ans) venues pour des services à temps ont été encouragées à utiliser des étoiles d'or.

L'outil d'évaluation de l'équité du Ghana a été utilisé pour mesurer le statut socio-économique (SSE) des participants à la PF du CoC à la fin du projet. L'outil d'évaluation de l'équité est un ensemble de questions et de conseils d'analyse facile à utiliser qui simplifie les questions de l'indice de richesse de l'EDS en collectant un nombre réduit de questions hautement significatives spécifiques à un pays. L'outil compare les résultats à la distribution de la richesse nationale ou urbaine. Le quintile 1 est le plus bas (le plus pauvre) et le quintile 5 le plus élevé (le plus riche).

Objectifs

- Identifier le statut socio-économique des participants afin de comprendre l'équité dans l'utilisation de la PF
- Déterminer la relation entre le quintile de richesse et l'utilisation de la PF chez les participants (15-49 ans)

Méthodologie Nous avons mené une enquête transversale menée de février à mars 2018 en utilisant le système REDCap (Recherche de données informatisées), en intégrant les questions relatives à L'outil d'évaluation de l'équité. Les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ont été échantillonnées à l'aide du système de surveillance démographique de Santé de Kintampo, qui couvre principalement les communautés rurales des districts du Nord et du Sud de Kintampo où l'étude CoC a été réalisée. La relation entre l'utilisation de la PF et le quintile de richesse a été évaluée à l'aide d'un modèle de régression logistique contrôlant l'effet d'autres variables explicatives.

Résultats Au total, 949 femmes ont participé à l'enquête. Leur âge moyen était de 29 ans (écart-type = 9,97). L'utilisation de la PF chez les femmes était de 30,7%. Lorsqu'ils ont été comparés à la distribution nationale, les participants à l'étude appartenaient principalement au quintile 3 (33,0%) et au quintile 2 (26,5%). D'après l'analyse univariée, l'utilisation de la PF était associée à une augmentation du quintile de richesse. Cependant, il n'y avait pas de relation significative entre l'utilisation de la PF et le quintile de richesse après contrôle d'autres variables explicatives telles que l'âge et l'état matrimonial.

Conclusion L'utilisation de la PF chez les participants n'était pas dépendante du statut socio-économique. Pour mieux réaliser la CSU au Ghana, des facteurs tels que l'âge doivent également être pris en compte dans les programmes de PF destinés aux communautés essentiellement rurales.

Inégalités socioéconomiques en matière de santé maternelle au Zimbabwe: le cas des sages-femmes qualifiées et de la couverture prénatale

À Lukwa¹, JE. Ataguba¹

¹ Unité d'économie de la santé, École de santé publique et de médecine familiale, Faculté des sciences de la santé, Université du Cap, Anzio Road, Observatoire, 7925

Introduction Vers l'atteinte de l'équité de l'accès aux soins prénataux et à l'accouchement assisté de personnels qualifiés sont reconnus comme un aspect essentiel des soins de santé primaires. Cela est également conforme aux aspirations de la couverture de santé universelle (CSU), qui implique l'accès à des services de santé de qualité et abordables pour

tous. L'un des objectifs du ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance du Zimbabwe, est de disposer de systèmes de santé organisés et d'un système de soins de santé primaires amélioré afin d'accroître les chances de parvenir à la CSU. Le Zimbabwe est en train de mettre en place une assurance maladie nationale en tant que pool de financement pour la CSU. Bien que les soins prénataux et l'assistance de personnels qualifiés aux accouchements soient essentiels pour la CSU et la réduction de la mortalité maternelle, les disparités de mortalité maternelle entre pauvres et riches dans le monde sont frappantes.

Objectif Évaluer les inégalités socio-économiques dans les services de santé maternelle au Zimbabwe entre 2010-2011 et 2015

Méthodes de recherche Cette étude utilise les données de l'enquête démographique et de santé du Zimbabwe de 2010-2011 et 2015 avec des échantillons respectifs de 4 395 et 4 833 femmes âgées de 15 à 49 ans et ayant eu une naissance vivante cinq ans avant les enquêtes ont été utilisées pour cette étude. Les services de santé maternelle ont été évalués en utilisant l'assistance qualifiée à l'accouchement et la couverture en soins prénataux. L'assistance de personnels qualifiés à l'accouchement était faite par un médecin, une sage-femme ou une infirmière. La couverture des soins prénataux a été définie avec au moins 4 visites de soins prénataux. La richesse a été évaluée à l'aide d'indices d'actifs / de richesses. L'indice de concentration a été utilisé pour évaluer les inégalités socio-économiques.

Résultats En 2010-2011 (et en 2015), environ 91% (94%) ont eu un accouchement assisté de personnels qualifié et 66% (76%) ont eu au moins quatre visites prénatales. Entre 2010-2011 et 2015, l'écart socioéconomique s'est creusé dans les services de santé maternelle. En 2010-2011 (et en 2015), le quintile le plus pauvre a diminué de 3,37% et augmenté dans le quintile le plus riche de 5,15% pour la couverture des soins prénataux, tandis que l'accouchement assisté de personnels qualifiés a également diminué de 4,27% dans le quintile le plus pauvre et de 5,22% dans le quintile le plus riche. Les indices de concentration pour l'assistance de personnels qualifiés aux accouchements pour 2010-2011 et 2015 étaient respectivement de 0,009 ($p < 0,05$) et 0,013 ($p < 0,05$). Les indices de concentration pour la couverture des soins prénataux pour 2010-2011 (et 2015) étaient respectivement de 0,033 ($p < 0,05$) et 0,027 ($p < 0,05$).

Conclusion Les écarts socio-économiques dans l'utilisation des services de santé maternelle se sont creusés entre les riches et les pauvres. Les résultats montrent que l'assistance de personnels qualifiés aux accouchements et la couverture des soins prénataux étaient favorables aux riches (c'est-à-dire qu'ils favorisaient les riches ou les personnes appartenant à des classes socio-économiques plus élevées). Il est nécessaire de mettre en place une politique visant à accroître le nombre sages-femmes qualifiées et la couverture des soins prénataux chez les pauvres au Zimbabwe.

Accès aux services de santé maternelles dans le cadre de la politique de la gratuités des soins maternels dans la commune de Kassena-Nankana au Ghana

Philip Ayizem Dalinjong, Faculty of Health, University of Technology Sydney, Australia

Co-authors: Alex Y Wang and Caroline SE Homer

Contexte Le Ghana a mis en place le Régime national d'assurance maladie (NHIS) en 2005 afin d'améliorer l'accès aux services de santé et de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Une politique de santé maternelle gratuite a été mise en place dans le cadre du

NHIS afin d'améliorer l'accès des femmes enceintes aux services de santé. On ignore si la politique a réduit les obstacles à l'accès.

Objectif L'étude a exploré les facteurs affectant l'accès en termes d'accessibilité financière, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité des soins.

Méthodologie Une étude a été menée dans la municipalité de Kassena-Nankana au Ghana. Une méthode mixte parallèle a été utilisée: collecte et combinaison de données quantitatives et qualitatives. Les questionnaires ont été administrés aux femmes (n = 406) qui ont accouché dans les infrastructures sanitaires et à la maison. Des entretiens approfondis ont été menés avec des prestataires (n = 25) et des gestionnaires d'assurances (n = 3), tandis que des focus groupe (des groupes de discussion dirigés ont été organisés avec des femmes (n = 10). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour les données quantitatives. Les données qualitatives ont été analysées par thème.

Principaux résultats *Abordabilité* Les femmes ont effectué des paiements directs correspondant en moyenne à 17,50 GH c (8,90 USD) et à 33,50 GH c (17 USD) respectivement lors de la grossesse et de l'accouchement. Environ 36% (n = 145/406) des femmes ont effectué ce que l'on qualifie de paiements «catastrophiques» compte tenu du seuil de 10%.

Disponibilité La distance et le temps sont un obstacle à la recherche de soins. Les infrastructures sanitaires, les services de laboratoire, le matériel et les médicaments de base sont insuffisants. Les services de planification et ceux de la santé à base communautaire ont été particulièrement mis à l'épreuve. Sur les 14 infrastructures sanitaires de l'étude, seulement deux (14%) avaient une source d'eau propre et cinq (36%) étaient alimentées régulièrement en électricité. Le transport d'urgence pour la référence était également indisponible.

Acceptabilité Les femmes ont estimé que les infrastructures sanitaires sont propres malgré l'exiguité de celles-ci. Les prestataires ont été perçus comme respectueux et amicaux . Soixante-six pour cent (n = 234/353) des femmes ont révélé un manque d'intimité, ce qui a été confirmé par les IDI.

Qualité des soins Dans l'ensemble, 74% (n = 300/406) et 77% (n = 272/353) des femmes étaient très satisfaites ou satisfaites de la qualité des soins dispensés respectivement pendant la grossesse et à l'accouchement, ce que soutenaient les groupes de discussion. Les prestataires ont déclaré être insatisfaits en raison des difficultés liées à la fourniture de services.

Principales conclusions Malgré cette politique, les paiements directs existent toujours et un tiers des femmes sont considérablement désavantagées par ces paiements. La plupart des femmes étaient satisfaites des soins, bien que cela puisse être dû au fait qu'elles ignoraient la qualité des soins. Les prestataires sont conscients des limites de l'offre de soins et beaucoup ont déclaré être insatisfaits. Le gouvernement du Ghana, le NHIS et les autres parties prenantes devraient s'engager à financer la constructions d'autres structures sanitaires ainsi que leur amélioration. Celles-ci amélioreraient l'accès aux services et la satisfaction du personnel, pour la réalisation de la CSU.

Session 1-6 Evaluation économique des programmes de santé

Évaluation économique de l'Equipe Santé Familiale dans les établissements de santé de l'unité de soins de santé primaires à Addis-Abeba: résultats préliminaires de l'analyse coûts / efficacité

Elias Asfaw¹, Feven Girma², Meseret Molla², Genet Mulugeta²

¹ University of California Davis (MINIMOD Project) and The Children Investment Fund Foundation (SURE Program), Addis Ababa, Ethiopia - ² Federal Ministry of Health, Health Economics and Financing Analysis Team, Addis Ababa, Ethiopia

Contexte: Les programmes de vulgarisation de soins médicaux communautaires ont été élaborés avec la philosophie centrale de considérer la communauté comme le dernier propriétaire final, le producteur et le multiplicateur de la santé. Pour améliorer l'accès aux services de santé pour les citoyens pauvres vivant dans les villes, l'équipe de santé familiale (ESF) a été mise en place afin d'atteindre les groupes urbains pauvres et économiquement défavorisés.

Objectif: L'étude vise à évaluer les coûts et la rentabilité de la mise en œuvre de l'approche de prestation de services ESF du point de vue des prestataires.

Méthodes: Les données sur les coûts / efficacité ont été recueillies dans cinq établissements de santé pilotés (Centre de santé de Gerji /CS, CS Selam, 2 CS Entoto, 06 CS woreda et 12 CS woreda) à Addis-Abeba du point de vue des prestataires de soins de santé. Les données sur les coûts comprenaient le travail, les fournitures médicales et les médicaments, l'équipement, les formations, la préparation et les ressources de gestion des programmes. Quatre autres stratégies de prestation des services ont été identifiées pour l'analyse: ménages/Communauté, école, centre de jeunesse et lieux de travail. La méthode des ingrédients de calcul des coûts a été utilisée pour calculer le coût réel de l'ESF dans le milieu des établissements de santé. Le coût par ménage et par habitant par année était le résumé final des coûts, tandis que le ratio coût-efficacité différentiel (ICER) était calculé comme étant le coût net par ménage atteint.

Résultats: le coût de l'ESF par ménage est de 8 726 Birr éthiopien (ETB)/391 dollar des États-Unis (USD), qui va de 448,66 ETB (20,13 USD) à 41 019,06 ETB (1 840,24 USD). Par habitant par an était de 72,70 ETB (3,26 USD) à 2 474,40 ETB (111,01 USD) dans les établissements de santé pilotés. Les principaux facteurs de coût étaient les consommables et le coût de la main-d'œuvre (représentant 87% du coût total), tandis que le coût le plus bas était pour la gestion du programme et les ressources en capital. Dans l'analyse du cas de référence, la mise en place de l'ESF a été rentable à l'ICER de 28,45 USD. L'ICER calculé pour le centre des jeunes, l'école et le ménage était respectivement de 4 622,28 USD, 50 082,08 USD et à des économies de coûts.

Conclusions: la mise en place de l'ESF est une stratégie rentable pour atteindre plus de ménages à faible coût. Fournir le service d'ESH pour le ménage est une stratégie de réduction des coûts par rapport aux autres modalités alternatives (fourniture d'ESF pour les centres de jeunes, les écoles et les lieux de travail). Intensifier les ESF dans les établissements de santé urbains constitue l'intervention la plus économique et la plus réalisable pour atteindre des groupes plus pauvres en milieu urbain et économiquement défavorisés.

Rentabilité et impact budgétaire du fondaparinux pour le traitement du syndrome coronarien aigu (SCA) chez les patients atteints d'un infarctus

du myocarde avec élévation non-ST et ST dans le système de santé publique sud-africain

** Tommy Wilkinson, ** Alex Winch, *** Kim MacQuilkan*

** Université du Cap Town, ** Imperial College de Londres, *** Consultant indépendant en santé publique*

Introduction Le fardeau des syndromes coronaires aigus (SCA) dans les pays en développement augmente. Les SCA causent près de la moitié des décès dus aux maladies cardiovasculaires et contribuent de manière significative au fardeau économique des systèmes de santé. Le SCA comprend l'Angine Instable (AI), l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (NSTEMI) et l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI).

Objectif Evaluer la rentabilité et l'impact budgétaire du fondaparinux par rapport à l'énoxaparine et à l'HNF dans le traitement des patients qui ont subi un NSTEMI et un STEMI, et en plus de la streptokinase pour les patients qui ont subi un STEMI traités dans les 6 heures suivant leur admission, afin de mieux en tenir compte dans les principes directeurs du traitement sud-africains et de la liste des médicaments essentiels.

Méthodes L'évaluation comprenait une analyse coût-efficacité (CEA) et une analyse d'impact budgétaire (AIB). On a mis au point un modèle de cohorte de Markov a été développé pour estimer les résultats cliniques probables et les coûts associés à l'utilisation du fondaparinux par rapport à l'énoxaparine ou à l'HNF dans le traitement des patients qui ont subi un NSTEMI. Chez les patients qui ont subi un STEMI, le fondaparinux avec la streptokinase comparé à la streptokinase en monothérapie s'il est admis dans les 6 heures, et comme alternative à l'énoxaparine et à l'HNF s'il est admis au-delà de 6 heures.

Résultats Les estimations des coûts / QALY et de l'impact budgétaire ont été générées pour fournir une indication de la rentabilité et de l'accessibilité du fondaparinux pour la gestion des patients atteints de SCA. Les résultats sont interprétés dans le contexte des hypothèses clés utilisées dans l'analyse relative au prix du contractuel qui peut être obtenu pour le fondaparinux, et la mesure dans laquelle la pratique clinique et les résultats du SCA reflètent les résultats des essais cliniques déterminants.

Conclusion L'utilisation du CEA et de l'AIB permet aux décisions critiques d'utilisation de médicaments d'intégrer des considérations de coût et d'accessibilité financière en plus du fardeau de la maladie, de l'efficacité clinique et du profil de sécurité.

Fardeau économique du glaucome sur les patients fréquentant deux établissements de santé à Tema Metropolis, Ghana

Matilda Madiwe Adda¹, Justice Nonvignon², Moses Aikins², Samuel Amon², Genevieve C. Aryeetey²

1. Achimota Hospital, Ophthalmology Department, Accra Ghana

2. University of Ghana, College of Health Sciences, School of Public Health. Legon Ghana

Introduction: Le glaucome est la principale cause de cécité irréversible dans le monde. Le Ghana se classe au deuxième rang pour la prévalence du glaucome dans le monde. Le glaucome représente un fardeau économique considérable pour ses patients, car les victimes doivent être soignées pour le reste de leur vie. Le coût de la gestion du glaucome augmente à mesure que la maladie progresse. Les données sur le coût et le fardeau de la maladie pour les patients sont limitées. Cette étude vise donc à déterminer le fardeau économique du glaucome sur les patients.

Méthodes: Une étude transversale du Coût De la Maladie (CDM) du point de vue du patient a été utilisée. L'échantillon de l'étude (n = 180 participants) a été choisi à l'aide d'une technique d'échantillonnage proportionnel afin de sélectionner les participants des établissements de soins ophtalmologiques publics et privés de la métropole de Tema. Une méthode d'échantillonnage aléatoire simple a ensuite été utilisée pour sélectionner les patients atteints de glaucome dans les deux établissements. Trois coûts principaux ont été estimés sur une période d'un mois. Le coût direct était la somme des coûts médicaux et non médicaux liés au traitement du glaucome. Les coûts indirects ont été estimés à l'aide de l'approche du capital humain afin de déterminer le temps de travail perdu des patients et des soignants en raison de la recherche de soins pour le glaucome. Une analyse de sensibilité a été réalisée pour déterminer les variations du coût total en faisant varier des variables incertaines. Le coût immatériel a été déterminé à l'aide d'une approche statistique tertile afin d'évaluer la peur, la douleur émotionnelle, l'isolement social et la dépression.

Résultats: Le coût total de la recherche de soins pour le glaucome du point de vue du patient pour les deux établissements s'élevait à 45 889,28 SGH (10 525,06 USD), avec un coût moyen de 254,94 SGH (58,47 USD) par patient et par mois. Les coûts médicaux directs moyens pour les établissements privés et publics étaient de 192,60 GHS (44,2 USD) et de 221,10 GHS (50,7 USD), représentant respectivement 78,8% et 82,7% du coût total. Les coûts directs non médicaux s'élevaient à 36,34 SGH (8,33 USD) et à 29,41 SGH (6,65 USD) pour les établissements privés et publics par patient et par mois, respectivement. Les coûts indirects (tous les établissements) étaient de 16,18 GHS (3,71 USD) par patient et par mois. Les coûts directs représentaient environ 93,7% du coût total et les coûts indirects, 6,3% du coût total. Les estimations de coûts étaient sensibles aux variations des salaires et du coût des médicaments. Les patients ont également exprimé un fardeau intangible faible de glaucome à modérer.

Conclusion: le glaucome représente un fardeau économique important pour les patients. Les coûts directs du glaucome sont élevés et constituent plus des deux tiers du coût total du glaucome, le principal facteur de coût étant les médicaments.

Mots-clés: coût direct, coût indirect, coût immatériel, glaucome, Ghana

Incidences économiques de la révision différée des prix de remboursement des médicaments essentiels traceurs sur les établissements de santé accrédités dans la municipalité d'Ejisu-Juaben, au Ghana

Gyasi DP et Agyei-Baffour P

Peter Agyei-Baffour (PhD) Ministère de la santé communautaire, école des sciences médicales, Collège des sciences de la santé, Université Kwame Nkrumah des sciences et de la technologie, Kumasi, Ghana;

Dans la plupart des pays en développement où la menace de pauvreté place la majorité de la population hors de portée des soins de santé de qualité, les gouvernements ont recours à des régimes d'assurance maladie sociale pour combler les lacunes financières dans l'accès aux soins. Heureusement, le Ghana a mis en place un régime d'assurance - maladie national en 2004 afin d'intensifier ses efforts pour parvenir à la couverture maladie universelle et combler les lacunes en matière de santé. Cependant, des révisions peu fréquentes des prix de remboursement des médicaments freinées par les fluctuations de la conjoncture économique rendent les prix de remboursement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) obsolètes aussi rapidement qu'ils sont fixés. Cela nuit à la prestation de soins de santé de qualité. Cette étude évalue les incidences économiques de la révision différée des prix de remboursement de la CNAM pour les médicaments essentiels traceurs sur les établissements accrédités par la CNAM dans la municipalité d'Ejisu-Juaben, au Ghana. Une

étude transversale impliquant l'examen des registres d'inventaire et des factures d'achat de trente-quatre médicaments traceurs autorisés à tous les niveaux de soins de santé a été réalisée de manière rétrospective de mars 2016 à décembre 2016. Un échantillonnage en grappes à plusieurs niveaux a été déployé pour former initialement des grappes d'établissements de santé fondés sur les types de propriété des établissements publics, privés et de mission. Par conséquent, quinze établissements ont été sélectionnés au moyen d'un simple échantillonnage aléatoire à partir d'un sous-groupe d'établissements formés au sein des principaux groupes en fonction du niveau de soins des établissements. La méthode quantitative a été utilisée pour évaluer la perte par habitant sur les médicaments distribués tandis que la méthode qualitative a exploré les perceptions des prestataires sur les implications économiques de la différence de prix sur les soins pharmaceutiques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata version 12 et de Microsoft Excel version 2013. Une analyse de sensibilité a été réalisée pour évaluer la robustesse des estimations au fil du temps. Bien que les prestataires aient affirmé que la différence de prix entre les produits pharmaceutiques entraîne une perte de clientèle, l'étude a établi une perte nette par habitant sur les médicaments concernés en majorité (8 sur 10) dans des établissements publics et privés. La majorité (6 sur 10) des établissements appartenant à la mission ont un gain net par habitant sur la distribution des mêmes médicaments. En règle générale, la perte moyenne par habitant n'est pas statistiquement significative entre les divers types de propriétaires d'établissements ($F_{\{2, 12\}} = 2,710$ valeur $p = 0,107$).

Par conséquent, les prix de remboursement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les médicaments essentiels traceurs entraînent une perte nette par habitant sur la production de recettes et la décapitalisation du Fonds renouvelable de médicaments dans les établissements de santé privés et publics. Les révisions fréquentes ou l'indexation des remboursements peuvent être utiles.

Mots-clés: assurance, remboursement, santé, pharmacie, tarif, prix, médecine

Session parallèle 1-7 Utilisation de données pour la gestion et la prise de décision

Que devons-nous savoir ? Sources de données pour appuyer les décisions fondées sur des preuves en utilisant l'évaluation des technologies de la santé au Ghana

Dr Samantha Hollingworth, School of Pharmacy, University of Queensland, Brisbane,

Hollingworth S, Odame E, Downey L, Ruiz F & Chalkidou K)

Emmanuel Odame, Ministry of Health, Ghana

Laura Downey, Francis Ruiz, Kalipso Chalkidou, iDSI, Imperial College London

Contexte L'évaluation des technologies de la santé (HTA) fournit un cadre pour intégrer de multiples sources d'information, y compris des preuves cliniques et économiques, et des jugements de valeur sociale, pour appuyer la définition des priorités en matière de santé. Le Ghana est entrain d'avancer vers la couverture de santé universelle (CSU) et un régime national d'assurance maladie (AMN) a été créé en 2004. Le défi majeur auquel est confronté le régime est la viabilité financière le cas échéant ses opérations. L'HTA est considéré comme un mécanisme important pour soutenir les objectifs de la CSU et l'AMN, et le gouvernement du Ghana s'est engagé à institutionnaliser l'HTA. Un aspect important de l'efficacité de l'HTA est l'identification et l'utilisation de données localement pertinentes et de haute qualité pour soutenir la prise de décision spécifique au contexte.

But L'étude vise à identifier et décrire les sources et la qualité des données accessibles pour soutenir l'HTA au Ghana.

Méthodes Nous avons utilisé un cadre existant pour décrire les sources de données au Ghana englobant six domaines: l'efficacité clinique, coûts, épidémiologie, qualité de vie, utilisation et consommation de services et l'équité. Nous avons identifié et décrit les sources de données en utilisant les connaissances existantes, les opinions des parties prenantes et les recherches sur la littérature et l'Internet.

Résultats clés Les sources de données pour chacun des six domaines varient en fonction de l'étendue et de la qualité. Le Ghana dispose de plusieurs grandes sources de données pour soutenir les HTA (par exemple les enquêtes démographiques sur la santé, l'étude sur la charge de morbidité, etc.) qui ont des processus rigoureux d'assurance de la qualité. Il y avait peu de sources de données accessibles pour les coûts et l'utilisation des ressources. L'AMN est une source potentiellement riche de données sur l'utilisation des ressources et les coûts, mais a des limitations d'accès. Il n'y a presque pas de données pour les domaines de la qualité de vie et de l'équité liés à la santé. Nous avons observé des lacunes quant aux données et suggéré que les promoteurs d'HTA puissent surmonter les limitations de disponibilité et de qualité.

Conclusion Nous avons identifié un certain nombre de lacunes clés liées aux HTA pour appuyer la prise de décisions dans le contexte ghanéen. Bien que des données soient davantage disponibles pour la surveillance (par exemple, les données relatives aux objectifs de développement durable), elles peuvent ne pas être suffisantes pour informer l'HTA ni être disponibles sous une forme désagrégée pour permettre des analyses spécifiques. Nous soutenons des initiatives récentes pour la collecte systématique de données complètes et fiables qui sont facilement accessibles (par exemple en format électronique) pour les utilisateurs de l'HTA. Un engagement envers l'HTA exigera des efforts concertés pour tirer

parti des sources de données existantes, par exemple du AMN, et développer et maintenir de nouvelles données (par exemple, les estimations des services de santé locaux).

Évaluer le bien-être en utilisant l'indice de capacité des femmes parmi celles impliquées dans le comportement sexuel à haut risque à Kampala, en Ouganda.

Giulia Greco, Kenneth Roger Katumba, Janet Seeley

Il y a un débat croissant sur l'insuffisance des mesures de résultat standard pour évaluer les impacts généraux des interventions de promotion de la santé sur la vie des personnes.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet qui vise à adapter l'indice de capacité des femmes à un contexte différent (Ouganda), afin de produire une mesure multidimensionnelle de l'utilisation dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le processus d'adaptation de la mesure comprend une phase d'exploration pour évaluer la mesure dans laquelle la liste des capacités générées pour l'indice des capacités des femmes est valide dans un contexte différent à faible revenu (Ouganda) et donc avec la portée d'être plus largement applicable. La liste des capacités de la WCI comprend : la force physique, le bien-être intérieur, le bien-être des ménages, les relations communautaires et la sécurité économique. Étant donné les similitudes avec d'autres listes de dimensions, on s'attend à ce que la liste des capacités des femmes en Ouganda ait un degré important de chevauchement avec la liste générée pour les femmes au Malawi. Ce qui est susceptible de changer, c'est l'identification des indicateurs pour mesurer les capacités. L'objectif spécifique de cette étude est d'élaborer une liste de capacités pour la population féminine apte à l'utilisation dans un milieu à faible revenu, en utilisant une approche participative.

Pour être cohérente avec la théorie de Sen, la sélection des capacités a été effectuée de manière participative en utilisant des discussions de groupe (FGD). Elles ont deux objectifs : a) explorer les concepts locaux pertinents de la qualité de vie, les dimensions du bien-être, les êtres précieux et les actions ; b) explorer la valeur et le rang des différents concepts.

Nous avons parcouru 10 groupes de discussions, avec 10 - 12 participants chacun. Les participants sont des femmes qui assistent à la clinique MRC « Good Health for Women » à Mengo, à Kampala. Les femmes mineures ont été exclues. Un échantillonnage à deux étages du cluster a été utilisé pour sélectionner les participants. La collecte de données a eu lieu d'octobre à décembre 2017.

Les analyses sont en cours et seront terminées d'ici à décembre 2018. Les résultats seront recueillis en fonction de l'analyse des cadres manuels. Une analyse-cadre utilise une approche thématique, mais permet aux thèmes de se développer à la fois à partir des questions de recherche et des récits des discussions. Il reste encore beaucoup à faire pour utiliser des mesures de bien-être dans l'analyse des politiques. Certains progrès ont lieu au Royaume-Uni, mais très peu dans les pays à faible revenu, où il y a un grand besoin d'utiliser une mesure globale des progrès, puisque les interventions de développement en particulier sont susceptibles d'affecter plusieurs aspects de la vie des personnes. La mesure de bien-être développée et testée en Ouganda sera prête à être utilisée parallèlement avec des essais pour l'évaluation des interventions publiques. Cette mesure permettra de donner un aperçu plus large des effets d'interventions complexes telles que les programmes de santé mentale, qui ne sont pas facilement capturés avec des techniques d'évaluation standard. Pendant que la mesure vise à aider les évaluateurs des pays à faible revenu, la méthodologie développée dans cette étude sera également d'intérêt pour les chercheurs et les décideurs

dans les pays intermédiaires et à revenu élevé, car il contribuera au débat mondial sur la façon de mesurer les progrès dans la société.

Mots-clés : Capacités, Multidimensionnel, Index, méthodes qualitatives, discussion de groupe, méthode participative, femmes, Ouganda, faible revenu.

Collecte d'informations sur les établissements de santé et les médicaments des patients à travers les entretiens téléphoniques au Kenya: une étude de validation

Ashigbie Paul G*, Rockers Peter C., Laing Richard, Wirtz Veronika J.

Department of Global Health, Boston University School of Public Health

Contexte: le nombre élevé de téléphones portables dans les pays à revenu faible ou moyen offre une opportunité pour une collecte de données efficace grâce aux entretiens téléphoniques à la fois pour des enquêtes et une surveillance régulière.

Objectif: cette étude vise à valider une méthode de collecte d'informations sur les établissements de santé et les médicaments pour les patients par le biais d'entretiens téléphoniques. Nous explorons également les perceptions des collecteurs de données et des répondants sur la méthode.

Méthodes: Des données sur la disponibilité et les prix des médicaments dans 137 établissements de santé et 639 patients atteints de maladies non transmissibles ont été collectées en septembre 2016 grâce à des entretiens en personne au cours desquelles les numéros de téléphone des répondants ont également été recueillis. Les données sur les prix et la disponibilité des médicaments ont été collectées mensuellement au moyen d'entretiens téléphoniques structurés avec 122 établissements de santé et 130 patients entre décembre 2016 et décembre 2017. Un entretien inopiné en personne a été conduit avec les répondants pour valider l'entretien téléphonique dans les 24 heures suivant l'entretien téléphonique. Une méthode ascendante de calcul du coût de revient a été utilisée pour estimer les coûts du point de vue des chercheurs. Des entretiens approfondis ont été menés avec des collecteurs de données et un sous-échantillon de 15% de répondants de la surveillance téléphonique. La concordance entre les données collectées par téléphone et les données collectées en personne a été estimée. Les données qualitatives ont été analysées de manière thématique avec NVivo 11 QSR.

Résultats: le taux de réponse moyen pour les entretiens téléphoniques avec les établissements de santé était de 88,2%. Pour les ménages, le taux de réponse moyen était de 94,5%. Les entretiens téléphoniques avec les établissements et les ménages ont duré respectivement 30,3 minutes et 12,8 minutes, comparativement à 14,1 minutes et 8,5 minutes pour les entretiens en personne. Les données sur la disponibilité des médicaments ont montré une concordance statistiquement significative entre les données recueillies par téléphone et les entretiens en personne dans les établissements de santé (Kappa = 0.9019; CI 0,8848-0,9189) et les ménages (Kappa = 0.4931, CI: 0,3877-0,5984). La corrélation entre le prix des médicaments et les entretiens téléphoniques et en personne était statistiquement significative dans les établissements de santé ($r = 0,9$; $p < 0,0001$) et les ménages ($r = 0,52$, $p < 0,0001$). Le coût par entretien téléphonique dans les établissements de santé et les ménages était de 19,28 Dollars et 16,86 Dollars respectivement, comparé à 186,20 Dollars pour l'entretien de référence en personne. Les participants ont identifié la capacité de confirmer physiquement les réponses pour la collecte de données en personne comme un avantage, les réseaux routiers médiocres et le niveau d'effort impliqué dans les déplacements, comme des inconvénients. Les entretiens téléphoniques ont été considérés comme prenant moins de ressources, y compris le coût et le temps.

Conclusion: Cette étude a démontré des taux de réponse élevés et une grande validité pour la collecte des données téléphoniques. Dans les pays à forte pénétration du téléphone mobile, les nombreux avantages de la collecte de données téléphoniques devraient être pris en compte dans la conception d'études sur le prix et la disponibilité des médicaments et d'autres indicateurs de performance du système de santé.

Le rôle des technologies de l'information dans l'optimisation de la gouvernance des RHS des SSP dans l'État de Kaduna, au Nigéria.

Agbonkhese Oaiya, Dr. Ummulkhulthum Bajoga, Dr. Rotimi Oduloju, Dr. Layi Olatawura: Health Strategy & Delivery Foundation

Contexte: Le gouvernement nigérian envisage de réaliser la couverture de santé universelle en revitalisant les soins de santé primaires (SSP). L'un des principaux défis auxquels le secteur des SSP est confronté est l'insuffisance et la répartition inéquitable de la main-d'œuvre. Les SSP sont le premier niveau de soins, mais il est fragmenté sous différents organismes gouvernementaux. La politique des soins de santé primaires sous un même toit (PHCUOR) vise à centraliser la gouvernance, la gestion et la planification des ressources humaines pour la santé (RHS) sous une seule autorité; l'Agence de développement des soins de santé primaires (ADSSP), toutefois, la mise en œuvre de cette politique a été sous-optimale en raison de l'absence d'informations claires et précises des RHS. En utilisant l'état de Kaduna comme étude de cas, une démarche conçue visant à renforcer la gouvernance des RHS et à stimuler la prise de décision fondée sur des données probantes au sein de l'ADSSP consistait à intégrer tous les effectifs des SSP dans un système de gestion financière piloté sur l'État.

Buts et objectifs de la recherche: Pour ce faire, nous avons mené cette recherche pour aider l'Agence à gouverner, à gérer et à mieux planifier sa main-d'œuvre en développant un système d'information sur les RHS.

Méthodes utilisées: Nous avons procédé à une analyse préliminaire de tous les documents de politique pertinents afin d'obtenir des informations sur l'environnement des ressources humaines pour la santé dans l'État. Ensuite, nous avons engagé les différents acteurs de l'État à élaborer une feuille de route pour combler les lacunes identifiées lors de l'analyse préliminaire. Un outil de collecte de données a été mis au point et des données sur les antécédents sociodémographiques, scolaires et professionnels ont été extraites des fichiers physiques. Les données ont été analysées avec Microsoft Excel et présentées sous forme de graphiques et de tableaux.

Résultats clés : Un total de 6 110 employés des SSP ont été mutés à l'ADSSP, dont 53% étaient de femmes. Sur l'effectif total, 70% avaient entre 31 et 50 ans; 31 à 40 ans 33% et 41 à 50 ans 37%. La main d'œuvre des SSP sont principalement des agents de santé communautaires avec 39%; CHEW 22%, assistant de santé/ auxiliaire 29%, JCHEW 11% sont les principales professions. D'ici 2020, environ 5% devraient quitter le personnel des SSP.

Conclusion Les résultats de la recherche mettent en évidence la répartition actuelle et la combinaison de compétences de la main d'œuvre des SSP transféré de l'AGL, conformément au mandat de la politique des soins de santé primaires sous un même toit. Cependant, une vérification supplémentaire du personnel est nécessaire pour assainir la main-d'œuvre des SSP. Les résultats ont incité la ADSSP de l'Etat à donner la priorité au recrutement et à la répartition d'agents qualifiés afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de soins de santé dans les zones mal desservies.

Session Parallèle 2 – Sessions organisées

OS 02 – Vers des approches systématiques pour aborder l'éthique et l'équité dans l'évaluation des technologies de la santé

International Decision Support Initiative (iDSI)

Mohamed Gad, Groupe de Développement de la Santé Mondiale, École de Santé publique, Collège Impérial Londres,

Carleigh Krubiner, Centre pour Développement Global

La couverture-maladie Universelle (CSU) – garante de la qualité et de l'abordabilité des services de santé pour tous sans difficultés financières – est un objectif politique crucial pour beaucoup de pays, avec un engagement renouvelé des pays les moins avancés. Toutefois, pendant que tous les pays du monde mettent en place des réformes pour progresser vers la CSU, les décideurs rencontrent des obstacles moralement difficiles à savoir lorsque s'agit de décider qui et quoi couvrir avec leurs budgets santé limités. Dès lors que l'établissement de priorités est en soi motivé par des valeurs et les décisions de couvrir une intervention de santé ont des conséquences éthiquement importantes pour ceux qui en ont besoin, un cadre éthique pour la prise de décisions serait un outil essentiel pour de meilleures politiques de santé vers la CSU. L'attention portée aux engagements éthiques clairement définis peut améliorer la conception et la mise en œuvre d'un package de prestations sanitaires sur tout le processus, y compris la définition d'objectifs stratégiques pour des réformes, la sélection des services à couvrir, et la mesure de l'impact sur des facteurs éthiquement importants comme l'équité.

Cette présentation fournira une vue d'ensemble du chapitre sur l'Éthique et l'Équité "Qu'est ce qui compris, Qu'est ce qui ne l'est pas : Définition d'avantages pour la Couverture-maladie Universelle." Le chapitre propose un guide pour que les pays puissent développer un cadre éthique pour l'établissement de priorités adaptées à leurs contextes spécifiques et aux objectifs de leurs politiques. La session couvrira un ensemble d'engagements éthiques que les pays voudront bien prendre dans leur marche vers la CSU. Ils pourraient inclure : la prise en compte des divers types d'injustices, l'optimisation du rapport qualité-prix par des dépenses de santé efficaces, l'amélioration de la prise de décisions basée sur des preuves et l'évaluation du comment les décisions en matière de santé peuvent affecter d'autres aspects importants du bien-être non directement liés à la santé - comme les relations sociales, le respect et la protection financière. La session couvrira aussi les évidences nécessaires à la conduite d'analyses éthiques, et comment le suivi, l'évaluation et l'apprentissage des politiques et programmes de la CSU peuvent être conçus pour améliorer les progrès vers la prise en compte des questions éthiques.

Mohamed Gad, Groupe de Développement de la Santé Mondiale, École de Santé publique, Collège Impérial Londres

Ces deux dernière décennies, il y a eu un accroissement important dans l'application de l'Évaluation des Technologies de la Santé (Health Technology Assessment – HTA) pour supporter les prises de décisions en matière de santé. Bien que l'éthique aie été considérée comme une composante essentielle de la HTA depuis le départ, et que plusieurs cadres d'éthique existent dans les publications académiques, il n'y a encore que très peu d'exemples d'inclusion concrète et systématique d'analyses éthiques dans le processus HTA.

Cette présentation servira d'introduction, de point de départ pour une immersion plus profonde dans les cadres éthiques développés dans les publications, ainsi que la nature et l'étendue des considérations éthiques prises en compte dans les principes fondamentaux des approches d'assistantat ou de non-assistantat, sous-tendant la pratique d'évaluation économique fréquemment utilisée dans le processus HTA. Notre ambition est mettre l'accent sur l'impact spécifique sur l'équité entre autres considérations.

De plus, nous fournissons des exemples de plusieurs applications systémiques de la prise en compte d'analyses éthiques dans le processus HTA. Ils comprennent l'extension à des mécanismes actuels d'analyse de décisions comme : l'Analyse Étendue Coût / Rentabilité, l'Analyse Distributionnelle Coût / Efficacité, comme des moyens de disséquer et d'évaluer la distribution sociale des coûts et des avantages des interventions sanitaires sur les populations ciblées. Nous fournissons enfin un rapide examen de l'Analyse Multi-critères de Décisions et son utilisation dans les analyses des décisions.

Susan Goldstein, PRICELESS-SA, Wits University School of Public Health

Contexte: l'Afrique du Sud a pris des mesures pour élaborer et mettre en œuvre l'Assurance-Maladie Nationale (NHI), avec des engagements exprimés en faveur de l'élaboration d'un processus d'évaluation des technologies de la santé (HTA). Bien que l'éthique ait longtemps été déclarée comme une composante essentielle de HTA, et de nombreux cadres éthiques existent dans la littérature académique, il y a encore peu d'exemples d'inclusion pratique et systématique de l'analyse éthique dans les processus de HTA. En outre, de nombreux cadres existants n'ont pas été élaborés en tenant compte des contextes des pays à revenu faible ou intermédiaire – et peuvent ne pas convenir au contexte spécifique et aux défis de l'établissement des priorités en Afrique du Sud.

Objectif: le projet de valeurs et d'éthique sud-africaines pour la CMU (SAVE-UHC) appuie l'élaboration d'un cadre d'éthique axé sur l'engagement et le contexte pour l'établissement des priorités de NHI.

L'approche d'élaboration du cadre d'éthique comprend: (1) l'analyse des documents de politique générale, y compris le matériel législatif et les décisions de la Cour constitutionnelle; (2) examen de la documentation des cadres éthiques existants pour l'établissement des priorités et le HTA; et (3) trois réunions de consultation avec le groupe de travail impliquant des discussions participées et des études de cas.

Résultats: le cadre préliminaire qui émerge de ce processus comprend l'attention aux diverses dimensions de l'équité, du rapport coût-efficacité, du respect, de la facilité de la souffrance, des impacts sur les relations sociales, de la protection financière et de la solidarité sociale et de la cohésion. La phase II du projet évaluera le cadre, en l'appliquant aux interventions sanitaires envisagées pour la couverture.

La Thaïlande a atteint la couverture sanitaire universelle (CSU) en 2002 lorsqu'elle a introduit le système de couverture universelle (CSU). Depuis 2007, des mécanismes d'évaluation des technologies de la santé (HTA) ont été élaborés pour définir les avantages du SCU.

L'objectif de cette présentation est de montrer comment les préoccupations en matière d'équité ont été abordées en Thaïlande, car elle visait à étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de sa population. Cela sera présenté à travers une série d'exemples concrets de décisions prises au cours de la dernière décennie.

Le principal mode d'incorporation des fonds propres est le processus d'évaluation participative de la technologie, selon lequel les différentes parties prenantes participent à l'élaboration du programme d'action, ainsi qu'à l'adoption et à la mise en œuvre de la politique de couverture universelle. Des critères explicites sont utilisés pour sélectionner des sujets d'évaluation pour le paquet d'avantages sociaux, dont l'un est l'impact de l'intervention sur l'équité. En outre, les directives de processus du pays pour les HTA consacrent les principes de l'engagement des parties prenantes, à savoir la transparence, la responsabilisation et la participation.

Un examen des propositions des parties intéressées sur l'inclusion des technologies dans l'ensemble des avantages au fil des ans suggère que les organisations de la société civile, les groupes de patients et les laïcs ont demandé au gestionnaire de la CSU de subventionner les nouvelles technologies et de traiter également la question de l'inaccessibilité aux services existants parmi les populations vulnérables. Il est également constaté que, si les mesures de rentabilité et les analyses d'impact sur le budget ont été des facteurs critiques dans le processus décisionnel, dans certains cas, la décision finale a été prise sur la base des jugements de valeur sociale. Par exemple, la dialyse rénale, une intervention inefficace sur le plan des coûts, a été introduite dans l'ensemble des avantages en tenant compte de la charge économique élevée du traitement pour les ménages. Un autre exemple est celui du traitement salutaire de la maladie de Gaucher, un trouble génétique rare, pour qui le traitement de l'« imiglucérase » de drogue n'était pas rentable. Cependant, en raison de la faible prévalence et du coût élevé pour les ménages, il a été décidé que le médicament soit couvert par la CSU. Dans les deux cas, des mesures additionnelles ont été mises en œuvre, telles que l'incitation des prestataires à passer à l'intervention préférée en cas de dialyse rénale et la mise en place d'arrangements spéciaux avec le fabricant de l'« imiglucérase » afin de gérer les impacts budgétaires sur l'échiquier.

L'expérience thaïlandaise de l'incorporation de l'équité dans le HTA souligne ainsi l'importance de l'engagement des parties prenantes pendant le processus politique de manière systématique.

Session Parallèle 2 – Présentations orales

Session Parallèle 2-1 - Suivi et évaluation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

Etat de préparation pour la Couverture Sanitaire Universelle : Evaluation de la disponibilité et de la qualité du service dans les zones reculées et sensibles de l'Inde.

Veenapani Rajeev Verma, Institut indien de technologie, Madras

Contexte : La CSU est conceptuellement simple ; la traduire à une métrique réalisable est tout à fait insolvable. Métrique généralisable tel que l'indice de disponibilité des services est primordial car il peut indiquer la capacité des installations à fournir des soins essentiels et en outre, l'estimation de la métrique au sous-national est impératif pour la politique fondée sur des preuves efficaces.

Domaine d'étude : Étude de cas est menée dans le district éloigné de Jammu et l'État de Kashmir en Inde. Il est fragile avec le déploiement militaire lourd car il est délimité par la ligne de contrôle avec le Pakistan et est impliqué dans le militantisme et de cesser les violations des incendies. En outre, il est porteur du double coup dur de l'inaccessibilité géographique en raison de la topographie montagneuse et du retard en termes d'indicateurs de développement humain.

Objectif: L'objectif de l'étude est d'évaluer la disponibilité et la disponibilité des services de santé et de déterminer les obstacles de l'offre dans l'approvisionnement en services.

Méthodologie: Conception de méthode mixte par la triangulation simultanée est employée. Enquête sur les installations regroupant 138 installations dans différentes hiérarchies effectuées pour vérifier la disponibilité de la fourniture. Compendium de la liste de contrôle conçu en tandem avec l'OMS de la méthodologie SARA de la conjonction avec les normes IPHS. Informations obtenues par questionnaire de prospection et tableau de bord généré pour chaque installation. Indices de disponibilité des services de santé calculés par fusion des scores moyens à travers six dimensions. De plus, la technique statistique multidimensionnelle de réduction des données de l'analyse des composants utilisés pour les indices composites parcimonieux. Analyse de l'élément d'information qualitative et nuancée. Les techniques myriades comme des entretiens d'informateurs clés, des discussions et des FGD ont été menées avec divers acteurs tels que les dirigeants, les adoptants et les traînants.

Résultats: Les équipements de base, l'infrastructure, la disponibilité de médicaments étaient sous-optimales dans les structures de santé. Les résultats de la santé étaient de 0,47 et 0,50 pour la médecine et les commodités de base respectivement. Les scores pour la disponibilité de l'équipement et la capacité de diagnostic étaient faibles 0. 57 et 0,53 respectivement. Les fournitures de services (santé des adolescents, livraison, néonatale et santé de l'enfant, non-

transmissibles, etc.) variaient de 0,47 pour les nouveaux centres de santé primaires avec des infrastructures rudimentaires à 0. 71 pour l'hôpital de district. Les deux premiers composants parmi les établissements de soins secondaires ont expliqué la variance commune de 38% caractérisée par l'approvisionnement de service. Pour les centres de santé primaires, le composant principal unique a expliqué la variance commune 24% caractérisée par les soins de nouveau-né. Manque d'incitations à la rétention dans les zones distantes et sujettes aux bombardements pour les membres du personnel, indisponibilité des quartiers de personnel, inaccessibilité des routes, interférences politiques et la prévalence des ajustements internes sous forme de transfert/attachement des agents de la santé, inhibitions du personnel qualifié dans le service des zones sujettes au militantisme, attitude nonchalante des décideurs identifiés comme étant des obstacles majeurs à l'approvisionnement de services en fonction de l'analyse des intervenants.

L'accessibilité financière est-elle importante ? Examen des tendances et des tendances des dépenses de santé en Inde

Rinshu Dwivedi BHUBANESWAR: Regional Medical Research Centre, ICMR

Jalandhar Pradhan: National Institute of Technology, Rourkela, Odisha India

Justification: La couverture sanitaire universelle fait partie des objectifs principaux des objectifs de développement durable, qui mettent l'accent sur la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des services de soins de santé sans aucun risque financier pour les ménages. L'absence d'un meilleur mécanisme de financement entraîne des dépenses non remboursables et catastrophiques, entraînant l'appauvrissement et la pauvreté. Cet article tente d'examiner les tendances et les mécanismes de paiement direct des dépenses (OOPE) en Inde de 1994 à 2012 en appliquant le modèle comportemental d'utilisation des soins de santé d'Andersen.

Méthodologie : les données ont été utilisées à partir des trois séries d'enquêtes représentatives au niveau national sur les dépenses de consommation, sur les périodes 1993-1994, 2004-2005 et 2011-2012, menées par le Ministère des statistiques et de la planification du Gouvernement indien. Nous avons utilisé plusieurs modèles de régression linéaire généralisée pour explorer l'effet relatif de diverses co-variables socio-économiques sur le niveau de paiement direct des dépenses.

Résultat: Les résultats indiquent qu'il y a eu une augmentation constante du nombre de patients hospitalisés (4,53%), ambulatoires (1,2%) et totale (0,4%) entre 1994 et 2012. L'écart entre les plus riches et les plus pauvres s'est encore creusé, avec à des disparités régionales notables entre les régions indiennes. La part des médicaments dans l'OOPE total était la plus élevée, suivie par les autres composants, bien que la part en pourcentage d'OOPE sur les médicaments ait diminué (de 83% à 67%) entre 1994-2012. Le paiement direct des dépenses chez les personnes âgées des milieux urbains et au sein de la population des plus riches était plus élevé que chez leurs homologues.

Conclusion: nos résultats soulignent la nécessité d'explorer les raisons qui sous-tendent le manque d'efficacité du mécanisme de financement de la santé et des services de santé existants pour atteindre la partie moins favorisée de la population. Une attention particulière est nécessaire pour répondre aux besoins de financement de la santé des personnes âgées, des zones rurales et des couches les plus pauvres de la population afin de réduire le fardeau injuste de l'augmentation des besoins de santé en Inde. Il est nécessaire de renforcer l'accessibilité financière des paiements de santé des ménages indiens.

Le cas d'investissement du mécanisme mondial de financement - une approche des Soins de Santé Primaires contribuant à l'initiative de la CSU à Madagascar.

Elise lang, Eli Ramamonjisoa et Christine Ortiz : Health Policy plus, palladium,

Contexte : Les progrès réalisés par Madagascar sur les indicateurs de santé ont stagné ou diminué ces dernières années. La mortalité néonatale est passée de 24‰ en 2008 à 26‰ en 2013 (données DHS). Le système de soins de santé primaires (SSP) lutte avec une faible allocation budgétaire du gouvernement, le manque de professionnels médicaux qualifiés, l'insuffisance de l'offre de médicaments/Consommables et les systèmes d'information sur les données faibles. En 2017, le Fonds de financement mondial (GFF), un mécanisme de financement catalytique, a choisi Madagascar comme l'un de leur troisième pays. Le Ministère de la Santé Publique (MSANP) a convoqué des intervenants pour développer un cas d'investissement en matière de santé et de nutrition reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente-un plan prioritaire pour aborder les défis du RMNCAH-N dans le pays afin d'informer l'utilisation des financements catalytiques. À Madagascar, ce plan appuie le renforcement du système de SSP et le nouveau mécanisme gouvernemental de financement de la santé et la CSU.

Objectifs : Maximiser les ressources disponibles pour la santé et mobiliser les ressources nationales en accordant la priorité aux interventions spécifiques du RMNCAH-N en fonction de la vision du pays pour atteindre la CSU.

Méthodologie : HP + a appuyé le MSANP pour convoquer un groupe de travail technique comprenant des représentants du gouvernement, des donateurs et de la société civile. Les participants ont utilisé l'outil EQUIST, les données sur la mortalité et les taux de couverture par région et les coûts unitaires pour prioriser les interventions réalisables, hautement efficaces et efficaces. Par la suite, HP + a utilisé l'outil OneHealth pour budgétiser les interventions choisies dans 12 régions prioritaires. Le coût sera comparé avec les résultats d'un exercice de cartographie des ressources pour déterminer les lacunes de financement et fournir une base pour définir les rôles et les responsabilités dans la mise en œuvre de l'affaire de placement.

Résultats : Le scénario finalement choisi pour Madagascar se concentre au niveau des SSP en mettant l'accent sur le renforcement de la disponibilité des ressources humaines, en particulier les agents de santé communautaires, et leur performance en utilisant le financement axé sur la performance. Le cas d'investissement vise à renforcer les interventions maternelles, néonatales et nutritionnelles à fort impact et à accroître l'accès financier aux SSP en renforçant le mécanisme de financement de la santé de la contribution volontaire naissante et l'utilisation de bons pour les populations vulnérables. Les premiers résultats montrent que 17 732 644 personnes dans 12 régions bénéficieront de cette approche.

Conclusions: L'élaboration d'un dossier d'investissement permet au gouvernement, aux partenaires au développement, à la société civile et aux partenaires du secteur privé d'aligner les priorités de financement du RMNCAH-N et d'améliorer l'efficacité des ressources limitées disponibles à Madagascar en ciblant les personnes vulnérables, les régions et les populations pour améliorer la santé materno-infantile.

Evaluation de la faiblesse d'un programme de lutte contre les maladies existant devrait être un bon moyen de renforcer les systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle : cas de Maurice.

Introduction Les maladies non transmissibles (MNT) sont la principale cause de décès, de maladie et d'invalidité à Maurice. Les quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, bronchopneumopathies chroniques obstructives et diabète) représentent près de 81% des décès et 85% de la charge de morbidité. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé un programme de travail triennal sur le renforcement des systèmes de santé afin d'accélérer l'amélioration des résultats concernant les maladies non transmissibles. Maurice partageant un profil épidémiologique similaire à celui de nombreux pays européens, il a été suggéré d'utiliser le même outil utilisé en Europe pour une évaluation similaire à Maurice.

Méthodologie L'évaluation d'un pays commence par une analyse approfondie des principaux indicateurs de résultats relatifs aux MNT, ainsi qu'un aperçu des tendances temporelles observées au cours des 15 dernières années. Une analyse de quinze caractéristiques du système de santé susceptibles de représenter un défi ou de présenter une opportunité d'améliorer la prestation des interventions et des services de base relatifs aux MNT a ensuite été réalisée. Une approche participative et flexible a été utilisée pour cette évaluation ; une équipe multidisciplinaire a été mise en place pour mener à bien l'évaluation. Cinq groupes de travail (GT) de 5 à 6 membres chacun ont été constitués pour examiner les 15 caractéristiques du système de santé et deux ateliers ont été organisés, l'un pour présenter les résultats préliminaires et des conclusions à d'autres groupes de travail et parties prenantes, et un autre pour valider le rapport. Le rapport identifiait les principales opportunités sur lesquelles le pays pourrait continuer à s'appuyer, ainsi que les défis et les solutions possibles pour les résoudre, en renforçant les systèmes de santé en faveur de la CSU et des services permettant de lutter contre les MNT.

Résultats L'engagement politique visant à renforcer les résultats des systèmes de santé pour les MNT, des approches explicites en matière d'établissement de priorités, de coopération inter institutions, de coordination entre prestataires, d'établissement de modèle efficace de prestation de services avec gestion efficace, intégration des bases factuelles dans la pratique, systèmes de motivations des ressources humaines pour la santé et les services gratuits de soins de santé y compris les médicaments et les tests de laboratoire destinés aux utilisateurs ont été identifiés comme des opportunités qui doivent continuer à être renforcées et à renforcer les SSP. Cependant, des défis devant être atténués ont également été identifiés : la population qui n'est pas suffisamment encline à changer de comportement, le rôle inefficace des soins de santé primaires dans le pays et les faiblesses des services de diagnostic et de prévention, l'exploration des flux de données générées par le système de santé et l'indisponibilité de solutions d'information modernes.

Conclusion et recommandations Sur la base de l'évaluation des caractéristiques, des défis identifiés et des discussions avec les principales parties prenantes, des recommandations de politiques telles que la promotion d'une culture d'amélioration continue de la qualité des soins à tous les niveaux, le rétablissement de la confiance dans les services de santé publique et l'équilibre entre le développement du secteur privé et la réingénierie de l'organisation des services de santé afin de placer les SSP au centre de la CSU, de responsabiliser les communautés pour un environnement et un mode de vie plus sains et d'atteindre les populations non atteintes, en particulier les pauvres, afin d'améliorer les systèmes de santé. La feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations a également été approuvée par le ministère de la santé et les parties prenantes.

Suivi des progrès accomplis en vue d'atteindre la protection des risques financiers en Ouganda.

Brendan Kwesiga¹, Tom Aliti², Pamela Nabukhonzo³, Susan Najuko², Peter Byawaka³, Hsu Justine⁴
Grace Kabaniha⁵

¹: Organisation mondiale de la santé, Ouganda ; ²: Ministère de la santé, Kampala, Ouganda ; ³: Bureau de statistique de l'Ouganda, Kampala (Ouganda) ; ⁴: Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse ; ⁵: Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, Congo

Contexte : Le suivi des progrès accomplis dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) est axé sur l'évaluation de la réalisation des objectifs de couverture des services de santé et de protection des ménages contre l'impact des paiements directs sur fonds propres (Out-Of-Pocket – OOP). Bien que l'Ouganda ait exprimé ses aspirations à la réalisation de la CSU, les paiements OOP demeurent un contributeur majeur aux dépenses totales de santé. L'objectif de cette étude est de suivre les progrès accomplis dans la dimension de la protection des risques financiers pour les ménages ougandais.

Méthodes : Cette étude utilise les données des enquêtes nationales sur les ménages de l'Ouganda pour 2005/06, 2009/10, 2012/13 et 2016/17. La protection des risques financiers est mesurée à l'aide de mesures de santé catastrophiques et d'indicateurs de paupérisation. Les paiements de santé sont définis comme catastrophiques s'ils dépassent un seuil fixé de la part du budget des dépenses totales de consommation des ménages sur la base de seuils de 10% et de 25%. Les paiements de santé sont appauvris s'ils poussent les ménages en dessous du seuil de pauvreté (défini comme étant de 1,91 \$ US/jour et du seuil de pauvreté national de l'Ouganda). Le modèle de régression logistique est utilisé pour évaluer les facteurs associés au risque financier des ménages.

Résultats : Les résultats montrent que, bien que des progrès aient été accomplis dans la réduction de la protection des risques financiers, ces progrès restent minimes et il y a toujours un risque d'inversion de cette tendance. Nous constatons que bien que les paiements de santé catastrophiques à un seuil de 10% aient diminué, passant de 22,4% en 2005/06 à 13,78% en 2012/13, nous observons une augmentation de 14,22%. Le pourcentage d'Ougandais poussés en dessous du seuil de pauvreté (1,91 \$ US/jour) a également diminué, passant de 5,2% en 2005/06 à 2,71% en 2016/17. Nous montrons que la répartition de ce risque varie selon le statut socio-économique, l'emplacement et la résidence. Nous montrons également que certaines caractéristiques des ménages sont plus associées au risque financier du ménage.

Conclusion : Pour remédier à la charge de la protection des risques financiers, il est nécessaire d'effectuer des interventions visant à réduire les paiements OOP, en particulier parmi les personnes les plus touchées. À court terme, il est essentiel de veiller à ce que la population accède aux services subventionnés en assurant la disponibilité des intrants indispensables aux structures sanitaires.

Session Parallèle 2-2 Equité en matière de Santé

Corrélation de la Sensibilisation du Public aux Droits et Devoirs des patients dans la Prestation de Soins de Santé dans le district de Sagnarigu, au Ghana.

Gilbert Abotsem Abiuro, Département de la Planification, Faculté de la Planification et Gestion du Territoire, Université d'Études pour le Développement, Wa
Gilbert Abotsem Abiuro, Roger Ayimbila Atinga, Bernard Afik Akanpabada Akanbang
Département de la Planification, Faculté de la Planification et Gestion du Territoire, Université d'Études pour le Développement, Wa

Contexte: De graves violations des droits de la personne en matière de santé ont mené à la promulgation de diverses lois, traités, politiques et chartes sur les droits des patients en matière de santé afin de mieux les protéger. Cependant, de nombreux patients peinent encore à les exercer, en raison surtout d'une mauvaise connaissance de leurs droits et devoirs spécifiques inscrits dans les différentes chartes.

Objectifs : Cette étude a évalué la sensibilisation du public aux droits et devoirs des patients tels qu'ils sont inscrits dans la Charte du Ghana et les facteurs associés à la sensibilisation des patients dans le district de Sagnarigu, région du nord du Ghana.

Méthodologie: L'étude a utilisé une approche transversale purement quantitative. Une enquête a été menée auprès de 400 ménages du district, sélectionnés au moyen d'un échantillonnage aléatoire à plusieurs étapes. À l'aide du logiciel STATA 12, des statistiques descriptives sur les niveaux de connaissance de chaque droit et de chaque devoir du patient ont été générées. Des modèles de séries de régression logistique binaire ont également été exécutés pour déterminer les corrélations sociodémographiques à la connaissance des droits et des devoirs de chaque patient.

Principales constatations : Les résultats ont révélé un niveau de sensibilisation de 35,5 % à 74,25 % aux droits des patients et de 46,5 % à 71,3 % aux devoirs individuels. Statistiquement, les résidents en milieu urbain, ceux qui avaient fréquenté l'enseignement supérieur, ceux qui étaient en bon état de santé et ceux qui avaient souscrit à une assurance-maladie, étaient associés à des niveaux très élevés ($P > 0,05$) de sensibilisation aux droits et devoirs des patients. La religion islamique était statistiquement associée à des niveaux de sensibilisation beaucoup plus faibles ($P < 0,05$).

Principale conclusion: Nous concluons que la sensibilisation sur l'existence de la Charte des patients du Ghana et sur les divers droits et devoirs qu'elle contient, devrait être intensifiée, en particulier au sein des communautés rurales et celles à prédominance musulmanes.

Inclure les laissés pour compte : Stratégies pour améliorer l'accès à la santé pour les exclus de la société au Nigéria.

Chinyere. C. Okeke Département de médecine communautaire, Université du Nigeria, Enugu Campus.
Benjamin .S.C. Uzochukwu , Ghazala Mir.

Contexte : Dans tous les pays, les services publics ont la responsabilité d'assurer l'égalité d'accès à tous et d'inclure tous les groupes sociaux. Le Nigeria dispose de nombreuses politiques publiques axées sur le développement, mais peu de réalisations ont été observées dans le domaine de l'inclusion sociale et la création d'un environnement propice pour tous.

L'exclusion sociale est l'un des déterminants sociaux de la santé. Les mesures visant à réduire cet état de fait sont considérées comme cruciales pour répondre aux besoins de tous en matière de santé, et aux besoins des groupes marginalisés en particulier. Ce phénomène est étroitement lié à l'esprit des Objectifs de Développement Durable des Nations-Unies, qui suggèrent que l'amélioration de l'état de santé des groupes socialement exclus pourrait améliorer la santé de la population dans son ensemble. Plusieurs stratégies ont donc été élaborées pour améliorer l'accès aux soins.

Buts et objectifs: Identifier les stratégies existantes et mettre en évidence les principales influences sur la mise en œuvre de politiques visant à améliorer l'accès à la santé pour les exclus.

Méthodes : La méthode de co-production a été adoptée. Nous avons procédé à un examen systématique de 37 études publiées, choisies parmi 257 résumés sélectionnés. Nous avons également obtenu des commentaires sur les stratégies de la part de plus de 60 experts participants qui ont pris part à trois ateliers nationaux. Des entretiens approfondis, avec des guides d'entretien structurés, ont été menés auprès de décideurs, de responsables de la mise en œuvre et de représentants de la société civile. En parallèle, des entretiens de groupe ont eu lieu en milieu rural et dans les camps de personnes déplacées. Les données ont été analysées manuellement sur la base des rubriques du cadre contextuel de l'étude.

Constats : Parmi les stratégies identifiées au niveau Macro :

- "Saving One Million Lives - Program for Results" (SOML-PforR), conçu par le Ministère Fédéral de la Santé dans le but de sauver la vie des mères et des enfants en augmentant l'accès et l'utilisation des services de santé, basé sur des données probantes de rentabilité et d'impact sur les mères, les enfants et la nutrition au Nigéria.

- Le Programme MCH (Maternal & Child Health) - Santé de la Mère et de l'Enfant – dont le but est d'offrir des services de soins de santé gratuits aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans.

Au niveau Méso : Principes pour « Bringing PHC under One Roof » (Réunir les Soins de Santé Primaires sous une même tutelle) et la création d'un comité de gestion de la santé.

Les principales influences sur la mise en œuvre des stratégies comprennent les défis de mise en œuvre, la corruption et le manque de transparence dans l'allocation des fonds publics destinés à divers projets ainsi que la complexité de l'élaboration des politiques à l'Assemblée Nationale. Il existe des possibilités de collaboration multisectorielle.

Conclusion : L'exclusion sociale est soutenue par la combinaison de différents facteurs. Il y a nécessité de mettre sur pied des stratégies efficaces d'inclusion sociale. Les politiques et pratiques futures devraient tenir compte des stratégies annoncées et les améliorer.

Évaluation des inégalités socioéconomiques dans les soins de santé maternels au fil du temps : Données provenant de quatre pays africains.

Doreen Anyamesem Odame, Université du Ghana; Institut de Recherche Statistique, Sociale et Economique

Bien que la plupart des pays africains aient vu des améliorations dans les résultats en matière de santé maternelle, la plupart de ces pays n'ont pas atteint l'ODM 5, à savoir 190 décès pour 100 000 naissances vivantes. Garantir un accès universel aux soins est essentiel pour améliorer les résultats en matière de santé. Pour être en mesure d'atteindre l'ODD de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030, il doit y avoir équité et égalité d'accès et d'utilisation des services de santé maternelle. Cela pourra se faire si on élimine les différences socioéconomiques dans l'accès aux soins de santé maternels. La présente étude vise à explorer le degré, l'étendue et l'évolution des inégalités socioéconomiques en matière de santé maternelle dans cinq pays africains : le Kenya, l'Éthiopie, le Rwanda, l'Ouganda et la Tanzanie. Le document examine trois résultats en matière de santé maternelle : le moment de la première visite prénatale, le nombre de visites prénatales et l'accouchement par un agent qualifié. Il comporte deux objectifs principaux : (1) Estimer le degré et l'évolution des inégalités socioéconomiques dans l'accès et l'utilisation des soins de santé maternelle et (2) évaluer les corrélations entre les inégalités socioéconomiques dans les services de santé

maternelle et leur incidence sur les inégalités observées. L'étude a adopté les mesures Wagstaff et Errygers pour calculer les indices de rang bivariés. Ces indices n'expliquent pas l'incidence des caractéristiques socioéconomiques sur les différences observées. Une technique de décomposition par régression généralisée est donc adoptée pour évaluer les sources des inégalités socioéconomiques en matière de santé. Le présent document utilise différentes séries d'Enquêtes Démographiques et Sanitaires dans les différents pays. Ces enquêtes fournissent des renseignements exhaustifs sur l'accès et l'utilisation de divers services de soins de santé maternels provenant d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

Inégalité horizontale et écarts dans l'utilisation des structures de santé en Afrique du Sud: Analyse longitudinale à l'aide de l'Enquête sur la Dynamique du Revenu National (National Income Dynamic Survey - NIDS).

*Tanja Naledi Gordon, Conseil de Recherche en Sciences Humaines, Pretoria;
Professeur Frederik Booysen, École d'Économie et de Sciences Commerciales, Université de Witwatersrand (wits) - Professeur Josue Mbonigaba, Département d'Économie, Université de KwaZulu-Natal (UKZN)*

Contexte: Le principe d'administration de soins de santé en fonction des besoins plutôt que du statut socioéconomique est devenu inhérent aux systèmes de santé aussi bien dans les pays développés que dans les pays émergents. L'Objectif de Développement Durable (ODD) 3 préconise une couverture sanitaire équitable, de qualité et abordable pour tous. Par conséquent, ce document examine le degré d'inégalité horizontale dans l'utilisation des structures de santé en Afrique du Sud et les principaux facteurs d'inégalité.

Données: L'Enquête NIDS (National Income Dynamic Survey) est la première du genre en Afrique du Sud. L'étude biennale est une enquête représentative à l'échelle nationale et qui vise à accompagner les mêmes personnes au fil du temps. À ce jour, quatre périodes sont disponibles et accessibles au public. L'enquête visait à suivre les tendances et les habitudes caractéristiques de la population dans le domaine sanitaire, économique, institutionnel et social.

Méthode: Les Indices de Concentration pour l'utilisation absolue et l'utilisation en cas de besoin, en tenant compte des facteurs socio-économiques et secondaires, ont été calculés pour mesurer l'Inégalité Horizontale (IH) à l'aide d'un modèle de régression probit. De plus, des indices de concentration absolue ont été décomposés pour déterminer les principaux facteurs qui contribuent à l'inégalité dans l'utilisation des soins de santé.

Constats: Il y a eu une augmentation importante des inégalités horizontales pro-riches (IC = 0,064, p0,001) entre la période 1 (2008) et la période 4 (2014) (IC = 0,083, p0,001) pour les consultations des 12 derniers mois. Au fil du temps, on a constaté des tendances distinctes en matière d'inégalité horizontale pour les consultations privées et publiques. Inégalité horizontale à l'avantage des riches pour les consultations privées et des indigents pour les consultations publiques. D'après l'analyse de décomposition, les facteurs socio-économiques et secondaires tels que l'aide médicale, la richesse, l'éducation et les emplois ont été les principaux moteurs d'inégalité.

Conclusion: On a trouvé suffisamment de preuves de l'existence d'inégalités horizontales, qui s'accroissent au fil du temps pour l'utilisation globale et qui persistent pour les consultations privées/publiques. En outre, pour que l'Afrique du Sud respecte les objectifs et les termes de la politique internationale, il faut s'attaquer aux facteurs d'influence sous-

jacents tels que les mécanismes de financement des soins de santé afin de réduire le degré d'inégalité horizontale au sein du système de santé.

Mots clés: Utilisation, soins de santé, inégalité horizontale, longitudinale, Afrique du Sud

Les inégalités socioéconomiques par rapport aux différents critères de l'accès aux soins: Le cas de l'Afrique du Sud.

Tanja Naledi Gordon, Conseil de Recherche en Sciences Humaines, Pretoria;

Pr. Frederik Booysen, École d'Économie et de Sciences Commerciales, Université de Witwatersrand (wits)

Pr. Josue Mbonigaba, Département d'Économie, Université de KwaZulu-Natal (UKZN)

Contexte : Le Plan National de Développement (NDP – National Development Plan) vise à ce que l'Afrique du Sud, dans sa quête d'une Couverture Sanitaire Universelle (CSU), opère d'ici 2030 un changement significatif en matière d'équité, d'efficacité et de qualité des prestations de santé. Cette étude, en vue d'éclairer cette politique et la réalisation connexe des Objectifs de Développement Durable (ODD), évalue à l'aide d'un cadre conceptuel intégré, l'ampleur des inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé à travers divers critères d'accès aux soins.

Données: L'Enquête sur l'Examen de la Santé et de la Nutrition en Afrique du Sud (South African Health and Nutrition Examination Survey - SANHANES-1) de 2012 a collecté des données sur diverses questions liées à l'utilisation des services de santé et à la satisfaction des patients, avec un module sur les ménages recueillant des informations le logement et la propriété des actifs.

Méthode: Un indice de richesse a été construit à l'aide de l'Analyse de la Correspondance Multiple (Multiple Correspondance Analysis - MCA), et une plage d'indices de concentration a été calculée à l'aide de la commande conindex de Stata.

Constats: En termes de besoins de soins de santé, les indices de bonne et mauvaise santé sont respectivement de CI +0,077 / p0,001 chez les nantis, et de CI -0,043 / p0,001 chez les plus démunis. Les nantis expriment un plus grand désir de soins que les pauvres (CI +0,064, p=0,013). Cependant, les besoins non satisfaits sont plus concentrés chez les indigents (CI -0,031, p0,001). La fracture socioéconomique dans l'utilisation des services de santé publics (CI -0,241, p0,001) et privés (CI +0,253, p0,001) demeure considérable. Les pauvres sont moins satisfaits des structures de santé (CI -0,042, p=0,026) et des prestations (CI -0,041, p=0,030).

Conclusion: Le système de santé dans son ensemble est encore caractérisé par de profondes inégalités suivant les différents critères d'accès aux soins. Les plus démunis sont victimes de discrimination dans tout le processus d'accès aux soins de santé. L'Assurance Maladie Nationale (National Health Insurance - NHI), lorsqu'elle sera mise en œuvre efficacement, promet de jouer un rôle important dans la prestation de services de santé de qualité aux personnes économiquement défavorisées.

Ne laisser personne derrière : Évaluation des inégalités socioéconomiques dans la recherche de la Couverture Sanitaire Universelle au Ghana.

Jacob Novignon, Université des sciences et de la technologie de Kwame Nkrumah, Kumasi-Ghana

Afin d'obtenir une Couverture Sanitaire Universelle (CSU), le Ghana a lancé le Régime National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS). Il s'agit de la plus importante réforme du financement de la santé de l'histoire du pays. L'objectif principal du programme est d'éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé au Ghana. Bien que diverses études aient évalué l'incidence du régime sur l'accès aux structures et l'utilisation des soins de santé, aucune n'a vraiment analysé son impact dans la réduction des inégalités. Nous explorons cette hypothèse dans la présente étude. Nous avons cherché à déterminer si l'introduction du NHIS avait contribué à réduire les inégalités socioéconomiques dans l'accès aux soins de santé.

Nous avons utilisé les données de trois enquêtes démographiques et sanitaires au Ghana (2003, 2008 et 2014). En utilisant trois mesures de l'utilisation des soins de santé – les soins prénatals, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et le traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans - nous avons analysé les données en trois étapes. Tout d'abord, nous avons construit des courbes de concentration pour examiner la tendance des inégalités avant et après 2004, date d'implantation du régime. Ensuite, les Indices de Concentration (IC) ont été calculés pour chaque variable de résultat au cours des années. Enfin, les indices de concentration ont été décomposés pour estimer l'impact du NHIS sur les inégalités d'accès aux soins de santé.

Les courbes de concentration montrent que l'utilisation des soins prénatals, de l'accouchement assisté et de prise en charge de la fièvre étaient plus évidentes chez les privilégiés. Cependant, les tendances montrent que les inégalités ont diminué après l'introduction du NHIS. Les IC le confirment : les inégalités dans l'utilisation des soins prénatals ont diminué, passant de 0,302 en 2003 à 0,177 en 2014. De même, les inégalités liées à l'accouchement par du personnel qualifié sont passées de 0,597 à 0,423 sur la même période. Les résultats de la décomposition montrent que l'adhésion au NHIS a contribué de façon significative à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins de santé. Par exemple, en 2014, l'adhésion au NHIS justifiait environ 3,17 % des inégalités socioéconomiques dans l'utilisation des soins prénatals. Ce pourcentage était auparavant de 5 %.

Les résultats suggèrent que la recherche d'une CSU au Ghana a été bénéfique pour les plus démunis. Il a aidé à combler l'écart entre riches et pauvres quant à l'accès aux soins de santé. Il est donc nécessaire d'intensifier le programme NHIS au Ghana pour obtenir une couverture sanitaire absolue. Dans les pays où de tels régimes n'existent pas, des efforts doivent être consentis pour encourager leur implantation.

Évaluation des inégalités en matière de santé : Santé reproductive, maternelle et infantile en Ouganda.

Ms. Geraldine Agiraembabazi, Makerere University School of Public Health, Kampala, Uganda

Contexte : Les inégalités en matière de santé continuent de persister dans le monde en général, et en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les inégalités en matière de santé sont évidentes dans la manière inégale dont les services de santé sont accessibles à des personnes de différents niveaux de revenu/statut économique, genre, classes sociales et groupes ethniques. Elles se manifestent également par des variations des résultats en matière de santé selon le niveau d'éducation et par la tendance des systèmes de santé à mieux répondre aux besoins des populations dans certaines zones géographiques. Il est maintenant particulièrement temps de faire face aux inégalités en matière de santé puisque les déterminants sociaux de la santé et les progrès vers la couverture sanitaire universelle sont apparus comme des priorités pour la santé mondiale. Il est essentiel d'identifier les inégalités et de surveiller leur évolution au fil du temps pour créer un secteur

de la santé axé sur l'équité et fournir une base pour incorporer l'équité dans la planification de la santé fondée sur des données probantes.

Objectif: Évaluer les interventions en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile en analysant les données d'enquête pour les niveaux, les tendances et les disparités.

Méthodes : Les deux dernières données disponibles provenant des enquêtes sur la santé démographique en Ouganda (2006, 2011) ont été analysées en examinant six indicateurs de couverture et deux stratificateurs d'actions : la richesse et la région. Les inégalités ont été évaluées avec deux indices sommaires pour l'inégalité absolue et deux pour l'inégalité relative.

Résultats : D'après le statut économique, les interventions les moins équitables étaient la couverture de l'accouchement qualifié et l'utilisation des contraceptifs modernes. En termes d'inégalité absolue, la SBA est la moins équitable (diff : 44,7 vs 26,4 ; SII : 48% vs 31%) mais en termes d'inégalité relative, l'utilisation des contraceptifs modernes est la moins équitable (ratio : 3,1 vs 2 ; CIX : 19% contre 13%). L'indicateur de couverture le plus équitable était le vaccin DPT. Par région, la fréquentation de 4 + visites de soins prénatals était la plus élevée à Kampala, suivie de Karamoja et la région de l'est avait la couverture la plus faible dans les deux années. La couverture a augmenté au fil du temps au niveau national, ce qui était principalement attribuable à l'intensification des soins par l'administration par l'introduction de sous-districts sanitaires et l'abolition des frais d'utilisation dans les établissements de santé publique. Les inégalités en matière de santé sont restées en grande partie inchangées au fil du temps en raison de l'aggravation des niveaux de pauvreté et de la fécondité en particulier parmi les populations les plus pauvres.

Conclusion: Le suivi des inégalités en matière de santé devrait être davantage mis en évidence comme étant une partie importante de la planification globale du secteur de la santé et veiller à ce que les données soient utilisées pour une action efficace. Les interventions les plus inéquitables devraient être prises en considération pour s'assurer que tous les groupes sociaux sont atteints.

Session Parallèle 2-3 Assurance-Maladie Communautaire

Analyse des Régimes Communautaires d'Assurance-Maladie (CBHIS): Expériences du Nigéria et du Ghana.

**Ifeanyi Nsofor, **Nanlop Ogbureke, **Charles Usie
*EpiAFRIC_ABUJA Nigeria, **Christian Aid*

Contexte: La pauvreté peut prédisposer un ménage à des risques de santé, ce qui peut aggraver davantage son statut socio-économique par une diminution de la productivité et des dépenses élevées en soins de santé. La couverture sanitaire universelle garantit que les personnes ne subissent pas de dépenses de santé catastrophiques en améliorant l'accès, l'abordabilité et la qualité des soins.

Buts et objectifs: L'objectif de l'étude était d'explorer les perceptions, les obstacles et les possibilités d'établir une assurance communautaire.

Méthodes: Une étude qualitative avec des entretiens approfondis et des discussions de groupe avec les parties prenantes des CBHIS existantes et proposées, y compris des représentants des centres de santé primaires, des HMO, du régime national d'assurance maladie (NHIS) au niveau des États et des pays, membres de la communauté.

Principaux résultats: Le rôle du NHIS dans la CBHIS pour le Nigéria est l'un des deux régulateurs et un réalisateur avec des lacunes importantes dans les deux fonctions. Ces insuffisances qui comprennent l'utilisation de modèles financés par l'impôt avec des copaiements, s'est révélé un moyen inefficace et peu fiable pour financer les soins de santé au Nigéria. La situation est aggravée par la structure fédérale fragmentée et par l'absence de délimitation des responsabilités entre les différents paliers de gouvernement. Bien qu'il y ait eu quelques projets réussis, le financement de la CBHIS reste un défi en raison du niveau élevé de subventionnement par le gouvernement et les donateurs. En profondeur, l'engagement de la communauté avec les bénéficiaires est crucial pour l'adhésion, de même que la taille de la marge de risque pour le succès du régime. Un ensemble de prestations détaillées, la qualité des soins de santé fournis, les coûts administratifs, de suivi et d'évaluation et la relation entre le promoteur du régime et les HMO sont importants pour recruter et garder les inscrits. Globalement, la volonté politique et la confiance sont essentielles au succès du système.

Principales conclusions: Un partenariat gouvernemental solide est impératif pour la mise en place de la CBHIS. C'est particulièrement important compte tenu de la forte probabilité que le principal point de service pour la plupart des régimes sera une installation de SSP gérée par le gouvernement. Le rôle du gouvernement variera selon la collectivité.

Gagner la confiance des membres est aussi essentiel que le soutien du gouvernement. La nécessité d'études factuelles, sanitaires et démographiques ne peut être oubliée.

Les groupes d'épargne communautaires peuvent-ils inaugurer l'assurance-maladie communautaire dans les zones rurales ? Une étude de cas de trois districts en Ouganda de l'Est.

MUTEBI ALOYSIUS & Dr. Elisabeth Ekirapa Kiracho Makerere University School of Public Health

Contexte : Un groupe d'épargne est un groupe que vous pouvez former avec vos voisins et amis pour résoudre des problèmes financiers en économisant de petites sommes d'argent ensemble. Bien que la formation de groupes d'épargne ait été identifiée comme l'un des moyens d'aider les ménages et les individus à épargner au niveau communautaire, les groupes d'épargne fournissent l'accès aux services financiers dans les secteurs particulièrement ruraux avec des options limitées quand il s'agit d'épargner pour des soins. Il a été observé que l'adhésion aux groupes d'épargne peut changer la vie financière en particulier des femmes et de leurs familles en élargissant leurs choix financiers et en ouvrant de nouvelles perspectives sociales et économiques.

Méthodes : L'étude a utilisé les agents du développement communautaire et les membres de l'équipe de santé du village pour mobiliser les membres de la communauté afin de former des groupes d'épargne. Entre temps dans ces groupes, les membres ont été formés pour créer la richesse et la santé. Le compte de santé était distinct de l'épargne générale du groupe et n'était utilisé que pour les questions relatives à la santé des familles respectives.

Resultats : Il a été noté dans les zones d'intervention que le nombre de groupes d'épargne a plus que doublé, passant de 431 à 915 entre septembre 2013 et décembre 2016 en raison de la mobilisation réussie et de la sensibilisation. Il a également été pointé que certaines zones qui n'avaient aucun groupe d'épargne au début de l'étude en avaient au moins un, avec

l'adhésion d'au moins 15 personnes. Sur les 915 groupes d'épargne, 22% avaient au moins un membre adhérent à la MNH alors que le reste a encore épargné en tant qu'individus ou familles.

Discussion: L'effort de démarrage d'un compte de santé dans chaque groupe d'épargne a montré une réponse très positive étant donné qu'il n'a duré qu'un an. Avec la sensibilisation et la surveillance continue des groupes d'épargne par des agents de développement communautaire, il y a grand espoir que cela puisse servir de forme d'assurance-maladie dans les zones rurales où ce système n'existe pas.

Conclusions: Ces résultats témoignent du fait que les communautés rurales peuvent adapter les groupes d'épargne comme étant une forme d'assurance maladie qui ne les oblige pas à subir toutes sortes de bureaucraties de travail de papier et de voyage vers et depuis les villes. Il peut être géré localement avec peu de supervision. Avec plus de formation des chefs de groupe dans les compétences en gestion et en leadership, les groupes peuvent très bien gérer les épargnes.

Évaluation de la viabilité d'un Régime d'Assurance-Maladie Communautaire (CBHI) en vue de la protection des risques financiers dans trois pays africains : Une analyse systématique.

Ochoma, Ogonnia Godfrey, Département de l'Administration et de la Gestion de la Santé, Faculté des Sciences et de la Technologie de la Santé, Collège de Médecine, Campus Enugu, Université du Nigéria, Nsukka.

Contexte, but et objectif : Parmi tous les risques auxquels sont confrontés les ménages pauvres, les risques de santé constituent la plus grande menace pour leur vie et leur subsistance. L'une des façons dont les communautés pauvres gèrent les risques de santé, en combinaison avec les services de santé financés par le public, est le régime d'assurance-maladie communautaire (CBHI). Le financement des soins de santé par le biais de la CBHI est un concept croissant en Afrique subsaharienne, et cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité de trois de ces régimes pour voir s'ils améliorent l'accès aux soins de santé et réduisent la charge financière de leurs membres dans le cas de la maladie et s'ils stabilisaient les revenus des membres et contribuaient à préserver les gains lorsqu'ils tombent malades.

Méthodes : Afin de permettre cette révision systématique, des études de données primaires présentant des préoccupations éprouvées en matière de méthodologie et de conception ont été choisies, notamment l'inscription au régime d'assurance-maladie communautaire et le montant qu'ils ont établi pour fournir des risques financiers en vue de la protection à temps des membres en cas de besoin en Afrique. Identification des données : les bases de données suivantes ont été recherchées : Google Scholar, Pub-Med et Embase/MEDLINE. Critères de sélection : les critères d'inclusion pour les études à examiner comprennent : 1) des raisons claires pour l'établissement de la CBHI ; 2) l'efficacité du programme en tant que protecteur du risque financier en cas de besoin, entre autres. Extraction des données pour l'analyse : à l'aide d'un formulaire d'extraction de données adapté de Greenhalgh et al (2005), les études sélectionnées ont été résumées en fonction de leur conception d'étude, des questions de recherche et du contexte de recherche sur la couverture, les constatations et la validité de leurs conclusions. La recherche électronique a donné 521 références. Les documents méritaient leur plein examen après l'analyse de leur titre et de leur résumé. Parmi les articles identifiés comme potentiellement pertinents pour les questions de recherche, 41 ont été examinés et ont, par conséquent, produit trois documents provenant du Sénégal, du Rwanda et du Nigéria qui satisfaisaient tous les critères d'inclusion.

Résultats : les résultats de l'examen ont été mitigés. Les résultats semblent confirmer l'hypothèse des chercheurs selon laquelle le financement communautaire par le biais du paiement anticipé et du partage des risques réduit les obstacles financiers aux soins de santé. Les strates de « revenu supérieur » tendent à participer plus que le groupe moyen, pour incapacité à payer la prime d'assurance exigée. La couverture limitée offerte par les régimes constitue une menace de maladie catastrophique, ce qui est suffisant pour conduire les individus et les familles dans la pauvreté. L'amélioration de l'acceptabilité de l'assurance-maladie communautaire (CBHI) qui élargit l'effectif et les marges de risque plus larges doit être considérée comme un facteur de mise en œuvre et de durabilité.

Mutuelles de santé et financement des dépenses de santé au sein des familles au pays Gouro en Côte d'Ivoire

Baudelaire Ange BATE, Etudiant en Master II option santé en Sociologie Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan Côte d'Ivoire

Contexte : Les politiques de santé publique mise en œuvre en Côte d'Ivoire depuis de longues années n'ont pas permis d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé. A l'heure des Objectifs du Développement Durable (ODD), la majorité de la population peine encore à accéder aux soins de santé. Les disparités d'accès aux soins de santé sont toujours prégnantes. Les mutuelles de santé au-delà de leur impact sur l'amélioration du système de santé, engendrent des transformations dans la gestion de la santé au niveau familial. Les trois obstacles à l'accès aux soins des populations (géographique, financier et socio-culturel) demeurent toujours vivaces selon les travaux de Doumbouya (2008). En effet, le coût d'accès élevé aux soins de santé modernes combiné à la pauvreté des ménages constitue un facteur majeur à l'accessibilité aux soins.

Objectif : Notre recherche analyse la place des mutuelles de santé dans la promotion de l'équité sociale au sein des familles dans le Centre Ouest de la Côte d'Ivoire chez le peuple Gouro. La problématique générale de cet article trouve sa pertinence dans l'analyse du financement des dépenses de santé au sein des familles. Dans un contexte de rareté des ressources, de monétarisation de l'accès aux soins et de responsabilisation des femmes quant à la prise en charge des soins de santé, les mutuelles opèrent des transformations et des remises en causes des rôles sociaux attribués à chaque sexe.

Méthode : Cette recherche adopte une démarche méthodologique qualitative qui combine pour la collecte des informations, l'analyse documentaire, les récits de vie, l'observation directe et les entretiens individuels approfondis.

Résultat : La triangulation du corpus empiriques dans la perspective théorique de la construction sociale des rôles du genre de Vidal (2008) révèle que l'opérationnalisation des mutualités au pays Gouro a contribué à une redéfinition des rôles de genre en matière de gestion des soins de santé familiale. Avec l'avènement des mutuelles de santé, les rôles en matière de santé familiale antérieurement dévolus exclusivement aux femmes Gouro, sont en pleine mutation et sont désormais partagés entre homme et femme au sein du couple.

Conclusion : Les mutuelles de santé entrent dans la sphère privée et transforment les rapports hommes et femmes autour de la santé où les hommes prennent de plus en plus une place prépondérante dans les soins de santé familiale.

Impact de l'Assurance-Maladie Communautaire sur l'utilisation des services de santé préventifs en Ouganda rural.

AfHEA 5ème Conférence (Accra 2019) Garantir les Soins de Santé Primaires pour tous: base pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Afrique

Emmanuel Nshakira Rukundo ^{1,2*}, Essa Chanie Mussa ¹, Nathan Nshakira ³, Nicolas Gerber¹ Joachim von Braun¹

¹Center for Development Research (ZEF) University of Bonn. Genscherallee 3, 53117 Bonn

²Institute for Food and Resource Economics, University of Bonn. Nussallee 19, 53115 Bonn

³Kabale University, P o Box 317 Kabale, Uganda

Contexte : Les régimes communautaires d'assurance-maladie (CBHI) sont apparus comme des voies de protection de la santé universelle dans les pays en développement. L'examen a mis l'accent sur leur impact sur la protection financière et sur l'utilisation des services de santé curative. Cependant, on sait très peu de leurs effets possibles sur l'utilisation des services de santé préventifs et des stratégies, et pourtant les pays en développement continuent de porter un fardeau de maladies facilement évitables.

Méthodes : Pour comprendre si cet effet existe, nous effectuons une enquête intersectorielle sur 464 ménages provenant de communautés desservies par un vaste programme de CBHI dans les régions rurales du sud-ouest de l'Ouganda. Nous appliquons la pondération de probabilité inverse du score de propension pour évaluer les effets quasi expérimentaux.

Résultats : Nous constatons que pour les ménages participant à la CBHI, les probabilités d'utiliser des moustiquaires, le traitement de l'eau potable, la supplémentation de la vitamine A, le fer et le déparasitage des enfants ont augmenté de 27.8, 24.9, 20.7 et 28 % respectivement. En outre, l'effet de traitement moyen sur le patient était également expressif pour les moustiquaires à long terme, la supplémentation de la vitamine A, de fer et le déparasitage. Nous supposons que cet effet est en partie dû à la diffusion de l'information et à l'apprentissage social au sein des groupes.

Conclusions : Ce travail donne un aperçu des effets plus larges de la CBHI dans les pays en développement, au-delà de la protection financière et de l'utilisation des services hospitaliers. En Ouganda et dans d'autres pays en développement, les décideurs devraient envisager d'intensifier les programmes d'assurance non seulement pour la mobilisation des ressources pour la santé, mais aussi pour amener les services de santé préventifs à s'intensifier.

Session Parallèle 2-4 Médicaments / Remèdes

Impact de l'Assurance-Maladie Communautaire sur l'utilisation des services de santé préventifs en Ouganda rural.

Emmanuel Nshakira Rukundo ^{1,2*}, Essa Chanie Mussa ¹, Nathan Nshakira ³, Nicolas Gerber¹ Joachim von Braun¹

¹Center for Development Research (ZEF) University of Bonn. Genscherallee 3, 53117 Bonn

²Institute for Food and Resource Economics, University of Bonn. Nussallee 19, 53115 Bonn

³Kabale University, P o Box 317 Kabale, Uganda

Contexte : Les régimes communautaires d'assurance-maladie (CBHI) sont apparus comme des voies de protection de la santé universelle dans les pays en développement. L'examen a mis l'accent sur leur impact sur la protection financière et sur l'utilisation des services de santé curative. Cependant, on sait très peu de leurs effets possibles sur l'utilisation des

services de santé préventifs et des stratégies, et pourtant les pays en développement continuent de porter un fardeau de maladies facilement évitables.

Méthodes : Pour comprendre si cet effet existe, nous effectuons une enquête intersectorielle sur 464 ménages provenant de communautés desservies par un vaste programme de CBHI dans les régions rurales du sud-ouest de l'Ouganda. Nous appliquons la pondération de probabilité inverse du score de propension pour évaluer les effets quasi expérimentaux.

Résultats : Nous constatons que pour les ménages participant à la CBHI, les probabilités d'utiliser des moustiquaires, le traitement de l'eau potable, la supplémentation de la vitamine A, le fer et le déparasitage des enfants ont augmenté de 27.8, 24.9, 20.7 et 28 % respectivement. En outre, l'effet de traitement moyen sur le patient était également expressif pour les moustiquaires à long terme, la supplémentation de la vitamine A, de fer et le déparasitage. Nous supposons que cet effet est en partie dû à la diffusion de l'information et à l'apprentissage social au sein des groupes.

Conclusions : Ce travail donne un aperçu des effets plus larges de la CBHI dans les pays en développement, au-delà de la protection financière et de l'utilisation des services hospitaliers. En Ouganda et dans d'autres pays en développement, les décideurs devraient envisager d'intensifier les programmes d'assurance non seulement pour la mobilisation des ressources pour la santé, mais aussi pour amener les services de santé préventifs à s'intensifier.

Consommations et dépenses en médicaments antidiabétiques de 2016 à 2017 par des bénéficiaires d'une mutuelle santé en Côte d'Ivoire

Agbaya OGA, KOUAME Jérôme, KOFFI Kouamé, Université Félix Houphouët-Boigny – Abidjan

Introduction Selon la Banque Mondiale, il faut investir dans la Couverture Universelle de Santé en Afrique où la mortalité maternelle et infantile reste élevée, de même que les carences nutritionnelles alors que nombre de systèmes de santé ne peuvent faire face aux épidémies et au fardeau croissant de maladies chroniques telles que le diabète. L'objectif dans cette étude était de décrire la distribution de la consommation d'antidiabétiques et les dépenses qui y sont associées à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire.

Méthodes Il s'agit d'une analyse rétrospective des données relatives aux paiements pour des médicaments antidiabétiques par la Mutuelle. Ont été inclus dans l'étude les adhérents et bénéficiaires ayant effectué au moins un achat de médicament antidiabétique en 2016 ou 2017 dont le bon de produits pharmaceutiques été traité à la Mutuelle. Les consommations ont été exprimées en doses définies journalières (DDJ)/patient/trimestre. Les dépenses moyennes mensuelles ont été estimées à partir des prix publics de vente de chaque médicament dans les officines privées de Côte d'Ivoire. Les données ont été acquises sur des tableurs Excel et analysées à l'aide du logiciel R studio.

Résultats Des médicaments antidiabétiques ont été retrouvés pour 10038 mutualistes âgés de 21 à 86 ans avec une moyenne d'âge de $54,65 \pm 10,39$ ans. L'on notait une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,29. Sur la période d'étude, 102792 lignes d'antidiabétiques ont été traitées dont 81,77% correspondaient à des antidiabétiques oraux.

Parmi ces médicaments, le gliclazide était la molécule la plus utilisée, suivie du glimépiride, de la metformine et de l'insuline. La consommation de gliclazide a connu une hausse de 2,96% (de 171,38 à 176,46 DDD/patient/trimestre) avec un pic (176,46 DDD/

patient/trimestre) au troisième trimestre de l'année 2017. Les consommations de glimépiride, de metformine et d'insuline ont baissé, respectivement de 20,38% (de 154,63 à 124,12 DDD/ patient/trimestre), 7,18% (de 117,09 à 108,01 DDD/ patient/trimestre) et de 7,75%(136,58 à 126,77 DDD/ patient/trimestre).

Les dépenses mensuelles moyennes qu'occasionnaient ces traitements ne variaient, que très peu au cours du temps. Elles étaient plus élevées pour la sitagliptine (34435 F/mois), l'insuline (24985,0069 F/mois) et la vildagliptine (22058,2821 F/ mois).

Conclusion Les consommations des antidiabétiques dans cet échantillon de bénéficiaires d'une mutuelle de santé pour l'accès aux médicaments apparaissent proches des consommations observées dans des pays à système d'assurance maladie étendu.

Mots-clés Diabète sucré, utilisation de médicaments, dose définie journalière, Côte d'Ivoire

Évaluation de l'utilisation rationnelle des médicaments (RUM) dans les pharmacies communautaires au Ghana.

Brenda Yayra Opong¹, Justice Nonvignon², Moses Aikins², Genevieve C. Aryeetey²

¹Pharmacy Council, P.O. Box, AN 10344, Accra North

²Université du Ghana, Collège des Sciences de la Santé, Ecole de la Santé Publique. Legon, Ghana

Introduction: L'utilisation rationnelle des médicaments (Rational Use of Medicines - RUM) pour toutes les affections médicales est un élément essentiel dans la réalisation de la qualité de la santé et des soins médicaux pour les patients. Pourtant, plus de 50% de tous les médicaments dans le monde sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée. Garantir la disponibilité, l'abordabilité et l'utilisation rationnelle des médicaments de qualité est un sujet de préoccupation dans les pays en développement. L'utilisation irrationnelle des médicaments affecte la qualité des soins de santé et a des implications sur l'efficacité des médicaments. Les pharmacies communautaires constituent une source vitale d'information sur l'usage de médicaments pour les membres de la communauté et devraient favoriser l'utilisation sécuritaire des médicaments.

Objectifs: L'étude visait à évaluer l'utilisation rationnelle de la qualité et des médicaments accessibles dans les pharmacies communautaires de la municipalité de Ledzokuku-Krowor à Accra, en utilisant les indicateurs de base de l'installation de niveau II de l'OMS.

Méthodes: Une conception transversale descriptive employant la méthode quantitative a été employée pour prendre des données prospectives de 6 pharmacies communautaires et 180 clients. L'étude a adopté les indicateurs de base des installations de niveau II de l'OMS pour mesurer l'utilisation rationnelle des médicaments, principalement l'accès aux médicaments, la disponibilité des médicaments, la tarification des médicaments, l'abordabilité et les soins aux patients. Différents classements ont été générés pour chacun des cinq domaines, comme stipulé dans les lignes directrices.

Résultats: La majorité (53,3%) des patients pour lesquels des médicaments étaient destinés étaient de sexe féminin alors que les personnes âgées de 30-59 ans étaient majoritaires (46,7%). Environ 98,8% des clients se sont rendus à la pharmacie communautaire en moins d'1 heure et à un coût 0,42 fois le salaire journalier du salarié le moins rémunéré. La disponibilité des principaux médicaments essentiels était élevée (92,2%) et aucun médicament expiré n'a été trouvé dans l'un des dispensaires. Ces médicaments ont été conservés dans des conditions marquant 80%. Le ratio de prix médian (MPR) de tous les médicaments enquêtés variait de 0,13 à 26,11, ce qui impliquait que les médicaments

étaient vendus à une fourchette de 0,13 fois plus faible et 26,11 fois plus élevé que le prix de référence international. Autant que 60,83% des médicaments sur ordonnance ont été achetés sans ordonnance. L'étiquetage des médicaments dans la municipalité était faible-58,9%, bien que 88,2% d'entre eux avaient des connaissances suffisantes sur la façon de prendre leurs médicaments. Le coût moyen des médicaments achetés était de 0,73 fois le salaire journalier du salarié le moins rémunéré du gouvernement.

Conclusion: Le niveau de l'utilisation rationnelle des médicaments dans les pharmacies communautaires s'est révélé être une bonne chose, bien qu'il y ait eu des performances sous-optimales majeures concernant certaines pratiques de soins aux patients.

Mots-clés : utilisation rationnelle des médicaments, pharmacies communautaires, accès, disponibilité, prix des médicaments, abordabilité, soins aux patients.

Formation à l'État d'Anambra des agents de santé primaires sur la gestion de la médecine et la fourniture d'outils de gestion : Etapes vers le renforcement des systèmes de santé pour la prestation des soins de santé primaires.

Chinyere.C. Okeke, Groupe de recherche sur les politiques de santé, département de pharmacologie et de thérapeutique, Collège de médecine, Université du Nigéria Enugu-campus, Enugu, Nigeria

Contexte: Les médicaments sont des déterminants clés de la santé de la population et de la confiance de la société dans la qualité et la viabilité des systèmes de santé. La disponibilité est une mesure de la performance des structures de santé et cela est facilité par la présence d'outils essentiels de gestion des stocks au niveau des soins de santé primaires (SSP) qui est le premier port d'appel pour la majorité de la population. La plupart des SSP sont situés dans les zones rurales qui ont été négligées au fil des ans, bien qu'abritant un plus grand pourcentage de la population de l'État.

La gestion de la médecine est l'ensemble des pratiques visant à assurer la disponibilité en temps opportun et l'utilisation appropriée de médicaments sûrs, efficaces et de qualité, ainsi que de produits et services connexes dans n'importe quel environnement de soins de santé. Il implique la sélection, la quantification, l'approvisionnement, le stockage et la distribution. Son utilisation nécessite une prescription, un conditionnement, une distribution et un counseling adéquats, et ces tâches exigent des agents de santé qualifiés ou d'autres personnels compétents possédant des compétences appropriées.

Buts et Objectifs: Cette étude visait à évaluer l'effet de la formation des agents de la santé primaire et la fourniture d'outils de gestion des stocks de médicaments pour des pratiques efficaces de gestion des médicaments dans les centres de santé primaires de l'état d'Anambra.

Méthodes : L'étude a été entreprise dans 132 centres de SSP dans l'état d'Anambra, au sud-est du Nigeria. L'intervention comprenait la fourniture de cartes de stock de médicaments et la formation sur la gestion des médicaments essentiels. Les données ont été recueillies à l'aide d'une liste de vérification observationnelle, un questionnaire testé à l'avance et adressé aux agents de santé chargés des installations avant l'intervention et six mois après l'intervention et des entretiens approfondis. Les données ont été analysées à l'aide du SPSS et de l'analyse manuelle du contenu.

Résultats : Six mois après l'intervention, sur les 132 structures, la note de connaissances s'est améliorée de 31 (23,5%) à 97 (73,5%), tandis que la note de pratique s'est améliorée de 40 (30,3%) à 81 (61,4%) et les deux ont été statistiquement significatives (P = 0,000.). On a

constaté que les scores et l'écart-type avant et après pour la connaissance ($6.10 \pm 2,48$ et 10.00 ± 2.24) et la pratique (de l'administration de la médecine) et de la méthode de la gestion des médicaments étaient statistiquement significatifs aussi.

Les raisons des pratiques actuelles ont été trouvées à partir d'interviews approfondies vu le manque de formation et de supervision, de soutien et aussi le manque d'approvisionnement régulier et l'harmonisation des outils de stock de médicaments dans l'État.

Conclusion : La formation a entraîné une réduction de stocks de médicaments, l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des stocks de médicaments et le stockage adéquat et la prescription de médicaments. Il est donc recommandé que de telles formations et interventions soient mises à l'échelle dans tous les SSP afin d'assurer la disponibilité de médicaments de qualité.

Disponibilité et accessibilité des médicaments dans le cadre du Financement Basé sur les Performances (FBP): Enseignements tirés de Trois Projets d'Investissement en Santé dans les États pilotes au Nigéria (NSHIP).

Muhammed Abubakar, Binta A. Ismail, Territoire de la capitale fédérale (FCT) – (Agence nationale de développement des soins de santé primaires) (NPHCDA), Abuja

Introduction: Les médicaments occupent un rôle stratégique dans un système de santé. Dans la perspective économique, les médicaments sont des exigences dérivées: consommés pour le maintien de la santé, la prévention de la mauvaise santé, le traitement des maladies et la gestion des complications chroniques qui pourraient conduire à plus de souffrance, morbidité et mortalité. C'est donc l'un des indicateurs utilisés pour évaluer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé. En tant que tel, l'utilisation opportune des médicaments est impérative dans tous les systèmes de prestation de soins de santé donnés. Cela explique l'augmentation rapide de la liste des médicaments essentiels à partir de 204 molécules, lorsqu'elle a été développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1977 à environ 374 molécules au 2013. Des évidences ont montré que la disponibilité des médicaments a révééré une épidémie de « maladies tueuses » (VIH/sida, paludisme, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, maladies infantiles, maladies diarrhéiques). La réalisation des besoins en médicaments essentiels pourrait améliorer les chances du pays d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Toutefois, des progrès souhaitables n'ont pas été accomplis dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris le Nigéria, malgré plusieurs interventions et, par conséquent, la UHC peut devenir un vœu pieux. Par conséquent, le gouvernement nigérian a entamé le projet pilote de financement basé sur la performance (FBP) dans le cadre du programme d'investissement en santé de l'État du Nigéria (NSHIP) dans les trois États sélectionnés et a introduit des mesures pour assurer la disponibilité continue des médicaments dans les États d'exécution du projet. Le présent document évalue donc l'effet du PBF sur la gestion efficace des médicaments essentiels (EMM).

Matériel et Méthodes: L'accès équitable au cadre des médicaments essentiels de l'OMS a été adapté et utilisé pour évaluer l'accès aux médicaments dans les États de mise en œuvre du FBP dans les États du Nigéria. Tous les établissements de santé des LGA pré-pilote sont échantillonnés dans les trois États du projet. Pour l'évaluation, on a recueilli des renseignements sur le financement des médicaments dans le cadre du FBP, la préemption

des médicaments, la consommation de médicaments des patients indigents (vulnérables ou pauvres) et la liste des médicaments traceurs. Des statistiques descriptives simples (moyennes/moyennes, pourcentages, représentations graphiques) ont été utilisées pour l'analyse des données.

Résultats: L'étude a révélé que plus de 95% des structures de santé échantillonnées par le FBP ont une gestion efficace des médicaments essentiels : outils, financement, autonomie et supervision ; les patients indigents identifiés et confirmés ont un accès de 100% à tous les médicaments à coût nul ; la non-existence de péremption des médicaments et la communauté informée. L'étude a conclu que le PBF dans le cadre de la NSHIP a eu un impact significatif sur les médicaments essentiels sous-composant des systèmes de santé par rapport aux interventions précédentes telles que le Fonds renouvelable des médicaments (DRF), ce qui peut déclencher une feuille de route pour la CSU. L'étude recommandait que l'approche du FBP soit adoptée pour la gestion des médicaments essentiels au Nigéria.

Régulation panafricaine de l'Industrie Pharmaceutique via l'Agence du Médicament

Guy NJAMBONG, Sorbonne Business School - Université Paris 1

Mon sujet est d'importance sociétale, car d'une part, la recherche sur la régulation pharmaceutique transcontinentale est quasi inexistante, d'autre part, accompagner le développement de l'I.P. à l'échelle Africaine pour la fabrication/importation puis la dispensation de médicaments de qualité, selon des normes communes à l'ensemble du continent, va dans le sens d'allonger l'espérance de vie des africains.

Je souhaite analyser l'avènement de l'AMA, comprendre l'historique de la construction de l'Agence du Médicament Européen (EMA), de l'Agence du Médicament des Etats-Unis d'Amérique (USFDA) et celle de la Chine (CFDA), et ensuite faire un benchmark. Cela me permettra de tirer des leçons et proposer des recommandations pour l'avancement de la construction de l'AMA, au regard des théories économique et managériale. Egalement, comprendre les stratégies organisationnelle et budgétaire, la philosophie et modalité de régulation des agences, pourrait conforter ma vision.

Par ailleurs, ce travail à l'ambition d'aborder les préceptes de régulation de marché selon un positionnement hétérodoxe ainsi que les théories de l'Agence, selon une approche néo-institutionnaliste. Mais encore, ce travail sera dans la ligné afro-optimiste et panafricaniste.

Je me pose déjà de nombreuses questions : a) réfléchir et formaliser des recommandations pour la création de cette AMA, déjà sur la rampe de lancement, est-ce trop tard ? b) Si tel n'est pas le cas, qu'elle pourrait-être la résultante de l'instauration de cette AMA au niveau sociétale, si mes recommandations étaient prises en compte, avant, pendant ou après ? c) Qu'elle stratégie suivre pour que l'AMA impacte prioritairement le processus Africain de libre échange continentale ?

Mon sujet dans son dimensionnement intégral est à ce jour le suivant : « Pourquoi et comment, à l'échelle panafricaine, réguler l'I.P. et en quoi instaurer une Agence du Médicament Africaine, au lendemain de la signature du traité de libre-échange continentale, peut-elle contribuer à son développement autonome, pérenne et centré patient ? »

A cela, ma question centrale est de savoir en quoi l'Agence du Médicament Africain doit-elle être différente de l'EMEA et l'USFDA et comment doit-elle avoir une dimension de régulation économique et pas seulement pharmaceutique ?

Variations spatio temporelles dans l'utilisation des médicaments antipaludiques en Côte d'Ivoire de 2016 à 2017

Jérôme KOUAME, OGA Agbaya S S, KOFFI Kouamé, Université Félix Houphouët-Boigny - Abidjan

Contexte et Objectif L'incidence du paludisme peut varier, à différentes périodes de l'année, sous l'influence de facteurs environnementaux et climatiques. Les données de consommation des médicaments sont des ressources importantes pour appréhender ces variations saisonnières de l'endémie palustre. L'objectif de l'analyse présentée ici est de décrire les variations spatio-temporelles dans l'utilisation des médicaments antipaludiques en Côte d'Ivoire et d'estimer les dépenses qui y ont été rattachées.

Méthodes Il s'agit d'une analyse rétrospective des données relatives aux consommations et aux dépenses en médicaments antipaludiques, parmi les adhérents et bénéficiaires de la mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'état de Côte d'Ivoire (MUGEFCI). Ont été

inclus dans l'étude, des personnes de tous âges ayant consommé au moins un médicament antipaludique remboursé par la mutuelle, entre Avril 2016 et Décembre 2017. Les consommations ont été exprimées en nombre d'unités d'emballage officiel de médicaments équivalents à chaque DCI. Les variations spatiales étaient relatives au nombre de « boîtes » de médicaments utilisées dans chacune des 31 régions du pays. Les dépenses moyennes mensuelles ont été estimées pour chaque médicament à partir des prix publics en officine privée. Les données ont été acquises sur des tableurs Excel et analysées, de juillet à octobre 2018, à l'aide du logiciel R studio.

Résultats L'échantillon était composé de 315420 personnes âgées de 0 à 87 ans avec une moyenne d'âge de $26,38 \pm 19,88$ ans. 51,39 % de la population était de sexe masculin.

764867« boîtes » de médicaments antipaludiques ont été consommées sur la période d'étude. Il s'agissait, dans 74,18% des cas de médicaments à base d'artémether-luméfantine. Les consommations les plus importantes (38,36 %) ont été enregistrées dans le district d'Abidjan et ce pour, toutes les molécules et au fil du temps.

Les consommations ont connu une hausse graduelle depuis le deuxième trimestre 2016, jusqu'à atteindre le pic de 137967(18,04%) boîtes au dernier trimestre 2016. Elles ont ensuite continuellement baissé au cours de l'année 2017, de sorte que les tendances de consommation de l'année précédentes n'ont pas été reproduites.

Les dépenses moyennes mensuelles variaient de 1751 FCFA (pour l'artésunate) à 5503F CFA (pour l'artémether). Elles ont peu varié au cours du temps.

Conclusion La consommation des antipaludiques a connu des variations relatives à la population de bénéficiaires, l'accès aux soins, aux actions de maîtrise des dépenses par la Mutuelle.

Mots-clés : Paludisme ; Profil d'utilisation des antipaludiques ; Volume/prix ; Mutuelle de santé ; Côte d'Ivoire

Quels sont les avantages potentiels pour la santé et les implications politiques de la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la réduction de la consommation de sel au niveau de la population en 2025 ?

Leopold N. Aminde, M.D., Faculté de médecine, école de santé publique, l'Université du Queensland, l'Australie et l'enseignement de la recherche clinique, Networking and Consultancy (CRENC), Cameroun

Contexte : La mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires est plus importante dans les pays les moins avancés. Pour remédier à cette augmentation du fardeau des maladies non transmissibles, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé, entre autres, une réduction relative de 30% de la consommation de sel comme stratégie préventive pour réduire la pression artérielle et les maladies cardiaques. À ce jour, les évidences sur l'impact de cette stratégie politique en Afrique sont encore limitées.

Objectif: Evaluer l'impact potentiel sur la santé de la population si le Cameroun respecte cette recommandation de réduction du sel d'ici l'année 2025.

Méthodes : Avec 2016 comme année de base et les données de l'étude sur la charge de morbidité mondiale, nous utilisons un modèle proportionnel à différentes étapes pour estimer les changements de fardeau des maladies cardiaques au Cameroun sur 10 ans (de

2016 à 2025) si les populations réduisent leur consommation de sel. L'incertitude dans nos estimations a été évaluée à l'aide d'une analyse probabiliste de sensibilité.

Résultats : Si cette stratégie de réduction du sel est obtenue, notre modélisation prédit que, d'ici 2025, il y aura 15 500 (95% UI: 14 000 – 17 000) cas en moins d'incidents de cardiopathie ischémique (réduction de 7,3%), 5 000 (95% UI: 4 500 – 6 000) cas en moins d'hémorragie AVC (9,4% de réduction), 6 000 (95% UI: 5 800 – 6 200) cas en moins d'hypertension (réduction de 16,9%). La mortalité diminuera de 3 400 (95% UI: 3 000 – 3 800) pour les cardiopathies ischémiques (6,4% de réduction), 3 100 (95% UI: 2 700 – 3 500) pour les AVC hémorragiques (réduction de 9,5%) et 950 (95% UI: 900 – 1 100) pour les cardiopathies hypertensives (réduction de 15,7%). En outre, 29 000 (95% UI: 27 000 – 32 000) années de vies gagnées (HALY) seraient acquises. La probabilité de mortalité prématurée due à la maladie cardiaque diminuerait aussi logiquement et l'espérance de vie augmenterait pour les hommes et les femmes.

Conclusions : Des gains de santé substantiels pourraient être réalisés si les populations réduisaient leur consommation de sel conformément aux recommandations de l'OMS. Cela se traduirait par une réduction des dépenses de santé catastrophiques et une réduction des coûts de santé. Ces résultats sont très utiles pour les décideurs politiques du Cameroun et de l'Afrique qui travaillent à l'instauration de programmes universels de soins de santé et envisagent des mesures rentables pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

Session Parallèle 2-5 Économie de l'immunisation, du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida

Modélisation mathématique de l'inventaire des médicaments pour une gestion durable des pharmacies en Ouganda.

Paul Kizito, Senfuka Christopher**, Maureen N Ssempijja****

Kyambogo Kampala, *Kabaale University, *Kyambogo University*

De nos jours, avec le marché rapide et compétitif, les pharmacies ont besoin de tous les apports mis à leur disposition pour assurer le succès dans la planification et la gestion de l'inventaire des médicaments sous la demande contingente. En Ouganda, la capacité de maintenir un inventaire rentable des médicaments dans les pharmacies communautaires nécessite une attention particulière. Le document vise à établir un modèle optimal d'inventaire des médicaments des services pharmaceutiques durables en Ouganda. L'objectif de ce document est de déterminer les politiques optimales de réapprovisionnement des médicaments afin que les exigences des clients soient satisfaites au moindre coût. Un modèle d'inventaire est donc proposé qui maximise les politiques de reconstitution d'un système de contrôle périodique des stocks de médicaments sous la demande aléatoire; avec un accent particulier sur les médicaments contre le paludisme dans les pharmacies communautaires ougandaises. Nous expliquons un modèle de processus de décision de Markov à l'état fini où les états d'une chaîne de Markov représentent des états possibles de la demande de médicaments. Le document élabore la matrice de coûts totaux de reconstitution, de détention et de pénurie qui est générée; représentation de la durabilité des performances pour le problème du processus de décision de Markov. Le document examine deux politiques de reconstitution essentielles qui sont pertinentes pour le

problème de l'inventaire des médicaments en vue de la gestion durable de la pharmacie: (1) reconstituer des unités supplémentaires de médicaments pour l'inventaire versus (2) ne pas reconstituer des unités supplémentaires de médicaments pour l'inventaire. En utilisant la programmation dynamique, les politiques optimales de reconstitution des médicaments sont déterminées sur un horizon de planification de période finie. Les résultats préliminaires indiquent l'existence d'une politique optimale de reconstitution des médicaments dépendant de l'état et les coûts d'inventaire associés encourus par la pharmacie choisie dans l'étude de cas. Comme une stratégie pour optimiser l'inventaire des médicaments pour la gestion de la pharmacie durable sous l'incertitude de la demande, les efforts de calcul de l'utilisation des processus décisionnels de Markov montrent des résultats prometteurs. Le modèle d'inventaire aléatoire proposé peut améliorer les services pharmaceutiques grâce à la livraison rapide de médicaments afin de soutenir la gestion durable de la pharmacie en Ouganda.

Dossier d'investissement pour l'accélération du programme de vaccination plus au Bénin (2018-2023)

Bakeu Ganhoko Jean-Macaire

Objectif L'objectif principal de cette étude est d'élaborer un plan d'investissement pour fournir des arguments de plaidoyer en vue de la mobilisation d'un financement additionnel en vue de l'accélération du programme de vaccination plus au Bénin.

Objectifs spécifiques Les objectifs spécifiques s'articulent autour des points suivants :

Faire une estimation des coûts et impacts additionnels pour l'accélération de la PEV de routine ;

Développer des scénarii réalistes pour accélérer le programme de vaccination plus ;

Méthode L'élaboration de l'investissement case a été facilité par l'usage de la plateforme EQUIST et de l'outil OneHealth (OHT). Equist est un outil qui permet de déterminer les populations défavorisées, pourquoi elles sont défavorisées, l'analyse des goulots et quelles combinaisons d'interventions à haut impacts fondées sur des données probantes et des stratégies de renforcement des systèmes de santé, produiraient les meilleurs résultats. Alors que l'OHT permet de déterminer le budget et les impacts en termes de vies de sauvées par antigène et par intervention.

Trois scénarii sur la base des indicateurs composites ont été adoptés. Pour tenir compte de l'équité, permettant la priorisation des régions, plusieurs critères tels que le taux de couverture vaccinale, le taux de mortalité (sévérité) et le nombre d'enfants décédés (grandeur) ont été définis et ont permis de sélectionner des régions prioritaires suivant 3 pôles pour la modélisation.

- Le scénario1 est composé des régions de Alibori, Couffo, Ouémé et Plateau.
- Le scénario 2 regroupe les régions du pôle 1 auquel s'ajoutent les régions de Atlantique, Borgou, Collines et Zou.
- Le scénario 3, prend en compte toutes les régions.

Résultats La stratégie d'investissement proposée dans ce document pour le plaidoyer dans la mobilisation de ressources additionnelles pour la vaccination plus au Bénin pourrait permettre de sauver 1838 enfants d'ici 2023 pour l'ensemble des trois scénarii. Et en considérant d'atteindre un objectif de couverture de 90% d'ici 2023 pour le penta3, le nombre d'enfants non vaccinés, serait réduit en passant de 113 597 enfants non vaccinés en penta 3 en 2018 à 51 105 enfants non vaccinés en 2023 au niveau national. Et les coûts

additionnels nécessaires à l'atteinte de ces résultats sont estimés en moyenne à 3,65 \$ US par habitant, soit 2005 FCFA par habitant.

Conclusion L'Investment case est un outil de plaidoyer, qui permet d'allier équité au budget et aux impacts des interventions. Il permet de mobiliser des ressources additionnelles pour le renforcement des systèmes de santé.

Mots clés Investment case, vaccination plus, Renforcement du Système de Santé, coût par vie sauvées

Impact et rentabilité de la vaccination antirotavirus dans 73 pays de l'Alliance GAVI.

Clint Pecenka, PATH Seattle

Contexte et objectifs: La vaccination est une pierre angulaire des réductions rentables de la mortalité infantile et les SSP un outil essentiel pour poursuivre le progrès de la santé à l'échelle mondiale. Les précédentes analyses coût-efficacité de la vaccination antirotavirus ont révélé que cette vaccination était très rentable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à travers le monde et en particulier en Afrique. Depuis les dernières estimations du rapport coût-efficacité de la vaccination antirotavirus dans les pays de l'Alliance GAVI, de nombreux changements ont été apportés aux tendances mondiales et de nouveaux éléments de preuve sont maintenant disponibles. La mortalité par rotavirus a diminué, passant de 528 000 à 215 000 décès dans le monde, les pays ont connu une croissance économique, d'autres pays ont adopté des vaccins antirotavirus, les prix des vaccins antirotavirus ont diminué et de nouveaux produits entrent sur le marché. Le but de cette étude est de réévaluer l'impact et la rentabilité de la vaccination antirotavirus dans les pays de l'Alliance GAVI, et en particulier, en Afrique, à la lumière de ces changements et de la poussée vers la CSU.

Méthodes: Cette analyse évalue les coûts et les avantages de la vaccination contre le rotavirus projeté dans 10 cohortes de naissance de 2018 à 2027 dans 73 pays GAVI en utilisant le modèle UNIVAC de PROVAC récemment développé. Nous suivons les avantages et le coût de la vaccination pour ces cohortes au cours des cinq premières années de vie. Au cours de la période d'analyse, les individus peuvent ou ne peuvent pas attraper une maladie à rotavirus. S'ils attrapent une maladie à rotavirus, elle peut être non sévère ou sévère. La maladie non sévère se traduit par une récupération avec ou sans soins ambulatoires. La maladie grave entraîne la guérison ou la mort avec ou sans soins ambulatoires ou hospitalisation. Nous prenons également en compte les cas potentiels d'intussusception liés à la vaccination antirotavirus.

Résultats: L'analyse évalue le nombre de cas de gastro-entérite à rotavirus, les visites ambulatoires, les hospitalisations et les décès prévenus par le vaccin. Les résultats de l'analyse comprennent également les avantages économiques exprimés en termes de coût des soins évités. Le coût total des programmes de vaccination est également calculé. Les résultats du rapport coût-efficacité utilisent le ratio coût-efficacité incrémental (ICER), exprimé en \$ US par année de vie ajustée au handicap (DALY), évité selon le gouvernement et la société. Les résultats sont exprimés pour tous les pays, ainsi que pour la Région Afrique de l'OMS.

Conclusions: La vaccination antirotavirus reste très rentable dans tous les pays de l'Alliance, bien que bon nombre des tendances mondiales importantes contribuent à des ratios coût-efficacité plus élevés. Cette constatation est particulièrement pertinente pour les pays, dont

beaucoup en Afrique, confrontés à une pression budgétaire accrue en raison de la baisse de l'aide internationale et du désir d'atteindre des SSP avantageux.

Impact et rapport coût-efficacité de la vaccination maternelle au VRS dans les pays GAVI.

Clint Pecenka, PATH

Contexte et objectifs : La vaccination infantile est une pierre angulaire des réductions rentables de la mortalité infantile dans le monde. Au fur et à mesure que la mortalité infantile diminue, une part plus importante du fardeau mondial de la maladie est centrée sur les jeunes nourrissons et les femmes. Ces tendances ont accru l'intérêt pour les nouvelles interventions visant à remédier à cette charge, y compris la vaccination maternelle. Les vaccins maternels destinés à protéger les jeunes nourrissons du Virus Respiratoire Syncytial (VRS) sont à des stades avancés de développement et peuvent être disponibles dès 2023. GAVI, l'Alliance vaccinale envisage également des vaccins contre les VRS dans le cadre de la stratégie d'investissement vaccinale 2018. On estime que le VRS se traduira par environ 120 000 décès par an, principalement chez les jeunes nourrissons dans des milieux à faible ressource. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact et le rapport coût-efficacité de la vaccination maternelle au VRS dans les pays de l'Alliance GAVI et l'accent mis sur l'Afrique.

Méthodes : Cette analyse évalue les coûts et les avantages de la vaccination maternelle au VRS dans 73 pays de l'Alliance GAVI à l'aide d'un modèle de cohorte statique basé sur la population. Nous examinons les coûts et les impacts de 2023 à 2035 par rapport à l'absence d'intervention, du point de vue gouvernemental. Les intrants de la charge de morbidité ainsi que les intrants de coûts proviennent principalement des revues systématiques complètes récemment publiées. Les coûts sont exprimés en 2016 \$ US. Les coûts et les DALY ne sont pas actualisés.

Résultats : D'après les hypothèses de base dans les pays de l'Alliance GAVI, la vaccination maternelle au VRS évite près de 15 millions de cas, 3 millions d'hospitalisations et 150 000 décès. Au coût du vaccin de \$2 par dose, le coût annuel moyen du programme de vaccination dans tous les pays pour la durée de l'analyse a été estimé à environ \$211 millions. La valeur économique des soins évités était d'environ \$10 millions. Le ratio coût-efficacité incrémental (ICER) par année de vie ajustée au handicap (DALY) est estimé à \$185. Les résultats sont discutés pour tous les pays, ainsi que pour la région africaine.

Conclusions: La vaccination maternelle au VRS devrait être une intervention percutante et rentable dans les pays de l'Alliance GAVI et dans la Région Africaine. Alors que le calendrier des vaccins pour nourrissons devient de plus en plus confus et que la charge de morbidité se déplace vers les nouveau-nés, la vaccination maternelle offre la possibilité de protéger les jeunes enfants contre les maladies et peut aussi améliorer la santé maternelle.

Session 2-6 Evaluation économique des programmes de santé

Comparaison entre pays, des coûts des services de soins de santé et des facteurs de coûts dans des régions transfrontalières au Kenya, au Rwanda, en Ouganda et en Tanzanie

Agnes Gatome, Nairobi Abt Associates

Contexte: Les sources de dépenses privées représentent 20 à 49% des dépenses totales de santé des États partenaires de la communauté de l'Afrique de l'est (Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzanie et Ouganda). Les dépenses individuelles constituent entre 68-95% des dépenses privées, ce qui expose les ménages à des dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement. Avec des niveaux différents de couverture d'assurance (de 2% en Ouganda à 95% au Rwanda), les ministres de la santé de la CAE ont reconnu la nécessité d'améliorer les systèmes de protection sociale qui réduisent les barrières financières aux soins de santé. Le but de cette étude était de rassembler des données objectives, comparatives sur les coûts de soins de santé, d'un pays à l'autre, afin de mettre au point des systèmes de financement des soins de santé durables pour la région CAE.

Les méthodologie: Le projet de partenariats intégrés de santé transfrontalière financé par l'USAID a collecté des données sur les activités et les finances de juillet 2014 à juin 2015 dans 45 cliniques publiques et privées, centres de santé et hôpitaux situés à moins de cinq kilomètres de cinq sites transfrontaliers situés au Kenya, au Rwanda, en Ouganda et en Tanzanie. Le système de comptabilité de gestion pour les hôpitaux (SCGH) basé sur Excel a été utilisé pour analyser les données à partir du point de vue d'un prestataire et générer des coûts moyens par consultation externe et par jour d'hospitalisation dans 42 établissements de santé. SCGH utilise une approche descendante pour allouer tous les coûts des établissements aux services ambulatoires et hospitaliers. Les coûts unitaires des consultations externes et des lits d'hospitalisation sont calculés en divisant le coût total par service par le nombre de services fournis au cours de la période.

Résultats: Les résultats sont présentés par pays, par propriétaire et par niveau (clinique, centre de santé, hôpital) pour le coût par consultation externe et par jour d'hospitalisation. Les coûts unitaires ont varié considérablement d'un pays à l'autre. Les coûts unitaires des consultations externes étaient de 1,54-14,19 USD (Kenya), 3,09-4,11 USD (Rwanda), 0,69-11,05 USD (Ouganda) et 3,38-13,56 USD (Tanzanie). Les coûts unitaires d'hospitalisation par jour étaient de 20,37 à 49,00 USD (Kenya), de 14,64 à 17,24 USD (Rwanda) et de 4,97 à 20,38 USD (Ouganda). Les coûts étaient plus élevés dans les établissements privés que dans les établissements publics et dans les hôpitaux comparativement aux petites cliniques et centres de santé. La main-d'œuvre était le principal facteur de coût au Kenya et en Tanzanie, tandis que les médicaments et les fournitures contribuaient le plus aux coûts unitaires au Rwanda et en Ouganda. La contribution des médicaments et des fournitures aux coûts globaux était plus importante dans les hôpitaux que dans les centres de santé et les cliniques, reflétant ainsi la complexité accrue des services offerts dans les établissements de niveau supérieur. Dans tous les pays, la charge de travail était de 3 à 5 fois plus élevée dans les établissements publics que dans les établissements privés, avec des ratios de cliniciens allant jusqu'à 1/15 000 consultations externes dans des établissements publics, par rapport à 1/4 000 dans des établissements privés.

Conclusions: La mise en œuvre de systèmes de protection sociale dans la CAE nécessitera la mobilisation de ressources nationales provenant à la fois des sources publiques et privées et des systèmes bien structurés pour soutenir les fonctions de financement de la santé que sont la collecte de recettes, de leur mise en commun et les achats. Les résultats de cette étude peuvent appuyer les décisions d'achat en donnant un aperçu du coût des services de santé et des facteurs de coûts dans les pays et les différents niveaux d'établissements. En

outre, les résultats peuvent aider à la conception des systèmes de paiement des fournisseurs qui tiennent compte des différences de coûts entre les pays, la propriété et les niveaux et assurer un remboursement durable des prestataires. Enfin, les résultats peuvent augmenter les discussions sur la charge de travail, les normes de dotation en personnel et l'efficacité technique des établissements dans la région CAE.

Examen de l'impact économique du diabète de type 2 et du risque de dépenses catastrophiques chez une population de patients définie fréquentant un établissement de soins de santé tertiaire au Nigéria: conséquences pour la couverture de santé universelle

* Charles Ezenduka, ** Chisom C. Nwankwo

* Université Enugu du Nigeria, Campus Enugu, ** Université Nnamdi Azikiwe Awka, Nigéria

Contexte / Objectif: On sait peu de choses sur le fardeau économique du diabète et les conséquences sanitaires catastrophiques chez les patients atteints de DT2 au Nigéria. L'étude a évalué le fardeau économique du DT2, y compris les complications et les comorbidités, ainsi que le risque de dépenses de santé catastrophiques dans une population de patients définie.

Méthodes: Une étude sur le coût de la maladie basée sur la prévalence a été adoptée pour évaluer les coûts directs et indirects de la gestion des patients atteints de DT2 dans un établissement hospitalier universitaire. La collecte de données reposait sur une analyse rétrospective non interventionnelle des données sur les patients provenant des dossiers médicaux des patients diabétiques ainsi que sur des entretiens face-à-face à l'aide de questionnaires semi-structurés. La méthode de calcul ascendante des coûts a donné des informations pour l'identification et l'estimation du coût total et moyen des traitements directs et indirects. L'estimation des coûts indirects était fondée sur l'approche du capital humain. Le coût catastrophique a été mesuré à partir de la dépense de consommation non alimentaire des répondants (revenus) tandis que le statut socio-économique du groupe a été mesuré par le nombre d'articles ménagers détenus par les répondants. Les données ont été recueillies sur une période d'un an entre septembre 2016 et août 2017.

Résultats: Jusqu'à 359 patients ambulatoires diabétiques ont été inclus dans l'étude. Le coût total moyen (fardeau économique) de la maladie par patient était de 384 948,83 N (1 099,85 USD) par an, dont 86% (948,60 USD) de coûts directs et 14% (151,30 USD) de coûts indirects, soit une moyenne mensuelle de 91,61 USD par patient ambulateur diabétique (aux prix de 2017, environ N350 = 1 USD). La proportion la plus grande du coût, 17% ont été dépensés en médicaments, suivie des analyses de laboratoire (13%). Les coûts/ charges augmentent avec les comorbidités, les complications, la durée de la maladie. La majorité des patients (93%) s'est appuyée sur les dépenses de l'OOP pour financer le traitement avec seulement 6% qui sont des employés fédéraux rémunérés par l'assurance. Parmi les patients OOP, 9% ont payé grâce à la vente de propriétés, alors que dans l'ensemble, 65% des patients étaient exposés au risque de dépenses de santé catastrophiques au seuil de 40%, avec le quartile le plus pauvre touché à plus de 51%.

Conclusion: Les résultats indiquent que le diabète impose un lourd fardeau économique à la population nigériane, soumettant une proportion importante de personnes et de familles à faible revenu à des dépenses de santé catastrophiques et à des appauvrissements financiers. La hausse projetée des incidences du diabète, l'augmentation des coûts de soins et l'absence de protection contre les risques financiers réduisent l'accès aux soins ce qui aura des implications sur la réalisation des objectifs de la CSU. Il est nécessaire de disposer d'un

mécanisme de protection financière pour les patients diabétiques pour améliorer l'accès aux soins et réduire le fardeau économique.

Utilisation de la méthodologie du rendement social du capital investi (RSCI) pour évaluer l'optimisation des ressources des interventions de la santé publique en Afrique : Cas d'une évaluation de la formation en soins obstétricaux d'urgence par le RSCI au Kenya

Aduragbemi Banke-Thomas ^{1,2*}

¹Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science, London, WC2A 2AE, UK

²Centre for Maternal and Newborn Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, L3 5QA, UK

Contexte À l'échelle mondiale, on s'intéresse de plus en plus à la démonstration de l'optimisation des ressources des interventions à l'aide de diverses approches, y compris le rendement social du capital investi (RSCI), qui est une forme d'analyse coûts-avantages sociale. La formation aux Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) a été une stratégie clé pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Bien que généralement considérées comme efficaces, les données probantes sur l'impact social plus large et/ou l'optimisation des ressources (ODR) sont minimales.

But de la recherche Cette étude a évalué l'impact social et la ODR de la formation aux SOU au Kenya en utilisant la méthodologie RSCI.

Méthodologie Des méthodes mixtes, y compris des interviews et groupes de discussion, des sondages quantitatifs auprès des intervenants, l'analyse des données secondaires programmatiques et l'analyse documentaire ont été effectuées pour obtenir toutes les données pertinentes. Les résultats ont été intégrés à la carte d'impact et utilisés pour estimer le ratio RSCI. Des analyses de sensibilité ont été effectuées pour vérifier les hypothèses.

Résultats principaux A partir des prestataires de soins de santé formés, les femmes qui ont reçu des soins de leur part et leurs bébés ont été identifiés comme les principaux bénéficiaires. La formation aux SOU a permis d'améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes à l'égard des patients. Toutefois, l'augmentation de la charge de travail a été signalée comme un résultat négatif par certains prestataires de soins de santé. Les femmes qui ont reçu des soins s'attendaient à des résultats positifs, notamment une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Après prise en compte des influences externes, l'impact social total de 93 ateliers de formation de cinq jours sur une période d'un an a été évalué à 9,5 millions de dollars INR, pour les femmes bénéficiant le plus de l'intervention (73%). L'évaluation financière totale des intrants s'est élevée à 745 000 dollars INR pour 2 965 prestataires de soins de santé formés. Le coût par prestataire de soins de santé formé et par jour était de 50,23 dollars INR et le ratio RSCI était de 12,74. Sur la base de multiples analyses de sensibilité à sens unique, la formation aux SOU a garanti l'ODR dans tous les scénarios, sauf lorsque les formateurs recevaient des honoraires de conseil et que le nombre de résultats de formation était le plus faible.

Conclusions principaux Cette étude a été la première à appliquer le RSCI à la santé maternelle et néonatale en Afrique. Bien qu'il reste encore des améliorations méthodologiques à apporter avant que son application puisse être étendue à d'autres pays comme le Kenya, l'utilisation du RSCI a fourni des informations supplémentaires essentielles sur l'ODR de la formation aux SOU. Comme le montre cette étude, les ateliers de formation

aux SOU constituent un investissement rentable. L'approche de mise en œuvre influe sur la mesure dans laquelle l'ODR est atteinte. Le recours à des animateurs bénévoles, en particulier ceux qui travaillent localement, pour dispenser la formation aux SOU est un facteur essentiel pour accroître l'impact social et obtenir l'ODR des investissements réalisés.

Évaluation économique d'un projet communautaire réalisé pour la détection de cas de lèpre dans le nord du Nigeria

Charles Ezenduka, Université du Nigéria, campus d'Enugu

Contexte: Le coût élevé de la détection de l'endémicité de la lèpre dans la phase de déclin et de la diminution des financements est devenu une préoccupation majeure dans les efforts pour contenir et éliminer la maladie qui continue de se propager. Des informations fondées sur des données probantes sur l'efficacité des stratégies de détection des cas de lèpre sont nécessaires pour convaincre les donateurs de continuer à financer le programme.

Objectifs: Cette étude a évalué le rapport coût-efficacité d'un projet d'héritage communautaire novateur conçu pour améliorer la détection des cas de lèpre dans le nord du Nigeria, en utilisant des bénévoles de certaines communautés.

Méthodes: Les données ont été collectées auprès de 18 LGA des trois États où le projet a été mis en œuvre afin de comparer les coûts et les résultats du projet innovant avec la méthode du système de santé de routine ou les soins habituels en matière de détection et de contrôle des cas de lèpre. Les données primaires et secondaires ont été collectées à partir des dossiers de projets et de pratiques de routine ainsi que des rapports annuels 2015-2016 du NTBLC. Tous les coûts et effets ont été mesurés à la fois du point de vue des prestataires et des patients. L'efficacité de l'étude a été mesurée par le nombre de nouveaux cas de lèpre détectés et du résultat exprimé en coût par cas détecté, ainsi que par l'amélioration de la détection des cas de lèpre. Le rapport coût-efficacité a été calculé comme le coût différentiel par cas détecté. Tous les coûts ont été convertis en dollar américain (USD) au taux de change de 2018 de 350 N à 1,00 USD. Une analyse de sensibilité univariée a été réalisée pour évaluer les incertitudes entourant les résultats de l'ICER.

Résultats: Au total, le projet a détecté un total de 373 nouveaux cas de lèpre pour un coût total annuel de 17 268 016 N (49 337,19 USD), soit une moyenne de 46 295 N (132,27 USD) par nouveau cas détecté. Les principaux facteurs de coûts comprennent les frais de réunion courants, qui représentaient la plus grande proportion (28%) des dépenses totales. Les dépenses de mobilisation sociale et de formation / ateliers ont suivi respectivement avec 17%. Comparé à la pratique de routine, le projet d'héritage a généré un ICER de 4 917,48 N-14,05 USD par nouveau cas détecté supplémentaire, ce qui indique une prédominance sur les soins de routine en détectant plus de cas à un coût encore plus bas, en tant qu'une méthode alternative très efficace.

Conclusion: les éléments probants indiquent que le projet d'héritage est en effet une stratégie très efficace et de réduction de coûts en matière de détection des cas de lèpre. Cela renforcera sûrement la détection des cas de lèpre quand il sera complété par des pratiques de routine et plus grand lorsqu'il sera combiné avec des soins de santé communautaires, tels que la lutte contre la tuberculose, pour une réduction des coûts et une plus grande efficacité.

Session Parallèle 2-7 Aide internationale et financement de la santé

La Politique Économique d'Aide au Développement pour la Santé au Nigéria après recalculé du PIB: Implications sur le financement de la Couverture Maladie Universelle.

Félix Obi, Université du Nigéria, Campus d'Enugu

Contexte : Le Nigéria a opéré une transition de pays pauvre à pays au revenu intermédiaire après avoir recalculé son PIB en 2014. La croissance économique s'est opérée au détriment d'une croissance inclusive avec près de 70 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté, sans accès aux services sociaux y compris la santé. Du fait de la diminution des revenus occasionnés par la baisse du prix du pétrole, il est devenu impératif pour le pays de trouver des manières de rendre les sources de financement existantes, comme l'aide au développement pour la santé, plus efficaces et bénéfiques. L'état devrait, dans le même temps, explorer des mécanismes novateurs de collecte de fonds intérieurs dans le but d'étendre la couverture-maladie universelle aux citoyens, à l'ère des ODD.

Méthodes : En utilisant une approche de recherche qualitative, nous avons exploré la politique économique de l'Aide au Développement pour la Santé dans le contexte actuel de financement des réformes sanitaires en cours. La collecte des données principale s'est faite par des entretiens approfondis avec des acteurs de système de santé délibérément choisis et ont été complétés par l'étude de la documentation existante sur le sujet y compris les programmes et politiques du moment. Les données ont été analysées par thématique et contenu.

Résultats : le Nigéria compte beaucoup sur l'Aide au Développement pour la Santé pour financer les interventions populaires d'urgence, y compris les initiatives de renforcement des systèmes de santé. Hormis les partenaires multilatéraux et bilatéraux des pays de l'OCDE, la Chine et certains pays du Sud sont devenus des acteurs importants, sans oublier les fondations locales et internationales. Les principaux mécanismes d'aide incluent l'accompagnement de projets et l'assistance technique qui s'effectuent principalement par des subventions et crédits avec peu ou pas d'intérêts. Les fonds sont rarement réunis dans un même panier et sont rarement administrés par les structures étatiques, dès lors que la transparence et la bonne gestion sont souvent problématiques. La mauvaise coordination par le gouvernement conduit à une duplication des efforts et à un manque de conformité aux priorités de l'état. Les projets d'Aide au Développement pour la Santé sont inégalement répartis ; certains états sont laissés en rade. La preuve de l'efficacité des aides n'a pas été formellement établie, mais les prestations dans les structures assistées étaient de bonne qualité, grâce à la mise en place de procédures standard, d'une bonne supervision et de l'amélioration des mécanismes. Bien que l'Aide au développement garantisse quelque peu la protection des risques financiers pour les bénéficiaires, il y avait de sérieuses inquiétudes quant à sa durabilité, surtout dans le contexte de diminution de la participation des donateurs, aggravée par la récession économique.

Discussion/conclusions : Dès lors que le Nigéria est aux prises avec des problèmes de transition de l'aide, il doit renforcer les mécanismes existants pour la coordination, le contrôle de conjoint et la responsabilisation afin d'obtenir des résultats, tout en s'attaquant aux injustices et en assurant le rapport qualité-prix. L'assainissement des finances publiques

et des systèmes de gestion connexes peut véritablement conquérir la confiance des donateurs, rendant possible la centralisation des fonds d'aide à la santé.

L'impact de l'aide sur les résultats de la santé en Ouganda.

*Tonny Odokonyero, Robert Marty, Tony Muhumuza, Alex T Ijjo, Godfrey O Moïse
Centre de recherche de Politique économique - Kampala, l'Ouganda*

La santé est une composante essentielle du bien-être humain et qui influence fortement la productivité de travail, la croissance économique et le développement. Au regard de l'importance de santé, le secteur sanitaire a attiré une aide étrangère significative. Cependant, la preuve de l'efficacité de cette assistance n'est pas totalement établie. En Ouganda et dans la plupart des pays africains sub-sahariens, la preuve de l'impact de l'aide sur les résultats de la santé reste anecdotique.

Cette étude combine les données obtenues des ménages avec les données de l'aide étrangère à l'échelle régionale géographiquement référencées (données géo-codées) pour examiner la contribution de cette aide dans les résultats de la santé en Ouganda. En utilisant une approche de la différence-des-différences, nous constatons que l'aide contribuait beaucoup à réduire les effets néfastes des maladies quant à la perte de productivité, mais qu'elle était moins efficace dans la diminution de la prévalence des maladies. De ce fait, l'aide à la santé semble agir principalement sur la réduction du temps de convalescence, plutôt que de prévenir la maladie. De plus, nous constatons que la proximité de l'aide influençait fortement l'amélioration de la santé des individus. En plus de son impact, nous constatons que l'aide n'était pas forcément dirigée vers les zones où régnaient les pires conditions socio-économiques. D'une manière générale, les résultats mettent en évidence l'importance d'acheminer l'aide vers les localités qui en ont le plus besoin pour accroître son efficacité. L'allocation de l'aide aux niveaux les plus bas offre un avantage supplémentaire pour ce qui est de conduire la stratégie de Couverture Maladie Universelle plus « près des patients ».

L'aide étrangère et le secteur de la santé: Étude du cas de l'Autorité Nationale Palestinienne.

Wafa Mataria, Université Américaine du Caire

Cette étude examine le rôle de l'Aide Étrangère sur le secteur de la santé en Palestine. L'Aide est considérée comme un outil de promotion et de développement économique et humain. Une part considérable de cette aide est dirigée vers la santé. Son rôle dans le développement, y compris dans le domaine de la santé, a souvent été sujet de débat car les résultats sur son impact ne sont pas toujours convaincants. Dans le cas de la Palestine : l'Aide Étrangère a augmenté dans la période qui a suivi l'installation de l'Autorité Nationale Palestinienne pour atteindre 920.24 millions de dollars US en 2015. L'Économie Palestinienne se révélait être dépendante de l'aide car plus de 60 % des montants reçus de l'étranger étaient utilisés dans la gestion budgétaire directe plutôt que dans des projets de développement. Bien que le système de santé palestinien bénéficie de l'Aide Étrangère qui entre dans le pays, le rôle de cette manne financière dans la santé n'a pas été assez analysé.

Nous avons adopté une approche descriptive tant quantitative que qualitative pour explorer, décrire et expliquer le rôle, les procédures et les obstacles de l'Aide Étrangère pour la santé en Palestine. Les données ont été recueillies à partir (1) de l'exploitation de documents

officiels et données publiées par des organismes internationaux spécialisés, et (2) d'entretiens semi-structurés avec un échantillon délibérément choisi parmi les principaux partenaires intervenant dans ce domaine. Elles ont été décomposées suivant les méthodes d'analyse descriptive, quantitative et qualitative.

Cependant, l'Aide Étrangère pour la santé en Palestine fait face à de nombreux d'obstacles, à savoir : une trop grande implication des donateurs dans les programmes, un manque de communication entre les différentes parties prenantes, une absence de cellules de coordination efficaces et de plates-formes de discussion inclusives, un faible niveau de responsabilité des donateurs envers les destinataires, et finalement l'occupation israélienne qui a abouti à une situation politique instable qui se traduit par un climat de crise continue, rendant le processus de développement très difficile. Ces obstacles affectent négativement l'efficacité et l'efficience de l'Aide Étrangère pour la santé en Palestine.

L'étude a conclu que la distribution de l'Aide Étrangère entre les différents secteurs en Palestine dépend souvent du contexte. Nous avons aussi découvert que même si le système de santé reçoit autour de 3 % seulement de l'aide, cette dernière joue un rôle positif dans le secteur sanitaire de la Palestine. Elle a contribué à l'établissement et au renforcement des capacités de l'institution. Elle a aussi contribué à l'approvisionnement des structures de santé. L'efficacité de l'Aide Étrangère en Palestine s'est améliorée. La conformité à la Déclaration de Paris et aux Cinq Principes s'est améliorée. La capacité accrue du personnel du Ministère de la Santé à évaluer les besoins palestiniens en santé et à les ériger en priorités et stratégies a renforcé l'appropriation et la mise sur pied de projets financés par l'Aide Étrangère.

Analyse du financement domestique et des donateurs pour la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique subsaharienne

*Jacob Novignon *, ** Dr Chris Atim, * Dr Eric Arthur: * KNUST / ** Association africaine pour l'économie et les politiques de la santé (AfHEA)*

Contexte: L'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile est un objectif de santé publique important et un indicateur de performance clé des progrès globaux du secteur de la santé d'un pays. Malgré les efforts pour améliorer ces résultats dans la région Afrique subsaharienne (ASS), les taux de décès maternels et néonataux restent relativement élevés dans la région, avec respectivement 547 pour 100 000 naissances vivantes et 28,6 pour 1 000 naissances vivantes (Banque mondiale 2017). De même, les résultats pour la santé des nourrissons et des enfants sont relativement médiocres dans la région.

Objectifs: Cette étude est soumise par AfHEA en tant que document cadre à la recherche collaborative sur le financement de la santé en Afrique réalisée par le CREA. L'étude visait à analyser le financement national et externe pour améliorer les résultats de la santé néonatale et infantile (SMNE) en ASS. Les objectifs spécifiques sont: (i) l'analyse des tendances et des schémas de financement de la SMNE en Afrique subsaharienne et, compte tenu de ces tendances, demande quels sont les gains potentiels à obtenir d'un financement accru de ces services? (ii) Quels sont les déficits de financement à couvrir pour que les pays d'Afrique subsaharienne atteignent les objectifs de développement durable d'ici 2030? (iii) Existe-t-il un potentiel fiscal provenant de sources nationales pour le financement de la SMNI en Afrique subsaharienne?

Résultats: L'analyse de tendance et de modèle des résultats de la SMNE en Afrique subsaharienne a montré une grande variation entre les pays. Bien que peu de pays aient

atteint les objectifs liés aux OMD relatifs à la santé, la majorité d'entre eux ne l'ont pas atteint. En outre, les tendances en matière de financement de la santé ont montré que les engagements de ressources pour la santé en Afrique subsaharienne étaient faibles par rapport à l'objectif de la déclaration d'Abuja. Ce résultat démontre la nécessité d'une mobilisation de ressources supplémentaires et d'interventions de politique de santé à impact élevé dans ces pays si des progrès significatifs doivent être accomplis pour atteindre les objectifs des ODD liés à la santé. En outre, nous avons constaté des gains importants sur le financement intérieur, mais également des gains modestes sur le financement externe. Fait intéressant, les financements intérieurs privés ont enregistré des gains plus importants. Notre étude a également montré que pour que les pays analysés atteignent les objectifs fixés en matière d'objectifs de développement durable d'ici 2030, il pourrait être nécessaire de prévoir un coût incrémentiel progressif jusqu'en 2030. Enfin, les pays d'Afrique subsaharienne pourraient exploiter une combinaison de différentes options en matière d'espace fiscal. financer les interventions en matière de SMNI.

Conclusion: Les résultats ont mis en évidence la nécessité d'un engagement accéléré des gouvernements pour améliorer les résultats de la SMNI en Afrique subsaharienne si des progrès significatifs doivent être accomplis dans la réalisation des objectifs des ODD liés à la santé. L'un des principaux de ces engagements est la nécessité d'accroître les ressources financières (en particulier les ressources nationales) du secteur de la santé.

Session Parallèle 3 – Sessions Organisées

OS 03 – Renforcement des capacités d'enseignement de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (HPSR) et sur l'Economie de la Santé en Afrique : Questions pratiques pour les formateurs et les apprenants

Organisateur principal (Dre Gina Teddy, Centre pour la recherche sur les systèmes et les systèmes de santé, Institut de gestion et d'administration publique du Ghana, P. O. Box AH 50, Achimota, Greenhill College. Accra.

Co-organisateurs: Cette session organisée est préparée pour le compte du groupe de travail thématique sur l'enseignement et l'apprentissage dans le système de santé. Il s'agira également d'une activité de renforcement des compétences visant à impliquer les éducateurs en RSPS et en économie de la santé sur des questions pratiques affectant l'enseignement et l'apprentissage sur le terrain dans son ensemble. La liste des orateurs comprend:

- Gina Teddy - Institut de gestion et d'administration publique du Ghana, Centre de recherche sur les systèmes et les politiques de santé (CHESPOR), Ghana (modérateur)
- Jacinta Nzinga - Kemri Wellcome Trust, Division des systèmes de santé (Kenya)
- Leanne Brady - École de santé publique et de médecine familiale de l'Université du Cap (Afrique du Sud)
- Deux animateurs à confirmer

Assurer les soins de santé primaires pour tous à la réalisation de la couverture sanitaire universelle en Afrique dépend de la promotion des systèmes de santé pour tous et du renforcement de la capacité des éducateurs et des apprenants de HPSR à traiter les problèmes pratiques et à progresser sur le terrain. Cette session organisée est une activité participative de renforcement des compétences organisée par le groupe de travail thématique sur l'enseignement et l'apprentissage en matière de politiques de la santé et de recherche sur les systèmes de santé (GSS), qui visait à délibérer et à soutenir les capacités des éducateurs africains dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé et les politiques (HPSR) et économie de la santé.

La session organisée a pour objectif de fournir aux éducateurs, aux chercheurs et aux apprenants une plate-forme leur permettant de discuter et de renforcer leurs capacités d'enseignement et d'apprentissage, tout en abordant les problèmes et défis pratiques auxquels ils sont confrontés. Cela couvrira des sujets tels que: comment aider les éducateurs dans de multiples matières, domaines et langues sur le continent africain; renforcement des capacités pour le développement du leadership et la pratique réflexive; adopter des modes d'enseignement innovants grâce à l'utilisation de supports sonores et visuels pour l'enseignement et l'apprentissage de HPSR et de l'économie de la santé; et élaboration de programmes d'enseignement pour le renforcement des capacités en matière d'HPSR et d'économie de la santé. Nous proposons une discussion de type café du monde sur les sujets afin d'inciter les participants à explorer les différents thèmes et leur pertinence pour l'éducation à la santé publique en Afrique.

Ainsi, l'objectif de la session organisée est de fournir une plate-forme aux acteurs clés de l'enseignement et de l'apprentissage afin de faire progresser les problèmes, dilemmes et changements de pratiques clés affectant le domaine, afin d'informer les démarches visant à soutenir les membres du GTT. De même que la manière de promouvoir un enseignement collaboratif à travers les matières, les langues, les domaines et l'ensemble du continent en matière d'économie de la santé et de politique de la santé afin de renforcer notre secteur de la santé dans son ensemble.

Les conclusions de la session découleront des délibérations des séances organisées. Cette session devrait aboutir à deux conclusions principales: 1) la session sera utilisée par un réseau d'éducateurs en économie de la santé et en HPSR dans le but d'établir des programmes de renforcement des capacités pour le continent et 2) pour plaider en faveur d'un meilleur enseignement et apprentissage en HPSR. et l'économie de la santé à travers un processus collaboratif à travers le continent.

Résumé de chaque article (résumé de chaque présentation / activité)

Cette session de renforcement des compétences facilitera l'apprentissage à partir de la pratique et des leçons inclusives pour les éducateurs, les chercheurs et les apprenants de HPSR. Il créera un espace pour engager les enseignants en HPSR et en économie de la santé à développer ouvertement et mutuellement des étapes pour faire progresser le système de santé pour tous en établissant des relations pour une communauté d'apprentissage plus

large composée de collègues afin de développer le domaine. Voici des exemples de thèmes guidant les discussions:

- Enseigner et apprendre dans différents domaines de la RSPS et de l'économie de la santé - Dr. Gina Teddy. Ce thème explorera les perspectives et les défis associés aux activités de collaboration parmi les éducateurs du continent, qu'il s'agisse de ressources, de matériel ou d'expertise par le biais d'échanges, de mentorat ou de tout autre moyen jugé approprié pour renforcer les capacités du continent.
- Développement du leadership et pratique réflexive en HPSR - Dr. Jacinta Nzinga - Kemri Wellcome Trust, Division des systèmes de santé (Kenya). L'objectif de ce thème est d'aborder les questions fondamentales relatives au renforcement des capacités de leadership en matière de RSPS et d'économie de la santé pour les dirigeants, les praticiens, les décideurs et les chercheurs de leur pays afin de leur permettre d'anticiper, de relever et de relever les défis qui se posent dans leur pays.
- Utilisation de supports audiovisuels pour l'enseignement et l'apprentissage HPSR - Dr. Leanne Brady - Université de Cape Town, École de santé publique et de médecine familiale, (Afrique du Sud). Ce thème sera riche en activités et explorera les tendances, l'importance et les multiples ressources disponibles pour l'utilisation de supports audiovisuels dans l'enseignement de la RSPS et de l'économie de la santé, ainsi que pour la présentation des résultats de recherche sur le terrain.
- Comment nous soutenons-nous mutuellement pour l'enseignement et l'apprentissage de la RSPS et de l'économie de la santé à travers le continent, les matières, les domaines et la langue (facilitateur à confirmer). Cette discussion est une exploration des différentes manières dont les enseignants de HPSR peuvent se soutenir mutuellement par le biais de la mise en réseau, des ressources partagées, une communauté de pratiques, etc., ainsi que des étapes concrètes pour les atteindre au niveau national, régional et mondial.
- Élaboration de programmes et de supports de cours et approches pédagogiques pour l'enseignement et l'apprentissage HPSR - (facilitateur à confirmer). L'un des défis auxquels sont confrontés les éducateurs du monde entier est la pertinence de leur programme d'études pour leur permettre de développer les bonnes compétences requises par leurs apprenants. Cette discussion est une excellente plateforme pour explorer les moyens appropriés de résoudre ces problèmes.

C'est une discussion ouverte et nous attendons des participants qu'ils offrent des possibilités d'échange mutuel, d'apprentissage par l'expérience, d'engagement individuel et en groupe. La session est ouverte à tous les participants à la conférence intéressés à enseigner et à apprendre le HPSR. D'ici la fin de la session, nous espérons créer un réseau d'éducateurs en économie de la santé et en RSPS dans le but de définir des agendas de renforcement des capacités pour le continent.

Résumé n ° 1

Enseignement et apprentissage dans de multiples domaines pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé (HPSR) et l'économie de la santé (HE)

Présentatrice - Dr. Gina Teddy, Centre pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé, Institut de gestion et d'administration publique du Ghana (GIMPA).

Il est de plus en plus nécessaire que l'éducation en santé publique soit pertinente, pratique et intégrée dans le domaine de la santé et les domaines connexes. Les apprenants ont besoin d'une perspective multidisciplinaire, d'aptitudes et de compétences pour pouvoir

compter sur un support en santé publique et le rendre utilisable dans un large éventail de domaines et de compétences. Les éducateurs doivent donc accorder une plus grande attention à ces besoins en formant et en formant des leaders et des professionnels du secteur de la santé. La responsabilité d'apprendre aux apprenants et aux professionnels à intégrer ces perspectives, compétences et aptitudes à leur travail dans le domaine de la santé et des domaines connexes a une incidence sur la manière dont ils abordent les défis complexes auxquels le système de santé est confronté. La recherche sur les systèmes et les politiques de santé (HPSR) et l'économie de la santé (HE) constituent un domaine émergent et dynamique de la santé publique caractérisé par la multidisciplinarité qui permet aux apprenants de mieux conceptualiser leurs connaissances et de renforcer leurs capacités à faire face aux problèmes complexes. Il est essentiel que les apprenants acquièrent des perspectives et des compétences multidisciplinaires en HPSR et en HE pour négocier et apprécier la nature du système de santé tout en supprimant les filtres disciplinaires que ceux-ci introduisent dans l'enseignement de la santé aux cycles supérieurs.

Le groupe de travail thématique global sur l'enseignement et l'apprentissage des systèmes de santé dirige la discussion sur l'enseignement et l'apprentissage efficaces dans de nombreux domaines afin de renforcer la recherche sur les systèmes et les politiques de santé et la santé publique en général. De plus en plus, les professionnels et les diplômés qui ne possèdent pas ces compétences sont critiqués pour leur manque de cohésion et leur capacité à apprécier les solutions complexes et les processus de résolution des problèmes de santé publique actuels. Les programmes HPSR et HE doivent être intégrés pour permettre aux apprenants d'apprécier la nature transversale de la résolution des problèmes de routine. Pourtant, l'apprentissage par le biais d'un champ multidisciplinaire est l'un des plus gros problèmes auxquels sont confrontés les étudiants des cycles supérieurs en santé publique et en RSPS.

Dans une série de webinaires et d'ateliers organisés par le groupe de travail technique T & L sur ces sujets, il est devenu évident que les éducateurs reconnaissent que la multidisciplinarité est une compétence essentielle pour la formation en HPSR et enseignement supérieur. Les éducateurs utilisent diverses stratégies pour prendre en charge de multiples perspectives en santé publique. Parmi ces stratégies, les plus courantes sont les suivantes: études de cas, apprentissage intégré et approche par problèmes, utilisation de cadres et de concepts multidisciplinaires, apprentissage sur le lieu de travail et expérience pratique, ainsi que l'application de principes issus de différents domaines et disciplines. Cependant, le défi est que les apprenants ont du mal à changer leurs perspectives des domaines scientifiques étroits pour s'adapter à ces perspectives multidisciplinaires. Ces discussions réuniront des éducateurs pour débattre du meilleur soutien pour les apprenants et continuer à susciter un intérêt pour l'impact de la multidisciplinarité sur l'enseignement et l'apprentissage en Afrique.

Résumé n ° 3

Développement du leadership et pratique réflexive dans la recherche sur les systèmes et les politiques de santé (RSPS)

Présentatrice - Dr. Jacinta Nzinga - Kemri Wellcome Trust, Division des systèmes de santé (Kenya).

Le développement du leadership est une question d'actualité dans les domaines de l'éducation, de la recherche et du plaidoyer en matière de recherche sur les systèmes et les politiques de santé (HPSR) et en économie de la santé (HE). La pratique réflexive est de plus en plus une compétence essentielle pour un développement efficace du leadership, en

particulier pour la recherche sur les systèmes de santé et les politiques. La réflexion des responsables de la santé et des responsables de la santé est essentielle pour qu'ils puissent assurer et gérer un développement complexe et multiculturel sur le lieu de travail. Les systèmes de santé des PRITI doivent être résilients face aux stressors ou défis chroniques (contraintes de ressources, changement constant de politique) et aux chocs soudains (épidémies, changement radical de politique ou bouleversement politique), ainsi que pour répondre aux priorités et aux besoins des patients et du grand public. Les fournisseurs de première ligne et leurs gestionnaires immédiats sont des acteurs clés dans les systèmes de santé complexes. Par conséquent, le développement d'un système de résilience et de réactivité du système requiert des dirigeants dotés de certaines compétences de base. Mais comment, où et quand on développe de telles compétences de pratique réflexive en tant que leaders de la santé n'est pas universellement accepté, malgré l'accord général sur sa pertinence pour les leaders modernes.

Dans le cadre de cette session organisée, le groupe de travail thématique global sur l'enseignement et l'apprentissage des systèmes de santé a approfondi les discussions sur l'utilisation de la pratique réflexive en tant qu'élément et compétence de base pour le développement du leadership en santé publique et explorer des stratégies pour incorporer la pratique réflexive dans la formation en HPSR et HE. Cette discussion portera sur la nécessité d'une pratique réflexive, de stratégies pour incorporer les réflexions dans l'éducation au leadership en santé publique, identifier les domaines et les thèmes de réflexion, évaluer ces stratégies et les intégrer aux pratiques habituelles des dirigeants et des praticiens de la santé.

Le rapport préliminaire issu des discussions du symposium mondial tenu à Liverpool en juillet 2018 montre que la pratique réflexive est une compétence de communication souple, tout en offrant suffisamment d'opportunités pour la réflexion analytique et la résolution de problèmes. S'agissant des problèmes courants ou chroniques, il est important de mettre au point de nouvelles idées et pratiques dans les secteurs de la santé pour comprendre les complexités des systèmes de santé. En Afrique en particulier, la situation sanitaire complexe et incertaine, conjuguée aux pénuries systématiques et aux défis qui rendent difficile la navigation dans les systèmes de santé, oblige les dirigeants à faire preuve de réactivité et à faire preuve de la résilience face à certains problèmes, ainsi que de leur capacité à comprendre, à apprécier et à aller au fond des défis faire de la pratique réflexive un principe fondamental pour tous les dirigeants. Le GTT T & L à l'intention d'explorer plus avant comment la pratique réflexive en Afrique a un impact sur la capacité des dirigeants à résoudre les problèmes et à améliorer leurs pratiques de base en tant que responsables de la santé et travailleurs.

Résumé n ° 4

Comment les éducateurs se soutiennent-ils entre eux en Afrique pour l'éducation HPSR et HE et quelle approche pédagogique pouvons-nous utiliser pour améliorer les programmes

Présentateur - Ayat Abugla, Trinity College, Dublin (Irlande)

La recherche sur les politiques et les systèmes de santé, à la différence de l'économie de la santé et de la santé publique, est considérée comme un domaine émergent qui s'appuie sur un ensemble de connaissances issues de diverses disciplines. Cependant, au cours de la dernière décennie, le domaine gagne en popularité et en popularité pour sa contribution au renforcement des systèmes de santé des pays du monde entier. En dépit de ces réalisations,

il existe des disparités dans la compréhension du domaine, tout comme dans le domaine de l'éducation et des programmes d'enseignement. La session explorera également les moyens d'engager les éducateurs à se soutenir mutuellement dans la construction du champ HPSR et la création de ressources partagées telles que le curriculum et les expériences d'enseignement. Le défi que représente le partage de connaissances, d'expériences et de ressources pour permettre l'appui à la RSPS sur l'ensemble du continent africain, des sujets, des domaines et de la langue est important pour utiliser ce domaine pour renforcer les systèmes de santé des pays. Cette discussion sera basée sur l'exploration des différentes manières dont les éducateurs de HPSR peuvent se soutenir mutuellement par le biais de la mise en réseau, des ressources partagées, une communauté de pratiques, etc., ainsi que des étapes concrètes permettant de les atteindre aux niveaux national, régional et mondial.

Lors de cette séance organisée, le groupe de travail thématique global sur l'enseignement et l'apprentissage des systèmes de santé a également noté que l'un des défis auxquels sont confrontés les éducateurs du monde entier est l'adéquation de leur programme d'enseignement pour leur permettre de développer les bonnes compétences pour leurs apprenants dans l'éducation en santé publique. Cette discussion est une excellente plateforme pour explorer les moyens appropriés de traiter les problèmes associés au développement de programmes, de supports de cours et d'approches pédagogiques pour l'enseignement et l'apprentissage de la RSPS.

OS 04 – Comment les systèmes de santé peuvent-ils être conçus pour répondre de manière durable aux besoins de santé maternelle des populations les plus vulnérables et les moins bien desservies?

Approches pour la réalisation des soins de santé universels : perspectives politiques de l'Afrique et de l'Asie – partie 1 et partie 2

Programme d'évaluation des interventions et des technologies de la santé (HITAP), Ministère de la santé publique, Thaïlande

PRICELESS Afrique du Sud, Institut de recherche médicale du Kenya (KEMRI), et Collège Imp+erail de Londres (ICL), partenariat pour l'accès et la prestation (ADP), Université de Hitotsubashi

De nombreux pays à travers le monde travaillent à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), qui figure parmi les dix-sept Objectifs de Développement Durable (ODD). Au fil des ans, il y a eu un besoin croissant et une demande pour des soins de santé améliorés, équitables et abordables pour les personnes en Afrique et en Asie. Par exemple, le Kenya a annoncé son plan pour atteindre la CSU dans le cadre de l'ordre du jour du Gouvernement «Big 4» par 2022; au Ghana, un régime national d'assurance maladie a été mis en œuvre avec l'engagement de parvenir à la CSU en 2030; L'Afrique du Sud a exploré plusieurs options pour mettre en œuvre la CSU pour sa population sous-assurée; Le Sénégal a lancé le plan stratégique pour le développement du programme de la CSU en 2013, visant à atteindre la CSU en 2022; et en Asie, la Thaïlande a mis en œuvre son système de couverture universelle (SCU) en 2002, tandis qu'en 2018, l'Inde a lancé ce qui est considéré comme le plus grand système d'assurance-maladie au monde.

La transformation et le renforcement des soins de santé primaires (SSP) ont été au cœur de la discussion sur la réalisation de la CSU. Toutefois, des investissements substantiels sont

nécessaires pour faire des SSP une réalité pour les populations, ce qui porte à l'avant-garde des questions telles que le financement de la santé et la définition prioritaire des services. Les expériences d'aborder ces questions varient selon les pays et les continents, mais il existe des enseignements communs à tirer de tous. Par exemple, en Thaïlande, le Gouvernement a institué des réformes du PHC pendant deux décennies avant de mettre en œuvre sa politique de la CSU.

La session organisée vise à réunir des chercheurs et des praticiens de pays d'Afrique et d'Asie pour partager leurs expériences à l'égard de la CSU en vue d'une discussion axée sur les politiques. Des représentants du Kenya, du Ghana, de l'Afrique du Sud, du Sénégal, du Vietnam, de l'Inde, des Philippines et de la Thaïlande parleront d'un thème relatif aux sous-thèmes de la Conférence (par exemple, le renforcement des systèmes de santé et les principaux changements méthodologiques, y compris la capacité de l'économie de la santé et l'analyse des politiques) et donnera le contexte de la réforme, les défis rencontrés, et les enseignements tirés ainsi que la voie à suivre. Le format de la session pour les parties 1 et 2 sera le suivant : un modérateur présentera le sujet et le panel, ensuite chaque orateur aura environ 13 minutes pour faire une présentation et prendre des questions de clarification ; le reste du temps sera alloué à la discussion avec l'audience.

Les thématiques pour chaque orateur sont fournies ci-dessous (à confirmer): (TBC):

Pays	Thème	Présentateur (Organisation)
Kenya	Rôle des organismes de recherche dans le renforcement des capacités en matière d'économie de la santé	KEMRI
Ghana	Application de l'évaluation des technologies de la santé (HTA) pour la prise de décisions : gestion de l'hypertension artérielle au Ghana	Ministère de la Santé, Ghana
Thaïlande	Développement de l'ensemble des avantages pharmaceutiques en utilisant l'évaluation des technologies de la santé (HTA) en Thaïlande	HITAP
Inde	Toucher les populations inaccessibles pour atteindre la CSU/UHC	TBC

OS 05 – Comment les systèmes de santé peuvent-ils être conçus pour répondre de manière durable aux besoins de santé maternelle des populations les plus vulnérables et les moins bien desservies?

Qu'est-ce qui motive les travailleurs de la santé primaire à donner le maximum d'eux-mêmes dans des contextes de ressources limitées? Aperçu de l'évaluation réaliste du renforcement des systèmes de santé au Nigéria.

Bassey Ebenso, Université de Leeds, 10.28 Worsley Building Clarendon Way, Leeds, LS2 9NL, Royaume Uni.

Reinhard Huss¹; Benjamin Uzochukwu²; Enyi Etiaba²; Ana Manzano¹; Obinna Onwujekwe²; Nkoli Ezumah²; Joseph Hicks¹; James Newell¹; Tim Ensor¹, Tolib Mirzoev¹.

¹ *Université de Leeds, UK*

² *Université du Nigéria Campus d'Enugu*

Contexte : En 2012, une résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies a approuvé la nécessité d'une main-d'œuvre adéquate, bien formée, qualifiée et motivée pour les soins de santé primaires (SSP), afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Bien qu'il soit de plus en plus reconnu qu'une main-d'œuvre motivée offre des soins de santé de qualité qui améliorent l'accès et l'utilisation des services de santé, cependant, l'information est limitée sur les facteurs clés qui incitent les prestataires en SSP à bien s'acquitter de leur rôle, en particulier dans pays à ressources limitées.

Buts et objectifs : Nous présentons des informations nouvelles sur les principaux facteurs individuels, organisationnels et systémiques qui influencent la motivation des travailleurs, sur la base du travail de renforcement des systèmes de santé au Nigéria. L'objectif spécifique est d'évaluer les aspects d'un programme de protection sociale du gouvernement nigérian mis en œuvre de 2012 à 2015 (pour améliorer la vie des mères et des nourrissons vulnérables) directement lié à la motivation des travailleurs. Les activités du programme de renforcement des systèmes de santé comprenaient la modernisation des infrastructures, la livraison de fournitures, le recrutement et la formation de travailleurs en SSP (2 000 sages-femmes et 10 000 agents de santé communautaires) et l'incitation des femmes enceintes à promouvoir l'accès aux services de maternité.

Méthodologie : À partir de juin 2015, nous avons mené une évaluation réaliste combinant examen des documents, 63 entretiens semi-structurés, 12 discussions de groupe et analyse secondaire des données des structures, afin d'évaluer la viabilité des effets des programmes dans l'État d'Anambra, dans le sud-est Nigéria. Nous avons utilisé un cadre analytique impliquant des tests théoriques, la vérification et la consolidation pour comprendre comment le contexte de mise en œuvre a façonné la motivation des travailleurs.

Principaux résultats : Une interaction complexe entre les facteurs individuels, organisationnels, systémiques et sociétaux lors de la mise en œuvre du programme, a affecté la motivation du personnel dans l'État d'Anambra. Les motivations individuelles étaient l'amour des travailleurs en SSP pour leur vocation et le bien-être des patients. Les motivations organisationnelles comprenaient la formation en cours d'emploi, la supervision de soutien et la disponibilité accrue du personnel, des équipements et des fournitures dans les structures de santé. Les motivations sociétales comprenaient l'appréciation communautaire du rôle des travailleurs. Bien que le retrait de l'appui aux programmes de 2016 ait provoqué des pénuries importantes de ressources matérielles et de personnel au niveau organisationnel, les motivations individuelles et sociétales ont été soutenues. Les facteurs démotivants éminents étaient le manque de sécurité et le logement du personnel dans les structures, ce qui a accru la vulnérabilité des travailleurs aux attaques et la réticence à travailler de nuit. D'autres facteurs décourageants étaient les politiques de main-d'œuvre inadéquates qui empêchaient le remplacement des travailleurs retraités, et le manque d'ambulances pour référer les cas compliqués aux structures spécialisées.

Principales conclusions : L'insuffisance des ressources matérielles et de sécurité a contraint la motivation du personnel des SSP à fournir des services de maternité essentiels, 24 heures sur 24, ce qui entrave la réalisation de la CSU. Nous recommandons des interventions spécifiques au contexte, y compris l'amélioration de la sécurité de la main-d'œuvre et des

changements possibles dans la politique, afin d'améliorer la motivation du personnel et de garantir des services de qualité.

Dans quelle mesure les établissements de soins de santé primaires sont-ils sûrs de fournir des services aux populations vulnérables? Expérience des prestataires dans un programme de santé maternelle et infantile.

Enyi Etiaba, Collège de Médecine, Université du Nigéria, Campus d'Enugu .

Benjamin Uzochukwu¹; Bassej Ebenso²; Uju Agbawodikeizu¹; Ana Manzano²; Ugochukwu Ogu¹; Reinhard Huss²; Obinna Onwujekwe¹; Nkoli Ezumah¹; Joseph Hicks²; James Newell²; Tim Ensor², Tolib Mirzoev².

¹ *Université du Nigéria Campus d'Enugu*

² *Université de Leeds, Royaume Uni*

Contexte : La santé maternelle et infantile est une priorité au Nigéria. Bien que les taux de mortalité aient diminué au cours des années d'OMD, le Nigéria n'a pas répondu aux objectifs 4 et 5. L'accès aux services reste l'un des principaux défis. Une documentation abondante existe sur les barrières latérales de l'offre et de la demande pour fournir et accéder à des interventions efficaces. Cependant, il existe peu de travaux sur la façon dont la sécurité dans les établissements de santé affecte la fourniture et l'utilisation des services, en particulier par les femmes enceintes vulnérables issues de milieux socioéconomiquement défavorisés.

Le Gouvernement nigérian a abordé cette question dans le cadre d'un programme visant à atténuer les barrières de la demande et de l'offre de services de santé maternelle et infantile pour la population mal desservie. Entre 2012 et 2015, le programme a formé et déployé des sages-femmes et des agents de santé communautaires (ASC) dans les structures de soins primaires, a amélioré l'infrastructure (y compris clôtures périmétriques dans certaines installations), a fourni du matériel et des incitations financières aux femmes enceintes pour accéder aux services et les utiliser. Un nouveau groupe d'ASC, les agents de santé villageois, ont également été formés et déployés pour mobiliser les femmes enceintes et les aider à accéder aux services.

Objectif : L'étude visait à évaluer l'efficacité de ces interventions en vue d'offrir un accès aux services équitable pour les populations rurales et mal desservies.

Méthodes: Cette étude continue utilise une approche par étapes mixtes d'évaluation réaliste pour évaluer comment et dans quelles circonstances le programme a fonctionné pour atteindre des résultats dans l'État d'Anambra, au sud-est du Nigéria. Nous avons mené des entretiens approfondis avec des gestionnaires de structures et des agents de santé. Des théories spécifiques du programme, montrant la marche à suivre, ont été continuellement validées et affinées tout au long de la collecte et de l'analyse des données.

Principaux résultats : Le programme avait mis à niveau les structures et avec l'aide de la Communauté a tenté de maintenir un minimum de sécurité, en érigeant par exemple des clôtures de périmètre et en déployant des gardiens. Cependant, la plupart des agents de santé se sentaient en insécurité la nuit, faute de gardes. En conséquence, la plupart des agents de santé qui étaient toutes des femmes ne se sentaient pas en confiance pour travailler la nuit. Le sentiment de manque de sécurité a eu des conséquences néfastes sur les résultats des programmes, dont l'un était d'augmenter le nombre d'accoucheuses qualifiées dans les structures.

Conclusion: La mauvaise sécurité a contribué à renforcer le malaise dans ce groupe de population vulnérable, ce qui a influencé directement la fourniture de services de santé maternelle et infantile 24 heures sur 24 dans un programme autrement bien financé et

équipé. Étant donné qu'un nombre important d'accouchements survient pendant la nuit, assurer une sécurité adéquate durant cette période contribuera à garantir des soins de santé maternelle et infantile 24h/24 et pourra donc aider à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.

Coûts et viabilité d'un nouveau programme des agents de santé communautaires pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant au Nigéria.

Obinna Onwujekwe, Health Policy Research Group, University of Nigeria Nsukka

Tim Ensor¹, Benjamin Uzochukwu², Uche Ezenwaka², Adaobi Ogbozor², Chinyere Okeke², Enyi Etiaba², Reinhard Huss¹, Bassey Ebenso¹ and Tolib Mirzoev¹

¹ Université de Leeds, Royaume Uni - ² Université du Nigéria Campus d'Enugu

Contexte : L'un des programmes d'intervention sanitaire récemment entrepris au Nigéria et qui prenait en compte l'offre et la demande est le Programme de Réinvestissement et de Renforcement des Subventions de la Santé Maternelle et Infantile (Subsidy Reinvestment and Empowerment Program / Maternal and Child Health - SURE-P/MCH). Le financement du programme s'est achevé en 2015, mais il est nécessaire de fournir des éléments de preuve sur son efficacité. Par conséquent, cette étude fournit des preuves sur les coûts et la rentabilité de l'intervention, ce qui a une incidence directe sur sa viabilité et l'intensification des programmes d'agents de santé communautaires pour les interventions en santé maternelle et infantile.

Méthodes : L'étude a été effectuée dans l'État d'Anambra, au sud-est du Nigéria. Les données sur les coûts et les résultats ont été recueillies sur trois groupes : (1) avec l'intervention SURE-P/MCH ; (2) avec l'intervention SURE-P/MCH + CCT et ; (3) sans l'intervention SURE-P/MCH. Les coûts concernaient l'année 2014. Des informations ont été recueillies auprès des informateurs pertinents et des dossiers des structures de santé, des conseils des gouvernements locaux et du Ministère de la santé de l'État. Les coûts ont été ainsi classés : le personnel, les infrastructures (capital), les médicaments et les consommables, les frais généraux et les coûts du CCT. Les données sur les résultats de l'intervention sont recueillies au moyen d'une enquête communautaire dans les trois clusters et les résultats seront disponibles en juillet 2018.

Principaux résultats : Le coût annuel total le plus élevé a été encouru dans les installations de SURE-P + CCT (93 643 613 Naira soit 307028 \$US) et le coût moindre a été encouru par les structures de contrôle (52 717 114 Naira soit 172 843 \$US). Le cluster avec tout juste le SURE-P/MCH a encouru un coût annuel total de 79 343 727 Naira (260 143 \$US). Les plus hauts contributeurs aux coûts des installations de SURE-P proviennent des coûts de personnel, des médicaments et des consommables. Le coût de l'infrastructure était presque uniforme sur les trois sites. L'efficacité des interventions a augmenté, passant du cluster SURE-P + CCT au cluster SURE-P sans CCT au cluster de contrôle, pour les CPN et l'accouchement, mais pas pour les CPoN.

Principale Conclusion : Il y a une grande variation du coût annuel des services de MCH dans les trois clusters. La constatation de l'ensemble des analyses de coûts incrémentaux positives du cluster CCT au cluster SURE-P sans CCT au cluster de contrôle a été attendue en raison du niveau plus élevé d'activités dans les clusters SURE-P+CCT et sans-CCT par rapport au cluster de contrôle. Les coûts et les conséquences montrent qu'il y a des lacunes en matière d'efficacité, mais bien que le programme puisse être utilisé pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle et infantile, les données des clusters CCT relativement plus

coûteux pourraient nous amener à questionner la viabilité de la composante CCT, surtout si elle est exécutée en programme de routine.

OS 06 – Durabilité des systèmes de santé par l'application des matrices de financement de la santé : L'expérience nationale.

Matthew Jowett, OMS Genève

Grace Kabaniha, OMS AFRO

Dr Grace Kabaniha, Bureau régional de l'OMS pour la région africaine

Au cours de la dernière décennie, un grand nombre de pays de la région africaine ont déployé des efforts considérables dans la conception et la mise en œuvre des réformes du financement de la santé, par exemple en développant des stratégies de financement de la santé. Mais quand nous regardons de près, dans quelle mesure ces stratégies sont-elles cohérentes avec des preuves globales sur ce qui fonctionne pour améliorer l'accès aux services de santé essentiels et la protection financière pour les patients ? Dans quelle mesure les valeurs et les objectifs du mouvement mondial pour la couverture sanitaire universelle se traduisent-ils réellement dans des politiques de financement de la santé qui sont conformes aux données probantes ? Les pays conçoivent-ils et mettent en œuvre des politiques qui mèneront à une meilleure couverture et des progrès vers la CSU ? Enfin, comment les pays peuvent-ils évaluer plus systématiquement si les politiques qu'ils envisagent, développent ou mettent en œuvre, conduiront à des améliorations réelles de l'accès aux services et à la protection financière ?

Afin d'aider les pays à répondre à ces questions, l'OMS a élaboré une série de Matrices de progrès en matière de financement de la santé, qui constituent un cadre pour une telle évaluation, qui est en grande partie un exercice qualitatif. Sur la base des connaissances globales existantes, tant théoriques qu'empiriques, des questions ont été élaborées pour discuter, réfléchir et évaluer la politique de financement de la santé dans leur pays. À la suite du développement conceptuel et des essais dans les pays sélectionnés tout au long de 2018 et début 2019, les matrices de progrès sont maintenant utilisées dans un certain nombre de pays, dont certains sont esquissés dans cette session.

Présentation 1 : Une vue d'ensemble de la Matrice des progrès de la santé : une approche systématique pour évaluer les développements de la politique au niveau pays

Matthew Jowett (Siège de l'OMS)

But et objectifs : Cette présentation décrira la motivation et l'évolution d'une série de matrices de progrès de financement de la santé au cours des 18 derniers mois; construction des cadres de financement de la santé existants et d'un ensemble connexe de principes directeurs, des matrices ont été développées pour les fonctions fondamentales de revenu, de la mise en commun, des achats et des avantages; des matrices supplémentaires ont été développées pour évaluer le processus de développement des politiques, la gestion financière publique. Chaque matrice contient un certain nombre de questions qui capturent les caractéristiques d'un système de financement de la santé, considéré comme important pour un système de santé de se déplacer vers la CSU. Un instrument convivial pour guider

les utilisateurs, des questions promptes, et fournir des résumés de « *heatmap* » rapide a été développé pour logger les matrices.

Principaux résultats : Pendant que les matrices de progrès ont été développées pour éclairer les développements de politique de financement de la santé et soutenir une évaluation de si elles sont conformes aux objectifs et aux buts de la CSU, elles soutiennent également une planification stratégique plus large et la priorité des directions suivantes. La robuste nature des matrices, en ce qui concerne le lien explicite entre un ensemble de principes directeurs et les questions ou critères utilisés pour orienter à la fois la discussion et l'évaluation des politiques existantes, offre quelque chose en plus des outils d'évaluation existants. Les matrices d'avancement visent à être exhaustives, plutôt que de profondeur, en capturant l'essence des réformes en cours et en jugeant leur cohérence avec la CSU; dans ce sens, elles complètent d'autres évaluations plus approfondies.

Présentation 2 : Renforcement du financement de la santé en Tanzanie : Actions prioritaires identifiées par les Matrices Progrès.

Ms. Janet Kibambo, Economiste senior, Ministère de la Santé, Tanzanie

Buts et objectifs : Selon les dispositions actuelles, tous les citoyens tanzaniens ont automatiquement le droit d'accéder aux services de santé publics. Toutefois, en pratique, les patients encourent des paiements de hors-poche élevés en raison des honoraires d'utilisateur très présents, particulièrement pour des services curatifs et des médicaments. Plusieurs systèmes d'assurance existent, organisés selon le statut et le type d'emploi, y compris un régime obligatoire pour les fonctionnaires (et leurs personnes à charge) qui fournit la couverture la plus généreuse, mais n'atteint que 6 % de la population totale. Les fonds communautaires de santé (CHF) couvrent moins de 25 % de la population totale et offrent un ensemble très limité de services, offrant peu de protection contre les paiements appauvris et catastrophiques. Pour répondre à ces questions, au cours des cinq dernières années, une stratégie de financement de la santé ambitieuse a été élaborée et aboutirait à un seul pool national doté de méthodes de paiement unifiées et d'un ensemble de prestations minimales accessibles à tous les Tanzaniens, quel que soit leur revenu ou leur statut d'emploi. Compte tenu de sa nature ambitieuse, la stratégie n'est pas encore adoptée et mise en œuvre.

Entre-temps, cependant, de nombreux changements de politique progressifs importants ont été introduits dans le but de fournir un système de financement de la santé moins fragmenté et plus équitable. Ces changements sont difficiles à saisir par des approches et des mesures d'évaluation normalisées axées sur les changements dans les résultats sanitaires. Dans ce contexte, les matrices de progression ont été appliquées pour évaluer si ces modifications incrémentielles des méthodes de paiement des fournisseurs, des systèmes d'information sur la santé et de la gestion financière publique étaient cohérentes avec la CSU. Elles constituent également une base de suivi des réformes des politiques de financement de la santé et oriente l'engagement et l'appui des politiques.

Principaux résultats : L'application des matrices a mis en évidence la qualité des soins comme un défi majeur dans le pays. Parmi les trois objectifs de la CSU, c'est celui où le moindre progrès a été constaté. La couverture (utilisation par rapport au besoin) est également un défi important. Parmi les objectifs intermédiaires, l'équité en finance est le principal défi, résultant des règles existantes liées aux transferts budgétaires intergouvernementaux et de la fragmentation de la mise en commun et de l'achat. Bien que certains progrès aient été réalisés avec le financement direct des établissements de santé, la

reconnaissance des fournisseurs comme des unités de dépenses dans le diagramme de comptes, et l'introduction de paiements par tête pour au moins une partie des fonds publics des défis importants demeurent identifiés par le biais de ces matrices. Il sera important de continuer à utiliser ces derniers pour surveiller les progrès vers la CSU en Tanzanie.

Présentation 3 : Renforcer le financement de la santé en Ouganda : les actions prioritaires identifiées par les Matrices Progrès

Brendan Kwesiga, OMS Ouganda

Buts et objectifs : En 2001, l'Ouganda a été un pionnier dans sa tentative de remédier aux obstacles financiers aux soins de santé par l'abolition des droits d'utilisation et la déclaration de libre accès aux services de santé dans les centres de santé publics et les hôpitaux. Dans l'ensemble, cependant, la protection financière ne s'est pas améliorée, les paiements hors-poche restant élevés avec un défi persistant dans l'ensemble du système de santé. Depuis 2004, l'Ouganda a déployé des efforts concertés pour concevoir et mettre en œuvre (à des degrés divers) des politiques de financement de la santé pour améliorer la protection financière et la qualité des services, ainsi que pour remédier aux problèmes d'inefficacité dans le système de santé. L'élaboration d'une stratégie de financement de la santé s'est concentrée sur l'introduction d'un régime d'assurance-maladie obligatoire, ainsi que sur le financement axé sur la performance qui a maintenant été projeté à l'échelle nationale.

Principaux résultats : l'application des matrices de progrès du financement de la santé en Ouganda a souligné plusieurs problèmes dans la conception globale du système de financement de la santé en Ouganda, malgré de nombreuses tentatives de réforme. La mobilisation des revenus est toujours dominée par de grosses dépenses hors-poche et de financement externe ; des progrès limités ont été réalisés pour régler les problèmes de fragmentation dans la façon dont les fonds pour le système de santé sont mis en commun et les inefficacités dans les dépenses qui en découlent. Bien qu'il y ait eu des progrès remarquables dans la mise en œuvre des réformes de la gestion financière publique, résultant d'un impact positif, c'est-à-dire une plus grande exécution du budget, il reste des défis à assurer la responsabilité financière et la valeur des ressources dans l'utilisation. Le paquet national de soins de santé minimum de l'Ouganda (UNMHCP) est très vaste avec peu d'exclusions, et le processus de hiérarchisation n'est pas explicite en termes de bénéfices et de droits de la population financés. En raison de ressources publiques limitées, résultant du rationnement implicite, avec les pauvres et vulnérables incapables d'accéder aux soins de santé de qualité. Le régime d'achats passifs continue de prédominer et de saper les efforts du pays pour améliorer la valeur de l'argent. Cependant, il y a eu une tentative systématique d'instaurer un financement fondé sur le rendement au cours des 15 dernières années. Pour aller de l'avant, le pays a proposé d'accélérer les efforts de réduction des paiements de poche, de fragmentation et d'évaluation du paiement basé sur le rendement en tant que mécanisme d'achat pour le pays.

OS 07 – Achats stratégiques pour la couverture maladie universelle: le rôle des systèmes de paiement mixtes alignés

Présentation 1 : Un support et l'évocation de questions fondamentales pour évaluer un Système Mixte de Paiement des Prestataires (SMPP).

Inke Mathauer and Fahdi Dkhimi, Département de la gestion et du financement des systèmes de santé de l'OMS)

But et objectifs : Le but de l'analyse du SMPP est d'informer et d'améliorer le dialogue politique national sur les prestations. Les résultats d'une telle analyse servent à définir un cadre et à attirer l'attention sur la nécessité d'aligner les méthodes de paiement au sein et entre les clients comme une étape importante vers l'achat stratégique.

Approche : Le guide adopte une perspective systémique explicite et se concentre sur le mélange de paiement des prestataires : Il ne s'agit pas d'un instrument ou d'un mode de paiement – ce qui importe, c'est comment toutes ces méthodes de paiement individuelles se réunissent et si elles génèrent un ensemble cohérent des incitations au niveau des prestataires qui s'emploient à atteindre les objectifs de la CSU. Cette perspective du système met fortement l'accent sur la perspective du prestataire et la confronte au point de vue du patient afin d'examiner les effets combinés sur les objectifs globaux de la CSU.

Contenu du Guide : La première partie du guide explique ce qu'est le SMPP, en quoi il est important pour la CSU, et comment il peut entraîner des comportements indésirables des prestataires tels que l'élitisme ou le transfert de ressources. Par la suite, il examine comment ces comportements peuvent influencer sur les objectifs de la CSU, à savoir l'efficacité, l'équité, la protection financière et la qualité. Il présente l'approche méthodologique globale de l'évaluation et fournit des indications sur la manière d'entreprendre une telle évaluation.

La deuxième partie du Guide contient un ensemble détaillé de questions d'orientation pour conduire l'évaluation du SMPP d'un pays en ce qui concerne les cinq étapes clés décrites ci-dessous :

1. Panorama du système mixte de paiement des prestataires: exercice de cartographie comprenant des informations pertinentes sur le contexte global, les différents clients et prestataires, ainsi que les modes de paiement multiples utilisés ;
 2. Évaluation des incitations créées par le système mixte de paiement des prestataires en combinaison avec le niveau d'autonomie du prestataire et la souplesse de gestion, comment ces incitations influencent potentiellement le comportement de chaque type de prestataire et comment elles affectent les objectifs de la CSU ;
 3. Évaluation des autres effets du système mixte de paiement dans l'ensemble du système de santé ;
 4. Évaluation des effets des politiques de gestion sur le fonctionnement du SMPP ;
 5. Élaboration d'options stratégiques afin d'améliorer la cohérence globale du SMPP et son alignement sur les objectifs de la CSU.
-

Présentation : Etude de cas du Burkina Faso.

Introduction: Malgré le manque de ressources, le gouvernement du Burkina Faso investit une part importante de son budget en matière de santé afin de financer des politiques

ambitieuses, par exemple la politique de gratuité des soins de santé pour les mères et les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, des contraintes sévères en matière de ressources obligent le gouvernement à s'orienter vers un achat stratégique renforcé, afin d'obtenir le rendement maximal de son investissement dans la santé et d'assurer des progrès constants vers la CSU.

Objectifs: Le Gouvernement a choisi d'entamer le dialogue autour des achats stratégiques par le biais d'une série d'études. L'un des points d'intérêt était le système mixte actuel de paiement des prestataires, qui a été évalué en deux étapes :

- Un exercice de cartographie qui décrivait le système, c'est-à-dire les modes de paiement multiples utilisés par les différents clients du système de santé burkinabé;
- Un exercice analytique qui a exploré la chaîne causale entre les modes de paiement, les incitations financières générées, les réponses comportementales des prestataires de SSP – public et privé – et les conséquences induites sur les objectifs du système de santé – c.-à-d. l'équité, l'efficacité et la qualité.

Méthodologie: S'appuyant sur le document d'orientation de l'OMS, l'étude a rassemblé les résultats de quatre principales méthodes de collecte de données: un examen des publications, un ensemble d'entretiens avec les principales parties prenantes au niveau national, une analyse des données extraites du système national d'information sanitaire et études antérieures; deux études de cas qui ont permis de focaliser sur le SMPP et ses effets dans deux districts.

Résultats: L'étude a mis en lumière un mélange très complexe de méthodes de paiement en place au Burkina Faso.

Il a révélé une forte déconnexion entre les incitations prévues et celles créées en réalité. Les principaux facteurs expliquant un tel écart de mise en œuvre sont les suivants :

- Un ensemble de catalyseurs pour les conditions préalables à une réponse comportementale positive qui n'ont pas été remplies au moment de l'étude – par exemple, le manque d'autonomie du fournisseur, mais aussi la faiblesse de l'approvisionnement du fournisseur ;
- Un ensemble de fonctions de paiement qui sont – selon les acteurs – déterminantes pour influencer la réponse comportementale : prévisibilité et régularité du paiement. Le processus de mise en œuvre plutôt erratique des réformes des paiements a souvent tué les incitations prévues dans l'œuf ;
- Un manque de structures et de modalités de gestion pour le SMPP, qui a conduit à des méthodes de paiement mal coordonnées, envoyant des signaux plutôt contradictoires aux fournisseurs.

Conclusion: Les questions de gestion sont apparues comme déterminantes afin d'exploiter le potentiel des méthodes de paiement actuelles. Elles devraient être abordées en premier lieu, avant d'introduire de « nouveaux » modes de paiement.

Présentation 3 : Etude du cas de l'Egypte.

Ahmed Khalifa (WHO Egypt), Nevine El Nahass (MOH Egypt) et Mai Farid (MOF, Egypt)

Introduction et contexte : La promulgation de la nouvelle loi sur l'assurance maladie universelle stimule les progrès majeurs vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Par la mise en œuvre intégrale, il est envisagé que tous les égyptiens seront couverts en services de santé de qualité tout en garantissant un niveau adéquat de protection financière. Cette étude de cas visait à éclairer le processus de mise en œuvre de

la CSU en anticipant les forces et les défis possibles, ainsi que le développement d'options pour soutenir la mise en place d'un système mixte de paiement des prestataires.

Méthodes : Une approche de méthodes conjointes a été appliquée, y compris l'examen des documents, en particulier des dispositions juridiques relatives au système de financement de la santé antérieur et à la nouvelle architecture, ainsi que des entretiens et des discussions avec les principales parties prenantes.

Résultats : Même si la Loi et le règlement ne précisent pas les méthodes de paiement pour les services de santé curative couverts par la CSU, il semble y avoir une compréhension implicite de l'utilisation du paiement de cas pour les soins hospitaliers combinés avec des honoraires pour les services, et le paiement per capita au niveau primaire.

Les services de santé curatifs sont couverts par la CSU et seront payés par le biais de modes de paiement fondés sur la production (redevance pour le paiement des services ou de préférence le paiement de cas), tandis que les services de santé préventive et de promotion seront financés (et payés) par les intrants orientés, ligne budgétaire des postes du Ministère de la santé et de la population. Au vu des incitations fixées par ces méthodes de paiement, les structures de santé (et le personnel), publics et privés, peuvent très probablement trouver l'ancien plus attrayant. Il y a donc un risque que cela entraîne un comportement indésirable des prestataires, à savoir le transfert de ressources vers les prestations curatives (temps du personnel, attention, fournitures médicales, etc.), entraînant des pénuries de ressources (temps d'attente du personnel, manque de fournitures, etc.) pour les soins préventifs.

Conclusions : L'évaluation souligne l'importance d'aligner les flux de financement pour les soins préventifs et de promotion (budgétisation par postes) et les soins curatifs (méthodes de paiement CSU) afin d'éviter les distorsions dans le comportement des prestataires. Si le fait de s'éloigner d'une approche budgétaire fondée sur des postes de soins préventifs et de promotion n'est pas réalisable dans un court terme, une autre solution consiste à ajouter une rémunération pour la composante performance afin d'inciter les agents de santé à mettre davantage l'accent sur les mesures préventives et promotionnelles des services de santé. L'introduction d'incitations financières pour la coordination des soins peut être une option supplémentaire.

Présentation 3 : Etude de cas du Malawi.

Contexte: Le Malawi a progressé vers un accès universel à des services de santé efficaces et de qualité, bien que des défis majeurs subsistent. L'amélioration de la fonction d'achat est cruciale afin de relier efficacement les allocations de ressources aux besoins réels en matière de santé de la population et d'améliorer à la fois l'efficacité de l'allocation, mais aussi la technique du système de santé. C'est l'un des principaux objectifs du Plan Stratégique du secteur de la Santé 2 couvrant la période 2017-2022. Suite à cette décision, un examen du système mixte de paiement des prestataires a été identifié comme l'un des points d'entrée les plus pertinents pour faire passer le dialogue sur l'achat à un niveau supérieur.

Méthodologie: L'étude a appliqué le Guide de l'OMS pour l'évaluation du système mixte de paiement de prestataires.

Entreprendre l'analyse de manière systématique et exhaustive exige que les questions soient explorées par une approche de méthode mixte qui est initialement de nature qualitative, mais devrait être combinée avec l'analyse des données quantitatives, si possible. La méthodologie proposée comprend les activités suivantes : examen des documents, analyse des données secondaires (enquêtes auprès des ménages et DHIS2), et données primaires

qualitatives recueillies au moyen d'entretiens avec des intervenants clés, tant au niveau national que local, tant avec les prestataires du secteur public que ceux du privé, et à divers niveaux de soins (primaires, secondaires, tertiaires), mais aussi avec les usagers.

Résultats : Au Malawi, un tel examen révèle deux principaux résultats :

- Premièrement, dans le secteur public, la plupart des flux financiers reçus par les prestataires de tous les niveaux de la pyramide des soins de santé sont principalement fondés sur les intrants, acheminés par des lignes budgétaires rigides. Les allocations budgétaires sont généralement déterminées par le Trésor en fonction des modèles historiques. Les soins primaires et secondaires sont en grande partie achetés par les conseils de district basés sur des postes de ligne fondés sur les intrants. Le financement basé sur la performance est mis en œuvre en tant que remède contre les incitations négatives créées par ces méthodes de paiement rigides, avec des résultats mitigés jusqu'à présent ;
- Deuxièmement, dans le secteur privé (principalement à but non lucratif), les services sont souvent payés sur les intrants pour les salaires (budget poste alloué par le Ministère de la santé) et sur les extrants pour les consommables, quasi systématiquement par le partage des coûts – c.-à-d. les paiements privés des patients.

Au-delà de la description détaillée de la situation actuelle, l'étude fait également émerger des questions importantes de désalignements entre les différentes incitations, l'existence d'incitations perverses dans le système de santé et l'absence de tout mécanisme de coordination, un préalable à toute tentative d'optimisation du système mixte de paiement des prestataires.

Conclusions: Plusieurs recommandations politiques ont été élaborées afin de progresser vers un Système de Paiement des Prestataires plus harmonisé.

OS 08 – Le système de capitation est-il une option d'achat stratégique viable pour l'accès universel aux SSP au Ghana ? Leçons apprises et quelle est la voie à suivre ?

**Irene Agyepong, ** Timothy Ensor: Ghana Health Service, ** Leeds Institute of Health Sciences*

L'objectif de cette session est de présenter les expériences et les enseignements tirés de la conception et de la mise en œuvre ainsi que des aspects de l'évaluation d'un système pilote de paiement per capita pour les soins primaires dans le cadre du NHIS au Ghana entre 2010 et 2016. L'objectif est d'en tirer des leçons pour le Ghana et d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire en Afrique subsaharienne et qui luttent avec la conception et la mise en œuvre de systèmes de paiement stratégiques pour soutenir la CSU tout en faisant face à un manque de ressources notoire. Trois présentations de départ fournissent des informations sur le contexte et les procédures du mécanisme de paiement des prestataires élaboré par le Comité-directeur technique qui a conçu et appuyé la mise en œuvre précoce du projet pilote ainsi que la recherche exploratoire et explicative sur les aspects du processus et ses effets et résultats intermédiaires. Les trois présentations sont suivies d'un entretien interactif et des contributions d'un panel regroupant plusieurs points de vue de différents intervenants sur la manière et la procédure, ainsi que des leçons et des suggestions pour la voie à suivre. La table ronde examine également si les systèmes de paiement per capita

peuvent être une option viable pour assurer l'accès universel aux soins primaires. La structure de la session est résumée ci-dessous:

- (1) Commentaires introductifs/remarques du Président de séance
 - (2) Trois présentations initiales de 10 minutes chacune (résumés annexés)
 - (3) Entretien interactif avec les présentateurs et un panel multipartite sur la manière et la procédure, les enseignements tirés des différentes perspectives des intervenants, et sur la viabilité du système de paiement per capita pour assurer l'accès universel aux soins primaires dans le cadre du NHIS. Animée par Mme Vanessa Offiong, journaliste d'Afrique de l'Ouest avec une formation spécialisée dans les rapports de santé (30 minutes)
 - (4) Contributions, questions, discussion et interaction avec l'audience (25 minutes).
 - (5) Résumé de clôture/conclusions et commentaires du Président de session (5 minutes)
-

Contexte et processus de conception et de mise en œuvre d'un pilote de capitation dans la région Ashanti, au Ghana du point de vue du PPM-TSC : Une vision interne.

Irene A. Agyepong et PPM TSC

Le National Health Insurance Scheme (NHIS) du Ghana a commencé sa mise en œuvre en 2004, avec le paiement des prestataires à travers les honoraires détaillés de service. En réponse à la progressivité des coûts, les calendriers des frais variables et inévitables, le paiement des groupements liés au diagnostic du Ghana (G-DRG) a été introduit pour les services en 2008. Les médicaments ont continué à être achetés par des honoraires détaillés pour la médecine, mais une liste de médicaments avec des prix fixes négociés périodiquement a été introduite. En réponse à la hausse continue des coûts, des procédures lourdes en traitement des réclamations et des retards dans le paiement des prestataires ; Le Ghana a mis au point des politiques et des programmes et pilote un système de paiement de capitation pour les soins primaires en 2010. La région d'Ashanti, avec 19% de la population du Ghana, a été choisie pour le projet pilote. Un ensemble de services ambulatoires comprenant les soins primaires de maternité, les tests de laboratoire de base et les médicaments a été proposé par les acteurs de la politique technique du Comité-directeur technique du mécanisme de paiement des prestataires (PPM-TSC). En réponse aux préoccupations des parties intéressées au sujet des connaissances insuffisantes et des effets secondaires négatifs possibles, les médicaments ont été exclus du paquet en attendant une meilleure disponibilité des preuves. Les services de maternité ont été maintenus malgré une certaine contestation, parce que les données sur la viabilité administrative semblaient raisonnablement claires pour le PPM-TSC.

Résumé 2: Augmentation et diminution des services de maternité et des médicaments en tant que composants du panier de dépenses par capitation: Dr.

Augustina Koduah

Cette présentation explore en premier lieu comment les médicaments faisant partie du panier de services d'un système de paiement des prestataires de régimes d'assurance maladie nationaux par habitant ont été retirés de l'agenda avant la mise en œuvre pilote de la région Ashanti. Deuxièmement, comment et pourquoi moins de trois mois se sont écoulés

depuis la mise en œuvre d'un projet pilote avant son extension à l'échelle nationale; Les services maternels de soins primaires qui faisaient partie du panier de services d'un système de paiement des prestataires de régimes nationaux d'assurance maladie par habitant ont été retirés de l'agenda. La méthodologie de l'étude consistait en un modèle d'étude de cas comportant des entretiens approfondis, des observations et un examen documentaire du contenu des médias, des rapports et des comptes rendus de réunions en tant que méthodes de collecte de données. L'analyse des données s'est inspirée des concepts de résistance politique, de pouvoir, de théorie de l'accès et de zones de conflit. Au cours des étapes de l'agenda et de la formulation des politiques Les acteurs essentiellement techniques de la sphère bureaucratique ont utilisé leur expertise et leur autorité pour parvenir à un consensus afin que les médicaments et les services prénatals, d'accouchement normal et postnatal soient inclus dans le système de paiement des soins primaires par habitant. Avant et pendant la mise en œuvre des politiques, les décideurs étaient confrontés à une résistance imprévue. Les fournisseurs de services, en particulier les sociétés privées autofinancées, ont utilisé leurs connaissances et leurs compétences professionnelles, leur accès au pouvoir politique et social et au pouvoir des bureaucrates au niveau de la rue pour contester divers aspects de la politique et de ses dispositions de mise en œuvre, notamment l'inclusion de médicaments et les soins primaires destinés aux mères. services de santé. Les zones de conflit sont passées de la bureaucratie au public, les acteurs opposés présentant de multiples interprétations de l'intention et du but de la politique et ayant attiré l'attention des responsables politiques et du public. Le contexte d'intenses conflits sur la scène publique et de controverses au cours d'une année électorale a ajouté à l'anxiété politique généralisée suscitée par la contestation. La National Health Insurance Authority, en consultation avec le ministre de la Santé, a retiré les médicaments de la capitation avant la mise en œuvre de la politique. Au cours de la mise en œuvre, le président et le ministre de la Santé ont répondu à la contestation et ont supprimé les soins prénatals, d'accouchement normal et postnatal de l'ensemble des prestations par habitant. Les tensions et les relations complexes entre considérations techniques et politique et arènes conflictuelles bureaucratiques ou publiques sont des influences importantes qui peuvent faire en sorte que des éléments apparaissent et disparaissent dans les agendas politiques.

Résumé 3 : Effet d'un système de paiement per capita pour les dépenses d'utilisation et de contentieux dans le cadre du NHIS.

Francis-Xavier Andoh-Adjei, Bronke Boudewijns, Eric Nsiah-Boateng, Felix Ankomah Asante, Koos van der Velden, Ernst Spaan

Introduction : Le Ghana a introduit le paiement de capitation dans le cadre du régime national d'assurance-maladie (NHIS) en 2012 avec comme principal objectif de contrôler l'utilisation et le coût des services de santé. Cette étude visait à analyser les données sur les dépenses d'utilisation et de contentieux avant et après l'introduction de la politique de paiement per capita afin de comprendre si l'objectif visé était atteint.

Méthodes : L'étude a été transversale, en utilisant une conception de groupe de contrôle pré-test et post-test non équivalente. Nous avons fait une analyse de tendances, comparant les données sur les dépenses d'utilisation et de contentieux de trois régions administratives du Ghana sur une période de 5 ans, 2010-2014. Nous avons procédé à une analyse multivariée afin de déterminer les différences d'utilisation et les dépenses de contentieux entre les régions d'intervention et de contrôle, et une analyse « différence des différences » pour déterminer l'effet du paiement per capita sur l'utilisation et les contentieux dans la région d'intervention.

Résultats : La croissance de l'utilisation des ambulatoires et des dépenses en contentieux a augmenté pendant la période de pré-capitation dans les trois régions, mais a ralenti dans la période de capitation dans la région d'intervention. L'analyse de régression linéaire a montré qu'il y avait des différences significatives dans l'utilisation des ambulatoires ($p = 0.0029$) et les dépenses de contentieux ($p = 0.0003$) entre l'intervention et les régions pilotes avant la mise en œuvre du paiement per capita. Toutefois, seules les dépenses relatives aux réclamations ont montré une différence significative ($p = 0.0361$). De plus, une analyse différence des différences a montré que le paiement per capita avait un effet négatif significatif seulement sur l'utilisation, dans la région d'Ashanti ($p < 0.003$). Les facteurs comme la disponibilité des hôpitaux et des cliniques de district constituaient les principaux vecteurs de l'utilisation des soins ambulatoires.

Conclusion: L'utilisation des ambulatoires et les dépenses en contentieux ont augmenté aussi bien avant qu'après le système per capita, mais de façon moins significative dans la période de capitation. Il en ressort que la mise en œuvre du paiement per capita a donné des résultats positifs. Les décideurs en politiques sanitaires du Ghana peuvent donc envisager cette solution comme principale méthode de paiement pour les soins ambulatoires primaires afin de contrôler les coûts dans la prestation des soins de santé.

OS 09 Session Parallèle 3 – Influence des pratiques culturelles dans la propagation des maladies: le cas de l'extrême nord du Cameroun

L'influence des pratiques culturelles dans la propagation des maladies : Le cas de l'extrême Nord du Cameroun.

Dr Tolib Mirzoev, United Kingdom University of Leeds

Il s'agit d'une étude ethnographique qui révèle le fait que la santé et les soins de santé d'une communauté donnée dans le temps et l'espace reflète la vision du monde et les valeurs de cette culture. Ainsi, la façon dont les gens se rapportent à la nature, à d'autres personnes, au temps, aux personnes, à la charité, à la communauté, etc. a beaucoup à voir avec le mécanisme humain. Par conséquent, le comportement de la maladie détermine qui est susceptible de maladie et même qui accepte de devenir un patient-puisque seulement environ un quart des personnes malades effectivement voient un médecin. C'est donc par les normes culturelles que l'on est un patient et ce qu'il faut pour être un patient à l'hôpital. Ainsi la culture est générale mais spécifique. Nous utiliserons à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives pour mettre l'analyse de cette écriture en place. En attendant, par des observations participatives, des entretiens, des échantillonnages de recherche, des groupes de discussion, des questionnaires, des histoires de vie et de l'ethnologie pour recueillir nos données ainsi que maintenir l'objectivité et l'originalité de cette étude. L'objectif est de comprendre comment la culture influence les comportements de santé et la santé des personnes. Les résultats montrent que même les pensées religieuses sur la mort varient au sein des cultures, et sont particulièrement liées au traitement à l'hôpital. Langues et interprètes culturels peuvent être essentiels car ils sont plus disponibles que réalisés, mais il y a des pièges dans leur utilisation. En effet, il faut reconnaître que la personnalité peut dissimuler la culture et une excellente affiliation attentionnée peut être l'équilibre pour de

nombreuses lacunes culturelles. À cet effet, le médicament et l'alimentation nécessitent des considérations méticuleuses. Par conséquent, la vue d'une douleur physique et la souffrance psychosomatique varient d'une culture à l'autre et influencent aussi bien le jeu d'esprit et le succès des soignants que les patients. Bien que notre culture soit notre identité, elle serait bien informée pour guider les membres de la communauté sur les différents systèmes de santé et la nécessité de comprendre que certains cas de soins de santé ont besoin d'une combinaison.

OS 10 – Comment la modélisation basée sur les agents de santé peut-elle aider à la prise de décision et la planification

Modélisation basée sur les agents pour les évaluations économiques de la santé et les décisions de politique sanitaire.

Dr. Itamar Megiddo, Associé du chancelier, conférencier ; Université de Strathclyde

Dans cette intervention, nous introduisons des modèles basés sur des agents (ABM) et leur utilisation dans l'évaluation économique des interventions de santé. Les ABM sont souvent utilisées dans des approches théoriques avec des objectifs explicatifs à l'esprit. Toutefois, la flexibilité des ABM ainsi que leur capacité à intégrer diverses sources de données prêtent également à une approche axée sur les données qui peuvent être utilisées pour modéliser les soins de santé avec des objectifs prédictifs, pour informer la politique et la prise de décision. C'est le domaine de la santé-économie, qui s'est principalement préoccupée par la mesure de l'efficacité, de la valeur et de l'efficacité des systèmes, des services et des interventions de santé. Toutefois, la demande croissante de prise de décisions fondées sur des données probantes rend l'innovation dans ce domaine. Par exemple, la plupart des données d'essai sur l'efficacité des interventions proviennent de pays à revenu élevé, et nous devons contextualiser les évaluations pour tenir compte des populations locales et des systèmes de santé. En outre, nous avons de nouveaux objectifs et critères : Les objectifs de développement durable ont souligné l'importance de mesurer la répartition de la santé dans la population et l'équité des interventions. Travailler avec les ABM offre une flexibilité de modélisation qui peut aider dans ces domaines.

Notre objectif est de comprendre si et comment les ABA peuvent contribuer à l'évaluation de la santé et à la planification en Afrique subsaharienne et globalement. Nous utiliserons *IndiaSim*, un ABM axé sur les données de la population indienne et son utilisation du système de santé et son application dans les évaluations économiques à titre d'exemple. *IndiaSim* a été utilisé pour publier des évaluations d'interventions telles que le financement public du traitement de l'épilepsie, le développement de l'infrastructure d'eau et d'assainissement pour réduire le poids de la maladie diarrhée, et l'élargissement du Programme de vaccination universel de l'Inde. Nous allons réfléchir aux défis posés par le travail avec les ABM entraînés par les données ; ces défis sont particulièrement aigus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les données sont souvent limitées. Nous proposerons également des ressources utiles pour commencer à travailler avec les ABM.

Analyse approfondie de la politique sur le paludisme : Quel est le rôle des modèles basés sur des individus ?

Prof. David L Smith, Institut de Mesure de Santé et d'Évaluation (IHME). Université de Washington.

Des modèles mathématiques ont joué un rôle dans la recherche sur le paludisme, mais il y a une demande renouvelée de conseils quantitatifs qui a mis plus d'exigences sur leur utilisation dans la politique de la lutte contre le paludisme. Certains aspects du paludisme peuvent et doivent être traités à l'aide de modèles simples, mais il y a aussi un rôle crucial pour les modèles basés sur des modèles individuels, qui sont le moyen le plus efficace de traiter des systèmes comme le paludisme hétérogène et complexe. La transmission du paludisme implique des interactions complexes entre les hôtes, les vecteurs, les pathogènes et les interventions mises en place pour contrôler le paludisme. Un thème commun qui traverse toute l'épidémiologie et le contrôle du paludisme est le rôle de l'hétérogénéité. L'intensité de l'exposition et de la transmission est hétérogène en raison des populations de moustiques sous-jacentes. Des habitats de moustique sont spatialement hétérogènes, et l'écologie des conditions météorologiques et des moustiques établissent des conditions pour soutenir la transmission des agents pathogènes sur les deux temps (ex. saisonnier ou éphémère) et l'espace (p. ex. la focalité). Immunité au paludisme hétérogène dans les populations, selon l'âge et l'exposition ; l'immunité au paludisme a une mémoire médiocre, et il se développe différemment dans les personnes selon l'intensité et les modèles de l'exposition. Il existe plusieurs modes de contrôle vectoriel, et il existe plusieurs façons d'utiliser des médicaments antipaludiques pour guérir le paludisme et de réduire la transmission. La connectivité du paludisme est également une caractéristique importante de ces systèmes que les parasites de paludisme se déplacent dans les moustiques infectés et les questions de politique conduisant à la modélisation du paludisme sont comment stratifier les zones géographiques pour le contrôle, ce qui implique 1) une subdivision dans les zones; 2) choisir des combinaisons d'interventions adaptées aux conditions spécifiques et aux objectifs programmatiques; 3) coordonner le paludisme dans les régions. Ici, nous discutons de l'utilisation de modèles basés individuellement pour concevoir des interventions pour le paludisme forestier dans le système du Grand Mékong, le rôle de modèles basés sur des individus pour la conception des essais de contrôle randomisés pour les pathogènes à l'origine des moustiques, et le rôle du comportement humain dans l'élimination du paludisme.

La priorité des soins de santé en Afrique subsaharienne : Qu'est-ce que les modèles basés sur les agents ont à offrir ?

Dr. Justice Nwagwu, Conférencier Senior, École de Santé Publique, Université du Ghana

Récemment, il y a eu un mouvement vers la promotion et, dans de nombreux cas, l'institutionnalisation des mécanismes de mise en place prioritaires dans le secteur de la santé de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Cette exhortation découle du phénomène croissant de la transition des donateurs de l'aide du secteur de la santé, occasionnée par la croissance économique dans de nombreux pays, souvent en les déplaçant dans des tranches de revenu plus élevées.

Avec la nécessité d'établir des priorités vient la nécessité d'identifier les différentes approches méthodologiques et ce qu'ils ont à offrir à contextualiser l'approche SSA en matière de priorité.

Cette présentation s'appuiera sur les deux présentations précédentes et cherchera à discuter de la façon dont les ABM pourraient être utiles en matière de soins de santé sur le continent. Nous chercherons également à identifier et à discuter des défis qui pourraient se poser en utilisant les ABM, et nous allons inciter le public à discuter de la façon de surmonter ces défis.

Session Parallèle 4 – Sessions Organisées

OS 11 – Une bonne prise de décision - un partenariat de développement pour la CSU.

Tommy Wilkinson, Unité Economique de la santé, école de santé publique et médecine familiale, Université du Cap, Observatoire, Afrique du Sud-initiative internationale d'appui aux décisions.

De nombreux pays sur le continent africain progressent vers la couverture de la santé universelle (CSU), un moteur-clé de la réalisation des objectifs de développement durable pour une bonne santé et le bien-être, réduisant les inégalités et incitant la promotion de la croissance économique.

Le circuit de la CSU implique des décisions fréquentes et continues à tous les niveaux du système de santé par de multiples acteurs et intervenants. Les décisions et les processus concernant le financement et l'accès à des prestations et services de santé (le paquet sur les prestations de santé, HBP) au sein de l'espace budgétaire disponible sont essentiels à la durabilité, au soutien politique et à la confiance dans le système CSU.

La détermination explicite d'un HBP peut fournir une clarté sur l'admissibilité et favoriser l'accès et les attentes d'un service de santé. Il peut faciliter une réduction des dépenses hors-poche et de protection contre l'appauvrissement lié à la santé, l'amélioration de la budgétisation des programmes, l'autonomisation des patients et du public et une plateforme d'amélioration de la qualité. Toutefois, la détermination des interventions et des services inclus dans le HBP nécessite une stratégie cohérente et éclairée, qui reconnaît la disponibilité du budget et qui tient compte des valeurs sociales et des objectifs du système de santé plus large.

Le rôle des partenaires au développement dans l'assistance aux pays à développer des systèmes et des processus pour le développement de HBP et la prise de décision saine implique un changement itératif, la construction sur les succès et l'apprentissage des échecs. Il exige des approches intégrées et la coordination proactive avec les gouvernements de pays et entre les partenaires pour répondre aux défis persistants à la conception de HBP pour la CSU comprenant des transitions disponibles du financement et de l'espace fiscal, intégration verticale de programme et renforçant l'accès principal des prestations de santé.

Cette session organisée mettra en lumière le travail des partenaires du développement dans la progression de la CSU, la conception du HBP, et des preuves pour la prise de décision, et permettra de formuler des recommandations pour répondre aux défis et de tirer des succès par la participation active et la discussion des participants. Les intervenants de la session comprennent l'Initiative internationale de soutien à la décision (iDSI – Kalipso Chalkidou), la Fondation Bill et Melinda Gates (Hong Wang), la Clinton Health Access Initiative (CHAI, Raph Hurley), la Banque mondiale (TBC) et AfHEA leadership [demande AfHEA exec de nommer le régulateur].

Les organisateurs de la session sont également très ouverts aux suggestions pour d'autres conférenciers/représentation des institutions et demande d'attention pour cette session organisée qui sera présentée en plénière.

Session Parallèle 4 – Présentations Orales

Session Parallèle 4-1 Évaluations du financement de la santé

Les pays dont les dépenses pour les SSP sont relativement plus élevées que leurs dépenses pour les soins du niveau supérieur ont-ils de meilleurs résultats en matière de santé que ceux qui dépensent davantage pour des soins de niveau supérieur?

Chris Atim, Zlatko Nikoloski**, Daniel Malik Achala**

**African Health Economics and Policy Association- AfHEA, Accra*

*** London School of Economics*

Contexte: Les soins de santé primaires (SSP) ont été vantés comme une pierre angulaire essentielle pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). En effet, la Conférence d'Astana qui vient de se terminer sur les SSP, à l'occasion du 40e anniversaire de la déclaration d'Alma Ata, a engagé tous les pays participants à rechercher les SSP pour tous comme base pour progresser vers la CSU. Pour démontrer leur attachement à la SSP en tant que politique de santé prioritaire, les pays sont souvent invités à faire tout ce qu'ils peuvent pour faire passer l'accent qui est mis sur les dépenses de santé des niveaux secondaire et tertiaire vers le niveau de SSP. Pourtant, les données empiriques qui établissent un lien entre l'accent mis sur les dépenses liées aux SSP et de meilleurs résultats pour la santé sont rares.

Cette étude vise à répondre à la question de savoir si les pays qui dépensent relativement plus en SSP que les soins de niveau supérieur ont de meilleurs résultats en matière de santé que ceux qui dépensent davantage pour des soins de niveau supérieur. Les pays de toutes les régions du monde, y compris l'Afrique subsaharienne, ont été sélectionnés sur la base de la disponibilité des données. Notre approche est la régression multivariée d'un panel de données.

Objectifs:

1. Identifier les effets des dépenses liées aux SSP et ceux des dépenses de soins de niveau supérieur sur les résultats de santé
2. Déterminer si les pays qui dépensent relativement plus pour les SSP comparativement aux soins de niveau supérieur ont de meilleurs résultats en matière de santé que les pays qui dépensent plus pour les soins de niveau supérieur
3. Evaluer l'impact des autres déterminants sociaux de la santé

Résultats attendus: Notre hypothèse de travail est qu'une analyse des tendances des résultats en matière de santé et des dépenses relatives aux différents niveaux de soins révélerait que les pays qui dépensent plus pour les SSP auront de meilleurs résultats que ceux qui dépensent plus pour les soins de niveau supérieur. La raison de cette hypothèse est double. Tout d'abord, le coût unitaire des services de SSP est habituellement plus faible comparativement aux soins de niveau supérieur et des données mondiales antérieures (p. ex., les études sur la charge globale des maladies) ont démontré de façon concluante que de nombreux services de type SSP ont montré de façon concluante que de nombreux services de type SSP, tels que la vaccination des enfants, les services de soins maternels et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PECIME -C). Deuxièmement, les SSP se concentrent sur la prévention, la détection précoce et le traitement, ce qui peut réduire considérablement les coûts comparativement aux soins de niveau supérieur. Nous nous attendons également à ce qu'une analyse de régression crédibilise l'analyse des tendances et révèle des résultats qui indiquent que les dépenses liées aux SSP exercent une influence considérable sur les résultats en matière de santé bien meilleure que les dépenses de soins de niveau supérieur. Enfin, nous nous attendons à ce que d'autres déterminants sociaux de la santé (DSS) aient une incidence importante sur les résultats en matière de santé.

Options pour le financement durable à long terme de la riposte au VIH et au sida en Ouganda: résultats d'une enquête auprès des parties prenantes

Charles Birungi, Hoima University College London

Introduction: La viabilité financière des ripostes au VIH / sida en Ouganda est de plus en plus incertaine. D'une part, les coûts globaux du VIH / sida augmentent, en raison non seulement de l'engagement pour atteindre l'accès universel, mais aussi en raison de l'évolution des besoins en services des personnes vivant avec le VIH. D'autre part, la disponibilité des ressources financières publiques nationales est limitée, associée à la stagnation voire la dégradation de l'appui des donateurs (y compris les transitions pour les financements des 6 à 10 prochaines années).

Dans ce contexte, une discussion sur les options pour financer la riposte nationale au sida pour les années à venir devient très pertinente. Cette étude a suscité l'intérêt de certaines parties prenantes clés (donateurs, personnes vivant avec le VIH, prestataires de services, Gouvernement, universités et industries liées au VIH) sur la question de la viabilité financière des ripostes au VIH / SIDA et du financement futur des services liés au VIH, avec pour objectif de comprendre les différents niveaux d'acceptabilité entre interventions politiques et options de financement futures, ainsi que leur faisabilité.

Méthodes: Nous avons invité 266 personnes à participer à un sondage en ligne pour recueillir leurs préférences sur divers mécanismes générateurs de revenus et sur les politiques de réduction des coûts et de la demande

Résultats: nous avons reçu 205 réponses à notre sondage auprès de tous les groupes d'intervenants. Dans tous les groupes, la préférence la plus élevée était celle des politiques de financement des services de lutte contre le VIH ainsi que de la couverture sanitaire universelle (CSU), par le biais des finances publiques. Il y avait un large consensus pour ne pas réaffecter les ressources de la sécurité sociale et de l'éducation. Entre les parties prenantes, il y a eu des divergences d'opinion marquées entre l'industrie/le Conseil et une série d'autres groupes, le secteur industriel étant généralement plus favorable aux interventions pouvant produire des profits et un rôle plus accru pour le secteur privé dans le financement du VIH/ prestation. Inversement, les intervenants du milieu universitaire, du gouvernement et de la société civile étaient relativement plus favorables à l'achat de technologies nouvelles et coûteuses, et (dans une certaine mesure) d'imposer les revenus les plus élevés et les entreprises. Les taxes sur les boissons enrichies au sucre, les aliments transformés, le tabac et l'alcool étaient de loin considérées comme l'option la plus politiquement réalisable.

Conclusion: selon cette étude, les options politiques qui sont globalement acceptables entre les groupes d'intervenants ayant des intérêts différents existent mais se limitent aux finances publiques (tirées des recettes fiscales ordinaires) et aux taxes sur les produits nuisibles. Les représentants du secteur privé tendent à considérer les solutions enracinées dans le secteur privé comme des options efficaces et politiquement réalisables, tandis que les parties prenantes du milieu universitaire et du secteur public semblent mettre davantage l'accent sur des solutions qui n'affectent pas de manière disproportionnée certains groupes de population.

Institutionnalisation des comptes nationaux de la santé: Expérience de l'île Maurice en vue de façonner et mettre en œuvre des politiques et des stratégies.

Yogendra Nath Ramful ; Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie

L'institutionnalisation des comptes nationaux de santé (NHA) à Maurice est bien en cours et se déroule bien depuis 2014. NHA à Maurice est basé sur l'approche intégrative et le système de comptes de santé (SHA) 2011. L'outil de production des comptes de santé facilite le processus NHA.

Le dernier et le troisième tour de la NHA (NHA 2017) rapporte les dépenses totales de santé (le) de RS 25,3 milliards sur la santé en 2016. Les dépenses générales de santé des administrations publiques (GGHE) s'élevaient à RS 11,3 milliards. Les dépenses de santé privées ont été estimées à RS 14 milliards, dont les dépenses de santé hors-poche (OOP) étaient de RS 11,9 milliards. La NHA 2017 confirme que, malgré la prestation de services de qualité gratuits dans le secteur public, les ménages dépensent beaucoup plus dans le secteur privé. Les dépenses directes OOP pour la santé, qui était de 10,8 milliards RS en 2014, ont augmenté de 10,5% en 2016.

La NHA 2017 suit également les dépenses relatives aux maladies. 66,5% du total des dépenses de santé, soit une somme de RS 16,5 milliards, a été dépensé pour les maladies non transmissibles, avec une estimation de RS 3,6 milliards dépensés pour les maladies cardiovasculaires, RS 1,2 milliard sur le diabète, RS 955 millions sur le cancer et RS 1,8 milliard sur maladies infectieuses et parasitaires.

L'institutionnalisation de la NHA est étroitement liée au processus national de politique sanitaire pour l'allocation des ressources financières, à la formulation de stratégies visant à améliorer la performance du système de santé et au suivi des progrès du développement durable Objectif de développement 3.

Les rapports NHA sont approuvés par le cabinet des ministres, présidé par le premier ministre. Le précédent NHA 2015 a été largement utilisé lors des consultations budgétaires. Elle a contribué à une hausse considérable de l'allocation budgétaire accordée au ministère de la santé et de la qualité de la vie (MOH & QL), ce qui représente une augmentation de plus de 33% de l'exercice 2018/19 par rapport à celle de 2014. Par conséquent, le GGHE en pourcentage du PIB est passé de 2,3% en 2014 à 2,5% en 2016. Le gouvernement a mis en œuvre plusieurs mesures visant à consolider la couverture sanitaire universelle (CSU). Il s'agit notamment de la décentralisation des services spécialisés dans la Communauté, de l'amélioration de la qualité des soins dans les institutions publiques et de l'accent mis sur le service à la clientèle. En outre, les NHA sont devenus des outils importants pour les intervenants privés qui sont des acteurs-clés dans la promotion du tourisme médical.

Le rapport NHA 2017 recommande que pour que l'île Maurice améliore son indice de la CSU de 64 à 80, l'espace fiscal du MOH et de la QL doit être progressivement augmenté afin que le GG HE atteigne 5,0% du PIB en 2030. Le rapport exhorte également les investissements supplémentaires sur les programmes de promotion de la santé, la réglementation des frais d'utilisation dans le secteur privé, la mise en œuvre d'un régime d'assurance médicale dans la fonction publique, l'augmentation des franchises autorisées aux fins de l'impôt sur le revenu pour les personnes privées aient l'assurance-maladie et mener une enquête nationale sur l'ampleur des dépenses catastrophiques en matière de santé.

Examen des multiples sources de financement vers les établissements de santé publics au Kenya et leur influence sur le comportement des prestataires et la prestation des services

Rahab Mbau, Evelyn Kabia, Dr. Edwine Barasa - Kemri-Wellcome Trust, Kenya Nairobi

Introduction: Les fournisseurs de soins de santé traitent souvent avec plusieurs acheteurs, ce qui entraîne plusieurs sources de financement. Lorsqu'il existe plusieurs sources de financement, elles peuvent envoyer aux fournisseurs des signaux susceptibles d'inciter à un comportement indésirable de ces fournisseurs. Nous avons examiné les caractéristiques des multiples sources de financement vers les hôpitaux publics au Kenya et leur influence sur le comportement des prestataires et les prestations des services.

Méthodes: Nous avons mené une étude qualitative transversale dans deux hôpitaux publics de référence de premier niveau et deux hôpitaux publics de référence de deuxième niveau, choisis de façon ciblée dans deux comtés du Kenya. Nous avons utilisé un cadre conceptuel selon lequel un manque de cohérence de multiples sources de financement pourrait conduire à trois types de comportement non souhaité des prestataires; transfert des ressources, transfert des patients et des coûts. Nous avons collecté des données à l'aide d'entretiens approfondis (n = 36), de discussions de groupe (n = 4) et de revues de documentaires, et les avons analysées à l'aide cadre conceptuel.

Résultats: Les hôpitaux de l'étude ont connu 10 sources de financement identifiables parmi toutes leurs sources de financement. Les flux financiers multiples ont amélioré la résilience financière des établissements de santé en améliorant le niveau de ressources et la prévisibilité globale du financement des établissements. Des taux de paiement NHIF plus élevés pour les services ambulatoires pour les fonctionnaires par rapport aux non-

fonctionnaires et des taux plus élevés pour les services d'hospitalisation NHIF pour tous ses bénéficiaires par rapport aux frais d'utilisation ont conduit à un transfert de ressources pour fournir des services préférentiels aux fonctionnaires ou dans d'autres cas, aux patients assurés en général. Par exemple, certains établissements ont mis en place des cliniques et des services spéciaux pour les fonctionnaires, tandis que d'autres ont des services pour tous les patients assurés, mieux dotés en personnel et mieux équipés que les services généraux et les cliniques des patients non assurés. Il y avait aussi un comportement discriminatoire dans certains hôpitaux. Par exemple, les fonctionnaires étaient autorisés à pas faire la queue (et avaient donc des temps d'attente plus courts) pendant que d'autres patients attendaient d'être servis dans l'établissement de santé. En cas de rupture de stock de médicaments, les fonctionnaires étaient assurés de se procurer des médicaments dans le cadre des accords passés entre l'hôpital et les pharmacies privées, tandis que d'autres patients devaient acheter les médicaments eux-mêmes. La prévisibilité relative des paiements du NHIF par rapport aux paiements des frais d'utilisation incitait les établissements de santé à faciliter l'enrôlement des NHIF chez les patients nécessitant des procédures chirurgicales coûteuses ou des soins hospitaliers à long terme.

Conclusion: Les sources de financement multiples peuvent améliorer les flux financiers des établissements de santé. Toutefois, si elles ne sont pas structurées de manière cohérente, elles pourraient inciter à un comportement indésirable susceptible de compromettre les objectifs du système de santé. Par exemple, le déplacement des ressources et le comportement discriminatoire des hôpitaux de l'étude risquent d'entraîner une inégalité dans l'accès et une qualité de soins compromise. Il est nécessaire de structurer de manière cohérente de multiples sources de financement pour éviter ces résultats indésirables.

Financement des soins de santé au Nigeria: un examen systématique de l'impact de l'assurance maladie sur la prestation des soins de santé primaires

Yakubu Agada-Amade, University of Nigeria, Enugu Campus, National Health Insurance Scheme, Abuja

Le renforcement des systèmes de santé, l'amélioration des résultats en matière de santé, ainsi que la recherche de réponses aux alternatives concurrentes du financement des soins de santé sont des questions cruciales qui continuent de préoccuper les décideurs politiques. Quelles que soient les options, le choix du financement des soins de santé devrait mobiliser des ressources pour la santé et améliorer l'accès aux soins de qualité en même temps. En particulier, la politique de financement de la santé au Nigéria fournit un cadre pour la mise en place de régimes d'assurance maladie afin d'élargir la couverture des prestations de services de santé pour les secteurs formel et informel en tant que stratégie pour l'accès universel aux soins de santé. Par conséquent, les auteurs évaluent systématiquement la mesure dans laquelle l'assurance maladie influe sur l'accès aux services et la qualité des soins de santé primaires au Nigéria. Bien que cela soit valable, les résultats révèlent la preuve d'une force modérée à forte selon laquelle l'assurance maladie augmente l'accès aux soins et améliore la qualité des soins reçus; cependant, il reste des équivoques parfois. La revue contribue donc à la littérature sur le financement des soins de santé en élargissant et en qualifiant les connaissances existantes et en préconisant des réformes accélérées au cas où la couverture universelle devait être réalisée.

Existe-t-il un espace budgétaire pour la santé? Leçons tirées de la cartographie des ressources au Malawi

Henry Mphwanthe¹, Pakwanja Twea¹, Pakwanja Twea², Kate Langwe², Malema³

¹Health Policy Plus

²Ministry of Health and Population- Malawi

³Options Consultancy Services Limited- UK

Contexte: La fourniture de services de soins de santé primaires équitables et de qualité dépend en grande partie de la disponibilité de ressources financières suffisantes. Cependant, la planification et la coordination des activités de santé ont été un défi au Malawi en raison du financement substantiel hors financement des donateurs. Pour relever ce défi, le gouvernement du Malawi a adopté un exercice annuel de cartographie des ressources pour suivre les ressources du secteur de la santé et éclairer les décisions en matière de planification et de budgétisation, à la fois pour le Ministère de la santé et ses partenaires de développement. Le ministère de la santé a également étudié les moyens d'accroître l'espace budgétaire consacré à la santé grâce à des mécanismes de financement innovants. Toutefois, les résultats d'une analyse récente de l'espace budgétaire sectoriel montrent que le pays dispose d'une marge de manœuvre budgétaire limitée pour mobiliser des ressources supplémentaires dans le secteur de la santé et ne considère que l'efficacité comme le seul moyen possible d'accroître l'espace budgétaire pour la santé. Le récent exercice de cartographie des ressources met en évidence les domaines dans lesquels ces gains d'efficacité pourraient potentiellement être réalisés.

Le montant des dépenses totales de santé (DTS) par habitant est nettement inférieur au montant de 86 dollars par habitant recommandé par l'OMS. Cette situation est aggravée par le fait que le Malawi est fortement dépendant de l'aide des donateurs. Selon le CNS 2015, les partenaires extérieurs contribuent à hauteur de 62% aux DTS. Dans ce contexte, le pays explore des mécanismes permettant de générer des revenus intérieurs supplémentaires. Le ministère de la Santé a élaboré une proposition visant à générer des ressources nationales supplémentaires pour le ministère des Finances.

Objectif: Explorer la manière dont la cartographie des ressources et les informations de suivi des dépenses peuvent être utilisées pour améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources et de l'efficacité technique, ainsi que la prévisibilité et l'efficacité du financement des donateurs pour la santé au Malawi.

Méthodologie: L'étude a utilisé la cartographie des ressources de la série 5 pour déterminer si la comparaison avec les priorités stratégiques et les coûts du programme HSSP II pour quantifier l'écart de financement, analyser l'écart de financement par les secteurs programmatiques pour identifier les domaines de financement duplicatif, de surfinancement et l'allocation de ressources de haut niveau et les décisions de reprogrammation.

Résultats: Malgré une des dépenses de santé totales (DTS) parmi les plus élevées en pourcentage du PIB de la région de la SADC, à 40 USD, le Malawi a le plus faible ratio par habitant.

Conclusion: Les perspectives de financement supplémentaire pour la santé au Malawi sont peu encourageantes. Cependant, la cartographie et le suivi des ressources peuvent être utilisés pour identifier les possibilités d'économies et créer un espace budgétaire supplémentaire pour la santé. Cela contribuera à faire en sorte que les ressources en santé servent à répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Quels sont les besoins en financement de la santé des populations mobiles en Afrique de l'Est? Le cas des camionneurs de longue distance en Afrique de l'Est

Contexte: Les pays sans littoral que sont le Burundi, le Rwanda, l'Ouganda et le Soudan du Sud de la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE) dépendent de l'industrie de convoiement à travers le Kenya et la Tanzanie pour leurs importations et leurs exportations. Les chauffeurs routiers de longue distance (LDTD) passent de longues périodes sur la route et loin de chez eux, ce qui a tendance à présenter certains risques pour la santé, tels que l'abus d'alcool et d'autres stimulants et l'activité sexuelle à haut risque. Cette étude visait à comprendre les caractéristiques de mobilité, les besoins en soins de santé et les moyens de payer les soins de santé pendant les déplacements professionnels, ainsi que la capacité et la volonté de payer pour un produit d'assurance maladie transfrontalière couvrant les dépenses de santé dans tous les pays de la CAE lors de déplacements professionnels.

Méthodes: Le projet de partenariats transfrontaliers intégrés dans le domaine de la santé financé par l'USAID a mené entre novembre 2016 et février 2017 361 interviews de LDTD dans le cadre d'une étude plus vaste menée dans trois zones transfrontalières: Malaba Kenya-Malaba Ouganda, Holili Tanzania-Taveta Kenya et Gatuna. Rwanda-Katuna Ouganda. Les LDTD ont été recrutés en transit dans des villes transfrontalières. Les données ont été analysées avec STATA pour générer des statistiques descriptives et des modèles multivariés ont été utilisés pour estimer l'impact de divers facteurs de niveau individuel sur la capacité et la volonté de payer pour une assurance maladie transfrontalière.

Résultats: Les LDTD ont fait état de 20 à 30 voyages liés au travail au cours de la dernière année avec une durée médiane de une à deux semaines. 19,1% ont déclaré avoir utilisé un établissement de santé lors de leur dernier voyage, dont la moitié ont déclaré des dépenses en dehors de leur pays d'origine. 85,5% des LDTD ont déclaré avoir déboursé pour leurs dépenses de santé engagées pendant leurs déplacements professionnels. Les dépenses par paiement direct ont atteint 40% du revenu mensuel. 42,4% des personnes interrogées ont déclaré posséder une assurance maladie, mais seulement 16,3% de celles-ci ont déclaré que leur assurance pourrait être utilisée au-delà de leur pays d'origine (avantages transférables). 75% des répondants ont convenu qu'un produit d'assurance maladie pour le voyage était adapté à leurs besoins de santé. Le revenu moyen des ménages variait entre 120 et 415 USD dans les zones transfrontalières. 54,9% des personnes interrogées ont déclaré être disposées à payer 9,2 USD (soit 2,6% du revenu mensuel le plus faible déclaré)

Discussion: Ces résultats démontrent que les LDTD sont très mobiles, qu'ils ont besoins d'un accès à des services de santé en dehors de leur pays d'origine, qu'ils sont confrontés à des coûts élevés de paiement direct et ne sont pas actuellement bien servis par une assurance maladie transfrontalière. Au cours des prochaines étapes, les résultats seront diffusés aux assurances publiques et privées de la région afin d'éclairer la conception d'une assurance maladie transfrontalière pour les populations mobiles.

La prévisibilité de multiples flux financiers vers les établissements de santé influence-t-elle le comportement des fournisseurs ? Leçons tirées d'études de cas dans l'État d'Enugu au Nigéria

Ifeyinwa Arize^{1,3,4}, Chinyere Mbachu^{2,3}, Chinyere Okeke^{2,3}, Obinna Onwujekwe^{1,3}

¹Department of Health Administration and Management, Faculty of Health Sciences & Technology, College of Medicine, University of Nigeria Nsukka, Enugu Campus

²Department of Community Medicine, Institute of Public Health, College of Medicine, University of Nigeria Nsukka, Enugu Campus.

³Health Policy Research Group,

Contexte: La réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) suppose que les systèmes de santé recherchent des moyens de garantir l'efficacité, l'équité et la protection universelle a des services de santé. Il est également important que les services appropriés soient achetés de manière stratégique pour garantir la réalisation de la CSU. Par conséquent, il est nécessaire que les flux de fonds des acheteurs aux prestataires de services soient alignés sur les intérêts de tous les principaux acteurs du système de santé.

Objectif: Examiner la prévisibilité des différents flux financiers disponibles pour les prestataires de soins de santé publics et son influence sur la prestation des services.

Méthodes: L'étude a été menée dans l'État d'Enugu, au sud-est du Nigeria. Nous avons utilisé un modèle d'étude transversal et une méthode qualitative (entretiens avec des informateurs clés (EIC), discussion de groupe (FGD)) pour la collecte de données. Un échantillonnage raisonné de deux établissements de santé tertiaires et secondaires publics chacun, acheteurs, administrateurs centraux, partenaires de développement et organisations de la société civile a été adopté. Les données ont été collectées via EIC (n = 108) des acheteurs, FGD (n = 64) des clients de l'hôpital.

Resultats: l'étude a révélé que les sources de financement pour les établissements de santé publics étaient multiples, à savoir le paiement direct des ménages, le budget de l'Etat, l'assurance maladie et les dons. Aucune de ces sources de financement n'était prévisible. Toutefois, le paiement direct des ménages a été considéré comme la source de financement la plus prévisible et la plus courante pour les installations parce que la plupart des patients paient leurs factures, et il y avait très peu de retards dans le paiement de leurs factures. Les résultats ont montré que les organisations des mutuelles de santé avaient des retards dans le paiement des primes et le remboursement des frais de service, donc le financement par les Mutuelles d'assurance maladie était imprévisible. En conséquence, l'imprévisibilité des fonds pour les établissements de santé entraîne une mauvaise planification et une mauvaise prise de décision. Elle conduit également à privilégier certains services et a été jugée affecter la qualité de la prestation de services, car elle limite la gamme de services que les établissements peuvent fournir.

Cependant, l'imprévisibilité des fonds n'a pas été jugée comme une source de préférence pour certains groupes de patients pour l'accès au traitement, car les agents d'accueil des services de santé ne connaissent pas le mécanisme d'achat des soins médicaux des patients. Afin de faire face à l'imprévisibilité des fonds, les installations présentent différents mécanismes d'adaptation tels que la limitation des médicaments disponibles pour les patients des mutuelles d'assurance.

Conclusion: la prévisibilité des fonds pour les prestataires de soins de santé envoie des signaux qui influencent le comportement des prestataires, tout comme leur efficacité dans la prestation de services. Il en résulte une planification et une prise de décision médiocres car les installations sont handicapées. Par conséquent, la qualité des services de santé et les implications en termes d'efficacité compromettent sérieusement l'atteinte de la couverture sanitaire universelle au Nigeria.

Paiement direct des soins de santé à l'ère de l'assurance maladie nationale: une étude de cinq ans sur les établissements de santé primaires dans sept du nord du Ghana

Contexte: Le Ghana a mis en place un programme national d'assurance maladie en 2004 dans le but de supprimer les effets appauvrissants des paiements directs des soins de santé et de garantir l'accès à des soins de santé équitables. Cependant, sur une décennie de mise en œuvre, l'impact de ce programme sur les paiements directs est incohérent. Ce document contribue à comprendre l'impact du programme d'assurance au Ghana sur les paiements directs des soins de santé

Buts et objectifs: analyser l'impact du programme national d'assurance maladie du Ghana sur le paiement direct des soins de santé pour les soins de santé primaires à partir des données des établissements de santé

Méthodes: sur la base de données sur les revenus compilées pendant cinq ans par les établissements publics de santé de premier contact, collectées par le Ghana Essential Health Intervention Project (GEHIP), des statistiques descriptives et une analyse des tendances sont employées pour examiner les revenus provenant de paiements directs par rapport à des demandes d'assurance maladie pour les services de santé, les médicaments et les soins obstétricaux.

Principaux résultats: il a été constaté que les paiements directs pour les services de santé et les médicaments avaient diminué de 63% et 62% respectivement entre 2010 et 2014. Les demandes de règlement pour les services et les médicaments ont cependant augmenté respectivement de 37% et 34% en 2013 et 13 % et 9% respectivement en 2014. Les soins obstétricaux étaient entièrement couverts par des réclamations d'assurance, qui ont augmenté de 92% et 75% en 2013 et 2014. Ainsi, la base de revenus des centres de soins de santé primaires est en train de passer progressivement du paiement direct au remboursement par l'assurance.

Session Parallèle 4-2 Santé maternelle et infantile 1

Démographie sanitaire et évolution des indicateurs de santé infanto-juvénile en Côte D'ivoire de 2012 à 2016

Sackou-Kouakou*, Julie-Ghislaine**

*Centre de recherche en santé des populations et systèmes de santé

**Institut National de Santé Publique (INSP)-Abidjan Côte d'Ivoire

Co-auteurs: Kouamé Jérôme, Adou Philippe Agenor, Pongathié Adama, Malé Félix, Kouadio Luc

Justification : Les ressources humaines en santé participent à l'amélioration de l'accès aux services de santé et des indicateurs de santé dont ceux de la santé infanto-juvénile. Pour améliorer la démographie sanitaire, la Côte d'Ivoire a adopté plusieurs stratégies dont la régionalisation des postes depuis 2014.

Objectif: Analyser les corrélations entre les indicateurs de démographie sanitaire et ceux de santé infanto-juvénile sur la période 2012-2016.

Méthode: Etude rétrospective des rapports annuels de la situation sanitaire en Côte d'Ivoire. Les indicateurs de ressources humaines pour la santé (RHS) étaient les ratios médecin/population, infirmier/population et sage-femme/femmes en âge de procréer (FAP). Les indicateurs de santé infanto-juvénile étaient les incidences de la diarrhée, d'infections respiratoires aiguës (IRA), du paludisme et de la malnutrition. L'évolution de la médiane des indicateurs a été décrite. Celle des RHS a été comparée aux normes de l'OMS. Le coefficient de corrélation de Pearson a servi à mesurer le lien entre les deux groupes d'indicateurs. Nous avons choisi de considérer les valeurs de r non comprises entre $-0,5$ et $0,5$.

Résultats: Les incidences médianes des indicateurs de morbidité infanto-juvénile sont passées de 293‰ à 558‰ pour le paludisme, de 68,32 ‰ à 95,24‰ pour la diarrhée et de 6 à 9,43‰ pour la malnutrition. L'incidence médiane des IRA a augmenté d'environ 50% de 2012 à 2015 avant de baisser en 2016 (174‰). La médiane des ratios population/médecin s'est améliorée mais restait en deçà de la norme de l'OMS de 1 médecin pour 10000 habitants. Les ratios médians population/infirmier et sage-femme se sont améliorés de 2013 à 2016 passant respectivement de 1 infirmier pour 4262 habitants à 1 pour 3069 et d'une sage-femme pour 2213 FAP à 1 pour 1616. Exceptée la corrélation entre le ratio sage-femme/FAP et l'incidence de la malnutrition en 2012 qui était de 0,70, les corrélations entre le ratio de RHS et les indicateurs de morbidité infanto-juvénile étaient majoritairement $< -0,5$. Ainsi, la corrélation médecin/population et l'incidence des IRA s'est accentuée de 2012 à 2013 ($-0,52$ à $-0,69$) puis s'est stabilisée jusqu'en 2016. Celle entre le ratio infirmier/population et l'incidence du paludisme était de $-0,62$ en 2012 et de $-0,68$ en 2014. La corrélation entre le ratio sage-femme/FAP et l'incidence des diarrhées était de $-0,61$ en 2012.

Conclusion: Ces résultats pourraient traduire un problème dans la qualité de la prise en charge des maladies infantiles par les ressources humaines.

Mots clés: Indicateurs de ressources humaines en santé, Indicateurs de santé infantile, système de santé, Côte d'Ivoire.

Murs communautaires de bonne santé : Outils communautaires de surveillance et de plaidoyer pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans les régions rurales du Ghana

Mohammed Ali¹, John Koku Awoonor-Williams², Felicien Paul Randriamanantenasoa¹, Elena McEwan¹, Adam Abdul-Fatahi¹ and Abubakari Abdul Ganiu Konlan¹

¹Catholic Relief Services ²Ghana Health Services

Contexte : En l'an 2000, le Ghana Health Service (GHS) a adopté son concept phare de planification et de services de santé communautaire (CHPS). L'engagement communautaire étant un élément clé, l'initiative des CHPS a utilisé des outils participatifs pour surveiller et préconiser l'amélioration de la santé en mettant l'accent sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile (MCH).

Le Catholic Relief Services (CRS) et le GHS, en collaboration avec les communautés cibles, ont mis en œuvre la stratégie des murs de bonne santé (COWAH). La COWAH est utilisée dans les CHPS dans le cadre du système de décision communautaire. Dans chaque communauté, un comité de cinq membres rassemble et renforce les capacités des membres de la communauté à soutenir la collecte de données de SMI aux fins de planification et de prise de décision. Il fournit également des mécanismes permettant à ces communautés de plaider pour la disponibilité des services SMI de qualité.

Méthodes : Le CRS a mené une enquête de base (octobre 2011) et une enquête finale (septembre 2015) dans 240 communautés afin de mesurer les changements dans les résultats de SMI lorsque le COWAH, un outil participatif de suivi et de plaidoyer de l'initiative CHPS, a été utilisé.

Résultats : Les accouchements assistés de qualité sont passés de 30 % à 88 % ($p = 0,002$); L'allaitement maternel est passé de 48 % à 75 % ($P 0,001$); l'allaitement maternel exclusif est passé de 47 % à 92 %- $p > 0,001$; la proportion d'enfants (6-23mois) nourris avec des aliments complémentaires appropriés est passée de 55% à 98% : $P 0.000$); la proportion d'enfants (de 0 à 23 mois) atteints de diarrhée qui ont reçu des SRO/liquides à domicile a augmenté de 42 % à 66 %; $p = 0,005$). En outre, le concept COWAH a contribué à réduire la mortalité maternelle de 258 à 81 pour 100000 Naissances, ainsi qu'à réduire la mortalité infantile de 98 et 72 pour 1000 Naissances, respectivement à 26 et 32 pour 1000 Naissances. Chez les enfants de 0 à 23 mois, les taux de retard de croissance sont passés de 17 % à 13 %, $p > 0,001$; insuffisance pondérale réduite de 43% à 11% et émaciation réduite de 26% à 8%; $p < 0,001$

Conclusions : La stratégie de COWAH a contribué à améliorer l'appropriation et l'engagement de la communauté pour la fourniture et l'utilisation de soins de santé primaires. En outre, le COWAH semble prometteur car il a un impact positif sur les résultats de SMI. En outre, il a été constaté que COWAH renforçait les systèmes de santé communautaires dans la mesure où il constituait un outil participatif de surveillance et de plaidoyer. La stratégie a depuis été adoptée par certains districts des régions du nord et du nord-est du Ghana, ainsi que par d'autres programmes de pays CRS, notamment le Burkina Faso et le Niger. COWAH a le potentiel de contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable 2 et 3.

Évaluation du projet sur la santé des mères et des enfants du programme de réinvestissement et d'autonomisation des subventions (SURE P)

Ifeanyi Nsofor, Ike Anya et Chikwe Ihekweazu: ABUJA EpiAFRIC

Contexte : L'accès et l'utilisation de services de santé de qualité par les femmes et les enfants au Nigeria restent faibles. Le gouvernement du Nigeria a partiellement supprimé les subventions pétrolières en 2013 et a utilisé les économies pour mettre en place un programme d'intervention entre pour y remédier. Les fonds ont été consacrés à l'augmentation et à l'amélioration des infrastructures et des ressources humaines dans le domaine des soins primaires, ainsi qu'à l'amélioration de la demande par le recours à des mesures incitatives, principalement le « Transfert d'argent conditionnel (TCC) » dans 1000 établissements de santé à travers le Nigeria.

Buts et objectifs : L'objectif de l'évaluation était de déterminer dans quelle mesure le projet SURE P MCH atteignait ses objectifs, de formuler des recommandations pour orienter la période de mise en œuvre restante du projet et de formuler des recommandations pour la période post-2015.

Méthodes : Cette évaluation a été effectuée à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives. L'analyse des tendances a été effectuée pour évaluer l'impact de l'intervention sur les tendances pertinentes des mesures d'utilisation. Les méthodes qualitatives ont consisté en des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de discussion avec des parties prenantes.

Résultats : La période post-mise en œuvre a montré une amélioration de la plupart des variables d'intérêt, y compris une augmentation de 36,3% du nombre de consultations

prénatales pour les femmes enceintes. Nous avons constaté que les établissements avec une composante TCC ne produisaient que de meilleurs résultats par rapport à deux des six variables évaluées : les nouveau-nés recevant le VPO à la naissance et les nouveau-nés recevant le BCG à la naissance. L'analyse qualitative a montré une amélioration de la perception de la qualité des soins dans les établissements d'intervention et un manque de confiance dans les activités impliquant le transfert d'incitations financières.

Conclusions principales : Le programme a permis d'améliorer les indicateurs d'utilisation et la confiance des utilisateurs dans le système. Il aurait peut-être eu plus de succès s'il avait été plus indépendant. Le projet a soulevé la question de savoir si une intervention verticale visant un indicateur précis est appropriée ou si un renforcement plus large du système de soins de santé primaires est une meilleure approche.

Préférences des femmes enceintes fréquentant les soins prénatals en ce qui concerne les modèles de prestation de services de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Éthiopie: expérience du choix discret

Elias Asfaw¹, Josue Mbonigaba², Mike Strauss³, Sylvia Kaye⁴

¹University of California Davis (MINIMOD Project) and The Children Investment Fund Foundation (SURE Program), Addis Ababa, Ethiopia

²University of KwaZulu Natal, Economics Department, Durban, South Africa

³University of KwaZulu Natal, Health Economics and HIV/AIDS Research Division, Durban, South Africa

⁴Durban University of Technology, Public administration and Economics department, Durban, South Africa

Contexte : Le programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est un élément essentiel de la riposte au VIH, mais la faible utilisation des services de PTME demeure un défi critique en Éthiopie. Comprendre les facteurs liés à la demande qui entraînent une faible utilisation des services est nécessaire pour éclairer les efforts visant à accroître la demande et offrir des services centrés sur le client.

Objectif : cette étude vise à analyser les préférences et les facteurs de choix des modèles de prestation de services de PTME.

Méthodes : Un total de 275 femmes enceintes fréquentant les soins prénatals dans douze établissements de santé ont été échantillonnées au hasard pour être interrogées à l'aide d'une méthode à choix discret (DCE). Les participantes ont été invitées à choisir entre deux modèles de prestation de services comportant six attributs (conseil pré-test, intégration de services, conseil en divulgation, temps d'attente, coût et emplacement du site de PTME). Chaque participant a répondu à 64 jeux de choix, générés pour maximiser l'efficacité D-efficacité. Un modèle économétrique logit à effet aléatoire conditionnel a été utilisé.

Résultats: La consultation pré-test de couple a été préférée à la consultation pré-test individuelle (OR 1,23, p = 0,000). Une femme enceinte qui attendait 1 heure et 2 heures était moins susceptible de préférer le service de PTME que lorsqu'elle attendait 30 minutes (OU 0,75, p = 0,001; OU 0,76, p = 0,000). Les répondants ont préféré ne pas payer pour les services (1,27 USD, 2,54 USD). Les femmes enceintes ont préféré les services de PTME au centre de santé par rapport au poste de santé (OR 1,26, p = 0,001). Les probabilités de choisir des services de counseling avant le test par une femme enceinte des régions rurales étaient plus faibles que celles du milieu urbain (OR 0,77, p = 0,003). Les femmes enceintes en milieu urbain étaient moins susceptibles de préférer attendre plus longtemps (OR 0,72, p = 0,72, p = 0,04). Les femmes enceintes des zones rurales étaient moins disposées à payer 2,54 USD pour le service de PTME (0,52 OR, p = 0,000) et davantage disposées à recevoir un paiement de 5,08 USD (2,09, p = 0,000).

Conclusion : le counseling avant le test, le temps d'attente, les frais et l'emplacement étaient les attributs critiques qui influencent les préférences des femmes enceintes. Les préférences des femmes enceintes urbaines et rurales variaient selon les attributs du service PTME : intégration des services, temps d'attente, frais de service et localisation. Les programmes de lutte contre le VIH devraient accorder la priorité à la satisfaction des besoins des clients en fonction de ces attributs et envisager différents modèles en fonction de leur emplacement.

Session Parallèle 4-3 Financement basé sur les résultats et la performance

Vers une réflexion constructive sur le Financement Basé sur la Performance : perspectives des acteurs de mise en œuvre en Afrique Subsaharienne

*Serge Mayaka: MD, Phd, Economiste de la santé, Ecole de santé publique de Kinshasa
Lara Tembey, Eric Bigirimana, Christophe Y Dossouvi, Olivier Basenya, Elizabeth Mago, Pacifique
Mushagalusa Salongo, Aloys Zongo, Fanen Verinumbe*

Contexte: Un débat interminable et stérile autour du Financement basé sur la performance (FBP), devient de plus en plus présent parmi les experts engagés dans le renforcement des systèmes de santé; mais sans contribuer à un meilleur état de santé de nos populations. Comme experts directement impliqués dans la mise en œuvre du FBP, nous pensons utile de partager notre perspective.

Buts: S'inscrire dans la reprise du contrôle des débats autour du FBP et au retour à des fondements plus importants et techniques ; mais aussi dans la recherche des consensus basés sur des faits.

Objectifs de la recherche

(1) Réfléchir à l'évolution de l'approche PBF en particulier dans les pays où nous travaillons, (2) souligner ses avantages dans nos systèmes de santé et les transformations observés dans la santé, et (3) examiner les défis et proposer des orientations pour réformer sa mise en œuvre

Méthodes utilisées: Revue documentaire et interviews d'acteurs engagés dans la mise en œuvre dans différents pays africains

Découvertes clés:

- Le PBF présente des avantages - mais nous reconnaissons que des défis doivent être améliorés en permanence, et que les débats et les analyses critiques sont des occasions de se remettre en question.
- Les débats constructifs doivent être fondés sur des faits ; valoriser le large éventail d'expériences et exiger de toutes les parties qu'elles écoutent avec objectivité les arguments des parties prenantes, en particulier celles qui possèdent des connaissances locales et des affiliations institutionnelles diversifiées.

- Le PBF a été lancé au Rwanda, et nous reconnaissons que, dans nos pays, il bénéficie du leadership financier et technique de la Banque mondiale et d'autres acteurs exogènes. L'exogénéité peut poser problème, mais c'est loin d'être axiomatique.
- Le FBP est une stratégie évolutive, caractérisée par plusieurs innovations et modifications apportées par les acteurs nationaux dans leur contexte.

Nous voyons la valeur du FBP dans ses effets à l'échelle du système, tels que l'amélioration de la coordination, la responsabilisation en matière de décentralisation et la gouvernance globale du système, ainsi que l'exhaustivité et la rapidité des données du système d'information sanitaire.

Principales conclusions: Sans autosatisfaction, notre principale préoccupation devrait être le renforcement de nos systèmes de santé pour le plus grand bénéfice de la population. Nous nous sommes engagés à jouer un rôle important à la fois au niveau national et mondial pour mettre à jour continuellement l'approche PBF à mesure que nous en tirons des enseignements.

Le Financement Basé sur la Performance et la Contrevérification externe: outil d'amélioration de la gouvernance de l'approche en RDCongo

*Serge Mayaka: MD, Phd, Economiste de la santé, Ecole de santé publique de Kinshasa
Robert Yao, Michel Zabiti, Xavier Lannuzel*

Contexte: Dans le cadre de l'implémentation de son programme PBF en RDC, la Banque Mondiale a contractualisé avec une Agence de Contre Vérification Externe (ACVE), pour mener des missions contre-vérifications trimestrielles. L'ACVE a pour mission de confirmer ou d'infirmer la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que le respect des procédures, dans les provinces de la RDC sous PBF.

Buts: En présentant les écarts entre les résultats de la vérification et de la contrevérification dans le PBF, ce travail analyse les indicateurs de l'utilisation des services et de la qualité des soins des entités subventionnées, leur mesure en termes de performance et les pistes pour l'amélioration des tâches des vérificateurs.

Objectifs de la recherche: Contrevérifier les cadres de performance des entités de régulation et des agences de contractualisation et de vérification;

- Contrevérifier la véracité des données quantitatives et qualitatives dans les FOSA sélectionnées ; et au niveau communautaire ;
- Identifier les éventuelles sur/sous-évaluations des performances ;
- Proposer des solutions adéquates aux problèmes identifiés.

Méthodes utilisées: Les outils et méthodes de collecte des données devaient correspondre en tout point aux outils de la vérification. Un échantillonnage aléatoire (stratifié) et raisonné a été réalisé pour sélectionner les entités à contre-vérifier, hormis pour les agences de contrôle et de vérification ainsi que les équipes cadres de zone choisies d'office.

Découvertes clés: La majorité des structures (équipes cadre de zones, centres de santé, HGR,) qui ont été contre-vérifiées, ont, en moyenne, présentées des résultats de l'évaluation supérieurs à ceux de la contre-évaluation. Les raisons des écarts observés sont: problèmes de documentation ou de rapportage de certains documents, voire un mauvais archivage avec l'absence de certains dossiers; de suivi d'activités et d'exécution des recommandations; de mauvaise compréhension ou d'interprétation des critères de validation, avec certaines validations non objectives. Ces sur-déclarations ont des

conséquences en termes de pertes financières ou de manque à gagner pour la Banque Mondiale (BM).

Principales conclusions: On peut affirmer que les principes du FBP sont d'application avec rigueur et objectivité dans les différentes provinces financées par la BM mais avec des lacunes dans certaines d'entre elles. L'accomplissement correct de missions de contrevérification externe peut renforcer la surveillance des résultats du secteur de la santé et l'amélioration de la gouvernance du secteur. Elle contribue à l'approche d'une approche de financement perfectible.

Application de la budgétisation basée sur les programmes au secteur de la santé - Premiers enseignements tirés du Kenya

Benjamin Tsofa,^{1} Protus Musotsi¹, Sassy Molyneux,^{1,2} Edwine Barasa¹, Thomas Maina³, Jane Chuma³*

¹*KEMRI Wellcome Trust Research Programme, KEMRI Centre for Geographic Medicine Research Coast, Kenya*

²*Centre for Tropical Medicine and Global Health, Nuffield Department of Medicine, University of Oxford*

³*The World Bank Group, Kenya Country Office - Kenya*

Introduction: La planification et la budgétisation dans le secteur de la santé sont un processus de gouvernance associant des stratégies à long terme aux opérations quotidiennes et à l'allocation financière. Le Kenya a adopté un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et des plans de travail annuels (PTA) pour aligner les processus de planification et de budgétisation dans le secteur public, mais on constate encore des défauts d'alignement dans le secteur de la santé et plus largement dans le secteur public. Une loi sur la gestion des finances publiques (PFMA) a été adoptée en 2012 pour guider le processus de planification et de budgétisation, qui a introduit la budgétisation axée sur les programmes (PBB) en remplacement de la budgétisation traditionnelle par postes. Le PBB visait à mieux relier les programmes techniques prioritaires identifiés lors de la planification, à l'allocation budgétaire, ainsi qu'au renforcement de la responsabilité, de la transparence et de l'ouverture. Les connaissances sur l'application et l'utilité de la PBB dans le secteur de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PFR-PRI) sont limitées, et cette étude visait à combler cette lacune dans les connaissances.

Méthodologie: Nous avons effectué une recherche et une revue systématiques de la littérature qui a documenté l'application et l'utilité du PBB dans le secteur de la santé dans les PRFI. Nous avons ensuite décidé de collecter des données empiriques pour examiner l'expérience de PBB en matière de planification et de budgétisation du secteur de la santé au niveau du comté. Nous avons examiné tous les documents de politique et de directives pertinents qui guident le processus de planification et de budgétisation dans le pays. Nous avons ensuite mené 28 entretiens approfondis avec des informateurs clés au niveau national appartenant au ministère de la Santé, au secrétariat du Conseil des gouverneurs et à des organismes donateurs soutenant la planification et la budgétisation du secteur de la santé. Nous avons ensuite mené xx entretiens avec des personnes impliquées dans la planification et la budgétisation du secteur de la santé au niveau du comté dans six comtés choisis de façon raisonnée. Nous avons appliqué le triangle d'analyse des politiques de Walt et Gilson pour guider l'élaboration d'outils de collecte et d'analyse de données. Nous avons appliqué une approche thématique pour l'analyse des données.

Résultats: Le PBB a été développé pour l'élaboration du plan de travail annuel du secteur de la santé au niveau du comté pour l'exercice 2017/18. Toutefois, en l'absence de directives appropriées sur le processus, les nombres et les définitions des "programmes" identifiés

pour l'allocation des ressources varient d'un pays à l'autre. Le processus de planification a été perçu comme ayant amélioré l'alignement des priorités techniques sur l'allocation budgétaire; et une transparence accrue, la responsabilité, l'ouverture du processus. Cependant, la mise en œuvre de l'EBP rencontrait des difficultés en raison du manque d'instruments et de directives clairs, de la faible capacité au niveau des comtés, de l'ingérence politique et du fait que le système intégré d'information sur la gestion financière (SIGFI) utilisé pour la gestion financière du secteur public était toujours organisé autour d'éléments hiérarchiques.

Conclusion: le PBB est potentiellement un outil utile pour aligner la planification et la budgétisation du secteur de la santé et orienter le PTA vers les résultats. Cependant, la réalisation de ceci serait facilitée par l'élaboration de lignes directrices claires pour les outils et le renforcement des capacités des gestionnaires du secteur de la santé des comtés; et la réforme du système de gestion budgétaire SIGFI pour l'aligner sur le PBB

Compréhension des facteurs contextuels et de mise en œuvre limitant les résultats d'un programme de financement basé sur la performance étendu à la malnutrition dans les centres de santé du Burundi - informations tirées d'une recherche en méthode mixte menée au Burundi

Manassé Nimpagaritse, ** Catherine Korachais * Jean Macq, ** Bruno Meessen:
*Bujumbura Institut National de Santé Publique, ** Institute of Tropical Medicine, ***Université Catholique de Louvain*

Contexte: La communauté scientifique s'intéresse de plus en plus aux canaux par lesquels les systèmes PBF produisent (ou non) leurs effets au niveau des établissements de santé. De plus, il est de plus en plus reconnu dans la communauté de la recherche sur le financement basé sur la performance (PBF) que le PBF représente plus que des paiements fondés sur des produits dont la qualité est vérifiée. En fait, les systèmes PBF sont mis en œuvre dans un «système adaptatif complexe». Le contexte devient ainsi partie intégrante de chaque système PBF et comprend des facteurs de changement importants qui influencent les résultats et les processus / mécanismes en cours de démarrage.

Nous avons profité de l'introduction d'indicateurs de prévention et de prise en charge de la malnutrition dans le cadre du programme PBF au Burundi pour améliorer notre compréhension des facteurs contextuels et de mise en œuvre qui ont influencé le déroulement de l'intervention et ses résultats.

Méthode: Cette étude s'appuie sur la théorie du programme de l'intervention et sur un modèle de méthodes mixtes adoptant un schéma explicatif séquentiel. La composante quantitative exploite principalement un vaste ensemble d'instruments de recherche appliqués aux 90 centres de santé de l'évaluation d'impact. La composante qualitative repose principalement sur les journaux de bord remplis chaque semaine dans les centres de santé et sur des entretiens approfondis avec des informateurs clés appartenant à un sous-ensemble de 12 centres de santé.

Résultats: Six facteurs contextuels ont été identifiés comme ayant contribué aux résultats limités de l'intervention du PBF sur la nutrition: problèmes de paiement des subventions aux établissements de santé / agents de santé, manque d'autonomie au niveau des établissements de santé, problèmes de communication / information sur la nouvelle intervention, compétences des agents de santé, non-disponibilité des ressources et absence de supervision améliorée.

Conclusion: l'intervention était également limitée par des facteurs liés au système de santé. Le FBP tente de promouvoir la résolution de problèmes au niveau périphérique, mais ce niveau reste limité par des éléments plus systémiques. Cela confirme que la performance d'un système de santé est un long combat.

Utilisation des subventions conditionnelles du financement basé sur la performance (PBF) pour augmenter l'affectation de ressources nationales au secteur de la santé dans le contexte de décentralisation au Kenya

Consolata Oggot, Omar Ahmed: Ministère de la Santé de Nairobi

Contexte: L'état de santé de la population du Kenya s'est amélioré au cours de la dernière décennie. Cependant, des inégalités considérables persistent, avec de grandes variations dans l'état de santé en fonction de facteurs géographiques et socio-économiques. L'un des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé est le financement insuffisant et inéquitable des soins de santé. En 2014, l'économie du Kenya a été réajustée et le pays est maintenant un pays à revenu intermédiaire inférieur. Ainsi, il y a nécessité d'une mobilisation des ressources nationales. Le Kenya s'est engagé dans un processus de décentralisation rapide dans 47 comtés. Par la suite, les deux tiers des allocations gouvernementales consacrées aux soins de santé ont été transférés aux comtés, représentant environ 30% des revenus du comté. Le gouvernement kenyan aide les 47 comtés à améliorer la prestation, l'utilisation et la qualité des services de SSP (soins de santé primaires) au niveau des comtés en utilisant un FBP qui applique des conditions minimales et alloue des ressources aux comtés fonction de leur amélioration des résultats des SSP. Les quatre indicateurs clés utilisés pour mesurer la performance sont les enfants complètement vaccinés, la CPN 4, l'accouchement assisté et la couverture de la planification familiale.

Objectifs: Evaluer la conformité des comtés à atteindre la fois les conditions minimales d'allocation de leur budget santé et répondre aux critères de gestion des finances publiques (GFP) et vérifier l'amélioration des résultats en SSP des 47 comtés

Méthodologie: les données pour l'évaluation descriptive ont été obtenues du ministère de la santé, des budgets de santé du comté du Kenya et du système d'information sanitaire du district-2 pour la période d'avril à juin 2017 et d'avril à juin 2018. SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique.

Résultats: 94% des comtés ont respecté les critères de la Gestion des Finances Publiques. 72% des comtés ont atteint la condition minimale de l'allocation budgétaire du comté à la santé; 28% des comtés n'ont pas satisfait aux critères en raison de la réduction des investissements en immobilisations au cours de l'exercice en cours. 94% des comtés avaient un résultat positif SSP amélioré; 19% des comtés ont un résultat moyen amélioré supérieur à 20. Dans l'ensemble, seulement 72% des comtés ont pu atteindre à la fois les résultats positifs des SSP améliorés et les deux conditions minimales concomitamment.

Conclusion: Le PBF est un outil politique efficace pour faire face à l'accroissement de l'allocation des ressources intérieures du comté au secteur de la santé. L'application des conditions minimales au niveau des comtés a également amélioré la GFP et la responsabilisation et

Le PBF en Sierra Leone: les prochaines étapes

*Purava Joshi, Tamba John, Mohamed Kapry Kamara
Ministère de la Santé et de l'Environnement, Sierra Leone*

Contexte: En 2011 et 2015, la Sierra Leone a mis en place des systèmes de financement basés sur la performance (PBP), dans le but de payer les établissements de santé en fonction de leurs performances en termes d'indicateurs de santé maternelle et infantile. Une évaluation du programme³ a révélé que le FBP avait réussi à accroître l'autonomie des prestataires, mais que son potentiel était freiné par des retards de paiement et des vérifications externes inexacts. Pour remédier aux problèmes rencontrés dans le passé avec le FBP, le ministère de la Santé de la Sierra Leone est en train de revoir sa conception et le pilotera cette année dans deux districts.

Objectif: (i) Réaliser une analyse des goulots d'étranglement du précédent FBP afin d'identifier les causes exactes de ses contraintes et proposer ainsi des recommandations pour le nouveau FBP. (ii) Recommander des moyens d'intégrer le PBF - une forme d'achat stratégique - au reste du système de santé de la Sierra Leone et à l'environnement plus large des accords fournisseur-acheteur (c'est-à-dire «ne pas rater les opportunités»)⁴.

Méthodes: La recherche reposera principalement sur des entretiens avec diverses parties prenantes impliquées dans les précédents PBF - personnels des ministères de la Santé niveau central et local, les équipes de gestion des districts de la santé, conseils locaux, travailleurs des établissements de santé et agences donatrices. Les auteurs sont des économistes du ministère de la Santé et sont dans une position unique pour accéder aux données et aux parties prenantes. Deux des auteurs ont participé à la mise en œuvre des deux premiers FBP. Les conclusions de l'évaluation du FBP menée par CordAid viendront également compléter nos recherches.

Premières conclusions: Les premières conclusions montrent qu'avant de pouvoir mettre en œuvre le FBP, certains systèmes doivent être renforcés: (i) Rapports de données: des données précises sont cruciales, car les prestataires sont rémunérés sur la base de ces données. Par conséquent, certains systèmes doivent être en place - personnel formé à la saisie de données, technologie de saisie et de téléchargement de données, etc. (ii) Gestion des finances publiques: les FBP précédents voyaient les établissements recevoir leur argent après plus d'un an. La recherche proposera des mesures de gestion des finances publiques pour remédier à ce problème et examinera également les moyens d'intégrer les paiements «basés sur les résultats» du FBP aux paiements pour le reste du système de santé en Sierra Leone, qui sont généralement basés sur les intrants.

Utilisation des subventions conditionnelles du financement basé sur la performance (PBF) pour augmenter l'affectation de ressources nationales au secteur de la santé dans le contexte de décentralisation au Kenya

Consolata Oggot, Omar Ahmed: Ministère de la Santé de Nairobi

Contexte: L'état de santé de la population du Kenya s'est amélioré au cours de la dernière décennie. Cependant, des inégalités considérables persistent, avec de grandes variations dans l'état de santé en fonction de facteurs géographiques et socio-économiques. L'un des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé est le financement insuffisant et inéquitable des soins de santé. En 2014, l'économie du Kenya a été réajustée et le pays est

³ CordAid (2014). Performance Based Financing in Healthcare in Sierra Leone. External Verification – Final Report. In: Freetown and the Hague: Cordaid, vol. 1

⁴ Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I., & Kutzin, J. (2017). Pay-for-performance debate: not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform*, 3(2), 74-79.

maintenant un pays à revenu intermédiaire inférieur. Ainsi, il y a nécessité d'une mobilisation des ressources nationales. Le Kenya s'est engagé dans un processus de décentralisation rapide dans 47 comtés. Par la suite, les deux tiers des allocations gouvernementales consacrées aux soins de santé ont été transférés aux comtés, représentant environ 30% des revenus du comté. Le gouvernement kenyan aide les 47 comtés à améliorer la prestation, l'utilisation et la qualité des services de SSP (soins de santé primaires) au niveau des comtés en utilisant un FBP qui applique des conditions minimales et alloue des ressources aux comtés fonction de leur amélioration des résultats des SSP. Les quatre indicateurs clés utilisés pour mesurer la performance sont les enfants complètement vaccinés, la CPN 4, l'accouchement assisté et la couverture de la planification familiale.

Objectifs: Evaluer la conformité des comtés à atteindre la fois les conditions minimales d'allocation de leur budget santé et répondre aux critères de gestion des finances publiques (GFP) et vérifier l'amélioration des résultats en SSP des 47 comtés

Méthodologie: Les données pour l'évaluation descriptive ont été obtenues du ministère de la santé, des budgets de santé du comté du Kenya et du système d'information sanitaire du district-2 pour la période d'avril à juin 2017 et d'avril à juin 2018. SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique.

Résultats: 94% des comtés ont respecté les critères de la Gestion des Finances Publiques. 72% des comtés ont atteint la condition minimale de l'allocation budgétaire du comté à la santé; 28% des comtés n'ont pas satisfait aux critères en raison de la réduction des investissements en immobilisations au cours de l'exercice en cours. 94% des comtés avaient un résultat positif SSP amélioré; 19% des comtés ont un résultat moyen amélioré supérieur à 20. Dans l'ensemble, seulement 72% des comtés ont pu atteindre à la fois les résultats positifs des SSP améliorés et les deux conditions minimales concomitamment.

Conclusion: Le PBF est un outil politique efficace pour faire face à l'accroissement de l'allocation des ressources intérieures du comté au secteur de la santé. L'application des conditions minimales au niveau des comtés a également amélioré la GFP et la responsabilisation et

Session Parallèle 4-4 Achat de services

Analyse du système mixte des modalités de paiement des prestataires dans le cadre de l'achat stratégique des services de santé au Burkina Faso

Joël Arthur Kiendrébéogo, Université Ouaga 1

Professeuse Joseph Ki-Zerbo, Institut de Médecine Tropical (IMT), Anvers, Belgique ; Université de Heidelberg

Fahdi Dkhimi, Technical officer, Health Financing Team, OMS, Genève

Olivier Appaix, Consultant indépendant, France & USA

Introduction : La fonction d'achat du financement de la santé, réformée dans le bon sens, est un puissant levier de transformation du système de santé et de progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). De nos jours, il y a un large consensus à passer d'une approche dite passive de l'achat des services de santé (pas de sélection des prestataires, de suivi de la performance, d'efforts pour influencer sur les prix, la quantité ou la qualité des soins) à une approche active ou stratégique. Pour devenir plus stratégique, la fonction d'achat doit

susciter un ensemble cohérent d'incitatifs permettant d'aligner le comportement des prestataires de soins sur les objectifs de la CSU.

Objectifs : L'objectif général de l'étude était de comprendre le système mixte des méthodes de paiement en place au Burkina Faso, la combinaison d'incitations qu'il provoque sur le comportement des prestataires au niveau décentralisé, ainsi que les défis en matière de gouvernance.

Méthodes : L'étude était de nature qualitative. La collecte des données s'est déroulée de février à avril 2017. Elle a consisté en une revue documentaire (littérature scientifique et grise) et des entretiens semi-directifs aux niveaux central et périphérique du système de santé. Une monographie au niveau de deux districts sanitaires a été réalisée afin de clarifier les circuits des paiements et de constater les effets observés auprès des prestataires. Le choix de ces deux districts s'est basé sur le fait qu'ils ont fait l'objet, pendant de nombreuses années, de diverses expériences autour de la fonction d'achat des prestations de services.

Résultats : L'étude a proposé une cartographie qui a mis en évidence une multiplicité des acheteurs institutionnels de soins ainsi que des prestataires auprès desquels ils achètent des services à travers une ou plusieurs modalités de paiement. Cette multiplicité ajoute de la complexité au système et, quelquefois, entrave l'atteinte des objectifs initiaux ayant prévalu à l'introduction de l'une ou l'autre modalité de paiement. Ceci, en outre, est aggravé par une dynamique de réformes en cours et des problématiques liées à la gouvernance comme la faible autonomie des formations sanitaires, le manque de prédictibilité et de régularité des paiements ou les ruptures fréquentes de médicaments.

Conclusion : Cette étude a permis de clarifier la situation du mix des modalités de paiement des prestataires de soins au Burkina Faso et d'identifier certains effets qui lui sont attribuables afin de nourrir le dialogue national sur l'achat stratégique comme levier pour progresser vers la CSU.

Attribuer le développement et la sélection de niveaux pour une expérience de choix sur les mécanismes de capitation et de paiement des services

Melvin Obadha¹, Jane Chuma^{1,2}, Jacob Kazungu¹, and Edwine Barasa^{1,3}

¹Health Economics Research Unit, KEMRI | Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya.

²The World Bank Group, Kenya Country Office, Nairobi, Kenya.

³Nuffield Department of Medicine, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Contexte: L'utilisation de méthodes d'élicitation des préférences déclarées telles que les expériences de choix discret (ECD) gagne du terrain dans le domaine de l'économie de la santé. Cependant, la validité de l'ECD a été critiquée. L'un des principaux aspects qui affecte la validité de l'ECD est le processus utilisé pour développer des attributs et sélectionner des niveaux. Les chercheurs ont été vagues sur la façon dont les attributs et les niveaux de leurs ECD ont été développés. Cela est dû à l'absence de processus normalisé pour le développement des attributs et la sélection des niveaux. Pour combler cette lacune, nous avons entrepris de documenter le processus suivi pour dériver les attributs et sélectionner les niveaux permettant à une ECD de déterminer les préférences des prestataires de soins de santé en ce qui concerne les attributs des mécanismes de paiement des prestataires de soins de santé au Kenya.

Méthodologie: Nous avons utilisé un processus en quatre étapes proposé par Helter et Boehler pour rendre compte des étapes suivies dans le développement des attributs et la sélection du niveau. Les étapes comprennent: collecte des données brutes, réduction des données, suppression des attributs inappropriés et formulation des attributs. Les données

brutes ont été recueillies en effectuant une revue de la littérature et une étude qualitative comprenant des entretiens semi-structurés avec 29 membres de l'équipe de gestion dans six établissements de santé.

Résultats: L'analyse documentaire a mis au jour sept caractéristiques de la capitation et de la rémunération à l'acte qui ont influencé le comportement des prestataires de soins de santé, à savoir: taux de paiement, adéquation du taux de paiement pour couvrir le coût des services, rapidité des paiements, calendrier de paiement, exigences de performance et complexité des mécanismes de responsabilité. L'étude qualitative a renforcé les résultats de l'analyse de la littérature en identifiant cinq attributs que les prestataires considéraient comme importants: la prévisibilité du calendrier des décaissements de paiement, la prévisibilité des montants décaissés, l'adéquation du taux de paiement pour couvrir le coût des services, la complexité et la charge des mécanismes de déclaration et de réclamation et l'autonomie des ressources.

Par la suite, les données ont été réduites, classées et résumées. Ensuite, les attributs inappropriés ont été supprimés en tenant compte de critères tels que la pertinence, la vraisemblance et la capacité d'être échangé. Enfin, les attributs ont été formulés de manière appropriée, ce qui a abouti à cinq attributs. Ces attributs ont été pré-testés dans une étude pilote avec 31 répondants. Quatre attributs sont parvenus à l'ECD finale. Ceux-ci inclus: calendrier de paiement, ponctualité des paiements, taux de paiement et services couverts (Package de bénéfices).

Conclusion: Le fait de rendre compte de manière rigoureuse du processus de développement des attributs et de sélection augmente le niveau de validité des expériences à choix discrets en économie de la santé. Les chercheurs et les modélisateurs de choix dans tous les contextes devraient toujours indiquer le processus utilisé pour dériver leurs attributs.

Achat de soins de santé au Kenya: Expériences des prestataires de soins de santé en matière de mécanismes de paiement par capitation et de paiement à l'acte.

Melvin Obadha¹, Jane Chuma^{1,2}, Jacob Kazungu¹, and Edwine Barasa^{1,3}

¹Health Economics Research Unit, KEMRI | Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya.

²The World Bank Group, Kenya Country Office, Nairobi, Kenya.

³Nuffield Department of Medicine, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Contexte: Les mécanismes de paiement des prestataires jouent un rôle essentiel dans la couverture sanitaire universelle en raison des incitations qu'ils créent pour que les prestataires de soins de santé fournissent les services nécessaires, efficaces et de qualité. Par conséquent, lors de la conception des mécanismes de paiement des fournisseurs, il est utile de comprendre leur expérience et leurs préférences pour les caractéristiques de ces méthodes de paiement. C'est pourquoi nous avons décidé d'explorer l'expérience des prestataires de soins de santé publics, privés et confessionnels avec deux mécanismes de paiement communs des prestataires au Kenya; capitation et rémunération à l'acte. Ce faisant, nous avons cherché à identifier les attributs des mécanismes de paiement des fournisseurs que les fournisseurs considéraient importants.

Méthodes: Nous avons mené une étude qualitative dans deux districts du Kenya entre septembre et décembre 2017. Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés avec 29 membres de l'équipe de gestion de six prestataires de santé (deux prestataires privés, deux prestataires confessionnels et deux publics) accrédités par le Fonds

National d'Assurance Hospitalière (FNAH). Une approche cadre a été appliquée à l'analyse des données.

Résultats: Les fournisseurs comprennent bien les méthodes de paiement par capitation et à l'acte, ainsi que leur fonctionnement. Les paiements à la capitation et à l'acte par le FNAH et les assureurs privés ont été déclarés comme de bonnes sources de revenus car ils ont contribué au revenu global des prestataires. Les montants des paiements à l'acte attendus du FNAH et des assureurs privés étaient prévisibles, tandis que les fonds de capitation provenant du FNAH n'étaient pas dus, cela est dû au fait que les fournisseurs n'avaient pas d'informations sur le nombre d'inscrits dans leur pool de capitation. En outre, les taux de paiement par capitation ont été jugés insuffisants pour couvrir les coûts des services fournis. De plus, les versements à la capitation et à l'acte du FNAH et des assureurs privés ont été versés tardivement et les obligations de déclaration du FNAH concernant les paiements à l'acte ont été perçues comme complexes, ce qui a entraîné des pertes financières pour les prestataires de soins de santé. Enfin, les fournisseurs publics ont perdu leur autonomie d'accéder et d'utiliser les fonds de capitation et de paiement à l'acte provenant du NHIF

Conclusion: A travers leurs expériences, les prestataires de soins de santé publics, privés et confessionnels ont révélé les caractéristiques des mécanismes de paiement des prestataires qu'ils considéraient importants. Celles-ci incluent la mesure dans laquelle les mécanismes de paiement des fournisseurs ont contribué à l'enveloppe globale des recettes, la prévisibilité du calendrier des décaissements, la prévisibilité des montants décaissés, l'adéquation du taux de paiement pour couvrir le coût des services, la complexité et la charge des rapports, et les mécanismes de réclamation et de l'autonomie des ressources.

Tenir compte de ces caractéristiques dans la conception des mécanismes de paiement des prestataires tout en impliquant également les prestataires de soins de santé est une étape cruciale vers l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la couverture des services nécessaires.

Une analyse critique des accords d'achat de soins de santé au Kenya: une étude de cas des districts départementaux de santé.

Rahab Mbau, Evelyn Kabia, Edwine Barasa: Kemri-Wellcome Trust, Nairobi

Contexte: Le financement des achats des soins de santé désigne le transfert de fonds en commun aux prestataires de soins de santé pour la fourniture de services de soins de santé. Il existe peu de travaux empiriques sur les accords d'achat et les besoins en achats stratégiques dans les pays à faible et à revenu intermédiaire. Nous avons mené cette étude pour évaluer de manière critique les accords d'achat des districts départementaux de santé (DDS), qui sont les plus gros acheteurs de soins de santé au Kenya.

Méthodologie: Nous avons utilisé une approche d'étude de cas qualitative pour évaluer la mesure dans laquelle les actions d'achat des DDS au Kenya étaient stratégiques. Nous avons délibérément échantillonné 10 districts et collecté des données à l'aide d'entretiens approfondis (n = 81), de focus groupe (n = 4) et d'une revue documentaire. Nous avons analysé les données en utilisant une approche-cadre.

Résultats: Les districts départementaux de santé ne pratiquent pas les achats stratégiques. Le rôle du gouvernement (niveau national et décentralisé) en tant que responsable de la fonction d'achat se caractérisent par une faible responsabilisation et des allocations budgétaires inadéquates pour la prestation de services. L'absence d'un partage acheteur-fournisseur entre le DDS et les prestataires de soins de santé publics a compromis la

sélection des prestataires basée sur la performance et la qualité des services. Une faible participation du public et des mécanismes de plainte et de retour d'information inefficaces ont limité la responsabilité publique et la capacité à répondre aux besoins de la population.

Conclusion: Nos résultats montrent que, s'il existe des cadres susceptibles de promouvoir les achats stratégiques des DDS, ces achats et les faiblesses inhérentes à un système public d'achats intégré ne comportant pas de séparation entre acheteurs et fournisseurs compromettent ces achats.

Achat stratégique des soins de santé de base : quel rôle pour la demande organisée (mutuelles de santé) dans le processus de la CSU aux Comores ?

**Nailat Bahati, **Pascal Ndiaye, *Mohamed Bacar : * Fédération Nationale des Mutuelles de Santé des Comores, **Conseiller Technique Centre International de Développement et de Recherche*

A l'instar de la plupart des pays africains, les Comores se sont engagées depuis 2017 vers la Couverture Santé Universelle (CSU). Un des mécanismes de couverture considérés dans la stratégie est les mutuelles de santé qui se sont développées aux Comores vers les années 90 avec le modèle communautaire. Progressivement, 3 unions de mutuelles ont été mises en place puis une fédération nationale (la FENAMUSAC). Le réseau couvre actuellement près de 32 944 bénéficiaires. Un service commun de gestion (SCG) a été institué à qui les mutuelles délèguent la gestion du risque maladie, les relations avec les prestataires et le renforcement des capacités en gouvernance. Institutionnellement, le SCG composé de professionnels assure une gestion technique de qualité. Il a été retenu dans le dispositif du PBF aux Comores, pour remplir la fonction d'acheteur de soins.

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 années. Nous avons procédé à une comparaison de 6 indicateurs de santé : le taux d'utilisation des services, notamment pour les consultations curatives qui constituent les soins essentiels ; l'utilisation des services CPN et les accouchements assistés.

Résultats Entre 2013 et 2017, le montant global attribué au PBF a été de 2.5 millions d'euros. Une proportion de 90% a été utilisée pour l'achat de soins et 10% pour les frais d'intermédiation. En termes de résultats techniques, les évolutions suivantes ont été observées :

- Une amélioration de l'utilisation des services en consultation curative qui est de 15.15% nettement supérieur à la moyenne nationale qui est de 14.6 % ;
- Une amélioration du suivi de la grossesse, le taux de couverture en CPN3 et de 50.73% avec une utilisation croissante des services de CPN. L'approche a permis de fidéliser les femmes enceintes à l'utilisation des services de CPN, avec une augmentation constante du nombre de CPN 4 de 1.83%;
- Une augmentation du taux d'accouchements en milieu assisté qui passe de 72% en 2013 à 85% en 2017.

Un autre effet observé est l'augmentation de la capacité d'intermédiation du SCG qui a pu recruter 3 professionnels supplémentaires.

Conclusion La mise en réseau des MS peut avoir un impact dans le dispositif d'achat stratégique de services de santé de base. La maîtrise technique du risque maladie et l'expérience dans la contractualisation constituent une plus-value pour l'édifice de la CSU. Par ailleurs, cette approche est une réponse au problème de viabilité financière des structures d'intermédiation pour les mutuelles et un renforcement de leur pouvoir de négociation avec l'offre de soins (notamment, du fait qu'elle disposent d'une fonction

d'achat avec incitation). Cette expérience est une véritable contribution à l'articulation assurance maladie et performance du système de santé dans une perspective de la CSU, avec une action ciblée sur l'offre de soins.

Impact de l'approche FBR sur la viabilité technique des mutuelles de santé - un regard sur la rationalisation des soins

TARTOUDJIBE Watadé¹, DJIMRAMADJI Armand², NDIAYE Pascal³

Introduction: L'accès financier aux soins de santé reste encore une utopie pour une grande partie de la population tchadienne. La mise en place (en 2010) d'un réseau de sept mutuelles de district (MD) tend à répondre à ce défi. A l'instar de la plupart des mutuelles de santé en Afrique, celles du Tchad prennent en priorité les soins primaires pour un coût moyen (CM) estimé à 2 500 F CFA au niveau des centres de santé (CS). Cependant, après quelques années de mise en œuvre du Programme, l'on a assisté à un accroissement persistant des coûts des soins.

Objectif: Analyser l'effet de l'incitation financière des prestataires sur la rationalisation des soins et la viabilité financière des mutuelles, au regard du CM des prestations.

Méthode: L'effet a été analysé sur la période (2014-2018), dans une MD (Danamadji) couvrant 16 CS, sélectionnée pour son niveau élevé de CM. Sont considérées comme prescriptions rationnelles celles respectant l'ordinogramme national en vigueur qui en détermine le coût. Cet indicateur a été associé à trois autres (taux de pénétration, promptitude et complétude) pour constituer le paquet du Financement Basé sur les Résultats des Mutuelles (FBR-M).

Résultats: L'étude a révélé la non-rationalisation comme une des principales causes de la flambée des coûts. L'instauration du FBR-M a permis de faire baisser de façon importante les CM cumulés dans les CS dudit district. Les autres indicateurs (taux de pénétration, promptitude et complétude) ont aussi baissé durant la même période. En moyenne les CM ont baissé de 32% avec des disparités entre les CS (2,79% à 40,95%). Les CM de traitement des pathologies récurrentes comme le paludisme et les infections respiratoires aiguës ont baissé respectivement de 29% et 23%. De manière globale, l'instauration du FBRM a permis d'améliorer de façon significative les indicateurs de performance de la mutuelle de santé.

Conclusion: Les résultats obtenus inspirent que le FBR-M a un effet sur le coût des services et la prescription pour un paquet de base. Il démontre aussi que la rationalisation des soins est un déterminant critique des la viabilité des mécanismes d'assurance similaires aux MS. Cette conclusion provisoire est à endosser par les pays qui mettent en place la CSU et ont des programmes de FBR. Cependant elle mérite plus d'investigation comparative pour établir plus de corrélation (méthode de score) de cause à effet. Ces mutuelles se montrent comme une passerelle pour atteindre la CSU.

Mots clés: FBR, CSU, rationalisation, ordinogramme, viabilité, mutuelle de santé, Danamadji, Tchad.

Achats stratégiques dans le secteur de la santé au Kenya: Examen des réformes du Fonds National d'Assurance Hospitalière

Rahab Mbau, Evelyn Kabia, Edwine Barasa: Kemri-Wellcome Trust, Nairobi

Introduction: Le Kenya a donné la priorité à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle à travers l'extension de l'assurance maladie par le Fonds national d'assurance hospitalière (FNAH). En 2015, le FNAH a introduit des réformes relatives aux taux de cotisation des primes, aux avantages sociaux ainsi que les mécanismes de paiement des prestataires.

Objectif: Examiner l'influence des réformes du FNAH sur les pratiques d'achat ainsi que et leurs implications sur les achats stratégiques et les objectifs du système de santé en matière d'équité, d'efficacité et de qualité.

Méthodologie: Nous avons mené une étude de cas intégrée avec le FNAH comme exemple et les réformes comme unités d'analyse intégrées. Nous avons collecté des données au niveau national et régional à travers des entretiens approfondis avec des parties prenantes du financement de la santé choisies à dessein comprenant des gestionnaires d'établissements publics et privés et des prestataires de première ligne (n = 41), des groupes de discussion (n = 4) et une revue documentaire. Nous avons analysé les données en utilisant une approche-cadre.

Résultats: Nos résultats montrent que même avec les nouvelles réformes, la FNAH reste un acheteur passif avec de potentielles implications négatives sur l'équité, l'efficacité et la qualité des soins. L'équité a été compromise par: 1) une connaissance limitée des nouveaux avantages et des prix inabordable des nouvelles primes pour certains groupes de population (ruraux, pauvres, personnes âgées, personnes handicapées, chômeurs et travailleurs du secteur informel), 2) des différences dans les avantages relatifs au régime national et au régime des fonctionnaires, régime par lequel les membres du système national manquent de services de prévention et autres services curatifs, 3) la distribution en faveur des structures de santé sous-traitantes et semi-privées entravent l'accès de ceux issus des zones rurales et des zones marginalisées et enfin, 4) des remboursements retardés et des taux de capitation moins élevés pour les services ambulatoires du système national, ce qui a conduit à une discrimination des membres du système national en faveur d'autres patients (fonctionnaires, patients payés en espèces et / ou non assurés), en particulier dans les hôpitaux privés. L'efficacité est compromise par la faiblesse des mécanismes de responsabilité qui conduisent à une perte de ressources due à des procédures de traitement inutiles et à des réclamations frauduleuses. La qualité des soins est compromise par un contrôle médiocre de la qualité des services, la faible capacité infrastructurelle des hôpitaux publics et le rationnement des services en raison du faible taux de remboursement perçu.

Conclusion: Dans la poursuite de la couverture sanitaire universelle, les réformes devraient viser à renforcer les actions d'achats stratégiques visant à améliorer l'équité, l'efficacité et la qualité de la prestation des services de santé.

Session Parallèle 4-5 Suppression et exemption des frais pour les patients

La coexistence de paiements directs élevés pour la santé et la gratuité des soins de santé dans les établissements de santé publics est un paradoxe pour la consolidation des soins de santé primaires à l'Ile Maurice.

Mr Ajoy Nundoochan, World Health Organization, Country Office, Mauritius,

Contexte: L'île Maurice adhère aux principes de l'État-providence depuis quatre décennies et tout citoyen a droit à des soins de santé gratuits dans les établissements de santé publics, y compris les soins tertiaires spécialisés. Paradoxalement, une nouvelle tendance est apparue récemment: les dépenses de santé non remboursables consacrées aux dépenses de santé dépassent les dépenses de santé des administrations publiques (DSAP). Cela pourrait entraver les progrès réalisés jusqu'à présent pour renforcer les soins de santé primaires afin d'atteindre la couverture universelle en matière de santé.

Objectifs: Ce document analyse les tendances en matière de Paiements directs et son impact sur les indicateurs clés de la protection financière, à savoir les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement dû aux dépenses de Paiements directs de santé. L'étude détermine également la répartition des bénéficiaires des soins de santé en termes de pro-riches ou de pauvres.

Méthodes: À l'aide de plusieurs enquêtes sur le budget des ménages, l'incidence de dépenses catastrophiques de santé est estimée à l'aide de la méthode de calcul de la capacité à payer et de la quote-part du budget. L'appauvrissement dû aux paiements directs se mesure par l'évolution de l'incidence de la pauvreté et de la gravité de la pauvreté sur la base du seuil de pauvreté international de 3,1 USD. Pour effectuer l'analyse de l'incidence des avantages, une approche en quatre étapes est mise en œuvre. Elle consiste à classer les ménages à l'aide de variables de dépenses, puis à estimer les taux d'utilisation des services par jour pour chaque ménage, en multipliant le taux d'utilisation des services de santé et en agrégeant les avantages en termes monétaires, pour chaque ménage. La répartition des avantages pour la santé entre les quintiles de revenu est estimée à l'aide d'un indice de concentration.

Résultats: La tendance à la baisse des dépenses catastrophiques de santé et à l'appauvrissement au cours de la période de dix ans du quintile inférieur est confirmée. Inversement, pour les autres quintiles de revenu, les dépenses catastrophiques de santé (DCS) ont augmenté de 2001 à 2012 dans les trois seuils (10%, 25% et 40%). L'incidence de la DCS est plus importante en milieu urbain, ce qui crée une dichotomie entre équité et accès en milieu rural en termes de services de santé. Les ménages poussés en dessous du seuil de pauvreté en raison des dépenses de paiements directs ont chuté de 0,0848% à 0,054% au cours de la période de dix ans. En 2012, seuls les ménages classés dans les quintiles 1 (0,244%) et 2 (0,025%) sont passés sous le seuil de pauvreté en raison de leurs dépenses de santé consacrées aux paiements directs. L'indice de concentration de tous les quintiles de revenu est de 0,12, ce qui indique que les politiques de soins de santé sont axées sur les pauvres et favorisent la protection financière. La qualité des soins dans les services publics n'a pas été évaluée dans cette étude.

Conclusion: Les progrès en matière de CSU peuvent être accélérés par un élargissement de la marge de manœuvre budgétaire. Les fondamentaux macroéconomiques favorables existants favorisent une expansion potentielle par un élargissement de l'assiette fiscale, une utilisation et une performance améliorées des ressources publiques ainsi qu'une évaluation de la qualité des soins dans les services de santé publique. Les taxes sur le tabac et l'alcool représentent 80% des DSAP. Toutefois, l'instauration de taxes d'affectation peut conduire à une fongibilité et à une redéfinition des priorités dans le secteur de la santé plutôt qu'entre la santé et les autres secteurs.

Alignement du système de gestion des finances publiques et des politiques de gratuité des soins de santé: Enseignements tirés d'un programme de gratuité de soins de santé maternels et infantiles au Nigéria

*Ogbuabor Daniel, Institute of Public Health, University of Nigeria Nsukka
Onwujekwe Obinna*

Contexte: Bien que le système de gestion des finances publiques puisse influencer sur la manière dont les politiques de financement de la santé contribuent à la couverture maladie universelle, on sait relativement peu de choses sur la manière dont sont alignés la gestion des finances publiques et le financement des régimes de couverture universelle dans les pays à faible et à revenu intermédiaire. Dans l'Etat d'Enugu, en dépit la baisse du nombre d'établissements de santé remboursés pour des services gratuits de santé maternelle et infantile (SMI), le paiement direct persiste pour les services de SMI et le financement insuffisant du programme de gratuité de santé maternelle et infantile (FMCHP) montrent que la GFP et le financement des fonctions de la santé sont mal alignés.

Buts et objectifs: Le document évalue l'alignement du système de finance publique (GFP) sur les fonctions de financement de la santé dans le cadre du programme de gratuité de santé maternelle et infantile (FMCHP) de l'État d'Enugu, au Nigéria. Il montre qu'il est possible de mieux aligner la GFP sur les objectifs du FMCHP.

Les methods: Les données ont été collectées au moyen d'une revue documentaire (documents de politique générale et documents administratifs et financiers) et d'entretiens semi-structurés avec 16 décideurs politiques sélectionnés à dessein au niveau de l'Etat d'Enugu et des districts (n = 16). Les données qualitatives ont été analysées en utilisant une approche-cadre guidée par le cadre de Cashing et d'autres cadre d'analyse pour évaluer l'alignement des politiques de gestion des finances publiques et du financement de la santé. Nous avons effectué une analyse des tendances des revenus et des dépenses à l'aide de statistiques descriptives (moyennes, écarts types et graphiques) et d'une analyse de variance (ANOVA). Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats: Les résultats ont montré que pas plus de 50% des fonds promis ont été collectés entre 2010 et 2016 en dépit d'une augmentation significative de la population des bénéficiaires cibles ($p < 0,05$). Le niveau de mise en commun était limité par les dépenses récurrentes non autorisées (en moyenne 34% par an sur 7 ans) et par l'absence de plafonnement des dépenses. Le non alignement de la surveillance budgétaire et des achats comprend des retards de paiement des prestataires (plage: 1-15 mois), des coûts administratifs élevés, une mauvaise divulgation des informations financières et l'absence d'audit. Considérant que le coût des médicaments a considérablement diminué, passant de 86% en 2013 à 38% en 2016 ($p < 0,05$); le coût des services est passé de 10% en 2013 à 43% en 2016 ($p < 0,05$). Cependant, le coût administratif des achats est passé de 4% en 2013 à 19% en 2016 ($p < 0,05$).

Conclusions: Il faut un budget annuel éclairé par des données factuelles, le respect des règles de financement de la santé, la clarification des rôles et des responsabilités des divers comités du FMCHP, la divulgation des informations financières, l'utilisation d'une stratégie claire d'allocation des ressources et le paiement rapide des prestataires. Ces stratégies garantiraient une utilisation efficiente et efficace des fonds publics pour financer des politiques de soins de santé gratuites dans des environnements à faibles ressources.

Incidences financières de la politique de gratuité maternelle : Leçons issues du monde et de la mise en œuvre au Kenya

Contexte: Il existe près de 290 000 décès maternels dus à des complications évitables liées à la grossesse et à l'accouchement dans le monde. Les pays à revenu faible et intermédiaire sont les plus touchés en raison du faible accès aux services de planification maternelle et familiale et de leur faible utilisation. Plusieurs pays, dont le Kenya, s'attaquent au problème en réduisant les dépenses catastrophiques consacrées aux soins de la maternelle grâce à des mesures incitatives telles que les politiques d'accouchement gratuits (à la charge des non-utilisateurs) en vue de parvenir à la CSU.

Objectifs: Explorer les implications financières des politiques de gratuité maternelle mondiales et évaluer le coût de la gratuité maternelle mise en place au Kenya.

Méthodes: Une étude en cours utilisant des méthodes mixtes. Dans la première partie, nous avons effectué une recherche systématique dans les bases de données EBSCO Host, ArticleFirst, CCRCT, Emerald Insight, JSTOR et PUBMED, en fonction de l'élément de rapport préféré pour la directive de revue systématique et le protocole de méta-analyse (PRISMA). Au total, 43 articles ont répondu aux critères et leurs thèmes ont été analysés par thème. La deuxième partie est une étude de cas intégrée réalisée dans trois hôpitaux de district au Kenya, qui utilise un questionnaire structuré pour collecter les données de coûts des mères postnatales et des agents de santé d'octobre 2018 à février 2019.

Résultats: Les résultats de l'analyse ont montré que les ménages, dans différents pays, supportent toujours le fardeau des paiements directs et que certains ont des dépenses catastrophiques, en dépit de la mise en œuvre des politiques de gratuité maternelle (PGM). La plupart des politiques examinées n'étaient pas viables en raison d'une planification médiocre ou d'une mise en œuvre aléatoire, et certains gouvernements ont eu recours davantage à des impôts intérieurs ou de subventions de donateurs. En outre, l'analyse a mis en évidence l'inégalité d'accès et d'utilisation des PGM entre les ménages riches et les ménages pauvres, en particulier dans les zones rurales. Nous prévoyons d'obtenir des résultats du Kenya pendant la conférence pour poursuivre l'analyse.

Conclusion: De nombreux PGM reposent sur le principe de réduire la mortalité maternelle et de prendre en charge les femmes enceintes en vue de la réalisation du CSU. Les résultats de l'étude de cas du Kenya et de l'analyse serviront à contribuer au discours actuel sur la couverture sanitaire universelle et à améliorer le plan de gestion de la pauvreté au Kenya. Les politiques peuvent réduire le fardeau financier des ménages si elles sont bien mises en œuvre et financées de manière durable. En outre, elles peuvent également contribuer à réduire les inégalités entre riches et pauvres grâce à l'innovation et à la collaboration stratégique avec les partenaires. En outre, il est nécessaire de sensibiliser les femmes pauvres et défavorisées des zones rurales à la politique afin de réduire l'écart d'inégalité en matière d'utilisation et de réduire l'appauvrissement des ménages.

Mots clés: gratuité, maternité, accouchement, politique, coût et couverture santé universelle

Facteurs explicatifs des dépenses de santé catastrophiques en Côte d'Ivoire

C. Juliana F. Gnamon,
Felix Houphouet Boigny University of Cocody, Côte d'Ivoire

Comme dans de nombreux pays à faible et à revenu ou intermédiaire en proie à des taux de pauvreté élevés, les dépenses de santé sont essentiellement financées par les dépenses privées en Côte d'Ivoire, les dépenses de paiements des usagers, constituant l'essentiel de celles-ci. Dans le cadre de la mise en place d'un régime national d'assurance maladie, il est intéressant d'analyser l'incidence des dépenses catastrophiques et d'enquêter sur ses déterminants.

Cette étude utilise différents seuils, dont un composite pour fournir une preuve descriptive des dépenses catastrophiques et un modèle logit pour estimer les facteurs déterminants du phénomène. Les données proviennent d'une source secondaire représentative à l'échelle nationale d'une enquête sur la mesure du niveau de vie de 2014.

Les résultats montrent que les dépenses de santé sont très faibles pour les ménages pauvres. Un certain nombre de facteurs socio-économiques se sont révélés liés à des dépenses catastrophiques. La taille importante des ménages, leur localisation dans les zones urbaines et leur niveau de revenu élevé semblaient protéger les ménages des dépenses de santé catastrophiques. Avoir un chef de ménage qui est un homme, qui a un emploi et qui a un niveau d'université a également réduit les risques de dépenses de santé catastrophiques. L'utilisation de soins formels (ambulatoires et hospitaliers) et l'existence de chocs de santé sont d'autres facteurs déterminants.

L'accès aux soins de santé est un marché à trois niveaux dans le pays. Les ménages très pauvres sautent l'utilisation des soins de santé en cas de besoin, évitant ainsi d'engager des dépenses. Les ménages qui osent utiliser les soins de santé sans assurance courent un risque énorme de dépenses catastrophiques pour la santé. Les ménages plus riches utilisent l'assurance maladie pour se protéger contre le phénomène. Les réformes des systèmes de santé devraient viser à étendre les mécanismes de prépaiement et à accroître la protection financière. Elles devraient également cibler les populations vulnérables et assurer des contributions progressives afin de réduire la fragmentation actuelle du marché des soins de santé et les inégalités d'accès.

Effet des dépenses de santé publique sur les dépenses de santé catastrophiques en Afrique subsaharienne

Albert Opoku Frimpong, University of Professional Studies, Accra, Ghana

La fonction essentielle des systèmes de santé pour parvenir à la couverture sanitaire universelle est d'améliorer les résultats en matière de santé et d'éviter les dépenses catastrophiques dues au paiement de services de santé. Les données disponibles indiquent qu'une plus grande proportion de ménages en Afrique subsaharienne fait des dépenses de santé catastrophiques. Par conséquent, la question de savoir comment les politiques publiques influencent le risque de dépenses de santé catastrophiques et la sortie de celles-ci est discutable. Il existe une littérature abondante sur le lien entre les dépenses de santé publique et les résultats pour la santé. Cependant, l'influence des dépenses de santé publique sur le risque et le délai de sortie des dépenses de santé catastrophiques est relativement rare, en particulier en Afrique subsaharienne. Cette étude s'en est inspirée pour examiner les données relatives de 45 pays d'Afrique subsaharienne pour la période 1995-2014, provenant des indicateurs de développement issus de la Banque mondiale. Les analyses ont utilisé le seuil de catastrophe de 5% des dépenses totales des ménages, un taux de croissance des dépenses de santé de 1,27% et le modèle de régression par équation d'estimation généralisée moyenne de la population. L'étude a révélé que le délai moyen de sortie des dépenses catastrophiques est de 2,58 ans. En outre, les résultats ont montré que les dépenses de paiements directs de santé ont des effets positifs immédiats et plus importants, tandis que les dépenses de santé publique ont des effets négatifs, différés et

moins importants sur le risque de disparition de dépenses de santé catastrophiques. Les résultats ont à nouveau révélé que, lorsqu'un ménage est confronté à des dépenses de santé catastrophiques, une augmentation unitaire (diminution) des dépenses de santé remboursables en pourcentage de son revenu augmente (diminue) le délai de sortie de 3,41 ans, tandis qu'une augmentation (d'unité) dans les dépenses de santé publique réduit (augmente) le temps de sortie actuel de 1,12 année. Cette étude conclut donc que le délai de sortie d'une dépense catastrophique est moins sensible aux dépenses de santé publique qu'aux dépenses de paiement directs à la charge de l'utilisateur. En ce qui concerne les politiques publiques, une option plus proactive consiste peut-être à influencer sur le taux de croissance des dépenses de santé remboursables par le biais de la fourniture de services de santé primaires afin d'empêcher les ménages de subir des dépenses de santé catastrophiques.

Mots clés: dépenses de santé catastrophiques, dépenses de santé publique, heure de sortie

Équité dans les dépenses de santé payées en Turquie: analyse des années 2004 - 2013

Rasi Ceyhan, Ankara Ministry of Health

Le financement de la santé peut être défini comme un moyen de créer les ressources nécessaires pour couvrir les coûts des soins de santé. L'objectif du financement des soins de santé est de créer des ressources suffisantes et durables pour que tous les individus aient accès aux soins de santé. Il existe également d'autres objectifs, à savoir l'utilisation productive des ressources, l'assurance de l'équité des finances tout en offrant une protection financière à tous et la protection des ménages contre la pauvreté grâce à des moyens de création de ressources.

L'équité en matière de santé signifie l'absence de différences systématiques entre les groupes qui ont un différent niveau social favorisée ou défavorisé sur le plan social, et les principaux déterminants sociaux de la santé. L'équité dans le financement de la santé signifie que les individus contribuent au financement des soins de santé proportionnellement à leur pouvoir financier. L'équité verticale dans le financement de la santé signifie que les personnes ayant différents niveaux de revenu contribuent différemment au financement de la santé, tandis que l'équité horizontale signifie que les personnes ayant le même niveau de revenu contribuent au même financement de la santé.

Dans cette étude, l'équité verticale des dépenses de santé à la charge des années 2004 à 2013 en Turquie a été étudiée. Les données des enquêtes sur le budget des ménages réalisées entre 2004 et 2013 par l'Institut Turc de statistique ont été utilisées. Des statistiques descriptives ont été tenues en analysant les données avec le logiciel SPSS. Les indices de concentration, les coefficients de Gini et les indices de Kakwani ont été produits en analysant les données avec le logiciel STATA. La période de recherche de cette étude comprend la mise en œuvre du programme de transformation de la santé qui a considérablement modifié le système de santé Turc, ainsi que les années de transition de l'assurance maladie universelle.

Les dépenses de santé non remboursées en Turquie sont régressives de 2004 à 2013. La régressivité a augmenté de -0,01 de 2004 (indice de Kakwani de -0,31) à 2013 (indice de Kakwani de -0,32). La mise en œuvre du programme de transformation de la santé en 2003, qui a considérablement modifié le système de santé turc, est passée à l'assurance maladie

générale en 2010; après trois ans, l'équité des dépenses de santé à la charge ne pouvait plus être garantie.

L'amélioration la plus importante de l'équité en matière de dépenses directes est survenue après deux ans de mise en œuvre du Programme de transformation de la santé (indice de Kakwani: -0,29 en 2005). Ensuite, on constate une augmentation de la régressivité des dépenses personnelles en raison des effets de la crise économique dans le monde. L'équité dans les dépenses directes a encore progressé grâce à la transition de l'assurance maladie générale hors du pays après 2010. Par conséquent, les dépenses liées aux paiements directs en Turquie en 2004 - 2013 sont restées des fonds propres régressifs et l'équité vertical ne pouvait pas être assurée.

Session Parallèle 4-6 Evaluer les performances des SSP 1

Evaluation de la capacité opérationnelle des établissements sanitaires de premier contact dans la prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire

Hounsa Annita, Meless David, Sangaré Aboudramane, Pongathié Adama, Samba Mamadou, Kouadio Luc

Département de Santé Publique, Hydrologie et Toxicologie, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Département de Santé Publique, UFR Odontostomatologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Direction de l'Information et de l'Informatique Sanitaire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire

Introduction: En 2017, 80 % des décès dus au paludisme dans le monde ont été concentrés dans 18 pays dont la Côte d'Ivoire. Un diagnostic précoce et un traitement correct constituent le pilier de la prise en charge du paludisme. Cependant, les établissements de santé (ES) notamment ceux à l'entrée du système de santé possèdent-ils les ressources de base pour la prise en charge des cas de paludisme ? L'objectif de notre étude était d'analyser la Capacité Opérationnelle (CO) des ES de premier contact ivoiriens dans la prise en charge du paludisme.

Materiel Et Methodes: La méthodologie SARA (Service Availability and Readiness Assessment) a été utilisée pour réaliser une étude transversale descriptive du 10 au 30 juillet 2016. La CO pour la prise en charge du paludisme exprime la disponibilité moyenne de 9 indicateurs répartis en 3 domaines : (i) Personnel et directives ; (ii) capacité de diagnostic ; (iii) médicaments et produits. Un score par domaine a été calculé en fonction du nombre d'éléments présents dans chaque domaine. Ce score par domaine et la CO ont été comparés entre les ES de premier contact selon l'instance gestionnaire (public/privé) et la zone (urbain/rural) à l'aide du test du Chi² pour un risque de première espèce α fixé à 0,05.

Resultats: Au total 963 ES ont été sélectionnés dont 818 de premier contact comprenant 651 du secteur public et 167 du privé ; 331 situés en zone urbaine et 487 en zone rurale. La disponibilité en personnel et directives, capacité de diagnostic, médicaments et produits étaient plus élevés dans le public (respectivement 75%, 93% et 85%) que dans le privé (40%, 71% et 53%). Ce constat était le même en zone rurale (77%, 92% et 87%) par rapport à la zone urbaine (54%, 82% et 67%). La CO pour la prise en charge du paludisme était également

plus élevée dans le public que dans le privé 81 % contre 49%, ainsi qu'en zone rurale par rapport à la zone urbaine 83% contre 63%.

Conclusion: Les ES de premier contact du secteur public et en zone rurale disposaient des ressources de base pour la prise en charge du paludisme ce qui contraste avec sa mortalité élevée. Il est nécessaire de mettre l'accent sur le processus de prise en charge du paludisme au niveau des ES de premier contact, le renforcement du système de santé dans son ensemble en plus de la prévention.

Mots Cles : Côte d'Ivoire. Capacité opérationnelle. Etablissements de santé de premier contact. Paludisme.

Auto-évaluation de l'Assurance-Maladie Universelle pour des Soins de Santé Primaires au Soudan.

Mohammed Mustafa, Ministère Fédéral de la santé

L'étude a identifié des opportunités pratiques de réaménagement du système de santé pour améliorer le rapport entre le financement de la santé et les efforts de SSP au Soudan. Il a évalué la façon dont les établissements de financement public et l'assurance-maladie interagissent avec d'autres acteurs et programmes de SSP. En outre, il a identifié des domaines clés d'amélioration et des possibilités d'aligner les décideurs de financement de la santé dans le pays avec des objectifs de SSP.

L'évaluation était une étude de méthode mixte descriptive croisée rapide comprenant des méthodes qualitatives et quantitatives. Il couvre le niveau national et a choisi six États. Les répondants représentaient le ministère de la Santé, le ministère des Finances, le Fonds national d'assurance-maladie et les prestataires de services dans les établissements privés et publics

Il existe un consensus entre tous les décideurs interrogés sur l'importance de SSP pour atteindre l'UHC. Les SSP considérés comme la composante de base du système de santé qui comprend un ensemble de services essentiels complets dirigés vers tous les groupes d'âge de la population. Le manque de personnel de santé bien formé, le financement insuffisant et la qualité des services peu élevés sont les principaux obstacles qui empêchent d'atteindre les objectifs des SSP au Soudan.

En 2015⁵ la principale source de financement du système de santé au Soudan est directe (Out Of Pocket – OOP). Elle a atteint 79,4% des dépenses totales de santé. La plupart de ces dépenses ont été exercées sur les soins curatifs au niveau secondaire et tertiaire. Néanmoins, les patients doivent payer les frais de la plupart des services curatifs fournis au niveau des SSP. La plupart des répondants ont convenu que les fonds n'étaient pas suffisants pour couvrir tous les volets des services de SSP. Les fonds disponibles étaient principalement utilisés pour couvrir les salaires ou les incitatifs du personnel et les coûts de fonctionnement. Il y a un écart financier qui affecte habituellement l'équipement, les médicaments et les consommables pour les laboratoires. Cette situation a entraîné une répriorisation de la fourniture de services de SSP au niveau de l'État. La politique de remboursement de NHIF est mal alignée parce qu'elle ne rembourse que la fourniture de services curatifs de SSP.

Le système de référence faible est un commentaire partagé entre les différents États. Cela a été attribué principalement au manque de services de base au niveau des SSP qui a conduit

⁵ Rapport sur les comptes de santé du Soudan avec les comptes de maladies spécifiques (2015), FMOH, 2017.

par conséquent à un détournement entre SSP et CSU. Les résultats montrent que lorsque les installations de SSP manquent de personnel qualifié ou de produits de base comme les services de laboratoire, les patients contournent souvent les structures de niveau SSP.

En analysant les résultats de l'enquête, l'équipe a constaté qu'il y a beaucoup de lacunes qui entravent la réalisation d'un alignement approprié des SSP avec la CSU au Soudan. Il s'agit notamment d'ajustements politiques, structurels et organisationnels.

Participation de la Communauté à la prestation de soins de santé primaires : Une étude sur les méthodes mixtes du programme de planification et de services de santé communautaire dans le district de Builsa Nord, au Ghana.

Shieghard Agalga, Faculté de planification et de gestion foncière, Université d'études de développement, Wa

Co-Auteurs: Shieghard Agalga et Gilbert Abotsem Abiio

Contexte : La participation des communautés est essentielle pour la mise en œuvre réussie des programmes de soins de santé primaires (SSP). Le programme communautaire de planification et de service en matière de santé est l'une des interventions des SSP au Ghana qui, par sa conception et sa mise en œuvre, repose fortement sur la participation communautaire. Cependant, on sait peu de chose sur les niveaux réels de participation communautaire dans les divers volets du programme, y compris l'évaluation des besoins, le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion, et les facteurs influençant la participation de la communauté au programme.

Cette étude a évalué le niveau de participation de la communauté à la planification et à la mise en œuvre du programme communautaire de planification et de services de santé du Ghana et aux facteurs qui influencent la participation de la Communauté au programme dans la région de Builsa Nord District.

Méthodes : Une approche fondée sur des méthodes mixtes a été adoptée, dans laquelle la conception quantitative a été utilisée pour évaluer le niveau de participation communautaire alors que la conception qualitative a été utilisée pour étudier les facteurs qui influencent la participation de la Communauté au programme. Une enquête a été administrée à toutes les parties intéressées par le programme (450) et des questionnaires ont été administrés à un échantillon de 105 de ces intervenants. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données quantitatives alors que les données qualitatives ont été analysées à l'aide d'analyses thématiques.

Principaux résultats : L'étude a révélé un niveau modéré (56-60%) de participation communautaire à diverses composantes du programme. La sensibilisation au sein des communautés, la capacité des communautés à apporter des ressources matérielles, un leadership local fort et efficace et un esprit de volontariat élevé sont les facteurs favorisant la participation de la Communauté, tandis que la sous-traitance de la construction de composés de CHPS à des entrepreneurs externes, l'attrition des bénévoles, le manque de sens de la propriété par les bénéficiaires éloignés, les activités économiques concurrentes, les schémas de règlement dispersés et les contraintes financières sont les principaux facteurs empêchant la participation de la Communauté au programme.

Conclusion : La motivation des volontaires et l'autonomisation des communautés pour construire leurs propres principes du programme communautaire sont des mesures essentielles qui peuvent améliorer la participation effective de la Communauté au programme.

Opérationnalisation des districts sanitaires comme stratégie de revitalisation des soins de santé primaires en Côte d'Ivoire

Tania BISSOUMA-LEDJOU, Dr Yameogo Jean-Marie Vianny, Dr Lanwis Gogoua Nahounou, OMS-Abidjan, Ministère de la Santé et de L'hygiène Publique de Côte D'ivoire

Suite à la déclaration d'Hararé (1988), la Côte d'Ivoire a adopté en 1994 la décentralisation de son système de santé et le district sanitaire comme son unité opérationnelle pour la mise en œuvre des soins de santé primaire (SSP). Différents textes réglementaires ont été élaborés pour définir l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires.

Cependant après plus d'une décennie de mise en œuvre, les performances des districts et les résultats sanitaires au niveau national sont insatisfaisants. Les ratios de mortalité maternelle, néonatale et infantile sont élevés avec respectivement 614 décès pour 100000 naissances vivantes (2012), 33‰ (2016) et 108‰ (2016) limitant ainsi l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

En effet, l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires et d'autres études clés sur les SSP et l'efficacité réalisées sur la période 2016 – 2017 ont démontré que ces résultats seraient attribuables en partie à une politique de renforcement des hôpitaux tertiaires plutôt que des SSP. A cela s'ajoute des inefficiences dans l'utilisation des ressources publiques financières, une inégale répartition des personnels de santé, une insuffisance des activités de supervision et monitoring des prestataires, de faibles capacités managériales des gestionnaires des districts sanitaires.

Pour apporter une réponse adéquate, le gouvernement ivoirien s'est engagé dans la revitalisation des SSP à travers l'opérationnalisation des districts sanitaires prenant en compte les paramètres susmentionnés.

La méthodologie de l'intervention a consisté à renforcer le dialogue entre le ministère de la santé et les partenaires clés, à organiser une réflexion sur les districts sanitaires et à identifier les axes d'actions prioritaires.

En terme de résultats, un cadre de concertation entre ministère de la santé et partenaires a été mis en place avec la désignation d'un point focal national pour maintenir le dialogue autour du district, un système de coordination et de suivi mensuel des performances des districts sanitaires sur la base d'indicateurs clés de résultats a été institué, un cadre d'actions de renforcement des districts sanitaires a été défini. Ce cadre d'actions vise une utilisation efficiente des fonds publics alloués à la santé, une répartition équitable des ressources humaines en mettant l'accent sur les SSP, un système adéquat de supervision, suivi et évaluation et le renforcement des capacités managériales des gestionnaires des districts sanitaires.

Néanmoins le défi demeure la volonté politique, l'inscription de ces engagements dans un cadre institutionnel en vue de pérenniser les acquis, incluant la réelle participation des communautés.

Session Parallèle 4-7 Gouvernance et responsabilité 1

Tout le monde sur le pont: les leçons tirées d'un engagement multipartite efficace pour renforcer les soins de santé primaires au Sénégal

Dr. Kadhy Seck, Coordonnatrice cellule santé communautaire, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal. Dr. Mame Cor Ndour, « Chief of Party », projet de Renforcement du Système de Santé financé par l'USAID et implémenté par un consortium dirigé par Abt Associates

Contexte: De nombreux pays se demandent comment renforcer les soins de santé primaires pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. L'implication de toutes les parties prenantes dans le renforcement des soins de santé primaires, du niveau national au niveau communautaire, en passant par les secteurs public et privé, est crucial. Bien que ce soit un fait bien connu, on le voit rarement dans la pratique.

But: Au Sénégal, le Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) collabore avec des partenaires tels que le programme de Renforcement des Systèmes de Santé (RSS) Plus de l'USAID pour accroître la participation des citoyens à la définition des besoins de soins de santé primaires, à tenir leurs structures sanitaires responsables, et à réduire leurs risques financiers lors d'un besoin de soins primaires. Cette présentation partagera l'expérience, et les leçons positives et négatives tirées de la réalisation d'un véritable engagement des parties prenantes, en particulier des communautés, pour atteindre la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Objectifs de la recherche: L'objectif de la présentation est de partager ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné dans le renforcement des soins de santé primaires grâce à l'engagement des citoyens. Nous partagerons les considérations opérationnelles, techniques et politiques que le Sénégal doit prendre en compte en continuant ces efforts de la couverture maladie universelle. Cela aidera d'autres pays qui cherchent à accélérer leurs efforts en faveur de la CMU grâce aux soins de santé primaires.

Méthodes utilisées: Les auteurs s'appuient sur une dizaine d'années de collaboration entre le MSAS et le programme USAID/ RSS Plus, l'expérience du projet RSS Plus au niveau sous-national dans six régions du Sénégal et les enseignements des experts techniques internationaux afin de tirer les leçons apprises.

Principales conclusions: Le MSAS et les partenaires de développement ont investi dans le renforcement d'au moins trois plateformes communautaires telles que les cadres de Restitution Communautaires, les Comités de veille et d'alerte communautaire, et les Comités de Développement Sanitaires. Ces plateformes visent à renforcer la communication entre les équipes de santé régionales et de district, les établissements de soins de santé primaires et la communauté afin que (i) les besoins de santé communautaires soient mieux définis et pris en compte par les établissements de santé ; (ii) la communauté et le ministère de la santé ait une relation mutuellement redevable et ; (iii) les membres de la communauté peuvent s'engager dans la surveillance épidémiologique et afin d'améliorer les indicateurs de la SRMNIA et le paludisme. Cette communication étant bidirectionnelle, les membres de la communauté, en plus de donner leur avis, reçoivent des informations sur leur système de santé, sur les messages de santé publique et sur la manière d'accéder aux soins sans imposer de fardeau financier important. Ces connaissances ont permis aux communautés de s'inscrire dans les régimes d'assurance maladie communautaires, des mutuelles, afin qu'elles puissent avoir accès à des services de soins de santé primaires.

Grâce à ces plateformes communautaires, les dirigeants politiques et religieux locaux, les représentants de la communauté, les prestataires de santé publics et privés, et les agents de santé se rencontrent régulièrement et discutent de la manière d'améliorer les services de soins de santé primaires et de suivre les progrès. Des outils et des informations du DHIS2 ont

fourni des données précieuses pour enrichir ces discussions. Ces efforts ont également été soutenus par les partenaires tels que l'USAID, qui fournit un financement direct aux équipes régionales de gestion de la santé dans cinq régions afin de renforcer les soins de santé primaires.

Conclusion (s) principale (s): Les citoyens sont les bénéficiaires ultimes de la CMU et jouent un rôle important dans la réalisation de la CMU. En plus d'être bénéficiaires, ils peuvent également apporter une contribution précieuse pour renforcer la disponibilité et la qualité des services de soins de santé primaires. Ils peuvent veiller à ce que les services fournis (i) répondent aux besoins de la population, (ii) soient d'une qualité de haut niveau et (iii) soient viables grâce à un financement national. L'autonomisation des communautés quant à leurs options pour réduire leur risque financière, par exemple par le biais de mutuelles, peut également contribuer à garantir que la demande des communautés en matière de services de soins primaires est satisfaite sans encourir de dépenses catastrophiques.

Qui est plus corrompu : Identifier les auteurs de l'absentéisme chez les agents de santé au Nigéria.

Pamela Adaobi Ogbozor, Health Policy Research Group, University of Nigeria Nsukka. Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigeria Nsukka

Co-auteurs: Charles T. Orjiakor, Obinna Onwujekwe, Pamela A.Ogbozor, Prince Agwu, Aloysius Odii, Martin McKee, Eleanor Hutchinson, Dina Balabanova

Contexte : L'absentéisme non planifié et volontaire est une sérieuse préoccupation de la corruption parmi les agents de santé car il tranche la prestation de soins de santé efficace ainsi que les compromis d'effort de charge de la couverture sanitaire universelle (CSU). Les faibles paramètres de ressources sont les plus touchés par l'absentéisme, mais la nature de l'absentéisme, des auteurs et des motivateurs est mal documentée et comprise dans les faibles paramètres de ressources. La raison d'être de l'étude est d'éclairer l'absentéisme comme une forme de corruption touchant le secteur de la santé. Il fait partie d'un nouveau consortium de la preuve anti-corruption visant à identifier/fournir des preuves pour les types de corruption existant dans les pays les moins avancés et par la suite engageant les concernés, souvent les parties prenantes, en particulier bureaucrates du niveau de la rue, pour lutter contre la corruption.

Objectif : Dans cette étude, nous avons cherché à identifier : i) quels groupes d'agents de la santé sont principalement absents, II) les facteurs qui contribuent à l'absentéisme de chaque groupe et III) des stratégies et des politiques efficaces qui peuvent être utiles pour vérifier l'absentéisme chez les agents de santé au Nigéria.

Méthode : Une conception qualitative et une approche pour enquêter sur la corruption ont été adoptées. Les agents de santé (N = 18 :6 médecins, 6 infirmières, 6 administrateurs de la santé) et 6 utilisateurs de services ont été interrogés en utilisant des guides de sujets d'interview approfondis. L'analyse des données thématiques a été utilisée pour explorer les données.

Principaux résultats : Les agents de la santé des zones rurales ont été signalés comme étant plus absents au travail. Les facteurs de l'absentéisme étaient la faible charge du patient, le mauvais suivi/contrôle et les mauvaises installations sociales pour soutenir les conditions de vie et de travail. Les centres de santé primaires auraient eu un absentéisme plus élevé que d'autres niveaux de soins formels, car ils étaient souvent situés dans les régions rurales. Il a été largement rapporté que l'absentéisme était souvent observé parmi le personnel de rang supérieur, bien que le groupe de médecins seniors aient été considérés être le plus absent

stimulé par la double pratique. Les résultats ont montré qu'il existait des processus de couverture pour le personnel absent. Aucune disparité n'a été observée dans la fréquence de l'absentéisme entre les mâles et les femelles. Cependant, on signale que les rôles familiaux sont impliqués dans l'absentéisme féminin, alors que la double pratique et la personnalité impitoyable sont condamnées pour les hommes absents. L'utilisation de la biométrie pour surveiller l'absentéisme n'a pas été efficace pour les agents de santé en particulier dans les zones rurales.

Conclusion principale : Les résultats sont utiles aux chercheurs en politiques de santé et aux décideurs visant les groupes qui sont plus susceptibles de s'absenter du travail dans des contextes de santé spécifiques. Les motivations de l'absentéisme pour les différents groupes pourraient être ciblées dans les interventions visant à réduire l'absentéisme dans le secteur de la santé.

Identifier et prioriser la lutte contre la corruption du secteur de la santé au Nigéria.

Charles Tochukwu Orjiakor, Groupe de recherche sur la politique de santé, Université du Nigeria, Nsukka

Co-auteurs: Obinna Onwujekwe, Charles T. Orjiakor, Eleanor Hutchinson, Martin Mckee, Prince Agwu, Chinyere Mbachu, Adaobi Ogbozor, Uche Obi, Aloysius Odii, Hyacinth Ichoku and Dina Balabanova

Contexte : La corruption est largement répandue dans le secteur de la santé, avec des effets négatifs sur la santé et l'accès aux soins. Cependant, il y a un manque de connaissances sur le sujet de la corruption dans le secteur de la santé au Nigéria : sa nature systémique et les façons dont les institutions et les systèmes sociaux conduisent à des pratiques corrompues. Comprendre les pratiques corrompues qui prospèrent dans les systèmes de santé est important pour positionner les systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle.

Objectif: Examiner les types existants de corruption, les incitations qui permettent des pratiques corrompues et les moyens de les réduire dans le système de santé nigérian. Cela informera ensuite la planification, la conception et la mise en œuvre de stratégies de lutte contre la corruption à fort impact possible au Nigeria.

Méthodes : Un examen systématique de la littérature identifiant les pratiques corrompues signalées dans des études axées sur le Nigéria a été mené. Afin d'identifier et de prioriser les principaux types de pratiques corrompues du secteur de la santé et leurs solutions possibles, un atelier d'établissement des priorités utilisant la technique du groupe nominal (NGT) avec 30 agents de santé de première ligne a été organisé. La NGT a été utilisée pour classer par ordre de priorité les différents types de pratiques corrompues en fonction de leur importance au Nigeria et de la manière dont elles pouvaient être abordées. Microsoft Excel a été utilisé pour assigner des pondérations numériques aux classements effectués par les participants avec la corruption la plus inquiétante et adressable émergeant avec la plus grande valeur et le moins de corruption, la moindre valeur.

Principaux résultats : Dans la revue de la littérature, 50 publications ont été examinées pour identifier un large éventail de pratiques de corruptions dans le secteur de la santé au Nigéria. Dans la NGT, les agents de santé de première ligne ont initialement identifié 49 types de corruption qui ont ensuite été regroupés en 19 types de corruption distincts. Les séances de classement et de reclassement ont révélé les cinq principales pratiques corrompues qui ont émergé (avec leurs scores pondérés) : l'absentéisme (53), la corruption liée aux achats (34), les paiements en vente libre (33), la corruption liée au financement de

la santé (28), et corruption liée à l'emploi (26). Les participants à la NGT ont convenu que certaines des pratiques corrompues pourraient être abordées de manière significative en utilisant des approches horizontales qui impliquent exclusivement des agents de santé, des bureaucrates de niveau de rue et des groupes communautaires. Les résultats de l'examen systématique corroborés par les types de corruption identifiés et notés par les agents de santé de première ligne et les décideurs politiques.

Conclusion principale : La corruption est omniprésente dans le secteur nigérian de la santé, mais il existe des solutions « horizontales » qui peuvent être mises en œuvre au niveau des établissements de santé et des communautés pour réduire le fléau et améliorer les performances du système de santé. D'autres études seront entreprises pour révéler les préférences des agents de santé et les voies et moyens qui pourraient être utilisés pour s'attaquer à la pratique de corruption la plus commune, qui est l'absentéisme.

Utilisation des comités des structures de santé pour améliorer la gouvernance et la responsabilisation des systèmes sanitaires : Questions d'institutionnalisation et de durabilité dans l'état d'Enugu du Nigéria.

*Uzochukwu BSC, Groupe de recherche sur les politiques de santé, Collège de médecine, Université du Nigéria, Campus d'Enugu,
Okeke CC, Onwujekwe OE, Etiaba E*

Introduction/Contexte : Les comités de santé des établissements ou les comités des structures sanitaires ont été depuis quelques années au Nigéria sous diverses formes. Il a été initialement conçu pour la promotion des fonds auto renouvelables de l'initiative de Bamako, mais s'est élargi pour améliorer la gouvernance du système de santé. Cependant, il existe des problèmes de durabilité avec la création de ces comités, en particulier dans les domaines où ils sont soutenus par un programme de donateurs.

Objectif(s) : Étudier l'institutionnalisation et la viabilité de ces comités au-delà de la vie d'un organisme donateur qui avait appuyé l'initiative dans l'État d'Enugu au Nigéria.

Matériaux et méthodes : Examen documentaire des documents et interviews des principaux intervenants (IDI & FGD). L'hypothèse de base était que les comités seraient institutionnalisés et viables s'ils ont une pertinence, une viabilité et une fonctionnalité internes solides ; s'ils sont bien intégrés dans leur environnement communautaire et institutionnel adéquat ; et s'ils sont capables de renouvellement et de reproduction sans assistance soutenue par les donateurs.

Résultats : Les facteurs clés de la viabilité interne des comités comprenaient les paiements ; Composition Mentorat ; Rôle de LGA ; Renouvellement de l'adhésion des membres ; la menace des comités de développement de paroisse ; Formation et disponibilité des documents de référence imprimés. Les facteurs-clés qui ont renforcé l'intégration et la réplification comprenant l'intégration dans l'État, le LGA et le système de santé communautaire et le mécanisme de mise à l'échelle.

Conclusion et recommandations : L'institutionnalisation de la FHC est essentielle pour la durabilité et le maintien de l'impact positif des FHC, en particulier avec leur rôle proposé dans la mise en œuvre du BHCPF et d'autres réformes du financement de la santé au Nigéria. Il devrait être poursuivi avec les institutions de la Communauté, LGA et le système de santé de l'État. Un accord formel avec le système de santé de l'État est souhaitable.

Défis et solutions de gouvernance dans le cadre d'un programme gratuit de services de santé maternelle et infantile: Revisiter le programme SURE-P MCH au Nigéria.

Benjamin Uzochukwu, Enugu UNN

Introduction/Contexte: La gestion de la santé est l'ensemble des façons dont une société organise et administre collectivement ses affaires de santé. Le programme de réinvestissement et d'autonomisation des subventions (SURE-P) comprenait des interventions liées à la santé maternelle et infantile (MCH), appelées SURE-P/MCH. Il a été lancé en janvier 2012, mais fermé en avril 2015 suite à l'émergence d'un nouveau gouvernement national. Le programme visait à améliorer l'accès aux services MCH gratuits de qualité. Il faut se pencher sur les enseignements tirés de la gouvernance de ces programmes. Cela permettra d'éclairer la planification et la mise en œuvre des services MCH gratuits, comme le prévoient les récentes réformes du programme de financement de la santé au Nigéria, comme le Fonds de base pour la prestation de soins médicaux (BHCPF).

Objectif(s): Explorer les défis et les solutions de gouvernance dans les services MCH gratuits du programme SURE-P MCH.

Matériaux et méthodes: Revues des publications, entretiens et discussions de groupes dans le cadre d'une évaluation réaliste en cours du programme SURE-P/MCH. Le cadre de Siddiqia et al. 2009 pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé a été utilisé

Résultats: Les principaux défis comprenaient des questions concernant la vision stratégique; participation et orientation consensuelle; l'état de droit; transparence la réactivité des institutions; actions efficacité et efficience; responsabilité, information et éthique.

Conclusion et recommandations: Le FMCH dans le cadre du programme SURE-P/MCH a été chargé de nombreux défis. L'accès à l'information, les efforts de responsabilisation sociale, l'augmentation des rapports de santé efficaces, les audits financiers, l'équité, l'inclusivité et d'autres sont associés à une meilleure gouvernance de la FMCH. Les informations fournies ici aideront au développement et à la mise en œuvre de programmes FMCH similaires au Nigeria pour assurer une bonne administration.

Session Parallèle 5 – Sessions Organisées

OS 12 – Enseigner l'Economie de la Santé - focus sur les pays en développement

Session de formation organisée par AfHEA : Economie de la santé

Concepts : La recherche et l'analyse en économie de la santé constituent un potentiel considérable pour fournir des solutions à certains des défis les plus critiques en matière de politique de santé, d'allocation des ressources et de financement dans les pays du monde entier, et particulièrement dans les environnements à ressources limitées des pays à revenu faible et moyen (LMICs).

Toutefois, la capacité de fournir et d'utiliser cette recherche et cette analyse dépend des compétences clés, disponibles et fiables des individus, les connaissances et les attitudes en économie de la santé qui dépendent à leur tour des universités et des établissements de formation locaux offrant des cours et des possibilités de recherche complètes et de meilleure qualité.

Dans les pays à revenu élevé, les possibilités de formation et d'éducation en économie de la santé se sont multipliées au cours des 30 dernières années, proportionnellement à la croissance et à l'importance de la recherche en économie de la santé pour appuyer les politiques de santé. La croissance des possibilités de formation et d'éducation ciblées dans LMICs a également augmenté ces dernières années, en plus des institutions des pays à revenu élevé qui offrent des formations spécifiquement ciblées sur les pays à revenu moyen et moyen ou à leurs ressortissants.

Cette session de 90 minutes examinera la situation actuelle des formations en économie de la santé dans et pour les LMIC, avec un accent particulier sur l'Afrique subsaharienne. La session présentera des exemples d'institutions existantes et favorisera la discussion sur les défis et opportunités pour enseigner l'économie de la santé dans les LMIC. L'intervenant, représentant l'OMS, réfléchira à l'éventail des cours de courte durée sur les systèmes de santé et le financement actuellement offerts par l'OMS et aux potentiels synergies entre les cours de courte durée et les programmes officiels menant à un diplôme pour répondre aux besoins et à la demande en économie de la santé dans la région.

Speakers/institutions:

- Dr Justice Nonvignon, Département de la planification et de la gestion des politiques de santé, Université de Ghana
- Prof Vincent Okungu, Ecole de Santé Public, Université de Nairobi
- Prof Moustapha Thiam, Institut de Recherche en Santé Publique et en Reproduction, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Senegal (Institut de Formation et de Recherche en Population développement et sante de la Reproduction de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar)
- Mr Tommy Wilkinson, Département de l'économie de Santé, Université de Cape Town, Afrique du Sud
- Dr Jolene Skordis, Centre pour l'économie de la santé mondiale, Université de College de Londres

Discussant: Matthew Jowett, Organisation mondiale de la santé

Chair: Di McIntyre, Professeur émérite, Département de l'économie de la Santé, Université de Cape Town

Economie de la santé - objectif des LMIC

Jolene Sko Jolene Skordis, Collège universitaire de Londres, Institut mondial de l'économie de la santé

Fondée en 1826, l'UCL connaît une longue histoire de formation de l'économie à Londres. Cependant, ce n'est qu'au cours des deux dernières décennies que l'économie de la santé est devenue une discipline distincte. Le département d'économie de l'UCL propose un module technique sur l'économie de la santé destiné aux économistes avancés, tandis que l'Institut mondial de l'économie de la santé propose des modules sur les " Principes clés de l'économie de la santé " et " Évaluation économique ", lesquels sont ouverts aux étudiants de disciplines plus variées.

Plus récemment, l'UCL a identifié le besoin de mieux développer les capacités en économie de la santé et a lancé en 2017 une nouvelle maîtrise en économie de la santé et en sciences de la décision. La pratique et l'enseignement de l'économie de la santé se caractérisent généralement par l'intégration de différentes expertises et perspectives, notamment la micro-économie, les statistiques médicales, l'épidémiologie, la philosophie et le management. La maîtrise en sciences économiques de la santé et en sciences de la décision de l'UCL vise à diversifier et à préparer les étudiants à acquérir de solides bases théoriques, tout en leur permettant de d'opter pour des parcours appliqués qui se concentre soit sur la modélisation avancée des sciences de la décision soit sur la théorie économique appliquée et avancée. Ce faisant, nous nous adressons à des étudiants compétents issus d'un plus large éventail de domaines tels que l'économie, la statistique médicale, l'épidémiologie, les mathématiques appliquées et la démographie. De façon unique, les étudiants de ce programme sont capables de choisir un " contexte d'intérêt " dominant, qui se concentre soit sur les systèmes et les politiques de santé des pays à revenu élevé, soit en adoptant une vision globale des systèmes et des politiques de santé qui accorde un poids important aux contextes à faible revenu. Les étudiants sont tenus de suivre 8 modules et d'effectuer une recherche de fond sous forme de mémoire ou de projet. Les étudiants très compétents peuvent poursuivre leurs études en vue de l'obtention d'un doctorat, généralement au sein Institut mondial de l'économie de la santé de l'UCL, où ils peuvent tirer parti de l'important corpus de recherches de pointe déjà en cours dans le monde. Cette recherche s'étend sur tous les continents du globe et les étudiants sont généralement capables de travailler sur des questions pertinentes à leur propre contexte familial. Bien que des bourses d'études de niveau master soient disponibles auprès du Commonwealth Trust, peu de candidatures sont reçues chaque année de la part de boursiers africains. Cette sous-représentation est ensuite amplifiée au niveau du doctorat, où le financement intégral est plus rare. Le programme est confronté à un défi de taille pour attirer d'excellents chercheurs africains dans l'étude de l'économie de la santé.

Tommy Wilkinson, Université de Cape Town

La session présentera l'approche de formation en économie de la santé à la Division de l'économie de la santé (DES) de l'École de santé publique et de médecine familiale de l'Université du Cap, et décrira comment cela contribue à renforcer les capacités en compétences, connaissances et attitudes en économie de la santé à l'appui de la couverture maladie universelle (CHU) dans la région.

La DES est intégrée aux résultats de recherche du département d'économie de la santé (DES) de l'Université du Cap et propose trois filières principales de formation : le programme de spécialisation en économie de la santé dans le cadre de la maîtrise en santé publique, le diplôme de troisième cycle en économie de la santé et un programme doctoral en économie de la santé. En outre, le personnel de DES contribue à toute une gamme de cours au niveau postuniversitaire et de premier cycle dans l'école des sciences de la santé et des affaires de l'Université.

La formation à DES couvre les concepts centraux de l'économie de la santé, y compris la théorie de l'économie de la santé et la microéconomie, l'évaluation économique et la fabrication de décagones, la santé des populations, les achats stratégiques et le financement et l'organisation de la santé. La DES se compose de huit collaborateurs, avec de nombreux conférenciers invités sur des thèmes spécialisés.

Le diplôme d'études supérieures en économie de la santé peut être complété à distance par un enseignement en bloc dédié sur place. En raison de son format et de l'utilisation des ressources en ligne, il contribue à l'acquisition de compétences et de connaissances de base en économie de la santé parmi ceux qui n'ont peut-être pas la capacité d'entreprendre des études et des recherches officielles au niveau de la maîtrise, comme les gestionnaires et les décideurs en santé. Il s'agit donc d'un programme très populaire et limité par le corps professoral disponible.

Les principaux défis associés à l'enseignement de l'économie de la santé DES consistent à la consécration du temps et à la supervision des étudiants, et à assurer un soutien approprié aux étudiants après l'obtention de leur diplôme, en particulier à ceux qui s'orientent vers les politiques ou la gestion de la santé. La consolidation des réseaux nationaux, régionaux et mondiaux d'amélioration de la qualité des programmes et de supervision externe contribuera aux activités de renforcement des capacités de la Division. Un financement réservé à l'expansion des résultats de l'enseignement aiderait à l'élaboration de cours afin de faire correspondre la demande de formation en économie de la santé à l'offre disponible d'une manière durable.

Justice Nonvignon University of Ghana

L'objectif de cette présentation est de décrire la situation actuelle des formations en économie de la santé et des cours connexes à l'Université du Ghana et de contribuer à la discussion sur leur orientation ultérieure en Afrique à travers le partage des défis et opportunités actuels. La présentation soulignera également la nécessité d'un effort de collaboration entre les institutions qui ont une forte capacité de formation en économie de la santé en Afrique, afin de partager l'innovation dans les techniques.

L'École de santé publique de l'Université du Ghana a été créée en 1994 grâce à une collaboration avec le Ministère de la santé et l'Université du Ghana, pour former le personnel de niveau intermédiaire nécessaire et pour promouvoir les réformes du secteur de la santé au Ghana et dans la sous-région. L'un des sept départements de l'École de la santé publique, le Département de la politique, de la planification et de la gestion de la santé offre des cours de deuxième cycle en économie de la santé et dans des domaines connexes, notamment à des étudiants pour la maîtrise en santé publique, la maîtrise en surveillance et évaluation et le doctorat. Le corps professoral permanent compte huit professeurs - dont quatre sont des économistes de la santé formés - et des professeurs affiliés d'instituts apparentés de l'Université - dont six ont une formation ou de l'expérience en Economie de la Santé. Le département accueille également le Groupe de recherche en économie de la santé, les systèmes et politiques de la santé de l'Université du Ghana, qui comprend neuf professeurs de tous les départements universitaires ayant une expertise en économie, systèmes et politiques de la santé. En plus des cours susmentionnés, le département se prépare également à mettre en place un programme de maîtrise en économie de la santé en phase d'accréditation par les organismes nationaux compétents.

Par l'entremise de son corps professoral, le département entretient des collaborations avec des établissements de formation en économie de la santé de premier plan en Afrique, en Europe et en Amérique du Nord, avec un vaste réseau de personnes qui contribuent à l'enseignement par des conférences données et des invités, et à la supervision des étudiants au doctorat par leur participation à des comités consultatifs d'étudiants. Parmi les principaux défis à relever, mentionnons la forte demande de la part d'étudiants potentiels dont l'espace et le corps professoral sont limités pour enseigner et superviser l'économie de la santé. Une solution innovante à ce qui précède pourrait être de réévaluer et d'institutionnaliser la collaboration en matière de formation entre les instituts africains afin d'accroître la capacité de l'économie de la santé sur le continent.

Session Parallèle 5 – Présentations Orales

Session Parallèle 5-1 – Financement et politique de la santé

Évaluation des politiques publiques relatives aux réformes de la santé à l'échelle de la population en Afrique subsaharienne : Examen critique des politiques de réduction du sel en Afrique du Sud et au Nigeria

Amable Ayebare, Liverpool School of Tropical Medicine

Contexte : L'Organisation Mondiale de la Santé recommande aux adultes de consommer moins de 6 g de sel par jour. L'augmentation de la consommation de sel est un facteur de risque connu d'hypertension artérielle, qui à son tour augmente les risques de développer des maladies cardiovasculaires ainsi que de nombreuses autres maladies non transmissibles (MNT)

Justification : Les maladies non transmissibles sont la principale cause de morbidité et de mortalité prématurée dans la région. Les systèmes de santé existants étant déjà aux prises avec le fardeau des maladies transmissibles, des ressources limitées et des effets croissants de l'urbanisation, il est donc nécessaire de permettre l'utilisation des interventions sanitaires à l'échelle de la population pour réduire l'incidence croissante des MNT. Cela s'inscrit dans le cadre de la réalisation de la cible 3.4 des OD : Réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles grâce à la prévention et au traitement, et promouvoir la santé mentale et le bien-être d'ici 2030.

Objectif : Évaluer les politiques existantes soutenant l'environnement politique en matière de réduction de la consommation de sel en Afrique subsaharienne, en particulier pour mieux comprendre les processus d'élaboration des politiques, les stratégies de mise en œuvre et leur impact éventuel sur les résultats et les réformes en matière de santé pour l'ensemble de la population.

Méthodes : Utilisation des résultats de l'analyse des documents de politiques publiques existantes sur la réduction de la teneur en sel au Nigeria et en Afrique du Sud. Ces documents ont été examinés par rapport à des critères préétablis par les directives mondiales recommandées. Les politiques ont également été examinées à l'aide de listes de contrôle élaborées à partir des cadres d'évaluation de politiques connus pour évaluer la pertinence par rapport à la cause et l'utilité par rapport au contexte.

Résultats : La plupart des pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas de politique nationale en matière de sel. Les quelques politiques existantes sont appuyées par une évaluation des besoins spécifiques au contexte. L'engagement des parties prenantes dans les processus politiques est limité, et les réflexions et les approches de mise en œuvre des politiques publiques ne sont pas basées sur ce qui fonctionne. Les deux pays ont présenté des données limitées sur les structures de suivi et d'évaluation des politiques existantes.

Conclusion : il est nécessaire d'investir dans une recherche empirique en fonction du contexte, associée à des partenariats multipartites pertinents au cours du processus de formulation des politiques. Les deux approches de la mise en œuvre de la politique publique, lorsqu'elles ont été planifiées de manière cohérente, constituent des voies viables permettant non seulement de réduire l'incidence des maladies non transmissibles, mais aussi d'atteindre les ODD liés à la santé.

Déterminants macroéconomiques des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne

Gnande Romeo Boye, CIRES

L'organisation mondiale de la santé encourage la couverture sanitaire universelle afin d'atteindre le troisième point des objectifs du développement durable. Le financement venant du secteur public est essentiel pour se rapprocher de cet objectif. Mais comment augmenter davantage ce financement dans les pays d'Afrique subsaharienne où le niveau de revenu est déjà bas ? Et où le taux de pauvreté quant à lui se situait autour de 41,1% en 2015.

Une étude de l'ONU en 2015 suggère d'augmenter les dépenses publiques de santé en fonction de l'accroissement du PIB. En effet, une augmentation du PIB entraîne une hausse des dépenses publiques de santé. Mais d'autres auteurs trouvent que les dépenses de santé en général, répondent très faiblement au changement de revenu. Cette situation s'explique par le fait que le revenu n'est pas le seul facteur explicatif de la hausse des dépenses publiques de santé. En effet, certains auteurs évoquent les facteurs politiques et institutionnels comme principaux facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses publiques de santé. Dans le cas des pays de l'Afrique subsaharienne, quels sont les facteurs qui influencent l'évolution des dépenses publiques de santé ?

L'objectif de cet article est de déterminer les facteurs explicatifs des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne.

L'analyse dans cette étude est menée par le biais d'un modèle non linéaire sur lequel il a été appliqué la méthode des moments généralisés en se basant sur un échantillon de 30 pays situés en Afrique subsaharienne et observés de 2000 à 2015.

Les principaux résultats auxquels l'on a abouti dans cette étude font état de ce que dans le cas de la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne, les variables qui agissent positivement sur la part relative des dépenses publiques de santé dans le PIB, sont le taux de croissance du PIB, la démocratie, la capacité à prélever les impôts et l'affectation équitable des ressources publiques. Par ailleurs, les résultats des estimations montrent que les troubles sociaux conduisent à une baisse de la part relative des dépenses publiques de santé dans le PIB.

Les résultats de l'étude impliquent que les principaux facteurs explicatifs des dépenses de santé publiques sont la capacité budgétaire actuelle des pays, la priorité accordée à la santé et la saine gestion des ressources publiques. Dans cette perspective, un élargissement de la base taxable et l'amélioration de la gouvernance pourraient accroître les dépenses publiques de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Espace budgétaire pour la santé au niveau décentralisé: l'impact potentiel des arrangements fiscaux au Kenya

Kenneth Mungej, PhD Fellow, Initiative to Develop African Research Leaders, KEMRI Wellcome Trust Research Programme

Edwine W Barasa, Health Economics Research Unit, KEMRI Wellcome Trust Research Programme

Kara Hanson, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Jane Chuma, Senior Health Economist, World Bank Kenya Country Office

Contexte: Les dispositifs de couverture sanitaire universelle (CSU) prévoient un rôle important des dépenses publiques. L'espace budgétaire pour la santé est la capacité d'un gouvernement d'affecter davantage de ressources à la santé sans affecter sa situation financière et économique. Bien que la marge budgétaire pour la santé soit généralement évaluée au niveau national, la décentralisation constitue une caractéristique pour de nombreux systèmes de santé. L'objectif de l'étude est de réaliser une évaluation critique de l'espace budgétaire pour la santé au niveau décentralisé (district) au Kenya et de ses implications sur la réalisation de la CSU.

Méthodes: Nous avons utilisé une approche qualitative d'études de cas multiples, l'unité d'analyse étant le district. Nous avons élaboré et appliqué un cadre conceptuel tenant compte des changements intervenus dans les relations entre le gouvernement et les citoyens et des quatre piliers de la décentralisation fiscale: Affectation des recettes et des dépenses, transferts intergouvernementaux et emprunts infranationaux. Trois districts de l'étude ont été choisis à dessein en fonction de leur niveau de production de revenus, de leurs dépenses de santé publique et de la complexité des systèmes de santé. Les données ont été collectées lors de revues de documents (lois, politiques et rapports), d'entretiens approfondis (n = 25) et de discussions de groupe (n = 17) avec des citoyens membres de groupes organisés (organisations communautaires, par exemple).

Résultats: Les affectations de dépenses et de revenus ont été décrites à travers la politique et étayées par des arrangements institutionnels. Il y avait un chevauchement dans l'exécution des tâches, d'autres ont été négligées et les arrangements institutionnels pour résoudre les conflits n'ont pas fonctionné comme prévu, bien que l'impact sur PHE n'ait pas été clair. La décentralisation fiscale a entraîné une forte concentration d'EPS dans les districts. Les subventions conditionnelles réservées et soutenues par des contrats et par la capacité organisationnelle de contrôler la performance ont augmenté le PHE. L'EPS a subi les conséquences négatives des contraintes budgétaires inappropriées, par exemple. des ratios fixes sur le développement et les dépenses récurrentes.

Le manque de transfert vertical et de conception des subventions conditionnelles, l'irrégularité des flux financiers, le manque de capacité de planification et les dépenses en capital ont également pesé sur l'ESP. La composition des services n'a pas changé, même si la conception et la mise en œuvre des subventions conditionnelles ont perturbé les activités de planification du district et encouragé les dépenses centrées sur les hôpitaux. La responsabilité entre les niveaux national et celui du district à été aussi sapée.

Discussion / Conclusions Des arrangements institutionnels performants permettront de résoudre les conflits d'affectation des dépenses et d'autres problèmes de mise en œuvre. La dépendance vis-à-vis des transferts du niveau central devrait se poursuivre à court terme. La conception et la mise en œuvre de ces transferts, et des subventions conditionnelles en particulier, sont essentielles pour garantir que l'EPS au niveau du district contribue à atteindre les objectifs d'équité, d'efficacité et de qualité des soins de la CSU.

Démontrer les avantages d'investir dans la réhabilitation: Résultats de trois études portant sur trois pays d'Afrique subsaharienne

Contexte Les services de réadaptation intégrés au système de santé sont l'un des défis de la couverture sanitaire universelle et de la dynamique de l'OMS «Réadaptation 2030». Les personnes handicapées sont les plus exposées aux risques financiers catastrophiques, en raison notamment des soins supplémentaires nécessaires et du taux de chômage élevé.

Buts et objectifs de la recherche Cette étude vise à aider les acteurs de la réadaptation à renforcer le système de santé afin de fournir des services de réadaptation au moyen d'une évaluation de la situation en matière d'accès financier aux services de réadaptation dans les pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne. Cette étude cherche à décrire et à analyser le secteur de la réadaptation en termes financiers et économiques et à en identifier les forces, les faiblesses et les priorités.

Les méthodes L'analyse s'est concentrée sur trois pays à faible revenu, le Burkina Faso, le Rwanda et Madagascar, où des études économiques ont été conduites respectivement en 2015, 2017 et 2018. Des documents d'orientation, des recherches et des études antérieures sur l'accès financier aux services de réadaptation ont été analysées. Des entretiens, avec des questionnaires semi-structurés, ont été organisés avec des acteurs étatiques et non étatiques impliqués dans le secteur de la réadaptation. Cette évaluation a analysé le financement de ce secteur en prenant en compte toutes ses composantes dont le programme des ressources humaines de protection sociale, dans le but de mettre en évidence le déficit d'investissement estimé pour ce secteur.

Résultats Cette étude a mis en évidence certaines convergences dans le secteur de la réadaptation entre ces trois pays. Il a été observé une absence de mécanismes de protection pour les personnes nécessitant des soins de réadaptation, en particulier des prothèses et des orthèses, ainsi qu'une barrière géographique réduisant l'accès à ces services de soins de santé. Un autre point fort de convergence est lié à la pénurie de ressources humaines pour les soins de réadaptation qui doivent être financées. À Madagascar, il manque plus de 24 000 physiothérapeutes pour satisfaire la demande de soins de réadaptation dans le pays. Un important investissement du gouvernement est nécessaire pour couvrir les divers besoins de ce secteur. Au Rwanda, il faut investir entre 20% et 36% du budget du Ministère de la santé.

Conclusion Malgré les efforts importants déployés par les gouvernements pour officialiser et améliorer juridiquement les droits des personnes handicapées, l'application des lois et le traitement de cette question restent limités. Il existe de nombreuses opportunités pour améliorer l'accessibilité aux services de réadaptation quantitatifs et qualitatifs dans ces pays. Les efforts nationaux doivent renforcer le système de santé afin de fournir les services de réadaptation disponibles à tous les niveaux de soins de santé. Les analyses du financement des services de réadaptation dans le système de santé guident le gouvernement dans la détermination du volume et des mécanismes de financement appropriés, en particulier pour les personnes du secteur informel. L'objectif de la couverture maladie universelle ne sera pas atteint si la réhabilitation n'est pas une priorité du gouvernement.

Mots clés: Réhabilitation, équité, CHU, financement de la santé, protection sociale, financement durable, personnes handicapées, Afrique

Politiques fiscales pour la santé

¹Gavin Surgey, ²Peter Hangoma, ²Maio Bulawayo, ²Mwimba Chewe, ¹Nick Stacey, ¹Karen Hofman

¹PRICELESS SA (Priority Cost Effective Lessons in System Strengthening South Africa)

School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Witwatersrand

²School of Economics, University of Zambia

OBJECTIF La Zambie connaît une augmentation de la mortalité et de la morbidité associées aux maladies non transmissibles liées à l'obésité y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré (type II) et les cancers. Tout cela aura un coût de traitement associé, en particulier avec l'introduction du projet de loi récemment introduit dans le cadre du NHIF.

La consommation excessive de sucre provenant de boissons caloriques non alcoolisées telles que les boissons édulcorées (BE) a été associée à l'obésité et à des maladies associées telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète. L'instauration d'une taxe sur le sucre peut potentiellement alléger le fardeau des MNT et générer des recettes qui s'ajouteront au budget zambien.

METHODES Un modèle mathématique a été développé avec Microsoft Excel pour simuler les effets de l'introduction d'une taxe sur les BE en Zambie. Les valeurs de consommation de base des BE et de leurs substituts ont été tirées des données de l'Enquête de surveillance des conditions de vie en Zambie de 2015 (ESCV). L'indice de masse corporelle (IMC) spécifique à l'âge et au sexe a été calculé à partir de l'enquête STEP 2017 menée en Zambie. Des élasticité croisées et propres aux prix tirées de la littérature ont été appliquées pour déterminer l'effet d'un droit d'accise de 25% sur la consommation de BE, l'apport énergétique et la variation correspondante de l'IMC, de la prévalence de l'obésité, des décès évités et des années de vie gagnées. Nous avons effectué des simulations de Monte Carlo afin de construire des bandes de confiance à 95% et des analyses de sensibilité afin de prendre en compte les incertitudes des paramètres clés.

RÉSULTATS Sur un horizon de 40 ans, une taxe sur la BE de 25% permettrait d'éviter 2 526 décès. Il a été constaté que la taxe pouvait générer un revenu annuel supplémentaire de 5,46 millions USD (IC à 95%: 4,66 millions USD - 6,14 millions USD).

DISCUSSION ET CONCLUSIONS L'introduction d'une taxe sur les BE en Zambie pourrait potentiellement réduire considérablement le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité pour cause de maladie liée au mode de vie chez les femmes, soulignant d'importants résultats en matière d'équité en matière de santé. Les femmes ont un IMC de base plus élevé et présentent donc un risque plus élevé de MNT. En outre, les revenus importants générés par l'introduction d'une taxe sur les BE pourraient apporter une contribution importante au financement du système de santé zambien, étant donné les options de financement limitées actuellement disponibles.

Utilisation gratuite des services de santé maternelle dans le cadre du régime national d'assurance maladie dans les zones rurales du Ghana: Résultats du système de surveillance démographique et de santé de Kintampo (2005 - 2015)

Rebecca Kyerewaa Dwommoh Prah. Kintampo Health Research Centre.

Stephaney Gyaase, Theresa Tawiah, Mahama Abukari, Kwaku Poku Asante

Contexte: Chaque année, des milliers de femmes meurent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, un chiffre particulièrement élevé en Afrique subsaharienne. Ce chiffre peut être réduit à travers l'amélioration de l'accès aux services d'urgence et de soins de qualité dans ces pays. Cependant, pour la plupart des ménages pauvres, le manque de ressources financières entrave la capacité d'accéder à une prestation de qualité. En 2008, le gouvernement du Ghana a adopté une politique de gratuité aux soins maternels dans le cadre du régime national d'assurance maladie (NHIS) afin de donner un accès gratuit aux

services de soins maternels à toutes les femmes enceintes et aux mères allaitantes résidant au Ghana dans la perspective de réduire la mortalité maternelle.

Objectif: Evaluer les tendances en matière d'utilisation des services de soins de santé maternels et de mortalité maternelle en milieu rural au Ghana, à la suite de l'introduction de la politique de gratuité des soins de santé maternels dans le cadre du NHIS.

Méthodes: Les données secondaires des enquêtes longitudinales auprès des ménages sur les grossesses et les accouchements conduites dans la commune de Kintampo-Nord et dans le district de Kintampo-Sud au Ghana, de 2005 à 2015, ont été utilisées pour cette analyse. Ces enquêtes ont été conduites par le système de surveillance démographique et de santé de Kintampo (KHDSS) et ont impliqué toutes les femmes enceintes et les mères allaitantes dans les zones ciblées par l'étude. L'analyse a comparé les statistiques antérieures et postérieures à la mise en œuvre de la politique afin de déterminer les tendances en matière d'utilisation des services de santé maternelle et de mortalité maternelle. La version 13.1 de Stata a été utilisée pour l'analyse.

Principaux résultats: L'utilisation des services de santé maternelle a augmenté après l'introduction de la politique en 2008. La fourniture des services est passée de moins de 30% avant 2008 à environ 55% en 2015 (huit ans après l'introduction de la politique). Parallèlement, les livraisons à domicile ont diminué de plus de 50% avant 2008 à environ 34% en 2015. Le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites de soins prénatals ou plus est passé de moins de 1% avant 2008 à environ 68% en 2015. La mortalité maternelle a également diminué avec le temps après 2008. En 2015, environ 76% de la population de l'étude était couverte par cette politique de gratuité.

Principale conclusion: L'utilisation des services de santé maternelle a augmenté après la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins maternels dans le cadre de la NHIS en 2008. L'augmentation de la couverture de la politique pourrait améliorer encore l'accès aux services de soins maternels, en particulier pour les femmes issues des ménages les plus pauvres.

Financer la Couverture Maladie Universelle (CMU) : une agence unique financée par une taxe affectée sur les produits

**Mansoum NDIAYE, **Hervé LAFARGE*

** CESAG, ** Paris Dauphine University*

Contexte. La protection contre le risque financier est une composante de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) qui se développe difficilement dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Elle se heurte aux caractéristiques du contexte de pauvreté : une activité économique majoritairement informelle, l'omniprésence des comportements de captation de ressources financières et la faible légitimité des Etats post-coloniaux. La pauvreté a partout imposé une protection sociale obligatoire, l'informel impose le volontariat des contributions, la captation de l'argent fragilise la micro-assurance, la faible légitimité de l'Etat instaure la méfiance.

But. Montrer la faisabilité et le potentiel d'un dispositif de CMU constitué d'une agence unique, financée principalement par une taxe affectée sur les produits.

Objectifs :

- 1) Analyser les forces et les faiblesses des dispositifs de CMU développés en Afrique de l'ouest francophone.
- 2) Evaluer le besoin de financement d'une agence unique jouant le rôle de tiers payant
- 3) Evaluer le potentiel de financement d'une taxe sur les produits

4) Montrer le potentiel de régulation dont dispose ce dispositif.

Méthodes : Faire une analyse documentaire des lois, décrets, projets de lois et de décrets, comptes nationaux de la santé, budgets de l'Etat.

Résultats Tous les Etats élaborent et développent des dispositifs de CMU basés sur le renforcement des dispositifs existants (AMO, gratuités) et le développement des mutuelles d'adhésion volontaire et subventionnée. Ce dernier volet est aussi le plus problématique.

Une couverture universelle et pérenne nécessite la mise en place d'un dispositif non contributif unifié financé sur ressources intérieures.

Un dispositif constitué d'une agence unique qui prend en charge les factures de tous les citoyens, financée par une taxe affectée sur les produits (type TVA et droits de douane), paraît économiquement soutenable.

Ce dispositif présente un fort potentiel de renforcement du système d'information et de régulation de l'offre de soins.

Conclusion : un tel dispositif devrait-être expérimenté.

SSP et soins de Santé financés par les recettes de l'impôt sur le revenu et réduction des inégalités en Côte d'Ivoire

Olivier Zohoré KOUDOU, Ph.D Candidate in Economics, University Félix Houphouët Boigny of Abidjan - Côte d'Ivoire

Contexte: Dans la plupart des pays en développement, l'objectif de la couverture sanitaire universelle n'est pas facile à atteindre en raison du fait que les nombreuses populations et financièrement pauvres ont un accès limité aux services de santé. Etant donné que les personnes démunies en ressources ne peuvent pas prendre en charge les dépenses de santé, ou ne peuvent les payer qu'en sacrifiant d'autres priorités, un système de financement de la santé en vertu duquel les personnes doivent payer directement pour en bénéficier, constitue l'un des principaux obstacles à la réalisation de la CSU. Si le partage des coûts est nécessaire pour éviter la surutilisation des services de santé en raison du risque potentiel d'aléa moral, il est plus probable que la couverture universelle soit atteinte lorsque le ratio des déboursés pour les paiements directs soit suffisamment bas.

Objectif: Notre article étudie l'impact des systèmes de couverture sanitaire universelle financés par les impôts sur les aspects macroéconomiques de l'offre de travail, de la détention d'avoirs, des inégalités et du bien-être, tout en tenant compte des caractéristiques communes aux économies en développement, telles que l'emploi informel et l'évasion fiscale, en construisant un modèle d'équilibre général stochastique dynamique avec des agents hétérogènes. Les agents ont des niveaux d'éducation, des statuts d'emploi et des chocs idiosyncratiques différents. Cet article tente de combler les lacunes de la recherche en explorant les questions suivantes. Premièrement, quel est l'impact sur les individus en termes de décisions optimales concernant l'offre de main-d'œuvre et la détention d'actifs? Deuxièmement, quels sont les impacts sur les inégalités et le bien-être social? Troisièmement, quels sont les différents impacts aux niveaux global et désagrégé?

Méthodes: Pour répondre quantitativement à ces questions, le document adopte un cadre moderne d'équilibre général stochastique dynamique moderne, qui est de plus en plus utilisé pour l'étude de la sécurité sociale et des finances publiques. D'une manière générale, le document vise à fournir un cadre rigide pour l'évaluation de telles politiques socio-

économiques pouvant aider les décideurs à comprendre les impacts sur différents groupes sociaux, ainsi que les résultats agrégés.

Résultats / conclusion: Compte tenu de trois options de financement fiscal, les résultats de la calibration basés sur l'économie ivoirienne suggèrent que les options de financement ont une incidence sur les résultats, tant au niveau global que désagrégé. La couverture sanitaire universelle, financée par les recettes de l'impôt sur le revenu du travail, pourrait réduire les inégalités en raison de son rôle redistributif important. Le bien-être social ne peut pas être amélioré lorsque les décisions en matière de travail sont endogènes et que les distorsions sont plus importantes que les gains de redistribution pour toutes les options de financement des impôts. En l'absence de choix d'offre de travail, on constate de légers gains en termes de bien-être. Dans un sens plus large, le document vise à fournir un cadre pour l'évaluation des politiques socio-économiques sous l'angle macro et micro, en tenant compte des différents groupes sociaux.

Mots-clés: Couverture sanitaire universelle financée par les impôts, espace fiscal, réduction des inégalités, protection contre les risques financiers.

Étude de l'incidence et des déterminants des dépenses de santé catastrophiques au Nigéria: incidences sur la couverture universelle de santé

Ijeoma Okedo Abakaliki, African Institute for Health Policy and Health Systems, Ebonyi State University, Abakaiki, Nigeria

Chigozie Jesse Uneke African Institute for Health Policy and Health Systems, Ebonyi State University, Nigeria

Contexte: Les dépenses de santé qui entraînent des difficultés financières ou un appauvrissement sont dramatiques et entravent la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Chaque année, environ 100 millions de personnes basculent en dessous du seuil de pauvreté en raison des dépenses directes de santé, et 1,2 milliard de plus, vivant déjà dans la pauvreté, sont davantage condamnées à la pauvreté pour la même raison. Au Nigéria, trois conditions préalables essentielles, source de dépenses catastrophiques de santé ont été identifiées à savoir la disponibilité des services de santé nécessitant un paiement, une faible capacité de paiement et l'absence de remboursement anticipé ou d'assurance maladie. Les seuils les plus largement utilisés pour les dépenses catastrophiques de santé constituent 10% de la consommation totale du ménage et 40% de la consommation du ménage, déduction faite des dépenses pour les nécessités de base (capacité de payer). Le but de cette revue est de passer en revue les études menées sur l'incidence et les déterminants des dépenses catastrophiques de santé au Nigéria.

Méthodes: Cette étude est une revue systématique basée sur une recherche publiée dans le magazine *MEDLINE Entrez PubMed* en Août 2017 et sur des études portant sur l'incidence et les déterminants des dépenses catastrophiques de santé des ménages au Nigéria, entre 1997 et 2017. Les termes de recherche utilisés comprennent les dépenses des ménages, les paiements directs et les dépenses catastrophiques de santé. Les recherches primaires sur les dépenses catastrophiques de santé effectuées au Nigeria ont été sélectionnées. Les études ne portant pas sur l'estimation des dépenses catastrophiques de santé des ménages ont été exclues. Les dépenses catastrophiques de santé chez les animaux ou les études non publiées en anglais ont été également exclues.

Résultats: Au total, 13 études pertinentes répondant aux critères d'inclusion ont été identifiées sur 62 études trouvées. Dix enquêtes transversales, trois analyses secondaires.

Les treize études ont toutes rendu compte des déterminants des dépenses catastrophiques de santé, tandis que onze d'entre elles ont présenté l'incidence quantitative des dépenses catastrophiques de santé au Nigéria en utilisant différents seuils. Sur les 11 études ayant rapporté des dépenses catastrophiques de santé, une a conclu un seuil de dépenses catastrophiques de santé de 20,7% avec un revenu total supérieur à 10%. À 10% de la capacité à payer, 9,6 à 96,7% des ménages avaient un seuil de dépenses catastrophiques, à 40% de la capacité à payer, 3,2% à 100% des ménages encourus. Une étude a rapporté 8,2% un seuil des dépenses catastrophiques à 5% de la capacité à payer. Les dépenses catastrophiques de santé sont plus visibles chez les pauvres, les personnes âgées, les habitants des zones rurales, pour ce qui est l'utilisation des établissements privés, le sexe féminin et les non-assurés, entre autres.

Conclusion: L'incidence des dépenses catastrophiques de santé est marquée chez les Nigériens. La CSU devrait être une priorité politique au Nigéria et des stratégies de réduction des EIC réalisables dans le contexte devraient être adoptées. Des exemptions de paiement devraient être appliquées aux personnes exposées au risque de dépenses catastrophiques, tels que les pauvres, les personnes âgées et les populations vivant en zones rurales. Les mécanismes d'assurance de paiement anticipé obligatoire dans les secteurs formel et informel devraient être utilisés par les institutions sociales locales existantes pour améliorer la couverture.

Session Parallèle 5-2 Santé maternelle et infantile 2

Corrélations socioéconomiques et demande de services de santé pour enfants au Ghana, au Kenya et en Zambie

Eric Arthur, Université Kouamé Nkrumah des Sciences et Technologies

La santé est un facteur important pour le bon développement de l'enfant. Malheureusement, les efforts visant à améliorer la santé des enfants dans de nombreux pays n'ont pas donné les résultats escomptés car de nombreux enfants ne reçoivent pas de soins de santé appropriés lorsqu'ils sont malades, ce qui contribue à une mortalité infantile élevée et à une morbidité causée par des causes évitables.

Pour régler ce problème, il est important que nous comprenions les facteurs qui déterminent la demande de services de santé pour les enfants. Cette étude, qui utilise les modèles de régression logistique binaire et multinomiale, examine l'effet du statut socioéconomique des ménages sur la demande de soins de santé pour les enfants au Ghana, au Kenya et en Zambie à l'aide des données des Enquêtes démographiques et santé de 2014.

Les résultats indiquent que la probabilité de demander des soins de santé appropriés pour l'enfant est plus élevée lorsque les deux parents prennent des décisions dans le ménage que lorsque la femme seule prend des décisions. Les constatations indiquent en outre que les chances de demander un traitement pour l'enfant chutent avec l'ordre de naissance et l'âge de l'enfant, mais augmentent avec la richesse du ménage, l'état d'assurance et la proximité de l'établissement de santé. Les femmes qui travaillent sont plus susceptibles de demander des soins de santé pour leurs enfants que leurs homologues qui sont au chômage.

Nos résultats suggèrent donc que l'amélioration de la santé des enfants nécessitera la participation des deux parents à de telles décisions. En outre, il est nécessaire de sensibiliser les parents à l'importance de la recherche de soins appropriés pour tous les enfants nés indépendamment de l'ordre de naissance et de l'âge de l'enfant. Des efforts délibérés doivent également être consentis pour améliorer le statut économique des ménages et les encourager à participer aux régimes d'assurance maladie afin de permettre une utilisation efficace des services de soins de santé dispensés à l'enfant dans le cadre des efforts visant à améliorer la santé des enfants dans ces pays.

Les femmes kényanes préfèrent le lieu d'accouchement: Une expérience de choix discret comparative entre le sous-comté d'Embakasi North et le sous-comté de Naivasha, au Kenya.

Jackline Oluoch-Aridi¹, Francis. N. Wafu¹, Mary Adam² and Gilbert K'okwaro¹

¹Institute of Healthcare Management, Strathmore University

²AIC Kijabe Hospital

Contexte : De plus en plus, les pays d'Afrique subsaharienne mettent en place des politiques visant à éliminer les obstacles à l'accès aux services de santé, y compris la suppression des frais d'utilisation. En 2013, le gouvernement kenyan, par décret présidentiel, a lancé une cette politique dans le but d'accroître l'accès à des services d'accouchement en vue d'inverser le taux élevé de mortalité maternelle au Kenya. Malgré la nouvelle politique, les femmes continuent de choisir d'accoucher à la maison, et les femmes contournent également les petits établissements de santé primaires et accouchent dans des établissements de niveau tertiaire. Les facteurs du système de santé liés au lieu d'accouchement sont bien étudiés, mais les préférences des femmes qui font passer la demande de certains établissements de santé avant les autres ne sont pas bien comprises. Cette étude vise à combler cette lacune en utilisant une expérience de choix discret pour établir l'importance relative des attributs qui privilégient les femmes pour un lieu d'accouchement afin d'améliorer la compréhension des modèles d'utilisation des services de santé maternelle.

Objectifs: L'étude vise à examiner les préférences des femmes en matière de lieu d'accouchement et à établir l'importance relative des caractéristiques des établissements de santé qui les poussent à choisir les établissements où elles accouchent. L'étude compare les caractéristiques des femmes dans un contexte périurbain du sous-comté d'Embakasi North à celles situées dans un contexte essentiellement rural du sous-comté de Naivasha au Kenya.

Méthodes: L'étude prévoit d'utiliser un cadre de méthodes mixtes incorporant à la fois une étude qualitative et une méthodologie quantitative connue sous le nom d'expérience de choix discret (DCE) pour déterminer les attributs les plus importants des établissements de santé que les femmes préfèrent pour choisir lieu de leur d'accouchement. Les données sur les caractéristiques des ménages concernant les femmes seront également collectées via une enquête transversale.

Conclusion: cette étude vise à établir l'importance relative des attributs des établissements de santé appréciés par les femmes, en particulier dans les deux contextes au Kenya, et à utiliser ces informations pour éclairer l'élaboration des politiques, tant au niveau des unités décentralisées que du ministère de la Santé. Ces informations devraient être utilisées pour réaffecter les ressources afin de promouvoir l'équité en santé et des prestations de services efficaces dans les établissements de santé en zones urbaines et rurales.

Dans quelle mesure les établissements de soins de santé primaires offrent-ils des services à la population vulnérable ? : Expérience des prestataires dans le cadre d'un programme de santé maternelle et infantile

Enyi Etiaba, Benjamin Uzochukwu, Enugu University Of Nigeria

Contexte La santé maternelle et infantile est une priorité au Nigéria. Bien que les taux de mortalité aient baissé au cours des années des OMD, le Nigéria n'a pas atteint les objectifs 4 et 5. L'accès aux services reste l'un des principaux défis. Il existe une abondante littérature sur les obstacles liés à l'offre et à la demande qui empêchent de proposer des interventions efficaces et éprouvées. Cependant, il existe peu de littérature sur la manière dont la sécurité dans les établissements de santé affecte la fourniture et l'utilisation des services, en particulier chez les femmes enceintes vulnérables issues de milieux défavorisés sur le plan socio-économique.

Le gouvernement nigérian a abordé cette question par le biais d'un programme visant à atténuer les obstacles, tant du côté de l'offre que du côté de la demande des services de SMI destinés à la population mal desservie. En 2012-2015, le programme a formé et déployé des sages-femmes et des agents de santé communautaires (ASC) dans des établissements de soins de santé primaires; l'amélioration de l'infrastructure (y compris l'installation de clôtures périphériques de certaines installations); mettre à disposition des fournitures et des incitations financières aux femmes enceintes pour qu'elles aient accès aux services et les utiliser. Un nouveau groupe d'ASC; Les agents de santé des villages ont également été formés et déployés pour mobiliser les femmes enceintes et les aider à accéder aux services.

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité de ces interventions en vue de fournir un accès équitable aux services pour la population rurale et mal desservie.

Les méthodes L'étude en cours utilise une approche d'évaluation réaliste par étapes à méthodes mixtes pour évaluer comment et dans quelles circonstances le programme a fonctionné pour obtenir des résultats dans l'État d'Anambra, au sud-est du Nigeria. Nous avons mené des entrevues approfondies auprès des gestionnaires des installations et des travailleurs de la santé. Les théories de programmes spécifiques, montrant les causes du changement, ont été continuellement validées et affinées tout au long de la collecte et de l'analyse des données.

Principales conclusions Le programme avait mis à niveau les installations et avec l'aide de la communauté, avait tenté de maintenir la sécurité des installations, par exemple en érigeant des clôtures des clôtures périphériques et en déployant des gardiens. Cependant, la plupart des agents de santé ne se sentaient pas en sécurité la nuit en raison du manque de gardes de sécurité. En conséquence, la plupart des agents de santé, qui étaient toutes des femmes, ne se sentaient pas en confiance pour offrir des prestations de services la nuit. Le sentiment de manque de sécurité a eu des conséquences néfastes sur l'atteinte des résultats du programme, notamment l'augmentation des accouchements par des accoucheuses qualifiées.

Conclusion : Une sécurité médiocre a contribué à un sentiment de manque de sécurité de ce groupe de population vulnérable, ce qui a directement influencé la fourniture de services de SMI 24 heures sur 24 dans le cadre d'un programme par ailleurs bien financé et équipé. Étant donné qu'une proportion importante des accouchements ont lieu pendant la nuit, le fait d'assurer une sécurité adéquate la nuit contribuera aux soins continus de la SMI et pourra donc aider à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.

Financement des activités de planification familiale en utilisant les ressources nationales au niveau du district au Malawi

Christine Ortiz, The Palladium Group - Health Policy Plus

Contexte : Le plan de mise en œuvre chiffré du Malawi pour la planification familiale (CIP) oriente les programmes de planification familiale (PF) au Malawi et cherche à accroître le financement national de la PF aux niveaux national et du district. Au Malawi, la décentralisation donne aux conseils de district, le mandat d'élaborer des budgets qui reflètent les priorités locales, notamment de déterminer quelles activités de PF sont mises en œuvre chaque année. Les conseils sont essentiels pour affecter des ressources aux activités de PF et réduire la dépendance des partenaires et des donateurs. Ce résumé décrit les processus, les impacts et les enseignements tirés d'une intervention de plaidoyer menée par le projet HP + , financé par USAID, en collaboration avec la Direction de la santé de la reproduction du ministère de la Santé, visant à intégrer le CIP dans les plans d'amélioration de district (DIP) dans quatre districts du Malawi.

Objectifs : Tester les approches de plaidoyer pour augmenter le financement par le gouvernement des activités de PF au niveau du district.

Les méthodes : Les projets RHD et HP + , ont suivi une approche en plusieurs étapes dans le cadre d'ateliers consultatifs nationaux et zonaux pour hiérarchiser les activités de PF à programmer au Malawi. Les projets HP + et RHD se sont ensuite concentrés sur quatre districts sélectionnés, où des ateliers supplémentaires ont fourni des informations sur l'état de la santé sexuelle et reproductive et de la PF dans le district, sur la base d'enquêtes nationales telles que MICS et MDHS; et renforcement des compétences en matière de plaidoyer des équipes de district, composées de membres de l'équipe de gestion de la santé de district, de coordonnateur de la PF, de coordonnateurs des services de santé adaptés aux jeunes et de coordonnateurs DIP. Ils ont donné la priorité aux activités à haut impact pour changer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive dans le district. Le projet HP + , a organisé un atelier de suivi pour évaluer les progrès et fournir une assistance technique. Après avoir terminé les DIP et approuvé les budgets, une réunion d'examen a été organisée pour examiner le processus de plaidoyer.

Résultats : Les coordonnateurs de district de PF étaient de meilleurs promoteurs auprès des décideurs clés sur l'importance de la PF pour la réalisation des objectifs du district. Machinga était le seul district à avoir alloué des fonds de PF dans le budget de son gouvernement, même si le district comptait un nombre raisonnable de partenaires soutenant les activités de PF par rapport aux autres.

Conclusion: Les budgets de santé des districts manquent généralement de ressources et les chefs de district accordent la priorité aux services curatifs qu'aux services de PF (préventifs). Les activités de PF sont laissées à l'appui des donateurs. En réponse, le projet HP + , a élargi son champ de plaidoyer pour cibler les conseils de district, dans l'espoir d'influencer une allocation accrue pour la santé dans le budget global, de manière à couvrir de manière raisonnable tout un éventail de besoins en matière de santé, y compris la PF.

Facteurs affectant l'accès et l'utilisation des soins de santé pour enfants au Nigeria

Rifkatu Nghargbu, Université fédérale Lafia

Le Nigéria a l'un des taux de mortalité des moins de cinq ans les plus élevés au monde, avec 128 naissances vivantes sur 1 000. Bien que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ait diminué, passant de 201 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2003 à 128 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2013, le Nigéria n'a pas pu atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (objectif des OMD consistant à réduire la mortalité des moins de 5 ans à 64 décès pour 1 000) naissances vivantes en 2015. L'objectif de ce document est d'estimer les facteurs qui influencent l'accès et l'utilisation des soins de santé infantile au Nigéria à partir des données de l'EDS de 1990 à 2013. Les résultats des régressions logit multinomiales montrent que la richesse, l'éducation, la région, l'âge des mères L'âge est l'un des principaux facteurs influençant l'accès aux soins de santé infantile et leur utilisation. L'utilisation des soins de santé infantile peut donc être améliorée lorsque les programmes d'éducation et d'autonomisation sont renforcés.

Investir dans la profession Sage-femme au Cameroun: une condition stratégique pour renforcer la couverture de la santé maternelle

*Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Sociologue/Chargé de cours/Université de Yaoundé I
Antoine SOCPA, Anthropologue/Professeur/Université de Yaoundé I*

Contexte : Au Cameroun, les deux décennies (80-90) de récession économique ont été marquées par le recul de l'État qui, jusqu'en 2012, avait suspendu la formation directe à la profession sage-femme (SF), abandonnant ainsi les services de maternité face à une pénurie critique des ressources humaines qualifiées. L'ensemble des services de maternité publics au Cameroun doivent couvrir un besoin qui exige la disponibilité de 5400 sages-femmes (FNUAP 2013 :6). En 2011, le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) était de 4 817 000 ; le nombre de naissances par an était de 701 000. Pourtant, la densité de sages-femmes, d'infirmières accoucheuses et de médecins obstétriciens n'était que de 1.8, ce qui laissait observer une véritable pénurie de soignants (UNFPA, 2011: 60). Le ratio actuel permet d'estimer plus de 39483 femmes pour les services d'une seule sage-femme, 1 sage-femme pour 5 000 naissances vivantes. Cette crise de la disponibilité des ressources humaines SF contraste avec la situation épidémiologique préoccupante de 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2011).

Objectif: La présente communication entend faire une analyse situationnelle des nombreuses crises qui structurent la profession sage-femme et contrastent avec les promesses de lutte contre la mortalité maternelle au Cameroun.

Cadrage méthodologique et théorique : Cette communication constitue un aspect spécifique d'un projet postdoctoral plus vaste portant sur la problématique de l'offre et de l'accès aux soins de santé maternelle au Cameroun. A côté de la revue de littérature, des observations et entretiens compréhensifs ont été menés auprès des acteurs offrant les services Sage-Femme, spécifiquement dans les structures sanitaires rurales. La collecte des données a couvert une quinzaine de structures de santé de niveau périphérique raisonnablement choisies pour des études de cas. L'analyse des données s'inscrit dans une démarche sociologique compréhensive.

Principaux résultats: Comme bien de pays du Sud, le Cameroun est confronté à un déficit quantitatif et qualitatif des Sages-Femmes. Bien que les autorités sanitaires camerounaises soient fortement engagées dans la lutte contre la mortalité maternelle, la profession sage-femme reste encore très peu organisée, connaît une immixtion de nombreux acteurs aux profils et pratiques très diversifiés, contradictoires, ne s'inscrivant pas toujours dans les normes nationales ou internationales.

Principale conclusion: Au Cameroun, il y a une urgence d'investir davantage dans la profession Sage-femme pour espérer renforcer la couverture de la santé maternelle.

Mots clés: *investir, sage-femme, condition stratégique, santé maternelle, Cameroun.*

Autonomisation des femmes, violence conjugale et comportements de recherche de la santé maternelle et infantile

Kwame Ansere Ofori-Mensah, Kwame Nkrumah University of Science and Technology

Dr. Eric Arthur, Kwame Nkrumah University of Science and Technology

La discrimination basée sur le genre a été identifiée comme un obstacle majeur au bien-être économique dans les pays. Ceci est particulièrement pertinent dans les pays en développement où le système n'est pas bien développé pour faire face à de tels défis. Au cours des dernières années, l'autonomisation des femmes et la réduction de la violence sexiste ont dominé les espaces politiques nationaux et internationaux. Plusieurs buts des objectifs de développement durable récemment lancés sont directement ou indirectement liés à l'autonomisation des femmes. La raison de ceci n'est pas excessive. L'autonomisation des femmes a plusieurs retombées sur l'amélioration des conditions sociales, notamment l'éducation et la santé. Dans cette étude, nous cherchons à comprendre l'effet de l'autonomisation des femmes et de la violence conjugale sur les comportements de recherche de la santé maternelle et infantile.

Les données de l'enquête démographique et Santé (EDS) 2008 du Ghana ont été utilisées. La recherche a ciblé les femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont répondu au questionnaire sur la violence conjugale. La taille de l'échantillon était de 2 442 femmes. Pour mesurer l'autonomisation des femmes, nous avons mis au point un indice composite de l'autonomisation des femmes (WEI) à l'aide de l'analyse des correspondances multiples (MCA) comprenant quatre indicateurs : décisions des ménages, éducation des femmes, propriétaire de la terre ou du logement et proportion des revenus. La violence conjugale a été mesurée par une variable fictive prenant la valeur 1 si une femme a déjà subi une forme de violence et 0, dans le cas contraire. Les indicateurs de santé maternelle et infantile utilisés dans cette étude comprennent l'accouchement assisté par le personnel qualifié, l'utilisation de contraceptifs, la vaccination et l'insuffisance pondérale à la naissance. Les modèles ont été estimés à l'aide de la technique logit.

Les résultats montrent une relation positive et statistiquement significative entre la violence conjugale et l'utilisation de contraceptifs. Cela implique que les victimes de violence conjugale étaient plus susceptibles d'utiliser un contraceptif. D'autre part, nous avons constaté que les femmes autonomes étaient moins susceptibles d'utiliser des contraceptifs. Il y avait un lien négatif et statistiquement significatif entre la violence conjugale et l'accouchement par du personnel qualifié. Les victimes de violence conjugale étaient moins susceptibles d'avoir recours aux personnels qualifiés. Nous avons également constaté que les femmes autonomes étaient plus susceptibles d'être assistées par les personnels qualifiés lors de leur accouchement. Il y avait des preuves d'une forte relation négative entre l'autonomisation des femmes et l'insuffisance pondérale à la naissance. C'est-à-dire que les femmes plus autonomes ont moins de chances d'avoir des enfants avec un faible poids à la naissance.

Ces résultats indiquent que l'autonomisation des femmes et la violence conjugale ont des implications importantes pour la santé des femmes et de leurs enfants. Il est préconisé qu'une approche visant à améliorer la santé des femmes et des enfants au Ghana intègre

des programmes visant à promouvoir l'autonomisation des femmes et à réduire la violence sexiste.

Session parallèle 5-3 Comportements et perception en matière de santé

Les adhérents au Régime National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS) sont-ils moins bien servis en médicaments et autres services ? Perceptions et facteurs qui influencent l'accès aux médicaments et à la qualité des services des sous le NHIS au Ghana.

Daniel Kojo Arhinful, ⁽¹⁾; Daniel Nana Yaw Abankwah ⁽²⁾; Irene Akua Agyepong ⁽³⁾;

¹: Institut Mémorial de Noguchi pour la recherche médicale, Université du Ghana, Legon, Accra, Ghana;

²: École de santé publique, Université du Ghana, Legon

³: Division de recherche et développement, service de santé du Ghana et Faculté de santé publique des médecins et chirurgiens du Ghana

Contexte : Le régime national d'assurance-maladie (NHIS) depuis sa création en 2003 est devenu partie intégrante de la stratégie du Ghana en vue de la réalisation de la couverture de la santé universelle (UHC). La hausse des inscriptions et de l'utilisation au fil des ans a cependant été accompagnée par la qualité perçue des questions de soins, dégradant la confiance et les défis de durabilité dans le système.

Objectif: Dans le cadre d'un examen d'informer et d'introduire des réformes pour lui permettre d'atteindre ses objectifs sociaux stratégiques, ce document présente le résultat d'une étude qui a examiné les facteurs qui influencent l'accès aux médicaments et la qualité dans le cadre du NHIS et les perceptions que les clients du NHIS se sont servis de médicaments inférieurs et sous-standard par rapport aux clients non NHIS.

Méthodes: La conception d'étude a employé une approche mixte de méthodes impliquant des techniques de collecte et d'analyse qualitatives et quantitatives de données intersectorielles comprenant des discussions de Groupe de discussion, des entrevues approfondies, des entretiens de sortie et une enquête de prescription dans quatre (4) régions sélectionnées dans les trois zones écologiques du Ghana.

Résultats: Les questions relatives à l'accès aux médicaments, y compris la qualité, sont apparues comme un sujet contesté. Les retards dans le paiement des réclamations pour les services rendus aux membres du NHIS au nom du régime ont été cités comme un facteur majeur qui influe sur l'accès aux médicaments. Des prestataires se plaignaient de faibles coûts de remboursement qui ne tiennent pas compte des conditions économiques et inflationnistes actuelles, de sorte que certains fournisseurs recourent à la prescription de génériques moins connus de sociétés pharmaceutiques moins connues. D'autre part, les membres assurés ont envisagé d'être munis des ordonnances pour les acheter à l'extérieur et le recours à des génériques moins chers ou des marques inconnues de marque que les clients non assurés reçoivent des médicaments de meilleure qualité. Toutefois, lorsque cette notion a été validée en utilisant l'analyse des indicateurs d'utilisation rationnelle de l'OMS, les résultats ont montré que d'une perspective médicalement rationnelle, les assurés reçoivent des soins plus appropriés.

Discussion: Les notions laïques et populaires sur les médicaments ont tendance à percevoir et à interpréter le traitement approprié dans les paramètres comme celui du NHIS au Ghana différemment. Les membres assurés au Ghana NHIS reçoivent des soins plus appropriés que les non assurés parce que le régime est devenu un important exécutant de la prescription rationnelle par l'audit des réclamations.

Conclusion: Un facteur interdépendant systémique influence l'accès et l'utilisation des médicaments de qualité dans le NHIS au Ghana. Il doit être analysé pour améliorer l'adhésion, la rétention et la confiance dans le système.

Obstacles perçus et facilitateurs de l'adhésion au traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH dans la région de l'extrême-Est

Gifty Apiung Aninanya¹, Michael Wombeogo¹

¹University for Development Studies, School of Allied Health Sciences, P. O. Box 1350, Tamale, Ghana

Le traitement antirétroviral (ARV) inhibe la réplication du VIH et ralentit la progression vers le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Des niveaux élevés d'adhésion au traitement antirétroviral sont nécessaires pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVVIH). Cependant, il existe peu de preuves sur les obstacles et les facteurs favorisant à l'adhésion au traitement antirétroviral au Ghana. Cette étude qualitative a examiné les obstacles et les facteurs favorisant à l'adhésion au traitement antirétroviral chez les PVVIH dans la région de l'extrême-Est.

En utilisant une approche phénoménologique descriptive pour une enquête qualitative, nous avons mené cinq focus groupe (n = 31) et dix (10) entretiens approfondis avec des personnes vivant avec le VIH. En outre, douze entretiens approfondis ont été menés avec le personnel de santé. La technique d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour sélectionner les participants à l'étude. L'approche phénoménologique descriptive de Colaizzi a été adoptée et utilisée pour coder les données à l'aide du logiciel Nvivo 11 avant l'analyse de contenu thématique.

L'absence de soutien nutritionnel, les effets indésirables du traitement antirétroviral, les voyages occasionnels, le manque de soutien social, l'absence d'assurance maladie, l'accès aux moyens de transport, les problèmes économiques, le manque de confidentialité, les attitudes négatives de certains personnels de santé, les files d'attente antirétroviral, non-divulgation du statut VIH, stigmatisation et discrimination. L'adhésion au traitement antirétroviral était perçue comme un conseil et une éducation appropriés, un soutien nutritionnel, une amélioration de l'état de santé grâce au traitement antirétroviral, l'utilisation d'aides de rappel, des politiques de réduction de la stigmatisation et de la grossesse.

Plusieurs facteurs ont eu un effet négatif sur l'adhésion des PVVIH au traitement antirétroviral.

Néanmoins, il est recommandé que des techniques de conseil efficaces et appropriées, la fourniture de compléments alimentaires, des politiques de réduction de la stigmatisation et des programmes de formation réguliers du personnel de santé sur la gestion des cas d'infection par le VIH contribuent à améliorer l'adhésion au traitement antirétroviral par les PVVIH. Si toutes ces mesures sont appliquées, le Ghana atteindra son objectif de zéro décès lié au sida d'ici 2030.

Sensibilisation à l'Enquête sur les maladies virales de Lassa.

Contexte: La fièvre de Lassa est une cause de fièvre hémorragique virale provoquée par le virus de Lassa. En 2018, le Nigéria a assisté à une flambée épidémique de fièvre de Lassa. Par conséquent, EpiAFRIC en partenariat avec les sondages NOI a mené une autre enquête pour évaluer la sensibilisation des Nigériens aux modes de transmission, aux symptômes et à la prévention de la fièvre de Lassa. Le même questionnaire a été utilisé à la fois pour les enquêtes 2016 et 2018.

Buts et Objectifs: L'objectif était de comparer les résultats des deux sondages afin de déterminer comment la prise de conscience de la fièvre de Lassa par les Nigériens a changé entre 2016 et 2018.

Méthodes: L'enquête a impliqué des entretiens téléphoniques sur échantillon aléatoire au niveau national. Mille individus ont été interviewés parmi des Nigériens qui possédaient des téléphones, âgés de 18 ans et plus, représentant les six zones géopolitiques du pays.

Résultats: La sensibilisation à la maladie du virus de la fièvre de Lassa a légèrement chuté, passant de 81% en 2016 à 80% en 2018. Parmi les zones géopolitiques, la zone Nord-centrale représentait le pourcentage le plus élevé de répondants (88%) qui sont conscients de l'éclosion de la maladie comparativement à 89% dans la zone du nord-est en 2016. La Radio (40%) était la principale source d'information et la télévision était la deuxième (39%). En comparaison, les résultats de l'enquête 2016 ont indiqué que la « télévision » (46%) venait en tête. Il y a une augmentation de 8% des résidents qui croient que le maintien de leur environnement propre empêcherait d'être infecté par le virus de la fièvre de Lassa. À 35%, il n'y a pas eu de changement chez les répondants qui ont dit qu'ils veilleront à ce que tous les aliments soient couverts et convenablement entreposés. À 14% (baisse de 10%) les répondants ont dit qu'ils empêcheraient la maladie en se débarrassant des rats dans leur environnement. 66% des répondants ont déclaré que la « fièvre » est l'un des symptômes de la maladie. Cela montre une augmentation de 3% par rapport au résultat 2016 qui était de 63%. Il n'y a pas de changement dans le pourcentage de répondants qui sont disposés à demander de l'aide médicale (92%).

Principales conclusions: Les résultats des sondages de 2016 et 2018 indiquent que la sensibilisation à la fièvre de Lassa, aux modes de transmission et aux mesures à prendre pour prévenir la maladie sont élevées. Malheureusement, cela ne semble pas se traduire par un changement comportemental. Les aliments sont encore séchés à l'air libre et les gens montrent encore certaines réticences à abandonner ces attitudes. Les agents de santé doivent respecter les normes les plus strictes en matière de prévention des infections et de protocoles de contrôle pour traiter les patients suspects. Ils doivent adopter le test et la pratique du traitement en particulier pour le paludisme.

Explorer les risques et les avantages perçus de la consommation d'héroïne par les jeunes (18-24 ans) et les prestataires de services à Maurice: une étude qualitative

David White, Quatre-Bornes Collectif Urgence Toxida

Introduction: Malgré une tradition de politiques de réduction des méfaits reposant sur des données et des enquêtes de routine, les outils existants ne capturent pas les points de vue des jeunes utilisateurs sur les risques auxquels ils font face lorsqu'ils utilisent des services d'héroïne et de réduction des méfaits. La façon dont les clients perçoivent, évaluent et

prennent en charge de tels risques peut avoir une incidence sur la consommation de drogues en particulier et sur l'efficacité des stratégies actuelles de réduction des méfaits.

Du point de vue économique traditionnel, le comportement des individus est aggravé par les décisions résultant de la pondération minutieuse des coûts et des avantages. Idéalement, ce processus individuel est influencé par les préférences existantes, ce qui conduit à des décisions optimales qui sont façonnées par un choix rationnel. Cependant, cette approche a du mal à expliquer l'usage de drogues illicites, considéré comme un «comportement à risque» ou «irrationnel» d'un point de vue économique traditionnel. L'approche qualitative inductive utilisée dans cette étude aborde certaines faiblesses des applications traditionnelles de la théorie économique face à la consommation d'héroïne et évalue la manière dont les individus déterminent leur décision en termes de pertes et de gains perçus.

Les methods: L'échantillon de cette étude est composé de 22 personnes âgées de 18 à 24 ans consommant ou ayant consommé récemment de l'héroïne et de 5 prestataires de services. Les méthodes de collecte de données comprennent une revue systématique de la littérature et des entretiens approfondis. Le cadre de codage a été révisé à mesure que les thèmes ont émergé et les participants ont été recrutés en conséquence. Une analyse croisée des cas a été utilisée jusqu'à saturation des thèmes.

Résultats: L'analyse a progressivement révélé comment les participants évaluent le risque tout en gérant leur consommation de drogue au fil du temps. La polychimiothérapie est apparue comme un mécanisme d'adaptation récurrent résultant de la dynamique changeante du marché de l'héroïne. Plusieurs variations ont été observées au cours de l'initiation à l'usage à long terme de drogues injectables, mettant en évidence la nature changeante des risques et des avantages perçus très tôt par les jeunes consommateurs. L'étude a également mis en évidence d'importantes lacunes d'informations parmi les utilisateurs, ce qui a favorisé l'existence de relations de pouvoir caractérisées par une asymétrie de l'information.

Recommandations: La nature changeante des risques encourus par les jeunes consommateurs d'héroïne implique la nécessité de développer des stratégies de ressources humaines de deuxième génération spécifiques à Maurice, qui stratifient et réduisent les risques encourus par les individus (y compris les femmes enceintes), les couples et les communautés. Une recherche qualitative qui explore également la rationalité et l'incertitude contextuelles peut ainsi compléter les études programmatiques avec des informations approfondies sur le comportement et l'économie, à condition qu'elles soient axées sur le client.

Red Zone Paramedics: un film sur les expériences quotidiennes d'une équipe d'ambulances au Cap: utiliser un film pour développer des solutions ascendantes pour lutter contre la violence.

Leanne Brady, Université du Cap

VEUILLEZ NOTER: Ceci est une soumission multimédia (court métrage documentaire: <https://vimeo.com/285241755>)

Contexte: Les systèmes de santé sont profondément enracinés dans des contextes historiques et sociopolitiques. En 1994, le gouvernement sud-africain a hérité d'un système de santé profondément inéquitable et les politiques d'apartheid ont créé de grandes disparités entre les groupes raciaux en termes de statut socio-économique, d'occupation, d'éducation, de logement et de santé. Ces schémas d'inégalité sont toujours présents

aujourd'hui et des niveaux de violence exceptionnellement élevés persistent dans des zones géographiques qui reflètent les schémas spatiaux de l'apartheid. Bien que les résultats pour des questions clés (telles que la santé maternelle et infantile) s'améliorent dans l'ensemble de l'Afrique du Sud, la violence reste endémique et, dans le Cap occidental en particulier, les taux de violence augmentent. Cela représente un défi de taille pour la prestation des soins de santé primaires pour tous, et les services médicaux d'urgence dans ce contexte présentent des défis spécifiques. Avec un nombre croissant d'attaques contre les équipes d'ambulances depuis 2012, la sécurité des ambulanciers paramédicaux est devenue une priorité nationale.

Approche méthodologique (recherche-action en HPSR): La violence est liée aux objectifs de développement durable 3 (bonne santé) et 10 (réduction des inégalités) et, compte tenu de sa nature complexe, nécessite de nouvelles méthodes de recherche pour soutenir les interventions communautaires requises pour y faire face. Dans le WCDOH, le film fait partie du processus. Historiquement, le traitement de la violence était considéré comme une responsabilité du système de justice pénale. Toutefois, le ministère de la Santé de Western Cape (WCDOH) met actuellement en œuvre une série d'interventions intersectorielles fondées sur des données factuelles, qui adoptent une approche de santé publique face à la violence et cherchent à s'attaquer aux facteurs sociaux complexes (au niveau de la société, de la communauté, famille et individu) qui interagissent pour produire la violence.

«Red Zone Paramedics» est un film sur une équipe d'ambulances travaillant la nuit, le soir du Nouvel An à Mitchells Plain, une région particulièrement violente du Cap. Le film suit l'équipe en réponse aux urgences. Avec de longs plans granulaires parcourant les rues obscures tout en naviguant dans les complexités viscérales des soins de santé: Voici un film sur les expériences quotidiennes de la vie sur la route.

Importance des sous-thèmes: les initiatives de gouvernance participative et dirigées par la communauté constituent un élément clé de cette stratégie. Les ambulanciers paramédicaux sont les agents de santé communautaires (ASC) des soins d'urgence. Ils fournissent des soins de santé aux personnes à domicile, au moment où elles en ont le plus besoin. L'amélioration de la sécurité des quartiers nécessite de nouveaux modèles d'engagement communautaire pour développer des cadres de gouvernance partagés et de responsabilité ascendante, afin d'atteindre l'objectif de fournir des soins de santé d'urgence pour tous.

But / Objectif: WCDOH utilise le film pour faciliter les conversations publiques avec des groupes intersectoriels communautaires sur les problèmes de violence et pour coproduire des stratégies appropriées.

(NOTE: le film dure 16 minutes)

Obstacles réels à l'accès aux services bénévoles de santé pour les femmes parmi les minorités ethniques népalaises: Une étude qualitative

Sarita Panday, Paul Bissell**, Edwin van Teijlingen****

**Stanford University*

***School of Human and Health Sciences, Huddersfield University*

****Faculty of Health & Social Sciences, Bournemouth University*

Contexte: Les disparités dans l'utilisation des services de santé par les groupes de minorités ethniques ont été bien documentées au Népal, mais on en sait beaucoup moins sur les facteurs qui contribuent à ces disparités. Le gouvernement népalais a tenté, entre autres, de remédier à ces disparités en mobilisant des agents de santé communautaires, connus sous le nom de Femmes volontaires en santé communautaire (FVSC). Les FVSC fournissent des

services de base de soins de santé maternelle et infantile au Népal et dans d'autres pays pauvres en ressources. Pourtant, les femmes appartenant à des groupes de minorités ethniques continuent de sous-utiliser ces services. Cette étude se propose d'explorer les obstacles perçus à l'accès aux services de santé maternelle et infantile parmi les groupes de minorités ethniques.

Méthodes: Les villages ont été sélectionnés dans deux zones géographiques différentes (les régions de collines et de terrain des terres plates limitrophes au sud de l'Inde) avec différents degrés d'accès aux centres de soins de santé locaux. Les données ont été collectées entre Avril 2014 et septembre 2014 à l'aide de méthodes qualitatives. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec vingt FVSC, 26 utilisatrices de services et 11 agents de santé rémunérés. En outre, 19 FVSC ont participé à quatre focus de groupe. Les données ont été analysées par thème.

Résultats: Les Utilisateurs de services appartenant à des minorités ethniques, Dalits, Madhesi, Musulmans, Chepang et Tamang, ont sous-utilisé les services du FVSC, y compris les services biomédicaux. Les quatre principaux obstacles à l'accès des communautés de minorités ethniques aux services de soins de santé maternels et infantiles ont été mis en exergue: a) un manque de sensibilisation aux services de soins de santé; b) les croyances traditionnelles et les pratiques de soins de santé; c) faible pouvoir de décision des femmes; et d) les indignités perçues lors de l'utilisation des centres de santé.

Conclusions: Nous concluons que les programmes de santé communautaires devraient viser à sensibiliser davantage les groupes ethniques minoritaires à l'importance des services de santé et qu'ils devraient associer des membres de la famille et des tradipraticiens. Les FVSC et les prestataires de soins de santé locaux ont besoin d'une formation et d'un soutien pédagogique leur permettant de développer des compétences de communication efficaces leur permettant de dispenser des soins spécifiques et respectueux du contexte à ces groupes, si nous voulons atteindre la couverture maladie universelle pour la santé maternelle et infantile.

Point de vue des hommes sur l'utilisation des services de santé : Facteur déterminant dans la réalisation d'une santé durable des ménages.

Agbo, H.A.^{1,2} [MBBS, FWACP, MSC, MPH],

1Université d'Enseignement Hospitalier de Jos 2Université de Jos Département de médecine communautaire, ²Université de Jos

Introduction: La santé des citoyens a été promue par différents gouvernements grâce à diverses méthodes au Nigéria, mais les résultats escomptés sont encore illusoire. De nombreuses raisons peuvent être évoquées telles que le manque de ressources, l'analphabétisme, les mauvais comportements de santé qui peuvent être influencés par le manque de participation masculine à la recherche de la santé des ménages. L'incidence masculine dans la prise de décision des ménages est une composante essentielle lorsque les résultats de santé sont évoqués, en particulier en Afrique où les pratiques culturelles/traditionnelles qui confèrent un pouvoir illimité aux hommes sont encore bien ancrées.

Des études ont approfondi cette prépondérance masculine à promouvoir dans l'adoption de la planification familiale, les services d'accouchement, la prise de décision rapide en matière de santé, etc. Plus récemment, la nécessité croissante d'encourager la participation masculine à la santé des ménages a été promue. Une étude pilote sur les mauvais

comportements observés en matière de santé des mères dans une communauté semi-urbaine densément peuplée de l'État du Plateau de Jos a suscité cette étude.

Buts et objectifs: L'étude a évalué la volonté masculine d'encourager l'utilisation des services de santé par les ménages, leur connaissance des avantages de l'utilisation des services de santé et les défis à relever.

Méthodes: L'étude a été menée à Nassarawa Ward, Jos, État du Plateau. Ayant eu la permission du chef d'un groupe religieux (imam d'une mosquée) où pratiquement tous les chefs de ménage masculins assistent à leurs prières du matin obligatoires, un questionnaire semi-structuré a été administré par deux assistants formés durant trois jours, à tous les chefs de ménage masculins adultes qui ont consenti à y répondre.

Résultats : 166 chefs de ménage mariés ont participé, 23 (13,9%) n'avaient pas d'éducation formelle, 95 (57,3%) pratiquaient la polygamie, 52 (31,3%) avaient plus de 10 membres dans leur ménage. 97 (58,4%) ont indiqué qu'ils étaient disposés à encourager les membres du ménage à utiliser les services de santé, 102 (61,4%) avaient une bonne connaissance des prestations, 36 (21,7%) étaient sceptiques quant à leur coût élevé, 72 (43,4%) ont indiqué les longues heures d'attente, 16 (9,6%) ont rapporté que les femmes se sentaient abusées par des visites hospitalières à d'autres fins.

Conclusion: L'inaccessibilité des services et les longues heures d'attente étaient quelques-uns des obstacles identifiés. Dans un contexte de fécondité aussi élevée, l'assurance-maladie communautaire allégera les dépenses de santé pour promouvoir l'utilisation des services sanitaires.

Satisfaction des patients et qualité clinique des soins de santé primaires publics en Afrique du Sud

Dumisani Hompashe, Prof Ronelle Burger, Prof Ulf Gerdtham, Dr Anja Smith, Carmen Christian Stellenbosch University

Contexte : Les enquêtes sur la satisfaction des patients sont devenues une source d'information précieuse pour la mise au point de remèdes efficaces permettant d'améliorer les soins de santé. Il existe des preuves de corrélation entre des patients très satisfaits et la continuité des soins, les patients satisfaits ayant tendance à mieux se conformer au traitement. Cependant, il est à craindre que les cotes de satisfaction des patients soient influencées par leurs préférences et leurs attentes personnelles. Une autre lacune des enquêtes de satisfaction des patients est l'existence d'un biais positif, les patients ayant tendance à réagir trop positivement en raison de biais de désirabilité sociale. Pourtant, ces enquêtes constituent un moyen peu coûteux pour les décideurs d'obtenir des signaux de performance du système de santé.

Pour mesurer la qualité des soins de santé, les études se concentrent de plus en plus sur la nature de la rencontre clinique entre l'agent de santé et le patient. Un moyen d'obtenir des informations plus objectives sur la rencontre consiste à effectuer des visites standardisées de patients.

Objectif : Le but de cette étude était d'explorer les avantages et les limites des mesures de la satisfaction des patients au niveau des soins de santé primaires en analysant la relation entre la satisfaction signalée des patients et les mesures de la qualité clinique.

Méthode : Nous avons effectué des visites SP et des entretiens à la sortie des patients dans des établissements de soins de santé primaires de deux provinces d'Afrique du Sud, dans trois domaines de santé: la tuberculose, l'hypertension et la contraception. L'étude a

recueilli des données sur la qualité clinique de 464 consultations de SP en soins de santé primaires et de 1064 entrevues de départ des patients. Cela nous a permis de comparer les cotes de satisfaction des prestataires de services à la qualité clinique de leurs rencontres.

Nous avons également comparé la satisfaction de patients réels recueillie lors d'entretiens à la sortie avec des mesures cliniques auto-déclarées plus objectives à partir de leurs visites.

Principaux résultats : Le taux de satisfaction des patients standardisés correspond aux mesures de la qualité clinique dans les établissements. La satisfaction des patients à la suite des entretiens de sortie a montré des biais de désirabilité sociale, en particulier dans les zones où le statut socio-économique était bas. Bien que l'échantillon ne soit pas représentatif au niveau national, il peut être considéré comme une indication des expériences des patients des régions métropolitaines (probablement une limite supérieure de ces expériences par rapport aux zones rurales), tout en indiquant également les limites des mesures de satisfaction des patients. .

Conclusion : Les résultats de l'étude s'ajoutent à la littérature existante sur la satisfaction des patients en tant que mesure de la qualité et fournissent des suggestions pour des recherches futures.

Mots clés : Mesure de satisfaction des patients, mesures de la qualité clinique, approche patient normalisée, Afrique du Sud

La sensibilisation en tant qu'outil de prévention des maladies chroniques et de création d'une demande pour leurs soins en Ouganda: rapport coût-efficacité et perception de la communauté

Kenneth R. Katumba¹, Dominic Bukenya¹, Arthur Namara¹, Giulia Greco^{1,2,3}, Janet Seeley^{1,2} Patrick Tenywa¹

¹ Medical Research Council/Uganda Virus Research Institute and London School of Hygiene & Tropical Medicine (MRC/UVRI and LSHTM) Research Unit, Entebbe Uganda

² London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom

³ School of Economics, Makerere University Kampala, Uganda

Contexte: La gestion des maladies chroniques (MC) est toujours négligée dans les pays à faible revenu. En Ouganda, bien que très répandu, les MC sont caractérisées par une faible connaissance du public en termes de prévention, de dépistage et une faible allocation des ressources. Notre objectif est de démontrer que la proximité avec la communauté constitue un outil important et rentable pour sensibiliser le grand public le diabète (DB) et l'hypertension (HT).

Méthodes: Notre étude est une étude à méthodes mixtes intégrée au projet de Renforcement du système de santé pour les maladies chroniques (RSS-MC) et un programme de recherche de quatre ans en collaboration avec l'unité de recherche MRC / UVRI et LSHTM en Ouganda, l'Unité des essais d'intervention de Mwanza, l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres et les ministères de la santé de l'Ouganda et de la Tanzanie.

Pour susciter les perceptions de la communauté, des entretiens approfondis et des focus groupe répartis uniformément dans les groupes d'intervention et de contrôle ont été réalisés entre les sexes, avec des participants choisis à dessein. Les participants aux entretiens approfondis ont été sélectionnés dans un rayon de 1 à 2 km autour des établissements de santé échantillonnés, tandis que les participants aux discussions de groupe ont été sélectionnés dans un rayon de 1 km.

Pour estimer le rapport coût-efficacité, tous les établissements de santé randomisés dans le cadre du projet RSS-MC ont été inclus. Nous avons utilisé la méthode des ingrédients pour estimer le coût économique différentiel de la fourniture de services de proximité à la DB / HT pendant un an, les coûts étant recouverts à partir des comptes du projet et d'entretiens avec le personnel des établissements de santé. Nous avons estimé les résultats comme le nombre total de personnes dépistées positives enregistrées par les établissements de santé.

Résultats: La majorité des participants des entretiens approfondis et des discussions de groupe d'intervention ont signalé davantage de signes et symptômes de HT / DM que ceux du groupe de contrôle. Presque tous les participants à l'intervention et aux groupes de contrôle ont signalé plusieurs moyens importants de créer une prise de conscience, non spécifique à la DB / HT. Ils ont expliqué que la sensibilisation au diabète et à l'hypertension pourrait être créée par le biais d'une éducation à la santé dans les établissements.

En moyenne, les HCII et les HCIII du groupe d'intervention ont effectué respectivement 19 et 21 visites de sensibilisation au cours de l'année. 74% du coût total de diffusion sont destinés aux coûts salariaux, 21% pour le transport et 5% représentant des coûts d'investissement. Le coût unitaire moyen par visite de sensibilisation est respectivement de 13 USD et 16 USD pour les HCII et les HCIII. Le coût annuel moyen par patient dépisté est respectivement de 1,3 USD et 1,1 USD pour les HCII et les HCIII. Le tarif ICER pour la fourniture de services de proximité à la communauté par rapport à une situation dans laquelle les services de proximité n'étaient pas fournis s'élève à 1 USD.

Conclusion: Nous avons démontré que les perspectives peuvent constituer un moyen important et rentable de sensibiliser le public face aux maladies chroniques et d'accroître l'utilisation de ces services par la population.

Des voix issues de “the Middle belt of Ghana” à la CSU pour tous: Participation et perception des personnes âgées au programme d'assurance maladie sociale en utilisant une approche de méthode mixte.

Doris Ottie-Boakye Sarpong, Regional Institute for Population Studies, University of Ghana-Legon, Accra

But : Explorer l'ampleur de la participation des personnes âgées, leur niveau de perception et les raisons du régime national d'assurance maladie du Ghana dans la région d'Ashanti.

Objectifs : L'assurance maladie sociale est une extension de la protection sociale explicitement reconnue dans l'Agenda 2030, bien qu'elle fût absente des OMD. Dans de nombreux pays en développement, le financement des soins de santé est de plus en plus axé sur la réalisation des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3. Bien que de nombreux pays en développement connaissent une population de plus en plus vieillissante, il existe beaucoup moins de preuves de la participation et de la perception des personnes âgées liées aux programmes d'assurance maladie. Le Ghana a mis en place le Régime national d'assurance maladie en faveur des pauvres il y a près de dix ans et demi pour promouvoir l'accès financier aux soins de santé de ses citoyens. Le programme d'assurance sociale comprend une police exonérée pour les personnes vulnérables, y compris les personnes âgées et les indigents. Le présent document donne donc un aperçu de l'ampleur de la participation des personnes âgées et des perceptions liées au NHIS dans la municipalité de Mampong de la région Ashanti au Ghana.

Les méthodes : Une méthode mixte par triangulation constituant une enquête transversale auprès des ménages de 400 personnes âgées (60 ans et plus) et huit focus groupe ont été menées en 2017. Les techniques statistiques utilisées sont la description, l'analyse factorielle

exploratoire et l'analyse thématique. Les logiciels Stata et Atlas-ti sont les outils utilisés pour l'analyse de données.

Principaux résultats : L'âge moyen est de 73,7 ans. Plus de la moitié sont respectivement des femmes et des ruraux. Un tiers n'avait aucune éducation formelle. Les deux tiers étaient engagés dans l'agriculture. Un cinquième n'avait aucune forme de prestation de soins. Un tiers aurait des maladies non transmissibles. Alors que 60% étaient inscrits au NHIS, environ 30% étaient d'anciens membres du régime et 8% n'avaient jamais été enregistrés. Cinquante-neuf pour cent ont obtenu le statut d'assurance exonéré selon l'âge, d'indigent ou de bénéficiaire du programme Autonomisation des moyens de subsistance contre la pauvreté. Avec un coefficient alpha de 0,90 de Cronbach et un indice de perception générateur de test de sphéricité de Bartlett significatif, 58,5% et 32,0% ont une perception modérée et mauvaise de la NHIS. La nature insatisfaisante du service, les difficultés technologiques dues à la mauvaise connectivité Internet, les extorsions, la promotion de l'accessibilité et de l'utilisation des soins de santé, mais des réserves sur des services de santé spécifiques offerts au moment de l'utilisation des soins de santé ont été invoquées.

Conclusion : Il est essentiel de relever les défis identifiés et d'intégrer les points de vue des personnes âgées dans le NHIS pour promouvoir la participation, réduire les paiements catastrophiques pour la santé et assurer la prestation de services satisfaisants de la part des prestataires pour garantir la CSU pour tous, en particulier pour les personnes âgées.

Session parallèle 5-4 Evaluation de la technologie sanitaire

Capacité d'évaluation des technologies de santé des pays de l'Afrique subsaharienne : enquête auprès des parties prenantes

Dr Samantha Hollingworth, School of Pharmacy, University of Queensland, Australia

Hollingworth S, Gad M, Winch A, Fraser J, Ruiz F & Chalkidou K: iDSI, Imperial College London

Contexte L'évaluation des technologies de la santé (ETS) est un outil efficace pour soutenir l'établissement des priorités (EP) de la santé, à de multiples stades de décisions. Les intervenants ont besoin de comprendre l'ETS adaptée à leur rôle, interpréter et critiquer les données probantes produites. L'Initiative internationale d'aide à la décision (iDSI) opère en Afrique subsaharienne (ASS) depuis 2013 pour développer les capacités locales et aider les pays à mettre en œuvre de solides processus d'ETS.

Objectif Évaluer les priorités actuelles du système de santé et les domaines d'action de la demande d'ETS, et identifier les lacunes dans les données et les compétences pour mieux cibler le renforcement des capacités en ASS.

Méthodes Nous avons révisé une enquête transversale de l'iDSI et l'avons arbitrée auprès de 357 bénéficiaires par l'intermédiaire des réseaux présents en Afrique subsaharienne (par ex iDSI, AfHEA,). Nous avons ciblé les décideurs et les acteurs qui publient les décisions politiques aux niveaux national et infranational, ainsi que ceux qui s'intéressent à la façon dont l'ETS pourrait améliorer l'établissement des priorités de santé, y compris les fournisseurs potentiels de données pertinentes pour l'ETS. Nous avons analysé les réponses et étudié les thèmes clés.

Principaux résultats Nous avons enregistré 51 répondants (taux de réponse de 14%) qui travaillent principalement dans des universités et des ministères de la santé dans 14 pays. L'ETS était considérée comme un outil important et précieux pour les EP et qui occupait une place prépondérante dans la conception des régimes d'avantages sociaux pour la santé (RAP), l'élaboration de lignes directrices cliniques et l'amélioration des services. Les médicaments étaient la technologie la plus souvent désignée comme étant un domaine délicat pour l'ETS (suivie des vaccins et des programmes de santé publique), surtout en raison de leurs coûts élevés et de leur capacité de s'assailir au poids des maladies graves. Le recours à l'ETS pour remédier aux problèmes de sécurité (p. ex. mauvaise qualité des médicaments) et d'optimisation des ressources a été jugé particulièrement important, peut-être en raison de problèmes liés à la qualité et à l'efficacité des services en ASS. La disponibilité et l'accessibilité des données locales appropriées à l'appui de l'ETS variaient considérablement, mais dans de nombreux cas, elles étaient considérées comme insuffisantes et limitées. Les répondants ont souligné un robuste besoin de soutien en matière de formation sur la méthodologie de recherche et la collecte de données pour l'ETS. Les principales limites étaient un faible taux de réponse (la plupart des réponses proviennent du Ghana et du Nigeria) et le fait que les répondants étaient auto-sélectionnés.

Conclusions L'enquête initiale menée dans la région de l'Afrique subsaharienne a permis de mieux faire connaître l'ETS en tant qu'outil d'établissement des priorités et d'identification des principales lacunes en matière de données et de capacités. L'iDSI peut maintenant élaborer une enquête plus personnalisée et plus large autour des thèmes clés identifiés dans cette enquête initiale afin d'adapter les stratégies d'engagement et de cibler le renforcement des capacités.

L'impact des cliniques mobiles sur l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité: le cas des services mobiles de fourgonnettes mobiles au Ghana

Samuel Kaba Akoriyea, Accra Ghana Health Service

Le Gouvernement ghanéen a adopté l'utilisation de cliniques mobiles pour permettre la transformation de ses systèmes de santé dans le but d'améliorer l'accès et de promouvoir l'équité en vue d'atteindre la couverture maladie universelle et les soins de santé primaires. L'utilisation du service mobile de proximité à travers les camionnettes (MVOS) assure la prestation de services ad hoc, la prestation fiable de services de soins spécialisés et courants mais ciblés pour lutter contre des épidémies telles que le choléra, fournir des examens de santé de routine ..., aux populations rurales, éloignées, des bidonvilles urbains, des migrants économiques et autres populations ayant un accès limité aux soins et services. Cette évaluation examine l'impact de MVOS par le Service de santé du Ghana pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services au Ghana.

Cette analyse d'impact est une évaluation des données et services courants fournis dans le cadre du service de santé clinique mobile dans 5 régions au Ghana, de 2015 à 2017. L'évaluation a pris en compte les dossiers des patients, l'ambulance, les activités de sensibilisation et les demandes des établissements et du public, dans l'optique d'améliorations.

L'évaluation préliminaire des données courantes de la division des soins institutionnels des services de santé du Ghana sur l'impact des cliniques mobiles qui utilisent les camionnettes montre son importance pour atteindre la population ciblée confrontée à des obstacles géographiques, financiers, structurels et culturels aux soins de santé. Depuis 2013, les huit

cliniques mobiles ont été utilisées pour fournir des services spécialisés tels que le nez, la gorge et les oreilles (EGO), la médecine oculaire, dentaire et générale ainsi que 10 camionnettes de maintenance biomédicale utilisées pour soutenir plusieurs cliniques rurales.

Depuis 2015, les cliniques mobiles ont pris en charge 42 514 patients dans cinq régions en leur fournissant des soins dentaires, ophtalmologiques, oto-rhino-laryngologiques, de dépistage et des traitements médicaux généraux. L'équipe offre également des services de promotion de la santé et de prévention en partenariat avec le régime national d'assurance maladie pour l'enregistrement et le renouvellement de ses membres. Dans l'ensemble, les services de cliniques mobiles ont amélioré l'accès aux soins de santé pour les populations difficiles à atteindre et ont créé une réponse rapide aux épidémies et aux urgences, ainsi qu'un soutien aux cliniques rurales et aux réunions de grands groupes ou aux populations oubliées telles que les écoles, les prisons, les rassemblements politiques, les matches de football, les jours de marché et les conventions religieuses.

Cependant, les défis sont le nombre limité de camionnettes disponibles pour répondre à la demande de services de proximité, leurs entretien et stockage. Cette étude conclut en recommandant la possibilité d'améliorer l'utilisation des cliniques mobiles comme alternative au renforcement de l'accès aux services généraux et spécialisés au Ghana. Il a permis de répondre aux besoins des populations qu'il faudrait normalement atteindre en utilisant des installations fixes. D'où la nécessité d'améliorer l'utilisation des services de proximité à travers les camionnettes mobiles en disposant d'une équipe dévouée d'agents de santé, de ressources et de financement pour améliorer leurs services afin d'atteindre les objectifs du CHU et des SSP pour un système de santé durable.

Renforcement des systèmes d'évaluation des technologies de la santé (ETS) pour une couverture sanitaire universelle en Afrique : Comment l'ETS peut-elle améliorer l'équité, l'accès et la qualité des services de santé ?

Kim MacQuilkan, Independent Public Health Consultant

Lumbwe Chola, Health Economist, Palo Health Consulting, Johannesburg, South Africa

Tommy Wilkinson, Health Economist, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa

Contexte Garantir à tous une santé accessible et de bonne qualité, tout en assurant une protection financière, en particulier aux personnes les plus vulnérables de la société, exige des systèmes fiables. Des décisions difficiles et des compromis sont inévitables dans des contextes où les ressources sont limitées, mais très important de les rendre accessible dans le cadre d'une bonne gouvernance qui encourage la responsabilité, la normalisation et la transparence. Parmi les décisions les plus difficiles à prendre, on identifie celles des prestations de soins de santé. Bien que le rationnement explicite des services et des droits soit intrinsèquement difficile, l'alternative est ce dernier qui se produit passivement et qui affecte souvent l'accès par exemple. Donc, le rationnement passif peut constituer un obstacle critique à l'objectif de la couverture universelle des soins de santé (CMU) pour laquelle l'accès est un élément essentiel. Un système d'évaluation des technologies de la santé (ETS) peut fournir des outils, des structures et des processus pour aider dans la prise de décision en matière de prestation de services de santé et faciliter les progrès vers le CHU.

Buts et objectifs Cette recherche vise à fournir aux pays africains qui développent ou ont l'intention de développer des systèmes d'ETS en présentant des exposés :

- 1) Un aperçu général de l'ETS et de l'établissement des priorités ;
- 2) Comment les systèmes d'ETS peuvent-ils améliorer les progrès vers les objectifs et buts intermédiaires du CHU ;
- 3) Un aperçu du développement des systèmes d'ETS en Afrique ;
- 4) Les principaux facteurs favorables et contraignants pour renforcer les systèmes d'ETS dans le contexte du CHU.

Méthodologie La revue de littérature des documents publiés et la littérature grise seront utilisées pour satisfaire aux exigences des quatre objectifs cités. En particulier, le modèle de description du financement des soins de santé de l'Organisation mondiale de la santé qui décline les fonctions (financement, mise en commun, achats, avantages), les objectifs intermédiaires (équité dans la distribution des ressources, efficacité, responsabilité/transparence) et les objectifs du CHU (accès, qualité et protection financière)⁶ servira de cadre pour guider l'analyse documentaire afin de réaliser le second objectif.

Conclusion D'autant qu'il est important que nous protégeons et nous efforcions d'insérer la santé en tant que droit de l'homme, le CHU devient une plateforme potentielle pour y parvenir. Des systèmes fiables et intégrés d'ETS pourraient faciliter les progrès vers la réalisation d'objectifs et de buts intermédiaires spécifiques du CHU pour les pays d'Afrique, contribuant ainsi à faciliter la santé pour tous.

Les impacts de l'introduction de la taxe sur les boissons sucrées en Afrique du Sud

*Nicholas Stacey, Ijeoma Edoke Johannesburg, University of the Witwatersrand
Shuwen Ng, University of North Carolina*

Contexte : En réplique à la charge contraignante et croissante de l'obésité et des maladies liées à l'alimentation, à partir d'avril 2018, l'Afrique du Sud en accord avec un certain nombre de pays des PRFM ont introduit une taxe d'accise sur les boissons sucrées (SSBs). Les SSBs sont liées à l'apparition de l'obésité, du diabète et d'autres troubles métaboliques. La principale voie par laquelle les taxes sont supposées encourager une diminution de la consommation de SSBs est l'augmentation de leur prix de détail auxquels les consommateurs sont confrontés et soutenue par ces dernières.

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'estimer l'impact de l'introduction de la taxe sur les prix de détail des boissons rafraîchissantes taxées et non taxées, en Afrique du Sud.

Méthodologie : La présente étude s'appuie sur les données relatives aux prix des boissons non alcoolisées recueillies mensuellement de janvier 2016 à juillet 2018 par l'organisme national de statistique auprès d'un panel de 36 231 points de vente dans les zones urbaines d'Afrique du Sud. Tous les prix sont en rands sud-africains (ZAR) par litre et sont déflatés à 2016 ZAR en utilisant l'indice des prix à la consommation pour tenir compte de l'inflation. Une stratégie de régression pré-post régression qui comprend des effets fixes par province et par période (avec des régressions estimées séparément par catégorie de boissons dont les prix réels représentent le résultat de l'intérêt) est adoptée.

Résultats : Parmi les boissons taxées, nous constatons une augmentation moyenne du prix de 0,97 (0,59 - 1,36) ZAR par litre pour les boissons gazeuses et de 2,70 (0,49 - 4,92) ZAR par litre pour les liquides concentrés. En ce qui concerne les boissons non taxées, il y a aucun

⁶ Kutzin, J. 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Available: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>

changement statistiquement significatif du prix de l'eau embouteillée (-0,66 - 0,24) et des jus de fruits à 100% (-0,22 - 2,12), après l'introduction de la taxe.

Conclusion : La taxe sur les boissons sucrées récemment introduite en l'Afrique du Sud, a entraîné une augmentation des prix des boissons taxées, tandis que d'un point de vue statistique, les "prix des boissons non taxées" n'ont pas connu de changement significatif. Cette augmentation du prix des SSBs par rapport à des options plus saines pourrait inciter à réduire la consommation de boissons sucrées au profit des plus saines.

Renforcement des systèmes d'évaluation des technologies de la santé dans les pays du Sud : Analyse comparative des méthodologies d'ETS en Chine, en Inde et en Afrique du sud.

Kim MacQuilkan¹, Peter Baker², Laura Downey², Francis Ruiz², Kalipso Chalkidou², Shankar Prinja³, Kun Zhao⁴, Thomas Wilkinson⁵, Amanda Glassman⁶, Karen Hofman⁷

1. *Priority Cost Effective Lessons for System Strengthening South Africa (PRICELESS SA), School of Public Health, University of Witwatersrand, Faculty of Health Sciences, Johannesburg, South Africa.*

2. *Global Health and Development Group, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, United Kingdom.*

3. *School of Public Health, Post Graduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Chandigarh, India*

4. *Division of Health Technology Assessment and Policy Evaluation, China National Health Development Research Center (CHNHDR), Ministry of Health, Beijing, China*

5. *School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa*

6. *Center for Global Development, Washington DC, United States of America*

7. *Priority Cost Effective Lessons for System Strengthening South Africa (PRICELESS SA), School of Public Health, University of Witwatersrand, Faculty of Health Sciences, Johannesburg, South Africa.*

Contexte L'allocation des ressources dans le domaine de la santé est un défi universel, mais elle l'est surtout dans les pays du Sud où les ressources sont limitées. La recherche d'une stratégie de prise de décision fondée sur des données probantes et l'utilisation d'outils comme l'évaluation des technologies de la santé (ETS) pourraient aider à résoudre les problèmes liés à la fois à l'accessibilité et à l'équité dans l'affectation des ressources. Trois pays du BRICS et du Sud ainsi que la Chine, l'Inde et l'Afrique du Sud se sont engagés à renforcer leurs capacités d'ETS et à développer leurs systèmes nationaux d'ETS, dans le but d'obtenir des preuves traduites en politiques. En évaluant et en comparant la méthodologie d'ETS de chaque pays, il peut être possible d'identifier des problèmes communs et de partager des idées.

Buts et objectifs Ce document de collaboration vise à partager les connaissances sur le renforcement des systèmes d'ETS dans les pays du Sud afin de promouvoir la prise de décisions fondées sur des données probantes par l'identification des obstacles et des catalyseurs communs dans trois pays BRICS du Sud et l'étude de la possibilité pour renforcer la capacité et l'utilisation de l'ETS dans la collaboration Sud-Sud.

Méthodologie Une analyse comparative descriptive et exploratoire a été menée, comprenant une analyse de cas pour produire un récit de la méthodologie de l'ETS dans chaque pays et une analyse transversale pour explorer à la fois les connaissances qui pourraient être partagées dans les pays du sud afin de combler toute potentielle lacune. Ces trois pays font partie d'un réseau mondial, de l'Initiative internationale d'aide à la décision (iDSI), qui offre une plate-forme pour le partage des connaissances et le renforcement des capacités à l'appui de l'établissement des priorités et de la prise de décisions fondées sur des

données probantes. Des experts de chaque pays ont participé à l'élaboration de ce document afin de fournir des informations plus pragmatiques et appropriées.

Résultats Les analyses ont révélé que la Chine, l'Inde et l'Afrique du Sud partagent de nombreux obstacles au renforcement et au développement de systèmes d'ETS tels que : 1) Expertise minimale en ETS ; 2) Faiblesse des infrastructures des données sur la santé ; 3) Augmentation des coûts des soins de santé ; 4) fragmentation des systèmes de santé ; et 5) croissance importante des maladies non transmissibles. L'engagement des parties prenantes et l'institutionnalisation de l'ETS ont été identifiés comme deux facteurs favorables pour le renforcement des systèmes d'ETS.

Conclusion La Chine, l'Inde et l'Afrique du Sud se sont toutes engagées à mettre en place des systèmes d'ETS fiables afin d'éclairer l'établissement des priorités fondées sur des données probantes et ont connu des défis similaires. L'engagement entre les pays du Sud pourrait fournir une plateforme de soutien pour le partage des connaissances sur le renforcement des systèmes d'ETS qui est plus applicable et pragmatique.

Ce document a été produit dans le cadre de l'IDSI (www.idsihealth.org), une initiative mondiale visant à aider les décideurs à établir les priorités du CHU. Le travail a été financé par la Fondation Bill & Melinda Gates (subvention OPP1087363, " Mise en place d'institutions pour l'établissement des priorités dans les pays en développement "), le Ministère britannique pour le développement international et la Fondation Rockefeller. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du manuscrit.

Session parallèle 5-5 Problèmes de santé mentale

Promotion de l'accès aux services de soins de santé mentale par l'utilisation des structures communautaires telles que les centres traditionnels de santé mentale au Ghana.

**Gina Teddy, **Wendy Abbey, ** George Owoo: *Ghana Institute of Management and Public Administration, ** Human Rights Advocacy Centre*

L'accès aux soins et aux services de santé mentale au Ghana est problématique et nécessite une action concertée entre de multiples acteurs pour améliorer la qualité des soins, réduire les inégalités, l'inaccessibilité et l'exclusion sociale pour ceux qui en ont désespérément besoin. On estime que 2,8 millions de personnes vivent avec un handicap mental au Ghana, mais moins de 2% ont accès aux services de santé mentale. Les défis systématiques que pose la prestation des services de santé mentale se répercutent à l'échelle nationale, avec un écart de traitement d'environ 98 %. Les ressources humaines qualifiées et limitées ainsi que les allocations budgétaires insuffisantes, provoquent de dramatiques contraintes financières, une grave pénurie de logistique et médicaments, d'énormes disparités dans l'allocation des installations, des congestions dans les installations, une stigmatisation élevée et un manque d'information sur la santé mentale.

Le défi pour renforcer les services de santé mentale au Ghana exige une approche multisectorielle et un leadership collectif pour mobiliser les ressources afin de permettre de combler de façon novatrice le déficit d'accessibilité dans la prestation des services. Pourtant, les principaux intervenants ne collaborent pas efficacement pour mobiliser leurs ressources

limitées en vue de la prestation de services ou pour utiliser les systèmes communautaires afin de mobiliser un soutien pour les services de santé mentale. Cette étude analyse l'impact de l'échec du leadership collectif dans la prestation des services de santé mentale au Ghana.

En utilisant une approche exploratoire, une étude plus large a été menée dans six régions du Ghana en utilisant à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives pour générer des informations primaires et secondaires des parties prenantes clés sur la promotion de l'accès à des services de santé mentale de qualité au Ghana à travers les centres de santé mentale traditionnels (CSMC) et autres systèmes communautaires.

Les résultats préliminaires de l'étude montrent qu'en dépit des défis systématiques associés aux soins et services de santé mentale, il n'existe pas de culture de leadership collectif permettant de maximiser les ressources limitées, de renforcer les efforts de chaque acteur ou de mobiliser les acteurs clés pour une action collaborative entre le secteur formel et informel afin d'améliorer la santé mentale. La Loi sur la santé mentale et d'autres cadres stratégiques ne s'attaquent pas non plus à ce défi fondamental que représente la gestion de multiples acteurs. Les acteurs clés travaillent toujours en silos, doublent d'efforts avec l'éventail des capacités, de l'expertise et de la motivation disponibles pour résoudre les problèmes liés aux soins de santé mentale et à la prestation de services. Nous plaidons pour que l'Autorité de la santé mentale assure la gérance vers une culture de leadership collectif pour permettre de tirer les efforts des acteurs comme le Service de Santé du Ghana, l'Association du Ghana, les ONG, les donateurs, les systèmes communautaires (CSMC) et les leaders pour la mise en œuvre stratégique pour améliorer la santé mentale au Ghana.

Promotion de l'accès aux services de soins de santé mentale par l'utilisation des structures communautaires telles que les centres traditionnels de santé mentale au Ghana.

**Gina Teddy, **Wendy Abbey, ** George Owoo: *Ghana Institute of Management and Public Administration, ** Human Rights Advocacy Centre*

Le Ghana, comme de nombreux pays en développement, est reconnu pour avoir fait des progrès significatifs à la fin des Objectifs du Millénaire pour le développement. Pourtant, il reste beaucoup de gap à combler en santé mentale pour améliorer l'accès et la qualité des soins, entraînant l'inégalité, l'inaccessibilité et l'exclusion sociale des personnes ayant désespérément besoin de services en santé mentale. Malgré l'estimation à 2,8 millions du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux au Ghana, moins de 2 % d'entre bénéficient des services de santé mentale. Les défis systématiques que pose la prestation de services de santé mentale touchent tous les niveaux administratifs de prestation de services dans l'ensemble du pays, avec un écart de traitement d'environ 98 %.

Les centres de santé mentale traditionnels (CSMC) sont des systèmes communautaires qui complètent les services officiels de santé mentale. Pourtant, il y a un manque général de connaissance et de compréhension des pratiques, des services, de la gestion, des règlements, des droits et des responsabilités au Ghana. Cette étude examine le rôle des CSMC dans la prestation de services de santé mentale afin de combler les lacunes et le principal rôle des systèmes communautaires dans l'atteinte d'une couverture de santé universelle.

Cette étude est menée dans six régions du Ghana à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives pour générer des informations primaires et secondaires auprès des communautés et des CSMC tout en plaidant en faveur d'améliorations de la santé mentale et de la collaboration entre les communautés.

L'étude a révélé des obstacles extraordinaires à l'accès aux services de santé mentale au Ghana, menant à l'inégalité et à l'exclusion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux. Les principaux défis de l'utilisation des services de santé mentale sont relatifs au manque d'information, à la stigmatisation associée à l'utilisation des services de santé mentale, à l'insuffisance des ressources et à l'incapacité perçue de répondre aux besoins socioculturels liés aux troubles mentaux. Les résultats préliminaires ont révélé le rôle important des CSMC en tant que complément des services de santé formels au Ghana. Le CSMC traite de la perception de la causalité spirituelle et physique des troubles mentaux par les camps de prière, les guérisseurs traditionnels, les herboristes et les centres de traitement spirituel. Pourtant, il existe peu ou pas de réglementation pour leurs fonctions, leurs pratiques, leurs services et la qualité des soins laissant apparaître de nombreuses condamnations pour les mauvais traitements à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux qui exigeaient les services des CSMC.

Enfin, cette étude préconise une approche multisectorielle par les communautés, les chercheurs, les ONG et l'Autorité de la santé mentale pour reconnaître, soutenir, normaliser, réglementer, développer et améliorer le travail des CSMC au Ghana. Nous mettons l'accent sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour que les CSMC soient réceptifs en fournissant des services de santé mentale dignes pour un meilleur accès aux soins. Les enseignements tirés de cette étude éclaireront les connaissances, les pratiques, la réglementation et les politiques qui guident les pratiques des CSMC dans l'ensemble des communautés du Ghana afin de créer un système de santé communautaire dynamique.

Recherches sur les inégalités sociales et subjectives de la dépression des Hommes : analyse de la dégradation en Afrique du Sud

Chipo Mutyambizi, Gauteng, Human Sciences Research Council

Contexte Les inégalités en matière de santé mentale sont une préoccupation politique notable et bien documentée dans de nombreux pays, y compris dans les pays en développement. C'est le cas tant pour les mesures plus objectives du statut ou de la position socio-économique que pour le statut social subjectif, qui est étroitement lié à la santé. Pourtant, jusqu'à présent, les chercheurs n'ont pas appliqué les outils analytiques standard d'indices de concentration et d'analyse de décomposition à l'étude du statut social subjectif et de la santé, pas plus qu'ils n'ont étudié les inégalités sociales subjectives de santé dans un contexte sud-africain.

Méthodologie Cette étude a utilisé l'enquête transversale de 2014 sur les attitudes sociales en Afrique du Sud (SASAS). Des indices de concentration (IC) ont été utilisés pour mesurer les inégalités sociales et subjectives dans la gravité et la prévalence de la dépression. Une analyse de décomposition a été effectuée afin de déterminer les facteurs qui contribuent aux inégalités sociales subjectives de la dépression. La dépression a été mesurée à l'aide de l'échelle CES-D de 8 rubriques, avec des analyses désagrégées par sexe.

Résultats Plus de 35 % de l'échantillon étudié ont déclaré qu'ils souffrent de dépression (IC à 95 % : 33,57 - 36,95), tandis que le score moyen global pour CES-D 8 était de 8,4 (IC à 95 % : 8,30 - 8,53). L'indice de concentration pour la prévalence et la gravité de la dépression était de -0,2800 et -0,0673, respectivement. La prévalence et la gravité de la dépression étaient plus prononcées chez les femmes (36,65 contre 33,77 ; $p=0,0961$ et 8,56 contre 8,23 ; $p=0,0021$, respectivement). Le plus important facteur contribuant aux inégalités sociales subjectives dans la prévalence et la gravité de la dépression, soit 48 %, est le statut social subjectif lui-même. Les autres variables qui ont grandement contribué à la prévalence et à la

gravité de la dépression sont les conflits dans l'enfance (11 % et 11 %) et la race (27 % et 20 %).

Conclusion Cette étude démontre que la dépression en Afrique du Sud est concentrée parmi les personnes ayant un statut social subjectif inférieur. Nous avons constaté que la prévalence et la gravité de la dépression étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Des politiques qui s'attaquent aux inégalités dans les systèmes de sécurité sociale et à l'adversité infantile devraient être adoptées pour s'attaquer aux inégalités liées à la dépression en Afrique du Sud.

Le poids économique et la santé mentale des principaux soignants d'adolescents exposés au VIH et infectés par le virus périnatal de Kilifi, Kenya

Patrick V. Katana¹, Amina Abubakar^{1,2,3,4}, Julie Jemutai^{1,5}

¹ KEMRI/Wellcome Trust Research Programme, Centre for Geographic Medicine Research (Coast), Kilifi, Kenya.

² Child and Adolescent Studies, Utrecht University, Utrecht, Netherlands

³ Department of Public Health, Pwani University, Kilifi, Kenya

⁴ Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK

⁵ Health Economics Research Unit, KEMRI Wellcome Trust Research Programme, Kilifi, Kenya

Contexte : Quatre-vingts pour cent des adolescents exposés et infectés par le VIH (PHEI) en période périnatale vivent en Afrique subsaharienne (ASS), un milieu caractérisé également par d'énormes disparités économiques et un poids soutenu par des troubles de santé mentale. Evoluer dans l'adolescence tout en vivant avec le VIH présente des défis spécifiques non seulement pour les jeunes affectés, mais aussi pour leur principal dispensateur de soins et/ou leur famille immédiate. La prestation de soins est essentielle à la prise en charge des maladies chroniques comme le VIH/sida, mais les coûts économiques et les troubles mentaux supportés par les soignants des adolescents PHEI ne sont souvent pas remarqués. Dans cette étude, nous établissons les coûts économiques et évaluons la santé mentale des soignants d'adolescents PHEI de Kilifi, au Kenya.

Méthodologie : Nous avons utilisé une approche d'analyse du coût de la maladie. La santé mentale a été évaluée à l'aide du questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9). Des données transversales ont été recueillies auprès de 121 principaux soignants d'adolescents PHEI à Kilifi. Les coûts économiques ont été classés en coûts directs (coûts des médicaments, des consultations, des procédures diagnostiques, de la nourriture et des déplacements pour obtenir des soins) et en coûts indirects (pertes de productivité par les principaux soignants). Les coûts indirects ont été estimés comme étant la valeur des journées productives perdues par un soignant principal pendant qu'il s'occupait d'un adolescent atteint PHEI. Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour évaluer le poids économique et la santé mentale des principaux dispensateurs de soins dans le cadre des soins prodigués à un adolescent PHEI.

Résultats : Les coûts directs et indirects mensuels totaux par soignant principal s'élevaient en moyenne à 2773 Ksh (27,73 \$). Les principaux facteurs de coûts directs étaient le transport (67 %) et les médicaments (13,7 %). Les coûts mensuels totaux représentaient 28,3 % de la rémunération mensuelle déclarée des aidants naturels. Environ 10,7 % (PHQ_{≥10}) des principaux dispensateurs de soins ont signalé des symptômes dépressifs. Les coûts indirects (coûts de productivité) étaient relativement plus élevés chez les soignants présentant des symptômes dépressifs.

Conclusion : L'évaluation montre que le VIH/SIDA a causé un poids économique important et un impact sur la santé mentale des soignants pendant qu'ils s'occupaient des adolescents PHEI. Les résultats soulignent la nécessité d'élaborer des programmes socio-économiques pour améliorer la santé mentale des principaux soignants et les aider à réduire leur charge économique.

Session Parallèle 5-6 Evaluer les performances des SSP 2

Il ne suffit pas de modifier les anciens modèles : les Soins de Santé Primaires urbains appellent à de nouveaux paradigmes et de nouvelles approches.

Dr Rene Loewenson, Training and Research Support Centre/ EQUINET, Harare

En 2050, les populations urbaines augmenteront à 62% en Afrique, une croissance que les organisations des Nations Unies notent comme l'un des problèmes de santé mondiaux les plus importants du XXI^e siècle. En 2016-8, nous avons rassemblé et analysé diverses formes de preuves et d'expériences sur les inégalités en matière de santé urbaine, ses déterminants et ses réponses dans les pays d'Afrique orientale et australe (ESA).

Il s'agissait notamment de la revue documentaire, de l'analyse des indicateurs quantitatifs, de l'analyse du contenu des pratiques et de l'examen participatif par les jeunes à Lusaka et Harare. La littérature sur la santé urbaine dans les pays de l'ESA semble être à la traîne des changements rapides et multifactoriels qui se déroulent dans les zones urbaines, en se concentrant sur les résultats négatifs de la santé plutôt que sur les actifs pour la santé, soulignant les liens faibles entre les services de soins primaires et la santé publique urbaine et l'interaction collaborative limitée entre les secteurs. L'examen participatif avec les jeunes urbains dans deux villes a suggéré que la « santé » est devenue étroitement et médicalement définie dans leur expérience qui reflète mal les déterminants psycho-sociaux, économiques et environnementaux qu'ils considèrent comme associés à améliorer leur santé. Dans d'autres régions du monde, le concept de « bien-être » capte mieux cette lentille plus large et s'accompagne d'une mesure de ses différentes dimensions en tant qu'indicateurs du progrès national.

Notre analyse des données de santé « Cross-Country » recueillies dans les 16 pays de l'ESA a révélé une évaluation plus limitée de ces mesures, en se concentrant sur les résultats négatifs en matière de santé, en ignorant les nombreuses dimensions socialement définies de la vulnérabilité, les variations dans les risques environnementaux et les atouts importants pour la santé urbaine. Ces résultats suggèrent que répondre aux défis croissants de la santé urbaine pour notre région exige de nouveaux paradigmes, de nouvelles approches des PHC urbains et de nouveaux indicateurs pour éclairer l'analyse et la planification. Elle implique l'encadrement des PHC urbains dans un paradigme de « bien-être » plus holistique, englobant les dimensions physiques, matérielles, psycho-sociales et écologiques, avec un espace pour diverses formes de savoirs locaux et de voix publiques ; loin des PHC urbains qui sont singulièrement préoccupés par la gestion des résultats négatifs et qui voient les gens comme des « problèmes de santé », avec une plus grande utilisation des approches fondées sur les actifs. Cela implique une relation plus organisée et continue entre nos services de

soins primaires urbains et leurs populations que de personnes présentant des problèmes, avec des mesures proactives pour la santé de la famille et de la population, atteindre des contextes communautaires, travailler, et comme point d'entrée, pour d'autres services qui appuient la santé et un contributeur aux processus de participation significative des résidents au plan urbain.

Renforcement des soins de santé primaires pour la prise en charge adéquate de la Tuberculose en Côte d'Ivoire

*Marie-Catherine Barouan, Tania Bissouma-Ledjou, Jean-Marie Vianny Yameogo et Moïse Zanga Tuho
Organisation mondiale de la Santé, Bureau de la Représentation en Côte d'Ivoire, Abidjan
Consultant indépendant national, Abidjan*

Mieux progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle implique impérativement la mise en œuvre d'interventions ciblées notamment au niveau des soins de santé primaire visant l'amélioration de l'équité dans l'accès aux services de santé essentiels de qualité pour les populations où qu'elles se trouvent.

Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire, la réponse nationale développée par le gouvernement avec ses partenaires techniques et financiers impliqués depuis plusieurs décennies avait permis la mise en place d'un réseau de soins pour la prise en charge des cas de tuberculose notifiés. Toutefois, l'offre de soins se résumant à 160 centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) demeure insatisfaisante avec un ratio de 1/145000 habitants pour une incidence estimée en 2016 à 91 cas pour 100000 habitants et une mortalité à 23/100000 habitants faisant de la tuberculose l'une des préoccupations majeures de santé publique dans le pays.

En vue de renforcer la réponse nationale et accroître l'accessibilité en services de prise en charge de la tuberculose, le gouvernement s'est résolument engagé à appliquer la recommandation de l'OMS qui est celle de la mise en œuvre d'une intervention visant l'extension des CDT vers de nombreux centres périphériques dans le pays.

La méthodologie de l'intervention a consisté à : (i) identifier de nouveaux sites d'implantation des CDT à partir de leurs besoins réels en vue de rapprocher les services des bénéficiaires et (ii) rendre fonctionnelles les structures pour offrir le paquet de service de diagnostic et de traitement en vue de répondre aux besoins des communautés. Suite à l'intervention menée 62 nouveaux sites ont été créés et les capacités des personnels de santé de 543 établissements sanitaires de premier contact ont été renforcées en dépistage et traitement de la tuberculose selon les protocoles et directives nationales de prise en charge en vigueur.

Ainsi, le nombre de CDT est passé de 160 en 2015 à 238 en fin 2017 avec un ratio de couverture en CDT passé de 1/145000 à 1/93 000 en 2017, permettant ainsi une réduction des disparités existantes dans certaines régions sanitaires notamment celle d'Abidjan.

Néanmoins, le défi demeure l'implication de la communauté, l'ensemble des acteurs de la société civile pour un meilleur engagement communautaire dans l'utilisation des services de santé et l'atteinte de meilleurs résultats visant l'élimination de la tuberculose à terme.

Mots clés : Couverture sanitaire universelle, Tuberculose, soins de santé primaire, services de santé, extension, Côte d'Ivoire

Agents de santé communautaires au Mali, coûts d'inclusion de leurs services dans les Soins de Santé Primaires – CSU.

Pascal Saint-Firmin, The Palladium Group, Health Policy Plus

Birama Diakite, Seydou Traore, Bakary Diarra, (* Ancien Secrétaire général du Ministère de la santé qui nous a aidés dans la collecte de données, la liaison avec les gouvernementaux et l'élaboration de recommandations)*

Contexte : La production actuelle et future du personnel de santé dans le monde ne satisfait pas aux exigences de la couverture sanitaire universelle (CSU). Les soins de santé primaires (SSP) construits autour des agents de santé communautaires peuvent servir de base à la CSU et jouer un rôle central dans la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. Les agents de santé communautaire du village au Mali ont été une alternative rentable pour stimuler l'accès, la demande et l'utilisation des principaux services de santé primaires en rapprochant les services de plus de 3 millions maliens vivant dans les zones rurales. Cependant, ce programme hautement dépendant des donateurs n'est pas viable dans une ère de stagnation de l'aide internationale au développement pour la santé. Il est urgent d'appuyer la transition des sources de financement extérieures à nationales pour assurer la continuité des services au niveau communautaire. Pour aider le gouvernement du Mali à comprendre la situation du financement et de la main-d'œuvre, les coûts du programme des agents de santé et les menaces pesant sur la viabilité de ce personnel de santé de première ligne, HP +, financé par l'USAID, a effectué des exercices de dépenses et de cartographie des ressources suivis des analyses des coûts.

Méthodes: HP + a appliqué des méthodes informatisées de modélisation et de cartographie des coûts pour examiner les dépenses, les fonds disponibles et le coût des paquets de services des agents de santé communautaires. Les informations recueillies comprenaient les nombres et le déploiement des agents de santé communautaires, les dépenses cartographiées par région et par source, les engagements de financement par source et par secteur d'investissement et les coûts unitaires des intrants du programme. Les besoins de financement des projections de coûts ont été comparés avec les dépenses réelles et les fonds disponibles pour évaluer les écarts au cours des cinq prochaines années.

Résultats : Le coût moyen de l'ensemble de services fourni par les agents de santé communautaires est estimé à 6,79 \$US et diminuera à 2,52 \$US en 2020 si les avantages d'une productivité accrue de la main-d'œuvre, d'une efficacité technique et d'une efficience d'allocation découlant de la conformité aux normes nationales sont exploités. L'analyse de l'écart qui, en 2015, a été nécessaire pour le programme des agents de santé communautaires, s'élèvera à 1,8 millions de dollars US, ce qui devrait s'élever à 14 150 000 \$US en 2020. Entre-temps, le financement des donateurs devrait chuter de 13 010 000 \$US en 2015 à 9 710 000 \$US en 2020, ce qui a entraîné un déficit financier cumulatif de 18 750 000 \$US pour les secteurs sous-financés de 2020 (12,8% des dépenses de santé du gouvernement - Comptes Nationaux de la Santé en 2014).

Conclusions: Pour assurer un financement adéquat des services de santé communautaire au niveau des villages, nous proposons une approche à deux volets:

- Augmentation de la mobilisation des ressources internes et soutien financier ciblé par le gouvernement du Mali au programme des agents de santé communautaires
 - Amélioration de la coordination entre les donateurs afin d'éviter les doubles emplois.
-

Évaluation de la préparation des systèmes de santé pour le financement des soins de santé primaires : Enseignements tirés des États de Kaduna et du Niger au Nigéria

Rachel Neill Résultats pour l'Institut de Développement (R4D)

Dr. Chris Atim, Tamara Chikhradze, Rachel Neill, Ezinne Ezekwem, Chloe Lanzara, Felix Obi, Oludare Bodunrin, Alexander Nzobiwu, Anam Abdulla, Jack Sullivan.

Université du Nigéria - Nsukka: Dr. Hyacinth Ichoku

Une évaluation de l'état de préparation a été menée au Niger et dans les États de Kaduna, au Nigéria, pour évaluer le statut du système de santé contre les composantes de la couverture sanitaire universelle (CSU), car elles concernent la disponibilité des États à lancer des initiatives de financement centrées sur les soins de santé primaires (SSP). Les objectifs de l'étude étaient les suivants : 1) évaluer l'état actuel du système de santé ; 2) mettre en évidence les défis et les opportunités des initiatives de réforme du financement des soins de santé ; 3) présenter des approches en vue de la conception et de la mise en œuvre des réformes de financement axées sur les SSP ; et 4) cartographier les parties prenantes de l'État pour évaluer la viabilité et l'acceptabilité des principaux aspects de la réforme de la CSU.

L'évaluation a utilisé une approche mixte et s'est appuyée sur des méthodes qualitatives et quantitatives. Une combinaison de données primaires et secondaires a été utilisée. La composante quantitative a exploré l'espace fiscal pour la santé et la qualité a examiné le système de santé du point de vue de ses utilisateurs et les principaux acteurs aux niveaux fédéral, étatique, local et communautaire.

Le cadre analytique a été élaboré spécifiquement pour cette étude, en s'inspirant de l'approche globale d'évaluation des systèmes de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (systèmes de santé 20/20, 2012) et des objectifs de la politique de financement de la santé de l'OMS (Kutzin, 2008). Il a capturé le statut des systèmes de santé, selon les six blocs de construction des systèmes de santé et analysé ces résultats par rapport à une série de critères liés aux fonctions de financement de la mobilisation des ressources, la mise en commun et l'achat. En outre, l'outil d'évaluation des assurances sociales (MSH 2002) de Sciences de gestion pour la santé a été adapté pour saisir la faisabilité et l'acceptabilité des composantes des réformes du financement de la santé. Une économie politique et une analyse des parties prenantes ont également été menées pour déterminer les perceptions et les positions sur la réforme de l'UHC et pour cartographier les rôles et les responsabilités de tous les intervenants.

Les résultats et les recommandations préliminaires ont été validés avec les intervenants de l'État dans un atelier, où elles ont identifié des interventions prioritaires pour atteindre les objectifs de la CSU des États.

L'étude a produit des résultats qui ont mis en évidence les défis et les opportunités sur la demande et l'offre. Celles-ci comprenaient des lacunes dans la disponibilité et la préparation des services, les tendances d'utilisation des services, les allocations de financement de l'État au secteur de la santé et la fragmentation des arrangements de mutualisation, d'achat et de gestion des données.

Les évaluations ont élaboré des recommandations fondées sur des données probantes pour améliorer la capacité des États à mettre en œuvre les réformes de la CSU. Par exemple, pour l'État du Niger, il a été recommandé qu'il refasse les efforts de plaidoyer et utilise une preuve de concept pour démontrer un meilleur retour sur investissement pour le secteur de la santé, tandis que pour Kaduna état il a été informé que l'état de fusionner les financements existants dans le régime d'assurance- maladie afin de réduire le fractionnement de la mutualisation.

Processus de mise en œuvre et qualité d'une initiative d'amélioration du système de soins de santé primaire dans un contexte décentralisé: Une évaluation rétrospective utilisant le cadre de mise en œuvre de la qualité.

**Ejemai Eboime, **Nonhlanhla Nxumalo, **John Eyles*

** Agence nationale de développement des soins de santé primaires d'Abuja,*

***Centre de politique sanitaire, école de santé publique, Université de Witwatersrand*

Contexte : Des processus de mise en œuvre efficaces sont essentiels pour atteindre les résultats souhaités des initiatives de santé. Alors que de nombreuses approches de mise en œuvre peuvent sembler simples, une planification avancée minutieuse, une implication multiple des parties prenantes et la résolution d'autres contraintes contextuelles nécessaires à la mise en œuvre de la qualité sont complexes. Par conséquent, il y a eu des appels récents à une science de mise en œuvre plus éclairée par la théorie dans le renforcement des systèmes de santé.

Objectif : Ce document applique le cadre de mise en œuvre de la qualité (QIF) élaboré par Meyers, Durlak et Wandersman pour identifier et expliquer les lacunes observées dans la mise en œuvre d'une intervention d'amélioration du système de soins de santé primaire au Nigéria.

Méthodes : Nous avons procédé à une évaluation rétrospective du processus en analysant le contenu de 39 documents de politique générale et 15 interviews avec des répondants clés. En utilisant le QIF, nous avons évalué les défis dans les processus de mise en œuvre et la qualité d'un modèle d'amélioration à travers les niveaux du système de santé décentralisé du Nigéria.

Résultats : Des lacunes significatives dans les processus ont été identifiées, ce qui a pu affecter la qualité de mise en œuvre sous-nationale. Parmi les principaux défis observés figurent l'insuffisance des engagements des parties prenantes et la mauvaise fidélité aux processus de mise en œuvre planifiés. Bien que les besoins et les évaluations de l'adéquation, le renforcement des capacités organisationnelles et l'élaboration de plans de mise en œuvre au niveau national soient relativement bien réalisés, ceux-ci n'étaient pas efficaces pour garantir la qualité et la viabilité de la DIVA au niveau infranational.

Conclusions : La mise en œuvre d'initiatives entre niveaux de gestion est plus complexe. La planification, la compréhension et la mobilisation adéquates des divers intérêts dans le spectre de la gouvernance sont essentielles pour améliorer la qualité.

La politique de SSP en Côte d'Ivoire: Une évaluation au District sanitaire de Bouaflé

MEMON FOFANA, ALLY Yao Lanzali : Abidjan, Université de Korhogo, Ministère du Plan et du développement

Une lecture évaluative de la mise en œuvre de la politique de Soins de Santé Primaire (SSP) dans le District de Bouaflé, district pilote en Côte d'Ivoire, permet-elle de faire le constat de l'échec de la promotion de la santé primaire telle qu'envisagée par l'initiative de Bamako en 1987 et plus loin en 1978 par la conférence d'ALMA-ALTA.

En effet, malgré la présence d'un CHR, de deux centres de santé scolaire et universitaire, de 19 centres de santé rurale et 3 centres de santé urbain. Les objectifs des SSP/IB (SSP, Initiative de Bamako) dans le district sanitaire de Bouaflé, centre pilote de la mise en œuvre

de cette initiative n'est pas atteint ; quelques indicateurs nous permettent de le démontrer. L'incidence de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de 5 ans en 1999 est de 65% contre 53% au plan national ; l'incidence de paludisme augmente entre 1995 et 2000, au plan national de 68,9 pour 1000 à 83,6 pour 1000 et dans le district de Bouaflé de 72,6% en 1996 ; 81,2% en 1997 et 73,1% en 1999 et indique 68,0 en 2005. L'utilisation des établissements sanitaires reste le plus faible dans le district sanitaire de Bouaflé de 1997 à l'an 2000. Il était de 24,1% en 1997, de 21,4 en 1998, il passe à 19,9% en 1999 et 18,3% en 2000. Quels sont les facteurs sociaux qui rendent compte de cet échec ? Le regard porté sur le phénomène s'ancre donc dans l'hypothèse que cet échec s'explique par l'inadéquation entre l'offre et la demande de santé

Session Parallèle 5-7 Gouvernance et responsabilité 2

L'autonomisation des populations est l'une des stratégies de renforcement des soins de santé primaires à l'île Maurice.

DR. Laurent MUSANGO¹; Mr. Premduth BURHOO²; Dr. Faisal SHAIKH¹; DR. Maryam TIMOL³

¹ Organisation mondiale de la santé, bureau pays de Maurice

² Institut de santé de l'île Maurice (MIH)

³ Ministère de la santé et de la qualité de vie (MOHQL)

Introduction: La promotion de la santé est une composante essentielle des programmes d'intervention sanitaire et l'autonomisation des communautés est l'une des principales approches pour promouvoir la santé. Tous les différents plans d'action nationaux mis en œuvre pour améliorer la santé et la qualité de vie ont des stratégies définies pour accroître la littératie en santé. Conformément à ces plans d'action, le ministère de la santé et de la qualité de la vie mène régulièrement des programmes de sensibilisation communautaire, des programmes de promotion de la santé et des campagnes d'information sur la prévention des maladies. Le ministère de la santé et de la qualité de la vie a consacré des unités structurées à la planification et à la mise en œuvre de politiques, de programmes, de services et d'activités pour accroître les niveaux de littératie en santé et de nombreuses activités de promotion de la santé sont complétées par d'autres ministères et organisations non gouvernementales. Malgré les différentes stratégies mises en œuvre pour l'autonomisation des populations, plusieurs indicateurs montrent que plusieurs problèmes subsistent et doivent être améliorés. La raison pour laquelle une évaluation de l'autonomisation des populations pour renforcer les soins de santé primaires à l'île Maurice a été lancée.

Méthodologie : L'évaluation par pays commence par une analyse approfondie de la situation de l'autonomisation des populations au cours des 15 dernières années. Des défis ou des possibilités actuelles d'amélioration de l'autonomisation des populations ont ensuite été réalisés. Une approche participative et flexible a été utilisée pour cette évaluation ; une équipe multidisciplinaire a été mise en place pour effectuer l'évaluation. Un groupe de travail composé de 6 membres a été constitué pour examiner et valider le rapport. Le rapport a permis de mettre en évidence les opportunités que le pays pourrait continuer à développer, ainsi que les défis et les solutions possibles pour l'autonomisation des populations, comme l'une des stratégies de renforcement des soins de santé primaires à l'île Maurice.

Résultats : L'évaluation a permis de déterminer les possibilités mentionnées ci-dessus et les défis qui doivent être atténués pour améliorer les SSP dans les pays. Les défis identifiés sont les suivants: (i) la population n'est pas suffisamment capable de changer de comportement en vue de prendre la responsabilité de sa propre santé; (II) la population n'est pas engagée activement dans les processus décisionnels à la fois autour des questions de politique et des options/plans de traitement individuels; et les populations à haut risque, les groupes défavorisés, y compris l'augmentation de la population âgée, ne sont pas adéquatement ciblés pour une promotion de la santé et une santé plus adaptées.

Conclusion et recommandations : L'évaluation a recommandé de renforcer la mobilisation communautaire et la participation pour promouvoir la documentation en santé, y compris le changement de comportement dans la population, pour tirer pleinement parti des technologies de l'information et soutenir la documentation en santé et l'autonomisation des patients, garantissant ainsi des ressources humaines adéquates et bien formées pour mieux autonomiser la communauté et cibler les populations à haut risque et les communautés défavorisées, y compris les personnes âgées, pour une promotion de la santé plus adaptée et une éducation sanitaire. Toutes les recommandations sont mises en œuvre par le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie afin de permettre la population de contribuer au renforcement des soins de santé primaires à l'Île Maurice.

Renforcement de la réglementation pour la sécurité des patients : Perceptions du personnel de première ligne des réformes réglementaires du Kenya.

*Eric Tama, MPH, Boursier de Doctorat, Université de Strathmore, Ecole de Commerce de Strathmore, Institut de gestion des soins de santé, Ole Sangale Rd Madaraka Estate, Nairobi, Kenya ;
Autres Auteurs: Francis Wafula (Strathmore University), Catherine Goodman (LSHTM), Irene Khayoni (Strathmore University), Gilbert Kokwaro (Strathmore University), Njeri Mwaaura (The World Bank)*

Contexte : Les systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont de plus en plus pluralistes, impliquant un large éventail de prestataires publics, à but non lucratif et à but lucratif. Le règlement devrait être un fondement clé du rôle d'intendance du gouvernement de ces installations hétérogènes, mais la performance de cette fonction est généralement faible, avec des conséquences sérieuses pour la sécurité des patients et la qualité des soins. Dans le but d'améliorer la réglementation des structures de santé, le Kenya a introduit un ensemble d'interventions réglementaires innovantes dans les établissements publics et privés dans 3 comtés kenyans. Ceux-ci comprenaient l'utilisation de la liste de contrôle conjointe sur les inspections sanitaires qui synthétise les domaines couverts par tous les conseils et conseils de réglementation ; augmentation de la fréquence d'inspection ; inspections fondées sur les risques lorsque les avertissements, les sanctions et le temps de réinspection dépendent des résultats de l'inspection; et l'affichage des résultats réglementaires en dehors des installations. Nous avons cherché à examiner les vues et les perceptions des propriétaires d'installations sur ces réformes réglementaires.

Méthodes : L'étude a été menée dans 3 comtés en utilisant des méthodes qualitatives. Nous avons mené 51 entretiens approfondis avec les propriétaires/gestionnaires des établissements de santé afin d'étudier leurs perceptions et leurs expériences de mise en œuvre des réformes réglementaires. Nous avons spécifiquement cherché à savoir comment les inspections étaient perçues en termes d'équité et de légitimité. Nous avons également cherché à identifier les facteurs facilitant et gênant la mise en œuvre et les moyens d'améliorer la mise en œuvre. Enfin, nous avons exploré les différences entre les nouvelles inspections et le régime antérieur des inspections en termes d'efficacité et d'incitations et de

possibilités de corruption. Les données ont été gérées à l'aide du logiciel NVivo et analysées à l'aide d'une approche-cadre.

Résultats : Les inspections étaient généralement considérées comme justes, légitimes, transparentes et favorables, et différaient des inspections antérieures qui étaient caractérisées comme intimidantes et punitives. Les installations avaient mis en place certaines mesures de sécurité des patients à la suite des inspections et elles estimaient que la qualité des services s'était améliorée. Toutefois, les petites installations estimaient que certaines des inspections n'étaient pertinentes que pour les installations de plus grande envergure et qu'il était inapproprié de les évaluer sur ces exigences. La plupart des installations estimaient qu'il fallait des mécanismes pour les aider à combler les lacunes identifiées lors des inspections, en particulier les installations publiques qui ont très peu de contrôle sur leurs propres ressources et processus. L'affichage des classements d'inspection dans les installations a été appuyé par des installations mieux performantes, mais opposés par des artistes pauvres. Alors que les cartes de pointage n'étaient généralement pas considérées comme bien comprises par les patients, il y avait des preuves que leur affichage motivait les agents de santé à s'améliorer. L'utilisation d'une liste de contrôle électronique des inspections a été perçue comme réduisant les possibilités de corruption, mais il y avait encore quelques cas infructueux de demande de pots-de-vin par les inspecteurs.

Conclusion : Ces nouvelles inspections ont été reçues positivement par les structures de santé et devraient être portées à l'échelle nationale. Il faut mettre en place un mécanisme qui aide les structures de santé à appliquer des recommandations d'inspection pour améliorer la qualité et la sécurité des patients. Le grand public doit être éduqué sur les cartes de pointage afin qu'ils puissent mieux les comprendre et faire des choix éclairés.

Conflits d'intérêts potentiels – NEANT

Source de Financement de la Recherche – cette recherche est appuyée par le financement de la MRC, de l'ESRC, du Wellcome Trust et du DFID par l'entremise de l'initiative de recherche sur les systèmes de santé (HSRI) et relève de la seule responsabilité des auteurs.

La gestion impacte-t-elle sur la sous-nutrition: Une approche intégrée pour réduire l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans.

G. Woode, Changements Sociaux et Institutionnels dans le Développement Agricole, Université de Hohenheim, Stuttgart –Germany

R. Birner F Asante

Objectifs : Évaluer l'effet de la gouvernance sur les résultats des programmes nutritionnels pour les enfants de moins de 5 ans en fonction de la capacité de ressources humaines requise et des dépenses pour les programmes de nutrition pour une prestation efficace des soins de santé au Ghana.

Méthodes : Une méthode mixte a été utilisée, notamment des interviews avec des experts de l'unité de nutrition du service de santé du Ghana, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)-Ghana, des groupes communautaires de soutien de la mère à la mère, ainsi que des données anthropométriques du Formulaire mensuel de nutrition et de santé infantile du Service de Santé du Ghana, du Nord de la région du Ghana. Données d'un panel de quatre ans (2014-2017) comprenant des mesures anthropométriques du poids et de l'âge des enfants 0-59 mois enregistrés pendant les activités courantes de promotion de la croissance dans les collectivités et les installations dans les régions du Nord, du centre et du Grand Accra échantillonnés de façon ponctuelle ont été prélevés avec leurs moyennes de score Z et leur sous-pondération proportionnelle calculée à l'aide d'Excel. La modélisation

linéaire à effet mixte dans le SPSS (kit statistique) a également été utilisée pour estimer l'effet des ressources humaines et des dépenses pour les implémentations de programmes de nutrition en tenant compte des co variables qui prévoient la réduction de l'insuffisance pondérale

Résultats : Entre l'année 2014 et 2017, à l'exception de la région du Grand Accra, il y a eu une augmentation du placement du personnel clé pour les programmes de nutrition dans les deux autres régions, approuvé par un financement accru pour la formation, la supervision de soutien, le suivi et pour les produits de base. Le counseling nutritionnel a été adapté à la consommation de produits riches en nutriments tels que les légumineuses et la patate douce à chair orange pour l'alimentation complémentaire et pour l'alimentation maternelle. Les résultats montrent que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans inscrits dans des cliniques de bien-enfants présentant une malnutrition mondiale (poids pour l'âge) inférieure à 2 écart-type inférieur à la moyenne standard a diminué de 80% dans la région du Nord à 49% en Région d'Accra. de 20% au début de 2014 dans la région du Nord à 4% à la fin de 2017 (IC 95%:-1.2021.25) Cohen d = 3,6, de 11,13% à 4,6% (95% CI: 3%-11,98%) dans la région centrale, ce qui représente une réduction de 59% de la sous-pondération de Cohen d = 4,4 alors que le Grand Accra a eu une réduction de 49% de l'insuffisance pondérale de 7,21% à 3,71% (95% IC: Cohen d = 2,8 sur la même période. Toutefois, la capacité et la quantité de ressources humaines avec les dépenses requises pour les programmes de nutrition, bien qu'importantes, n'étaient pas des prédicteurs significatifs de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans.

Conclusion : Nos résultats indiquent l'échec du gouvernement, les externalités et le comportement de recherche de loyer, cependant des facteurs communautaires tels que le changement de comportement lié à la nutrition par la promotion de l'agriculture sensible à la nutrition, la consommation de la chaîne de valeur riche en nutriments ainsi que les groupes de soutien communautaire sont indispensables pour réduire la malnutrition et l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions ciblées du Ghana. Par conséquent, l'amélioration des systèmes de gouvernance communautaire pourrait être associée à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans dans les contextes de ressources contestées.

Mots-clés : gouvernance, sécurité alimentaire et nutritionnelle ; malnutrition, appui social.

Le processus de sélection améliore la composition des membres et la représentativité des structures horizontales de responsabilisation pour le renforcement des Soins de Santé Primaires : Étude de cas de quatre comités de structures de santé.

Chinyere Mbachu, Université du Nigéria Nsukka

Contexte : Le Comité des structures de santé est une cellule de responsabilisation communautaire reconnue qui contribue au renforcement des systèmes de soins de santé primaires. La preuve montre que la composition des comités affecte la fonctionnalité et la mise en œuvre des rôles. Compte tenu de ce qui précède, le Ministère du Développement International (DFID), par l'entremise du projet de partenariat pour la transformation des systèmes de santé 2 (PISTES 2), a mis en œuvre des interventions de « voix et de responsabilisation » dans certaines collectivités du Nigeria. Le modèle de Comité de l'établissement de santé a été identifié comme étant la structure de responsabilisation communautaire la plus viable et un point d'entrée pour les interventions. La première phase de l'intervention a été l'établissement ou la réactivation des comités au moyen d'un processus de sélection qui abordera les questions liées à la composition et à la

représentativité des membres. Cette étude a été entreprise pour déterminer si et comment ces interventions sur le processus de sélection des membres du comité ont amélioré leur composition et leur représentativité.

Méthode : L'approche de l'étude de cas a été entreprise. En utilisant les informations issues d'une évaluation antérieure de la fonctionnalité des comités qui ont été appuyées par le projet DFID-PISTES 2, quatre comités de centres de santé primaires ont été choisis de façon intentionnelle parmi deux LGA dans l'État d'Enugu. La méthode qualitative de collecte des données a été employée au moyen d'entretiens approfondis d'intervenants clés et de discussions de groupe avec des comités. Un total de 9 entretiens et 4 discussions ont été menés. Les données ont été analysées en utilisant l'approche du contenu thématique.

Résultats: Le processus de sélection a impliqué trois étapes, à savoir (1) le plaidoyer auprès des dirigeants communautaires pour introduire l'initiative et chercher leur achat, (2) la communauté impliquant tous les membres adultes dans une zone de PHC de nommer et de délibérer sur le potentiel de représentants, et (3) la sélection des membres du comité conformément à une ligne directrice qui recommande: (i) les communautés désigneraient leurs propres représentants, (II) toutes les zones accédant au même établissement de santé auraient au moins un représentant au Comité, (III) au moins un tiers des membres du Comité seraient des femmes, (IV) les groupes marginalisés tels que les agriculteurs seront représentés, (v) les agents de santé et les groupes professionnels compétents seront représentés, et (VI) les dirigeants communautaires n'agiront que comme les patrons dans le processus de sélection. Le respect des lignes directrices pour la sélection a été suivi et appliqué par des experts techniques, des fonctionnaires gouvernementaux et des organismes communautaires. Le résultat du processus était que l'adhésion du SHTF était représentative et évitait effectivement une capture élitiste qui pourrait avoir abouti.

Conclusion : Les interventions vocales et de responsabilisation de la communauté sur le processus de sélection des membres du comité ont abouti à des comités représentatifs et diversifiés qui pourraient potentiellement améliorer la réactivité des systèmes de santé aux collectivités desservies.

- Contact - Christine Ortiz, Politique de santé Plus, Palladium, 202 352 6647, christine.ortiz@thepalladiumgroup.com
- Présentateur: Dr. Gerald Manthalu (Ministère de la Santé du Malawi)
- Coauteurs: Anne Conroy (ministère des Finances du Malawi financé par USAID / HP +), Henry Mphwanthe (Politique de la santé plus), Christine Ortiz, Groupe Palladium.
- Sous-thème 2: L'efficacité de l'aide à la construction de systèmes de santé

Augmentation de l'espace budgétaire pour la santé au Malawi : Plus de mobilisation des ressources ou une capacité d'absorption accrue des ressources existantes ?

Christine Ortiz Washington DC The Palladium Group - Health Policy Plus

Dr. Gerald Manthalu , Ministry of Health Malawi, Henry Mphwanthe and Anne Conroy

Contexte: Au Malawi, les partenaires multilatéraux et bilatéraux fournissent environ 75% du financement total des soins de santé. La majeure partie de ce financement prend la forme de subventions. Toutefois, les faibles taux d'absorption dans les principales subventions suscitent de plus en plus d'inquiétudes, ce qui a limité la réalisation des interventions sanitaires clés. Cela se produit dans un contexte d'espace budgétaire limité pour les efforts déployés par le gouvernement en matière de santé et de mobilisation active des ressources du secteur de la santé. Comprendre le potentiel de mobilisation accrue des ressources et

d'utilisation efficace des ressources existantes, aidera le gouvernement à concentrer ses efforts.

Objectif : L'objectif principal était de plaider en faveur d'une amélioration des taux d'absorption des subventions dans le secteur de la santé au Malawi, par opposition à une mobilisation accrue des ressources pour la santé.

Méthodologie : Les rapports et les données existants ont été analysés pour évaluer les effets, les sources de financement, les caractéristiques des subventions, le type de bénéficiaires des subventions et les mécanismes de gouvernance fiduciaire sur l'absorption. Les ressources nationales potentielles pouvant être mobilisées grâce à des options de financement innovantes ont également été analysées et comparées aux gains d'efficacité résultant de l'amélioration des taux d'absorption. Les subventions ciblées étaient le Fonds mondial, la Banque africaine de développement et le Fonds commun pour les services de santé (HSJF). Des entretiens auprès d'informateurs clés portant sur les processus de mise en œuvre ont également été menés.

Résultats : Les premiers résultats ont montré que si toutes les taxes pré-affectées viables étaient introduites, un maximum de 11,6 millions de dollars US pourrait être mobilisé par an. Cela équivaut à 0,63 USD de dépenses de santé par habitant. Les revenus supplémentaires potentiels ne représentent qu'une petite fraction du déficit de financement de la santé. Le taux d'absorption au titre de la subvention du Fonds mondial pour le Malawi de 2016-2017 était de 81%, ce qui signifie que 19% (correspondant à environ 54 millions USD de dépenses de santé par habitant) n'ont pas été absorbés, tandis que l'absorption du Fonds commun pour les services de santé pour 2017/18 30%, ce qui signifie que 70% (soit 15 millions USD, 0,83 USD de dépenses de santé par habitant) n'ont pas été absorbés.

Conclusions: La capacité de génération des revenus supplémentaires significatifs pour la santé est limitée au Malawi. L'amélioration de l'absorption des ressources existantes, par exemple les subventions du Fonds mondial et du Fonds commun pour les services de santé, pourrait être la meilleure option pour augmenter l'espace budgétaire pour la santé au Malawi.

Impact de la régulation du système de collecte de données sur le personnel de santé en Zambie.

Kalongo Hamusonde¹, Elizabeth Jeré², Chinema Chiliboyi³, Astone Chanda⁴, Suwilanji Mwelwa⁵
^{1,2,3,4}Jhpiego Zambia, 8 Ngumbo Road, Longacres, Lusaka, Zambia

⁵Health Professional Council of Zambia, Wamulwa Road, Thornpark, Lusaka, Zambia

Introduction: La pénurie de travailleurs de la santé a été une préoccupation grandissante dans plusieurs pays d'Afrique et dans le monde. Non seulement le VIH/sida a-t-il été un grand coupable dans le déficit des agents de santé, mais aussi les déséquilibres de compétences, la mauvaise répartition géographique et sectorielle et aussi le manque d'information sur les praticiens actifs de la santé dans un pays. Afin d'atteindre les objectifs internationaux de développement sanitaire, les pays sub-sahariens, à savoir la Zambie inclusive, devront intensifier considérablement leur main-d'œuvre. C'est pour cette raison qu'en 2014, l'Université Emory a financé un projet en Zambie visant à établir un système d'information sur les ressources humaines (rHRIS) réglementaire dans lequel des informations sur tous les praticiens de la santé ont été conservées. L'objectif de ce document était de déterminer l'impact des données dans les rhri afin de renforcer la planification, la politique et la gestion des ressources humaines.

Méthodes: Une méthode mixte avait été utilisée dans cette étude. Des données qualitatives ont été obtenues à partir d'entrevues semi-structurées avec deux hauts fonctionnaires des organismes de réglementation. Les données quantitatives ont été extraites de la base de données rHRIS.

Résultats: Les données des rHRIS ont montré une augmentation de plus de 80% dans l'enregistrement des praticiens et plus de 60% dans le renouvellement des licences des professionnels de la santé depuis la création des rHRIS en 2015. En raison de la réponse positive à l'enregistrement des praticiens, les professionnels possédant les compétences voulues ont été placés dans les lieux légitimes, ce qui a amélioré l'adoption de services de santé de qualité. En outre, il y a eu également une augmentation de l'enregistrement et de l'accréditation des établissements de santé à l'échelle nationale, ce qui a entraîné des soins de santé de qualité. Des entrevues avec des hauts fonctionnaires ont cité l'utilité des données rHRIS, en particulier dans le suivi du renouvellement des licences par les praticiens de la santé et les établissements de santé, qui est l'un des flux de revenus de l'organisme de réglementation. Il a également été mentionné que les données du système ont conduit à une amnistie de renouvellement de licence que tous les praticiens, où autorisés à renouveler leurs licences de pratique pour l'année 2017 sans être facturé des pénalités pour les arrhes. Cette approche a augmenté les renouvellements des licences de plus de 50% par rapport à l'année 2016.

Conclusion: Les progrès réalisés dans la planification et la gestion des effectifs de la santé, conformément aux résultats de ce document, n'auraient peut-être pas été atteints aussi rapidement s'il n'y avait pas eu de RHRI avec des données facilement disponibles sur le personnel de santé pour le gouvernement zambien. Cette amélioration montre que le gouvernement de la Zambie est déterminé à renforcer son système de santé afin de fournir des services de santé de qualité à ses citoyens.

Session Parallèle 6 – Sessions Organisées

Session Parallèle 6 - Sessions Organisées

OS 013 - Gestion des finances publiques pour l'amélioration des SSP et des résultats du secteur de la santé: Concevoir et diffuser des compétences pour accélérer les réformes en Afrique

Helene Barroy barroyh@who.int

Les pays du monde entier font des progrès remarquables vers la couverture sanitaire universelle en augmentant considérablement la part des fonds publics dans leurs dépenses totales de santé. Ce faisant, ils ont démontré que la gestion des finances publiques au sens large faisait partie intégrante du programme de la CSU. Un système global de GFP robuste et transparent (c'est-à-dire la formulation, l'exécution et la responsabilité du budget) peut produire de meilleurs résultats spécifiques au secteur grâce à une efficacité et une équité accrue. Pour progresser vers la CSU avec les ressources disponibles, il faut optimiser non seulement la manière dont les fonds publics pour la santé sont collectés, mais aussi la manière dont ils sont alloués, gérés et comptabilisés via le système de GFP.

Alors que de nombreux pays africains ont engagé des réformes globales de la GFP, des faiblesses majeures subsistent dans la manière dont l'allocation des ressources publiques pour la santé est planifiée, mise en œuvre et prise en compte. Un dialogue renforcé entre les autorités financières et les autorités sanitaires peut renforcer les fondements de base de la GFP dans de nombreux pays africains, tout en accélérant leur programme de réformes. L'identification des domaines d'action prioritaires à cette fin nécessite le partage des connaissances et la révision des goulots d'étranglement de la GFP qui compromettent la réalisation de la CSU. Au fur et à mesure que les pays s'engagent dans des réformes du financement de la santé, rationaliser ces efforts avec les réformes de la GFP améliorera la cohérence et l'alignement et maximisera les progrès.

Dans le cadre de ce lien, l'OMS a lancé un programme de travail visant à aider les pays africains aux niveaux mondial, régional et national, aux niveaux les plus élevés des systèmes de santé. Axé sur les acteurs de la santé tout en identifiant les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des réformes de la GFP, ce travail comprend des évaluations des pays en développement, des activités de dialogue sur les politiques, ainsi que la production et la diffusion de connaissances et d'orientations globales. Cette session organisée contribuera à définir le programme des recherches régionales futures dans ce domaine en partageant les

données récentes des pays sur les progrès en matière de GFP dans le secteur de la santé et en identifiant les défis politiques qui subsistent. Les expériences spécifiques aux pays partagées sont basées sur des recherches analytiques et sur des politiques (en cours ou terminées) menées par l'OMS et des partenaires locaux au Burkina Faso et au Ghana.

En outre, le rapport de l'OMS intitulé « Construire des systèmes de financement publics solides en faveur de la couverture maladie universelle: principaux goulots d'étranglement et enseignements tirés des réformes de pays en Afrique » devrait être publié lors de la conférence Afhea de 2019. Des copies papiers et électroniques seront disponibles.

Président et modérateur: Dr Grace Kabaniha, Bureau régional OMS de la région africaine

Document 1: Mise en place de systèmes de gestion des finances publiques solides en vue de la couverture sanitaire universelle: principaux obstacles et enseignements tirés des réformes de pays en Afrique

Dr Hélène Barroy, Siège de l'OMS

Contexte: Placer le financement public au cœur du financement de la santé a transformé la GFP en un enjeu central pour la réalisation de la CSU. En Afrique, le défi de la gestion des finances publiques est plus complexe que dans d'autres régions du monde, des goulots d'étranglement entravant les progrès du CSU à toutes les étapes du cycle budgétaire, de la préparation à l'exécution, en passant par les rapports et l'audit. En vue de renforcer l'efficacité et la responsabilisation globales des ressources publiques, les pays africains ont engagé des réformes de leurs systèmes de GFP nationaux depuis la fin des années 90. Dans la plupart des pays, un ensemble d'interventions relativement standard a été introduit, comprenant: des cadres de dépenses pluriannuels, des réformes de la formulation du budget, des systèmes de gestion financière informatisés, parallèlement à des efforts visant à renforcer les processus budgétaires de base. Alors que les interventions politiques n'étaient pas spécifiques à un secteur, la santé a souvent été un secteur pilote pour la mise en œuvre de réformes. Dans la plupart des pays africains, les preuves mettent en évidence les avantages de ces réformes, notamment en ce qui concerne la fiabilité des budgets, la gestion des ressources et la responsabilité globale des fonds publics. Cependant, les résultats sont hétérogènes d'un pays à l'autre de la région et, dans de nombreux cas, des obstacles fondamentaux à la GFP subsistent d'un secteur à l'autre.

Objectifs de l'étude: En l'absence de connaissances facilement accessibles et consolidées sur les questions de GFP en santé, l'objectif principal de cette étude est d'identifier, d'analyser et de résumer la nature, l'ampleur et les causes des problèmes de GFP affectant le secteur de la santé dans la Région africaine. la vue d'apporter une compréhension mutuelle du problème. En outre, le rapport cherche à tirer des enseignements sur l'efficacité des réponses politiques existantes en matière de GFP pour le secteur de la santé, afin de permettre aux pays africains d'adapter cette réponse aux besoins du secteur de la santé afin de mieux soutenir les progrès vers la CSU.

Structure du rapport: pour organiser les résultats de l'examen d'une manière structurée et compréhensible, ce rapport suit l'approche du cycle budgétaire développée par Cashin et al. (2017), qui trace les trois principales étapes d'un cycle budgétaire: l'établissement du budget, son exécution et la gestion financière. Rapports budgétaires, puis les relie aux objectifs de financement de la santé. Par conséquent, le premier chapitre du rapport est consacré à la mise en évidence des principaux défis et des enseignements tirés des réponses politiques liées à la formation du budget dans le secteur de la santé. Le chapitre II traite de la phase d'exécution du budget, en examinant d'abord les défis, puis en examinant les mesures

prises par les pouvoirs publics dans les pays de la région. Le chapitre III est consacré au suivi budgétaire et aux questions de responsabilité dans le secteur de la santé. Le chapitre IV expose les questions transversales, en mettant l'accent sur le processus de réforme de la GFP nécessaire à la santé et sur le rôle des ministères de la santé. Le chapitre V résume les principales recommandations à l'intention des décideurs.

Document 2: Passage d'un budget basé sur les intrants à un budget programme dans le secteur de la santé: enseignements du Burkina Faso

Dr Abdoulaye Nitiema, Ministère de la santé publique, Burkina Faso

Contexte: Depuis la fin des années 90, le Burkina Faso - pays francophone d'Afrique de l'Ouest - a engagé de profondes réformes en matière de gestion des finances publiques, conformément aux règles fixées par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). L'une des mesures phares de cette réforme a été l'introduction d'un budget programme, marquant le passage d'un budget purement basé sur les intrants. L'institutionnalisation de cette réforme au Burkina Faso a pris vingt ans, avec l'adoption par le Parlement en 2017 d'un budget présenté selon une approche par programme - le premier dans la région de l'UEMOA. Le ministère de la Santé a été l'un des premiers ministères à engager et institutionnaliser cette réforme, en consolidant un budget autour de trois grands programmes budgétaires alignés sur le Plan national de santé (Plan national de développement sanitaire (PNDS)).

Objectifs de l'étude: Les objectifs spécifiques de l'étude étaient d'analyser la structure du budget de la santé avant et après la réforme; documenter le processus de passage d'un budget ordinaire à un budget programme, en se concentrant sur des projets spécifiques tels que la vaccination; analyser les premiers effets de la réforme du point de vue sectoriel; et d'identifier des recommandations utiles pour tout changement dans les réformes du pays.

Structure du rapport: le rapport commence par un examen contextuel de l'évolution du cadre réglementaire de l'UEMOA et de sa transposition dans le droit national en ce qui concerne le budget programme et la gestion des finances publiques en général. Une étude est également en cours sur l'évolution du financement de la santé et ses liens avec les finances publiques. La deuxième partie du rapport d'étude porte sur le processus de réforme budgétaire et analyse les différentes étapes de la transition, y compris dans le secteur de la santé, ainsi que le rôle des différents acteurs dans la réforme. La troisième partie traite plus spécifiquement de la structure et du contenu des trois programmes budgétaires du ministère de la Santé et, à la demande des partenaires participant à la présente étude, analyse les conséquences de la réforme en ce qui concerne l'inclusion de interventions - telles que vaccination, VIH / sida, paludisme, tuberculose - dans la nouvelle formulation du budget. La dernière partie du rapport analyse l'impact initial de la réforme sur la planification budgétaire, la flexibilité dans la gestion des dépenses et la responsabilité. L'étude se termine par un résumé des progrès et des défis de la réforme et met en exergue quelques recommandations clés sur l'adaptation de la réforme pour répondre au mieux aux besoins du secteur au Burkina Faso.

Document 3: Réalités pratiques de la mise en œuvre de la budgétisation par programme dans le secteur de la santé au Ghana

M. Daniel Osei, consultant de l'OMS, Ghana

Contexte : Le Ghana met progressivement en œuvre la budgétisation axée sur les programmes (PBB) depuis 2010 afin de « produire des résultats de manière plus efficace, efficiente et transparente ». La nouvelle approche a été adoptée pour orienter le processus de budgétisation vers la performance et la flexibilité. Cependant, les réalités de la mise en œuvre lors de la transformation des budgets basés sur les intrants pour des programmes de santé spécifiques en programmes budgétaires plus larges présentent des contraintes spécifiques, d'autant plus que le secteur de la santé du Ghana a récemment été confronté à des pressions et à des pressions budgétaires croissantes résultant de la dynamique de transition des donateurs. La majeure partie du financement en biens et services est acheminée par l'intermédiaire du régime national d'assurance maladie, qui connaît ses propres problèmes, avec seulement 71,4% des fonds budgétisés reçus en 2016.

Objectifs de l'étude : Cette étude a deux objectifs. Premièrement, documenter la transition vers le PBB dans le secteur de la santé ghanéen. Cela revêt une importance particulière étant donné le mouvement croissant des pays à revenu faible et intermédiaire vers le PBB. Deuxièmement, l'analyse servira de base pour mettre en évidence les moyens mis en œuvre par le Ghana pour réduire le double emploi d'activités ou d'intrants dans les programmes de santé, ainsi que les principaux défis à relever pour y parvenir, dans le cadre du processus de transition du PBB.

Structure du rapport : L'étude décrit d'abord la transition du PBB basé sur les activités et explique la structure et le contenu des programmes budgétaires dans le secteur de la santé et les indicateurs de mesure de la performance associés. Dans le deuxième chapitre, les effets des réformes PBB sont analysés par rapport aux objectifs déclarés, qui serviront de base pour mettre en évidence les principaux enseignements et défis, ainsi que les recommandations correspondantes pour la voie à suivre dans le secteur de la santé au Ghana.

¹Ministère des finances et de la planification économique, Gouvernement du Ghana, directives budgétaires pour 2010.

OS 14 – Un programme d'action pour les politiques et les systèmes de santé (HPS) de recherche et de pratique en Afrique

Président de session : Salma Abdalla

Organisateur de session : Leanne Brady

Débatteurs de la session : Okiki-olu Badejo, Kefilath Bello, Leanne Brady, Asha George, Lucy Gilson, Kenneth Munge, Shehnaz Munshi. En outre, nous chercherons à inviter un avocat activiste et un juriste des droits de l'homme basés à Accra.

Format de la Session : Participatory World Cafe

Aperçu de la session

Contenu de session

Le 5^{ème} Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé a commencé une conversation importante, reconnaissant que nos démocraties sont menacées, nos sociétés plus polarisées, notre écosystème miné, les conflits et les maladies comme Ebola continuent sans une attention politique et des inégalités, y compris celles liées à l'augmentation du genre et de l'intersectionnalité. Face à de tels grands défis – la solidarité sociale, la rupture des silos, l'utilisation intelligente des ressources rares et l'innovation sont impératives¹

D'autres idées centrales soulevées lors de la conférence ont été l'importance de la politique dans les systèmes de santé, l'interrogatoire des structures de puissance dans la santé mondiale, et ce qu'une lentille de décolonialité peut offrir au domaine de la santé et des systèmes de recherche et de pratique. Le symposium a également souligné que dans ce domaine, nous avons un programme d'action activiste, cherchant à promouvoir l'équité et de dire la vérité au pouvoir¹ et que, en effet, Le milieu universitaire est un lieu pratique, que la tour d'ivoire n'a pas de murs, et que nous devrions être ouverts et influencés par le monde qui nous entoure².

Objectif Convenant que ce domaine est un lieu important pour l'action sociale², les Voix émergentes (EV) 2018 Groupe Afrique voudrait organiser une session organisée qui crée une plate-forme pour continuer la conversation, amener certaines de ces idées importantes plus loin, et spécifiquement interroger ce qu'elles signifient pour l'Afrique.

La session organisée créerait également une plateforme pour une discussion intergénérationnelle, permettant l'apprentissage de ceux qui sont déjà établis dans le domaine, et créer un espace pour de nouvelles idées de ceux qui ont rejoint le domaine plus récemment. Il s'efforcerait spécifiquement d'être un espace génératif qui récolte les idées de tous les participants dans la salle, car nous cocréons un ensemble d'idées pertinentes pour la recherche et la pratique en Afrique. Ces idées seront rassemblées après la session par les organisateurs, et seront partagées avec tous ceux qui sont présents pour guider nos travaux vers l'avenir. Nous chercherons également à les publier comme un éditorial à utiliser comme une pierre de touche pour guider le travail que nous ferons.

Contenu technique (voir schéma de session pour plus de détails)

- 1) La déclaration de Liverpool : des idées à l'action, à quoi ressemble un agenda d'activiste ?
- 2) Pouvoir en HPSR
- 3) Faire le point sur HPSR en Afrique — ce qui a déjà été fait et les priorités de recherche en Afrique avancent-elle ?

Public-cible Alors que les Voix émergentes 2018 Afrique hébergerait cet espace, nous inviterons spécifiquement les dirigeants et les penseurs sur le terrain à partager des idées (voir le processus de session ci-dessous) et chercheront également à inviter des militants travaillant dans des domaines pertinents à apporter leurs contributions. Le public-cible serait tous les membres de la communauté de la recherche et de la pratique HPS à l'AfHEA, et serait également une occasion pour la région de la santé des systèmes d'Afrique globale de se reconnecter avant HSR2020 comme nous cocréons des idées à prendre en avant.

Résumé du processus de session prévu

Introduction	10 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Points de départ conceptuels de la recherche et de la pratique HPS • La recherche comme une forme d'activisme • Objectif de la session est de réfléchir ensemble, de co-produire des idées et de discuter des étapes possibles. • Cette session organisée fait partie d'une conversation axée sur la façon dont notre travail peut centrer l'équité, aborder les hiérarchies de pouvoir et travailler à changer l'ordre du jour et à construire une bourse du Sud. 	Salma Abdalla

World Café (3 x 20mins)			70 minutes
THEMES DE TABLE	IDÉES CLES/RÉSUMÉ (le débateur donnera une entrée de 5 minutes au début de chaque discussion de table)	2 QUESTIONS CLÉS POUR LES PARTICIPANTS	DEBATTANTS
1. <u>La Déclaration de Liverpool : d'idées en actions</u>	Un résumé des déclarations de Liverpool sera exposé, avec un accent sur la recherche comme l'activisme, et la nature politique de la recherche et la pratique HPS.	1. Quels sont les points les plus pertinents dans le contexte africain ? À quoi ressemble un programme d'activités activistes qui aborde l'équité ? 2. Comment pouvons-nous faire avancer ces idées ? Quelles sont les prochaines étapes ?	Kefilath Bello Asha George Avocat/défenseurs des droits humains
2. Pouvoir dans la recherche et la pratique HPS	Briser le "isme" (colonialisme, racisme, sexisme, classisme, hétéronormativité) et comment jouent-ils dans le domaine de HPSR avec un bref aperçu de l'intersectionnalité comme une lentille. Débarquez certains des mécanismes qui maintiennent les relations de pouvoir inégales (telles que les hiérarchies de connaissance, la langue, l'aide, la sécurité sanitaire, l'eurocentrisme) dans la recherche et la pratique de HPS	1. Dans votre contexte, comment le pouvoir se joue-t-il dans la recherche et la pratique des systèmes de santé ? Veuillez donner des exemples. 2. Comment pouvons-nous nous prémunir contre la perpétuation des hiérarchies de pouvoir dans notre recherche ? (Par exemple, comment pouvons-nous faire une bourse engagée significative, et permettre la participation du public et de passer le micro de la recherche et la pratique HPS?)	Kenneth Munge Shehnaz Munshi Leanne Brady
3. <u>Faire l'inventaire de la recherche HPS et de la pratique en Afrique</u>	Un bref aperçu des travaux qui ont été faits, notamment en soulignant les lacunes existantes. Par exemple : très peu de travail	1. Quelles sont les étapes essentielles pour changer le programme de recherche malgré les modèles de	Okiki-olu Badejo Lucy Gilson

	exploratoire, et très peu de travail qui se penche sur la politique du changement a été fait dans la recherche HPS.	financement existants ? Comment centrer les priorités africaines et co-produire la recherche ? 2. Quelles sont les priorités de la recherche pour l'Afrique ? 2. Quelles sont les priorités de recherche pour l'avenir de l'Afrique ?	
Clôture plénière			10 minutes
<ul style="list-style-type: none"> - Rétroaction de 3 tables et entrées finales des participants - Plan des prochaines étapes 			

Références

1 Déclaration de Liverpool de HSR2018.

2. HSG « Lifetime » accomplit son discours d'agrément. Lucy Gilson. Oct 2018

OS 15 – Mise en œuvre de réformes audacieuses concernant le financement de la CSU dans une économie décentralisée: économie politique, innovations et progrès au Nigéria.

Contexte: Le Nigéria reste le pays le plus peuplé d'Afrique avec plus de 200 millions habitants, dont plus de 60% vivent dans les zones rurales. Avant les réformes actuelles, le Nigéria n'était pas en voie d'atteindre la couverture de santé universelle (CSU). La performance sous-optimale du système de santé nigérian peut être attribuée au financement insuffisant des investissements requis pour la prestation et la gestion des services de santé. Le total des dépenses de santé (TDE) en pourcentage du PIB en 2016 est de 3,8 tandis que les dépenses de santé par habitant sont de 77 Dollars.

Avec des dépenses de santé des administrations publiques (DSAP) en pourcentage des dépenses des administrations publiques (DAP) à 5,9% (Fédéral), 4,2% (États) et 3,8% (LGA), le Nigéria est encore loin de la Déclaration d'Abuja de 15% des dépenses sur la santé. Les résultats en matière de santé étant malheureusement intangibles, il est de plus en plus difficile de convaincre les décideurs politiques d'obtenir des fonds supplémentaires pour parvenir à la CSU, qui apparemment souhaiteraient dépenser davantage dans des domaines qui leur donneront plus de poids politique. C'est au Nigéria que le fardeau de la santé est le plus lourd pour les ménages qui, selon l'ASN 2016, dépensent 71,5% sur le total des dépenses de santé (TDS).

Pour démontrer qu'il s'est fermement engagé à suivre rapidement les progrès accomplis pour la CSU, le gouvernement fédéral du Nigéria a tenu le sommet présidentiel sur la CSU en mars 2014, qui prescrivait des mesures qui devraient être prises pour que le pays atteigne la CSU. Plus tard la même année, la Loi nationale sur la santé (NHAct) a été promulguée et, en 2016, la nouvelle politique nationale de la santé a été élaborée pour fournir des orientations claires en matière de santé au Nigéria.

Une partie essentielle des réformes a été l'élaboration et l'adoption de la politique nationale de financement de la santé et de la stratégie en 2017, qui prévoit maintenant des mécanismes équitables et reflétant les engagements visant à accroître la proportion de Nigériens dans les 2 quintiles inférieurs qui peuvent accéder à des soins de santé abordables sans barrières financières. Elle détaille également les stratégies de décentralisation de l'assurance maladie qui ne couvrait jusqu'à présent que 4,3% de la population sur un ensemble de services de santé et l'expansion du Fonds de base pour la prestation des soins de santé (BHCPF) de la NHAct 2014, qui a été déployée dans le Pays.

Au cours des cinq dernières années, des gains modestes ont été réalisés dans la mise en œuvre des réformes en cours au Nigéria. Cette session présentera l'économie politique de la mise en œuvre de ces réformes dans un pays décentralisé avec 37 régions fédérées, les innovations adoptées pour surmonter les défis attendus et les progrès en cours vers la réalisation des objectifs, notamment l'amélioration de la mobilisation des ressources nationales au niveau fédéral et infranational.

Plan de la session:

1. 60 minutes de courtes présentations de 6 intervenants.

Thèmes:

- i. Mise en place d'un mécanisme décentralisé de protection des risques pour la santé au Nigéria: typologies de conception et état de la mise en œuvre des régimes publics d'assurance maladie - 10 min
 - ii. Où en sommes-nous en ce qui concerne l'amélioration de la mobilisation des ressources intérieures dans un État décentralisé? L'économie politique du Fonds de prévoyance de base du Nigeria (BHCPF) – 10 mins
 - iii. Potentiel de profit dans la mobilisation des ressources intérieures par le biais de régimes d'assurance maladie publics : dans quelle mesure pouvons-nous élargir l'espace fiscal pour la santé au Nigeria? – 10 minutes
 - iv. Innovations dans le recouvrement des recettes entre le secteur informel de l'assurance-maladie sociale: tirer parti de l'adoption pour assurer l'expansion de la couverture du régime d'assurance maladie dans l'Etat d'Anambra – 10 mins
 - v. 5 ans d'expérience de financement axée sur la performance dans les soins de santé primaires: Quels progrès le Nigéria a-t-il réalisé en matière d'achats stratégiques pour la CSU? – 10 mins
 - vi. Exploiter et aligner les fonctions législatives concernant la CSU au Nigeria: partager le succès et l'impact du réseau législatif pour la CSU – 10 mins
2. Panel de discussion de 10 minutes animé par le président
 3. Séance de participation de 20 minutes avec le public
 4. Séance de synthèse de 5 minutes

OS 16 – Traduire des données probantes en action : approches participatives pour renforcer les interventions en santé maternelle

Ejemai Eboreime, West African Network of Emerging Leaders in Health Policy and Systems (WANEL)

La recherche-action participative (RAP) est une approche de la recherche qui cherche à comprendre et à changer de manière collaborative des situations du monde réel, mettant ainsi l'accent sur la participation et l'action. La RAP permet de mener une action à travers un cycle de réflexion au cours duquel les participants collectent et analysent des données dans des contextes réels et déterminent les actions à prendre. De plus, cela brouille la frontière entre les chercheurs et les sujets de recherche en donnant aux participants le moyen de devenir des chercheurs partenaires au lieu d'être de simples objets de recherche (répondants). La RAP exige que les chercheurs en santé travaillent en partenariat étroit avec les responsables de la mise en œuvre et les bénéficiaires d'initiatives dans le domaine de la santé (par exemple, la société civile et les décideurs et praticiens de la santé). Ainsi, ces acteurs apprennent à harmoniser des intérêts divergents et parfois contradictoires et à collaborer efficacement pour améliorer les performances du système de santé.

Le PAR a été utilisé dans plusieurs interventions en matière de santé, notamment pour renforcer la capacité des responsables de la santé, améliorer les pratiques nutritionnelles des femmes enceintes en vue de réduire le nombre de nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance, de lutter contre la pauvreté et de favoriser l'inclusion sociale dans la vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale, autres. Cette session organisée vise à tirer des enseignements de l'application de la RAP au renforcement des systèmes de santé dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest.

La session consistera en 3 présentations orales (10 minutes chacune), une session de panel impliquant les 3 présentateurs. Par la suite, une session ouverte de «bocal à poisson» sera organisée pour susciter les discussions du public.

Les présentations orales comprennent:

1. Les mères adolescentes veulent un accès facile aux services de soins prénatals dans la municipalité de Hohoe au Ghana: résultats d'une recherche-action participative
2. Une recherche-action participative pour les analyses des goulots d'étranglement du système de santé dans un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Nigéria
3. Le programme de services aux sages-femmes: une comparaison qualitative des déterminants contextuels de la performance de deux États du centre du Nigéria

Les mères adolescentes veulent un accès facile aux services de soins prénatals dans la municipalité de Hohoe au Ghana: résultats d'une recherche-action participative

Sitsofe Gbogbo^{1,2}, Martin Amogre Ayanore¹, Yeetey Enuameh³, Cornelia Schweppe²

1École de santé publique, Université de la santé et des sciences connexes, Ho, Ghana 2Institut d'éducation, Université Johannes Gutenberg de Mayence, Allemagne

3Ecole de santé publique, Université des sciences et technologies de Kwame Nkrumah, Kumasi, Ghana

Contexte: Les complications liées à la grossesse chez les adolescentes sont la principale cause de mortalité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. Les mères adolescentes courent

un plus grand risque de développer une endométrite puerpérale, une éclampsie et une infection systémique que les femmes plus âgées. Les soins prénatals offrent la possibilité de diagnostiquer et de traiter de telles complications, améliorant ainsi les résultats de la grossesse pour les mères et les bébés.

Pour réaliser le Programme de développement durable des Nations Unies d'ici 2030, il reste encore beaucoup à faire pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes et les décès maternels. Les décès lors de l'accouchement dans les pays en développement sont 14 fois plus élevés que ceux des pays développés et les progrès en matière d'éradication de la grossesse chez les adolescentes sont lents.

Méthodes: La recherche-action participative (RAP) est une approche de recherche qui collecte systématiquement des données empiriques et les analyses dans le but de prendre des mesures pour apporter des changements. En utilisant cette approche, nous avons exploré les connaissances, les préférences et les composantes des soins prénatals des mères adolescentes qui devaient être améliorées pour améliorer les services de santé maternelle et infantile durables.

L'étude a été réalisée dans la municipalité de Hohoe en partenariat avec l'hôpital municipal de Hohoe. Des animateurs de 4 communautés ont soutenu le recrutement et la collecte de données des participants. Six discussions de groupe ciblées ont été organisées avec des mères adolescentes, 20 entretiens approfondis avec des adolescentes enceintes et 6 sages-femmes ont également été interrogées. Les données enregistrées ont été transcrites, codées, analysées de manière thématique, interprétées et par conséquent cartographiées lors de l'évaluation et de la discussion des participants et des animateurs.

Résultats: Les résultats ont révélé que les mères adolescentes se heurtaient à des obstacles financiers limitant leur accès aux soins prénatals. L'attitude peu amicale des prestataires de soins de santé et les établissements de santé dotés de ressources limitées Les établissements de santé non équipés font partie des obstacles signalés à l'accès des mères adolescentes aux services de santé.

Conclusions: Une large consultation des parties prenantes et la participation à la conception de services de soins prénatals communautaires peuvent contribuer à améliorer l'accès et à limiter les obstacles aux services de soins prénatals pour adolescentes. Il est essentiel d'améliorer la formation des professionnels de la santé, l'accès aux médicaments, les services de laboratoire et une interaction accrue entre le prestataire et la mère, afin d'améliorer les résultats pour la santé des mères adolescentes. Le personnel des établissements de santé doit prioriser les besoins en soins prénatals non satisfaits des mères adolescentes afin d'assurer des améliorations constantes au niveau de la communauté et des établissements.

Une recherche d'action participative pour les analyses des goulots d'étranglement du système de santé dans un programme de prévention de la transmission mère/enfant du VIH au Nigéria.

Ejimai Eboreime^{1,2*}, Lawal Abubakar³, Usman Garba³, Nonhlanhla Nxumalo¹, John Eyles¹

¹Centre pour la politique de santé, École de santé publique, Université de Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

² Département de la planification, de la recherche et des statistiques ; Agence nationale de soins de santé primaires, Abuja, Nigéria

³ Agence de soins de santé primaires de l'État de Kaduna, Kaduna, Nigéria

Contexte : La recherche-action participative est une approche de la recherche qui permet l'action par un cycle de réflexion par lequel les participants collectent et analysent des données dans des contextes réels et déterminent les actions à prendre. Elle diminue la barrière entre les chercheurs et les sujets de recherche en habilitant les exécutants de programmes à devenir des chercheurs partenaires contre les objets de recherche (répondants). Cet article décrit l'utilisation de la recherche participative pour identifier les goulots d'étranglement du système de santé dans le programme PTME dans deux zones de gouvernement local du Nigéria en 2016. Le Nigéria représente environ 30% du MTCT au niveau global.

Méthodes : En utilisant la recherche participative, nous avons appuyé les gestionnaires de programmes dans les deux localités pour mener une analyse des goulots d'étranglement sur les interventions de PTME en utilisant un modèle modifié de Tanahashi. Le modèle mesure six déterminants de la « couverture effective » des interventions de « traceur » : disponibilité des produits de santé essentiels et des ressources humaines, accessibilité, acceptabilité, utilisation continue et l'impact/qualité des interventions livrées. Les goulots d'étranglement sont identifiés comme des lacunes pour une couverture optimale de chaque déterminant. Les interventions de traçage comprennent : le dépistage du VIH et le counseling, les ARV pour la PTME et le dépistage du VIH infantile.

Les gestionnaires du programme ont été soutenus pour identifier les contraintes en utilisant les données de routine analysées sur un outil BNA basé sur MS-Excel. Des techniques comme l'assaut cérébral, "5 Whys", les diagrammes d'affinité et de conducteur, ont été utilisés pour effectuer l'analyse des causes profondes.

Résultats: Nous avons constaté que la couverture efficace dans toutes les interventions des traceurs était très médiocre. Cela s'explique en grande partie par la faiblesse de la demande de services et par la mauvaise répartition géographique des structures d'intervention. En général, les établissements de santé fournissant des services de PTME disposent d'un approvisionnement relativement bon en matières premières et de ressources humaines formées pour fournir des services. Du côté de la demande, il y avait plus d'acceptabilité et de continuité des services par les femmes fréquentant les CPN comparativement à d'autres interventions. Malgré la disponibilité des matières premières et des ressources humaines, 39% et 100% des femmes enceintes séropositives ne recevaient pas d'ARV dans les deux localités respectivement. Contrairement aux lignes directrices sur les politiques et les programmes, 78 à 100% des enfants exposés au VIH n'ont pas fait de prélèvements sanguins pour les tests de PCR dans les deux mois suivant la naissance. De plus, 82 à 100% des enfants exposés au VIH dont les échantillons de sang ont été prélevés pour le test PCR dans les deux mois ont été positifs, ce qui indique des taux de transmission verticaux élevés. Des plans d'action ont été élaborés par les gestionnaires pour traiter et assurer le suivi de ces goulots d'étranglement. Les résultats détaillés sont présentés dans les tableaux et figures.

Conclusions : Notre étude démontre que la BNA utilisant une approche de recherche participative est efficace pour identifier les contraintes des systèmes de santé. Ainsi, il peut être très utile d'aider les gestionnaires locaux de la santé à remédier rapidement aux contraintes du programme, dans les limites des ressources disponibles.

Le régime de services des sages-femmes : Une comparaison qualitative des déterminants contextuels de la performance de deux États dans le centre du Nigéria.

Dr Arnold Okpani, Seye Abimbola***

**National Primary Health Care Development Agency*

***University of Sydney, Australia*

Contexte: Le Gouvernement fédéral du Nigéria a lancé le programme de services des sages-femmes en 2009 pour remédier à la rareté des travailleurs de la santé qualifiés dans les collectivités rurales en redistribuant temporairement les sages-femmes des communautés urbaines aux collectivités rurales. Le régime a été conçu comme une collaboration entre les gouvernements fédéral, étatique et local. Depuis plus de six ans, cette étude examine les facteurs contextuels qui représentent les différences de performance du régime à Benue et Kogi, deux États contigus dans le centre du Nigéria.

Méthodes : Nous avons obtenu des données qualitatives à travers 14 entretiens approfondis et 2 discussions de groupe: 14 fonctionnaires fédéraux, étatiques et locaux ont été interrogés pour étudier leurs perceptions sur la conception, la mise en œuvre et la durabilité du régime de service des sages-femmes. En outre, les mères des communautés rurales ont participé à deux discussions de groupe (une dans chaque État) pour susciter leur point de vue sur les services du régime de services des sages-femmes. Les données qualitatives ont été analysées pour alimenter des thèmes.

Résultats : L'incapacité du Gouvernement fédéral à influencer substantiellement le programme de soins de santé des gouvernements locaux a été un obstacle important à la réalisation des objectifs du programme de services des sages-femmes. Les participants ont identifié des différences dans les priorités gouvernementales en matière de soins de santé primaires entre Benue et Kogi en ce qui concerne les résultats relatifs à la santé maternelle et infantile dans ces États : Kogi était beaucoup plus largement favorable au régime de services des sages-femmes et aux soins de santé primaires. Les frais d'utilisation élevés à Benue constituaient un obstacle important à l'adoption des services de santé maternelle et infantile disponibles.

Conclusion: Les différents niveaux d'appui politique et de hiérarchisation, parallèlement aux barrières financières, contribuent substantiellement à l'adoption des services de santé maternelle et infantile. Pour que les stratégies du secteur de la santé collaborent pour obtenir un impact suffisant, lorsque les instances fédérales déterminent leurs priorités en matière de soins de santé, elles doivent être accompagnées d'un engagement fort et exécutoire des gouvernements locaux.

OS 17 – L'effet de la gestion des ressources humaines sur les performances dans les hôpitaux en Afrique Subsaharienne.

**Philipos Gile, **Professeur Joris van de klundert, *Martina Buljac*

**Higher Education Institutions Partnership; and Erasmus University Rotterdam*

*** Prince Mohammad Bin Salman College for Business & Entrepreneurship King Abdullah Economic City Kingdom of Saudi Arabia*

Les systèmes de santé, en particulier les hôpitaux dans les pays à faible revenu (LIC) principalement en Afrique subsaharienne (SSA) font face aux grands défis de main-d'œuvre d'effort de santé de travail tout en ayant à traiter avec des charges élevées extraordinaires de la maladie. L'efficacité de la gestion des ressources humaines (HRM) est donc d'un intérêt particulier pour ces hôpitaux en SSA. Bien que, en général, la relation entre le HRM et la performance de l'hôpital soit largement étudiée, la plupart des preuves empiriques sous-jacentes vient des pays occidentaux, et peut avoir une validité limitée dans les SSA. La preuve sur cette relation pour les hôpitaux en SSA est rare et dispersée. Nous présentons un

examen systématique des études empiriques sur la relation entre le HRM et la performance dans les hôpitaux SSA. Suivant le protocole PRISMA et la recherche dans sept bases de données (i. e. Embase, Medline, Web de la science, Cochrane, PubMed, Cinahl, Google scholar) a donné 2252 hits, et un total de 111 inclus des études qui représentent 19 sur 45 pays SSA.

D'un point de vue RH, la plupart des études ont étudié les faisceaux HRM qui combinent les pratiques des pratiques domaines de motivation améliorer, améliorer les compétences et l'autonomisation. Les pratiques d'amélioration de la motivation ont été les plus fréquemment recherchées, suivies de pratiques d'amélioration des compétences et de pratiques d'amélioration de l'autonomisation. Peu d'études ont porté sur les pratiques de HRM simples (au lieu de faisceaux). La formation et l'éducation étaient des pratiques suivies par des tâches.

D'un point de vue du rendement, notre examen révèle que les résultats des employés (infirmières, médecins, sages-femmes) et les résultats organisationnels sont fréquemment recherchés, tandis que les résultats de l'équipe et les résultats des patients sont nettement moins recherchés.

La plupart des études rapportent des interventions en RH pour avoir une incidence positive sur la performance d'une manière ou d'une autre. Comme les chercheurs ont étudié une grande variété d'interventions et de résultats, notre analyse ne permet pas de présenter un ensemble structuré de relations efficaces une à une entre les interventions en RH et les mesures de rendement. Au lieu de cela, nous constatons que des améliorations spécifiques des résultats peuvent être apportées par différentes interventions des RH, et inversement des interventions semblables de RH sont rapportées pour affecter différentes mesures de résultats.

Compte tenu de la forte charge de la maladie, notre examen a identifié peu de remarquables preuves sur la relation entre les RH et les résultats des patients. De plus, la preuve présentée ne parvient souvent pas à fournir des caractéristiques contextuelles qui soient susceptibles d'induire une variété dans les effets des performances des interventions RH. Coordination des efforts de recherche pour faire avancer la base de données probantes.

Mots- clés : HRM, SSA, résultat des employés, performance de l'équipe, résultat patient, hôpital, main-d'œuvre santé, système de santé pays à faible revenu, examen systématique

OS 18 – Promotion de l'accès à des soins et à des services de santé mentale de qualité et adaptés aux besoins au Ghana.

Dre Gina Teddy, Centre pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé, Institut de gestion et d'administration publique du Ghana. P.O.Box AH 50, Achimota-Accra.

James Duah, Association chrétienne de santé du Ghana

Wendy Abbey, Centre de défense des droits de l'homme (wendy@hracghana.org)

Francis Acquah, Fondation pour la santé mentale et le bien-être

Dr. Cynthia Sotie, Service de santé du Ghana, Unité de santé mentale

La maladie mentale est considérée comme une épidémie dans toute l'Afrique en raison de contraintes financières, structurelles et politiques systématiques. Historiquement, la maladie mentale a été négligée en Afrique en raison de ressources limitées et allouées, du manque d'infrastructures, de l'inaccessibilité aux services de santé, d'une profonde stigmatisation, de la piètre qualité des soins et de croyances superstitieuses concernant la cause de la maladie mentale. Au Ghana, l'accès aux services de santé mentale continue à être remis en cause

malgré l'amélioration récente des cadres politiques et juridiques. Les troubles mentaux affectent plus de 2,8 millions de personnes au Ghana, mais seulement 2% d'entre eux ont accès à des services de santé mentale de base. Entre temps, le pays ne compte que trois hôpitaux psychiatriques spécialisés, 16 psychiatres et 1 558 infirmières psychiatriques. Malgré les efforts déployés récemment pour intégrer les services de santé mentale et de santé générale, des contraintes systématiques ont entraîné des lacunes dans le traitement, la qualité et le soutien des services de santé mentale et générale.

Cette session organisée a pour objectif de créer une plate-forme de discussion et de collaboration pour le développement de la santé mentale au Ghana en réunissant des acteurs clés afin de débattre de leur rôle, leurs fonctions et leurs capacités en vue d'améliorer et de maintenir les soins et les services de santé mentale au Ghana. La participation de ces participants à la session montrera comment la collaboration peut permettre aux organisations d'identifier des propositions et des stratégies concrètes pour améliorer les services de santé mentale accessibles à tous au Ghana.

L'objectif principal de la session est de présenter différentes contributions potentielles de l'organisation à l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale, d'engager les organisations dans un débat / débat utile (avec d'autres participants à la session) pour identifier des réponses stratégiques pratiques et pratiques aux défis des gouvernements et des ONG et d'autres acteurs dans le domaine de la santé mentale pour atteindre la couverture sanitaire universelle et améliorer les services de santé mentale primaires.

Plusieurs interventions sont en cours pour résoudre certains des problèmes liés aux soins de santé mentale et à la fourniture de services au Ghana.

- L'Association chrétienne de la santé du Ghana (CHAG), en collaboration avec UKAID, a lancé plusieurs interventions pour améliorer l'accès aux services de santé mentale.
- Le Centre de défense des droits de l'homme (HRAC) et la Fondation pour la santé mentale et le bien-être (MHWF) fournissent des informations factuelles et plaident en faveur d'une amélioration des services de santé mentale de qualité dans les secteurs formel et informel.
- Le Service de Santé du Ghana est un partenaire stratégique pour la promotion des services de santé mentale intégrés dans tout le pays. Il est toutefois confronté à de graves problèmes qui créent des lacunes dans leurs pratiques et leurs mandats.
- Le Centre de recherche sur les systèmes et les politiques de santé préconise de promouvoir et d'améliorer l'accès aux soins et services de santé mentale avec le soutien d'institutions officielles telles que les lieux de travail et les écoles. Ces institutions sociales ont pour mandat moral de favoriser le mieux-être et la santé mentale de leurs employés et de leurs étudiants.

Chacune de ces institutions s'attaque aux facteurs influant sur l'accès aux soins de santé mentale et cherche à améliorer la participation des individus et des communautés aux soins et aux services.

Les institutions s'attaquent à des problèmes allant de l'allocation des ressources à l'efficacité des prestations de services, en passant par les populations négligées et en utilisant les structures communautaires comme moyens novateurs de promouvoir l'accès aux soins de santé mentale.

Cette session organisée fournit deux types différents de «conclusions principales»; (a) les présentations individuelles démontrent les capacités organisationnelles exceptionnelles déjà disponibles au Ghana qui peuvent travailler en collaboration pour améliorer l'accès aux services de santé mentale; (b) la discussion des panélistes et leur engagement simultané avec les participants à la session généreront des options pour une collaboration continue

après la session - options à présenter au gouvernement et aux autres, et pour encourager la collaboration en cours.

Cette session est organisée par le Centre de recherche sur les systèmes et les politiques de santé afin de créer une plate-forme pour promouvoir l'accès à des services de santé mentale de qualité dans toutes les institutions du Ghana, grâce à la collaboration des décideurs, des défenseurs, des chercheurs et des responsables de la mise en œuvre des politiques, afin de répondre aux besoins des institutions défaits associés à l'accès aux services de santé mentale.

Résumés Individuels

Résumé n ° 1

Sujet: Améliorer la vie des personnes atteintes de maladies mentales au Ghana: évaluation de l'impact des services de santé mentale intégrés l'Association chrétienne de la santé du Ghana (CHAG

Dr. James Duah, Association chrétienne de santé du Ghana

Introduction et objectif: Comme dans la plupart des pays en développement, les besoins du Ghana en matière de santé mentale ne sont pas satisfaits, avec des ressources limitées, des dépenses de santé mal réparties et de multiples obstacles aux services de santé. Le CHAG, en collaboration avec UKAID, a lancé plusieurs interventions dans le cadre du programme de soutien au secteur de la santé pour le gouvernement du Ghana (HSSP) afin de réduire ces lacunes dans l'accès et la promotion des soins de santé mentale. Cette évaluation d'impact évalue les résultats du projet en termes de réduction de la stigmatisation associée à la santé mentale; réintégrer les personnes traitées pour maladie mentale dans la communauté; et améliorer l'accès par l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires.

Méthodes: Cette étude d'évaluation a porté sur neuf installations réparties dans trois régions: les régions d'Ashanti, de Brong Ahafo et du Nord. Une approche méthodologique mixte combinant à dessein primaire et secondaire. Des enquêtes, des entretiens, une analyse documentaire et des discussions de groupe ont permis d'obtenir des données qualitatives et quantitatives approfondies pour orienter l'évaluation. Toutes les données ont été analysées de manière appropriée.

Résultats: L'étude a révélé que malgré le fait que 90% des répondants soient conscients de la santé mentale, la stigmatisation à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux est encore élevée (70%), en raison de la perception qui en découle. Un tiers des répondants (35%) pensent que la DPM est mal traitée et 45% ont perçu que leur relation avec la communauté était médiocre. Cependant, les services intégrés ont permis de comprendre les troubles mentaux grâce à la sensibilisation des agents de santé. 73% des répondants ont compris que la santé mentale était une maladie du cerveau, contre 16% et 11% d'entre eux qui la considéraient comme une malédiction et une attaque spirituelle, résultant respectivement de la consommation de drogues. Depuis l'intégration de la santé mentale, l'accès aux services de santé mentale a considérablement augmenté de plus de 96%. Les patients peuvent accéder aux soins de santé dans leurs centres locaux ou régionaux, tandis que 30% déclarent être pris en charge par des agents de santé communautaires dans leurs communautés, alors qu'ils ne dépendent que de services psychiatriques spécialisés situés en dehors de leurs communautés. L'accès à l'information, aux médicaments, aux moyens de transport et aux médicaments de substitution demeurerait une préoccupation majeure. Les survivants de troubles mentaux ont noté que l'intégration dans la communauté était encore

très faible et que leur principale préoccupation concernait le financement des soins, la qualité et la réactivité des soins de santé mentale.

Discussion et conclusion: L'étude a montré comment des services intégrés pertinents doivent être associés à la réactivité, à la disponibilité des ressources et à la sensibilisation continue des membres de la communauté à la santé mentale. Nous avons conclu que le gouvernement peut tirer des enseignements de l'expérience de CHAG en matière de mise en œuvre de services de santé mentale intégrés afin d'éviter certains des problèmes énumérés, en particulier l'amélioration de la qualité des services de santé mentale et la réduction des niveaux de stigmatisation.

Résumé n° 2

Sujet: Promotion d'un accès de qualité aux services de soins de santé mentale à l'aide de structures communautaires telles que les centres de santé mentale traditionnels au Ghana

Wendy Abbey et George Owoo, Centre de défense des droits de l'homme

Introduction et objectif: Le Ghana, comme beaucoup de pays en développement, est reconnu pour ses avancées significatives à la fin des objectifs du Millénaire pour le développement. Pourtant, très peu de progrès ont été réalisés en matière de santé mentale, d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, qui ont conduit à des inégalités, à l'inaccessibilité et à l'exclusion sociale des personnes qui ont désespérément besoin de services de santé mentale. On estime que 2,8 millions de personnes vivent avec un handicap mental au Ghana, mais moins de 2% ont accès aux services de santé mentale. Les difficultés systématiques rencontrées dans la fourniture de services de santé mentale touchent l'ensemble du pays, entraînant un écart de traitement d'environ 98%. Les centres traditionnels de santé mentale (TMHC) sont des systèmes communautaires qui complètent les services de santé mentale officiels. Pourtant, il existe un manque général de connaissance et de compréhension des pratiques, des services, de la gestion, de la réglementation, des droits et des responsabilités des TMHC au Ghana. Cette étude explore le rôle des TMHC dans la fourniture de services de santé mentale, la qualité des soins, tout en générant une compréhension de leurs pratiques, de leurs réglementations et du respect des normes de qualité.

Méthodes: Utilisant une approche exploratoire, cette étude est menée dans toutes les régions du Ghana en utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives pour solliciter des informations primaires et secondaires auprès des communautés et des TMHC, tout en préconisant des améliorations de la santé mentale au niveau des communautés.

Résultats: L'étude a révélé des obstacles extraordinaires à l'accès aux services de santé mentale au Ghana, qui entraînaient l'inégalité et l'exclusion sociale des personnes vivant avec un handicap mental des services de santé de base, imputables au manque de services et à des facteurs socioculturels. Les conclusions préliminaires ont révélé le rôle important des TMHC dans la complémentarité des services de santé mentale formels au Ghana. Les TMHC traitent de la causalité spirituelle et physique de la déficience mentale, présumée par les camps de prière, les guérisseurs traditionnels, les herboristes et les centres de traitement spirituel. Pourtant, leurs fonctions, pratiques, services et la qualité des soins étaient peu ou pas réglementés, ce qui entraînait de nombreuses condamnations pour maltraitance et mauvais traitement de personnes souffrant d'un handicap mental qui sollicitaient les services de TMHC.

Discussion & Conclusion: Cette étude conclut en préconisant une approche multisectorielle par les communautés, les chercheurs, les ONG et l'autorité de santé mentale afin de normaliser, réglementer, développer et améliorer le travail des TMHC au Ghana. Nous mettons l'accent sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour que les TMHC soient réactives et fournissent des services de santé mentale dignes aux clients. Les enseignements politiques tirés de cette étude éclaireront les connaissances, les pratiques, la réglementation et les politiques guidant les pratiques des TMHC dans les communautés ghanéennes afin de créer un système de santé communautaire dynamique.

Résumé n ° 3

Sujet: Le rôle des services de santé du Ghana dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle grâce à des services de santé mentale intégrés au Ghana

Dre Cynthia Sottie, Service de santé du Ghana, Unité de la santé mentale

Introduction et objectif: Le Service de santé du Ghana est un partenaire stratégique pour la promotion de services de santé mentale intégrés à travers le Ghana. Le département de santé mentale de la division des soins institutionnels (cliniques) du service de santé du Ghana est chargé de coordonner, superviser, surveiller et développer les services de santé mentale en établissement et dans la communauté afin d'améliorer l'accessibilité, la disponibilité et l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires. Ce mandat recoupe directement celui de la Régie de la santé mentale, dont le mandat principal est de proposer, de promouvoir et de mettre en œuvre des politiques de santé mentale tout en offrant des soins de santé mentale intégrés et adaptés à la culture. Ces mandats visent la collaboration des deux institutions en vue d'améliorer les soins et les services de santé mentale dans le secteur public. Cependant, cela a créé des doubles emplois et des conflits en termes de financement, de responsabilité et d'allocation de ressources. Cette présentation vise à discuter des effets de la politique de santé mentale intégrée sur le service de santé du Ghana et à plaider en faveur d'un effort de collaboration efficace en vue de la réalisation des mandats politiques.

Méthodes: Cette étude s'appuie largement sur des données quantitatives de routine, une analyse documentaire et des politiques institutionnelles en matière de santé mentale dans l'ensemble du secteur de la santé. Des services OPD psychiatriques sont fournis dans les 10 régions du Ghana, mais les cas des hôpitaux régionaux dotés d'ailes psychiatriques spécialisées sont également examinés.

Constatations: L'examen préliminaire des données a montré que, malgré la fourniture de services OPD psychiatriques dans les 10 régions et 216 districts du Ghana, seuls trois hôpitaux régionaux sont équipés pour fournir des services de santé mentale OPD et en attente. Sinon, les régions restantes admettent et gèrent certains cas de troubles mentaux dans les quartiers généraux. Dans les districts, les services sont limités aux soins OPD et aux activités de soins communautaires dispensés par des infirmières psychiatriques communautaires et des agents de santé mentale communautaires ou des assistants médicaux en psychiatrie. Parallèlement, en raison des ressources humaines, des ressources financières et logistiques limitées et de la capacité des prestataires de soins de santé généraux, les services de santé mentale fonctionnent toujours parallèlement aux soins de santé primaires et sont mal intégrés.

Il existe également une grave pénurie de médicaments psychotropes en raison du système d'approvisionnement irrégulier. Le financement du soutien aux services de santé mentale

communautaires est un autre défi, tout comme le traitement des travailleurs en santé mentale. Ils sont fortement stigmatisés autant que leurs patients et leurs soignants.

Discussion & Conclusion: Nous suggérons que si les politiques gouvernementales visant à promouvoir la santé mentale intégrée au Ghana ont été ciblées sur différentes institutions et acteurs du secteur de la santé, leur mise en œuvre a été entravée par le manque de clarté des rôles et des responsabilités, une communication médiocre et le manque des ressources créant un écart de pratique. Cela a eu un impact sur les agents de santé, les utilisateurs de services et la prestation de services dans son ensemble, en raison du manque de coordination et de clarté de la loi sur la santé mentale ainsi que d'autres politiques.

Résumé n° 4

Sujet: L'impact du soutien organisationnel sur les problèmes de santé mentale en milieu de travail et à l'école au Ghana - Un appel à la défense des intérêts

Dre Gina Teddy, Centre de recherche sur les systèmes et les politiques de santé, GIMPA

Introduction et objectif: Les problèmes de santé mentale provoquent de la détresse chez les individus et leurs familles. Au Ghana, une personne sur cinq souffre de maladie mentale. C'est l'un des plus grands défis sociaux et sanitaires du pays, mais son aide est très limitée. La plupart des personnes atteintes de troubles mentaux se sentent réconfortées au travail et dans leur réseau social en raison du sens de l'identité et du but que cela crée. Le travail contribue au bien-être de notre santé mentale, car il fournit une source de revenu, un sentiment d'identité, un contact et une amitié avec les autres, une structure stable ou routinière et des possibilités d'acquiescer des réalisations et de contribuer à la réalisation d'un objectif. Au contraire, le travail ou les études peuvent également avoir un impact négatif sur notre santé mentale en raison du stress et de l'anxiété au travail, des mauvaises relations avec vos collègues, du type de rôles professionnels et de l'exposition aux éléments. Si le travail provoque une hypomanie, il devient un facteur de stress. Dans le même temps, les personnes atteintes de troubles mentaux risquent de subir la stigmatisation ou d'être traitées injustement en raison de leur problème de santé mentale. Et cela cause de l'anxiété pour la PMD Cet appel à la sensibilisation vise à sensibiliser le public à la question et à amener les principaux intervenants à s'engager à apporter un soutien à la santé mentale sur le lieu de travail et dans les écoles.

Méthodologie: La principale méthode de collecte de données consistait en un débat de forum ouvert par le biais de la participation des parties prenantes au grand public. Un groupe de panélistes a dirigé la discussion, qui a ensuite été ouverte aux participants pour qu'ils répondent à des questions éclairées par une analyse littéraire. Les commentaires ont été enregistrés et analysés afin de dégager le message clé pour définir le programme de plaidoyer. Une plateforme similaire sera utilisée pour plaider en faveur de l'inclusion dans la santé mentale au travail et dans les écoles.

Constatations: La discussion a révélé que, malgré l'obligation incombant aux employeurs d'assurer le bien-être de leurs employés, très peu de protection, voire aucune protection n'est fournie pour le bien-être et la santé mentale des employés. Les législations ne sont pas contrôlées correctement chaque semaine, et le retour au travail après une maladie mentale est pratiquement inexistant, ce qui rend la vie des survivants difficile. En outre, la plupart des jeunes ont des problèmes de santé mentale. Certains de ces jeunes ont des problèmes de santé mentale, comme la dépression, l'anxiété, la toxicomanie, etc., qu'ils soient traités par de nombreux adultes, qu'ils soient soignés ou non, les jeunes vont à l'école. Et les

problèmes auxquels ils sont confrontés se transforment en problèmes majeurs rencontrés dans les écoles. Ils commencent par des absences chroniques, des résultats médiocres, des comportements perturbateurs, des abandons scolaires et des suicides. En 2017, le taux de suicide dans notre université a augmenté de façon spectaculaire et était principalement attribué à la maladie mentale. Les écoles jouent un rôle dans l'identification des élèves ayant des problèmes de santé mentale et les aident à réussir. Mais la plupart des éducateurs n'ont ni la capacité ni les ressources pour s'attaquer à la santé mentale. Les personnes formées à cette tâche se noient souvent dans des dossiers extrêmement volumineux avec des ressources insuffisantes.

Discussion et conclusion: La prestation de services de santé mentale sur le lieu de travail met en évidence l'importance du travail et de l'inclusion. Les institutions de travail soutiennent difficilement leurs employés et la plupart des écoles négligent leurs responsabilités envers leurs étudiants. Étant donné que la plupart des gens passent la majeure partie de leur temps sur leur lieu de travail ou à l'école, ces institutions doivent être tenues de fournir un soutien en matière de mieux-être et de santé mentale à leurs employés et à leurs étudiants. En tant que pseudo systèmes et réseaux sociaux, leur rôle dans la promotion du bien-être mental et de la bonne santé ne peut être négligé.

OS 19 – Sécuriser les SSP pour tous dans une assurance maladie volontaire : leçons tirées de la collaboration NHIA-KOFIH au Ghana

Le régime national d'assurance maladie du Ghana vise à assurer la couverture maladie universelle aux soins de santé primaires pour tous les Ghanéens. Toutefois, depuis l'adoption de la première loi en 2003 et le début de sa mise en œuvre en 2004, il a lutté pour atteindre la couverture universelle de la population avec une protection financière pour son ensemble de soins primaires défini pour tous les Ghanéens. Dans le cadre de sa collaboration avec la Fondation coréenne pour les soins de santé internationaux, la NHIA a mené une évaluation qualitative et quantitative de base dans la région de la Volta au Ghana afin d'explorer, décrire et analyser les enjeux, les raisons et les modalités de la couverture universelle de la population et des ressources financières. Le système d'inscription volontaire a été identifié comme l'un des obstacles à la couverture universelle de la population. Cela fonctionnait en synergie avec d'autres obstacles, tels que l'accès et la qualité des services, ainsi que le déficit de financement du SNIS. À la suite de l'étude de base, une intervention visant à stimuler des taux plus élevés d'inscription volontaire a été mise en place. Ce panel présente les conclusions de l'évaluation initiale, l'intervention visant à stimuler l'inscription volontaire et les résultats de l'intervention en trois présentations de 15 à 20 minutes chacune. Il est suivi d'une discussion avec un groupe d'experts sur la voie à suivre pour le Ghana. La discussion explore les moyens de rendre l'inscription obligatoire obligatoire compte tenu des leçons que nous avons apprises sur les défis de l'inscription volontaire. La Corée du Sud a réussi à obtenir la scolarisation obligatoire et la couverture sanitaire universelle, et des leçons tirées de l'expérience de la Corée du Sud sont présentées dans le cadre de la discussion en groupe. La structure de la session est résumée comme suit:

1. Remarques introductives / remarques du président de séance
2. Trois présentations initiales de 10 minutes chacune (résumés ci-joints)

3. Interactions avec les présentateurs et un panel multipartite sur les moyens d'augmenter le nombre d'inscriptions et de faire en sorte que le taux de scolarisation des ménages soit obligatoire pour pouvoir atteindre la CSU.

4. Contributions, questions, discussion et interaction avec le public (25 minutes).

5. Résumé / conclusions de clôture et commentaires du président de séance (5 minutes)

Résumé 1 Titre: L'universel dans la CSU et le régime national d'assurance maladie du Ghana: défis et dilemmes de la politique et de la mise en œuvre d'un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Résumé 2 Titre: Améliorer l'inscription sur le NHIS afin de parvenir à la CSU: une enquête pour explorer les obstacles et les facilitateurs à l'inscription parmi les membres du NHIS de la région de la Volta.

Résumé 3 Titre: Expérimentation visant à stimuler l'inscription volontaire par l'extension des unités d'enregistrement et l'intensification de la formation des membres au bureau de district.

Les présentateurs :

1. Mariam Musah, directrice principale de la recherche, autorité nationale de l'assurance maladie
2. Eric Nsiah-Boateng, responsable principal des politiques, autorité nationale de l'assurance maladie

Membres du panel de discussion

3. Dr Baaba Selby, directeur général adjoint, Opérations, autorité nationale de l'assurance maladie,
4. Professeur Irene Agyepong, Service de la santé du Ghana, Division de la recherche et du développement, Centre de recherche sur la santé de Dodowa
5. Professeur Soonman Kwon, Professeur à la School of Public Health de l'Université nationale de Séoul / Président de la Korean Health Economic Association
6. M. Chibum Shin, Directeur de l'équipe Afrique-Amérique latine, KOFIH
7. Dr. Yanghee Kim, Directeur adjoint de la coopération mondiale, NHIS Corée

OS 20 – Amélioration de l'inscription au Régime National d'Assurance Maladie (NHIS) pour atteindre la CSU : Une enquête pour explorer les obstacles et les avantages à s'inscrire parmi les membres du NHIS dans la région de la Volta.

Contexte : Faible inscription est l'un des principaux défis pour de nombreux systèmes d'assurance sociale de santé avec inscription volontaire et le Ghana n'en fait pas exception. La CSU exige une couverture complète de la population. En outre, si la CSU doit être financé

efficacement par l'intermédiaire de SHI, le pool de risques doit être suffisamment grand pour répartir suffisamment les risques et éviter la sélection défavorable. Il est donc important de comprendre les obstacles et amener les habitants à s'inscrire et à rester inscrits au NHIS du Ghana.

Objectifs de l'étude : L'objectif de cette étude était de décrire et de quantifier l'étendue des obstacles et des catalyses pour l'inscription et le renouvellement des inscriptions au NHIS.

Méthodes : La conception de l'étude a été une enquête intersectorielle d'un échantillon de probabilité de ménages dans tous les (17) districts de la région de la Volta du Ghana. 918 ménages ont été échantillonnés. Nous avons adopté la conception de l'échantillonnage stratifié au Ghana Living Standards Survey (GLSS6). Le cadre d'échantillonnage de l'échantillon à base de ménages était la liste de toutes les zones d'énumération de 1200 (EA) délimitées de la GLSS6 dont 117 EA provenaient de la région de la Volta avec des données correspondantes au nombre de ménages. L'échantillon représentatif régional de ménages pour l'enquête dans la région était basé sur une conception de cluster stratifié à deux étages. Dans le sondage, nous avons recueilli des renseignements sur l'utilisation des services de santé, la santé générale et la recherche de comportements, la connaissance du NHIS, la volonté de payer les primes du NHIS, l'anthropométrie, les caractéristiques démographiques et domestiques.

Principaux résultats : 50 % des répondants des ménages étaient actifs (des membres porteurs de carte valable) et le reste était inactif (non inscrit et non renouvelé). Membres actifs étaient plus susceptibles d'avoir une éducation formelle supérieure ($P=0.000$), plus de connaissances sur les processus/prestations de NHIS ($P=0.000$) et vivent plus près du bureau de district de NHIS que leurs homologues inactifs ($P=0.000$). Ces facteurs ont facilité l'inscription et la qualité de membre. Les membres actifs ont également évalué leur état de santé et choisi l'individu – état de santé signalé pour être beaucoup plus pauvre que la population non inscrite pointant vers le phénomène de la sélection défavorable. 95 % des répondants inactifs étaient disposés à s'inscrire, tandis que 99 % des membres actifs étaient disposés à poursuivre leur inscription.

Conclusions: Les résultats suggèrent que pour que le NHIS augmente l'inscription et finalement atteigne l'UHC, il doit examiner ses processus d'inscription et d'éducation afin de faciliter l'accès aux bureaux de district et une meilleure compréhension des processus d'inscription. L'inscription obligatoire des ménages sera également nécessaire pour limiter le choix défavorable.

« Universel » dans le cadre national d'assurance maladie de la CSU et du Ghana : Obstacles à la conception et à la mise en œuvre de la politique, défis rencontrés par un pays à faible revenu.

Agyepong I.A., Abankwah D.N.Y., Abroso A., ChangBae Chun, Joseph Nii Otoo Dadoo, Shinye Lee, Sylvester A. Mensah, Mariam Musah, Adwoa Twum, Juwhan Oh, Jinha Park, DoogHoon Yang, Kijong Yoon, Nathaniel Otoo et Francis Asenso-Boadi
BMC – Service de Recherche Sanitaire.

Contexte : Malgré la couverture universelle de la population et l'équité étant un objectif de politique déclaré de son NHIS, plus d'une décennie depuis le passage de la première loi en 2003, le Ghana continue de lutter avec la façon d'y arriver. Le NHIS d'impôt principalement (environ 70 %) ont actuellement un taux d'inscription actif planant autour de 40 % de la population. Cette étude a exploré les catalyses et les obstacles à l'inscription dans le NHIS pour fournir des leçons et des aperçus pour le Ghana et d'autres pays à revenu faible et

moyen (LMIC) en atteignant l'objectif d'universalité dans la couverture de santé universelle (CSU).

Méthodes: Nous avons mené une étude sectorielle mixte de méthodes mixtes d'un district urbain et rural dans une région du Sud du Ghana. Les données proviennent de l'examen des documents, de l'analyse des données de routine sur les inscriptions, des entrevues approfondies avec le gouvernement local, le régime d'assurance régional et le personnel du fournisseur et les entrevues en profondeur des membres et des groupes de discussion.

Résultats : La couverture démographique dans les districts d'étude n'a pas progressé vers un quasi-universel en raison de l'échec d'un grand nombre de ceux qui s'étaient déjà inscrits pour renouveler régulièrement chaque année, comme l'exige la politique du NHIS. Les facteurs facilitant et permettant l'inscription étaient motivés par les détails de conception du schéma qui émanent de la politique de niveau national et de la formulation du programme, l'acheteur de première ligne et les arrangements de mise en œuvre du personnel de fournisseur et des facteurs contextuels. Les facteurs inter-connexes et travaillés ensemble pour affecter l'expérience du client du régime, qui n'était pas toujours la même que l'intention de la politique déclarée. Cela a également affecté la décision de s'inscrire et de rester inscrit.

Conclusions: la politique et la conception des programmes de la CSU doivent être telles que l'inscription est effectivement obligatoire dans la pratique. Elle exige également une attention et une réactivité réelles et potentielles d'abonnés, d'acheteurs et de fournisseurs (intervenants) et de comportements connexes générés aux niveaux d'implémentation.

Mots-clés : Couverture de santé universelle, politique, mise en œuvre, régime national d'assurance-maladie, Ghana, Pays à revenu faible et moyen.

L'expérience de stimuler l'adhésion volontaire par la multiplication des unités d'enregistrement et l'intensification de la formation des membres du bureau du district.

Contexte : Les résultats des études qualitatives et quantitatives ont informé le développement et l'évaluation d'une intervention de deux composantes pour l'augmentation des inscriptions volontaires. Les deux composantes de l'intervention ont été l'Expansion de l'unité d'inscription et de l'information et de l'éducation. L'objectif ultime des deux interventions était d'augmenter l'inscription des résidents dans les districts d'intervention :

Renforcement des connaissances sur le NHIS, ses processus d'inscription et ses avantages grâce à l'éducation et à la communication.

Encouragement de l'enregistrement du groupe de personnes et décourageant l'enregistrement individuel.

Placement de l'inscription plus proche des personnes

Objectifs de l'étude : L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact des interventions sur les inscriptions volontaires au NHIS

Méthodes : La conception de l'étude était une conception quasi-expérimentale de pré-test et post-test de contrôle de groupe. Deux districts ont été sélectionnés au hasard sur les 17 districts de la région de la Volta pour piloter chacune des interventions respectivement et un district a été choisi comme contrôle de comparaison. Kadjebi district a mis en œuvre l'unité

d'enregistrement d'intervention d'expansion tandis que le district de Ketu Nord a mis en œuvre l'information et l'intervention de l'Education. Tongu Nord a été sélectionné comme district de contrôle. Dans chacun des trois districts, avant et après, les données d'inscription de routine ont été recueillies et analysées pour comparaison. Les interventions ont été réalisées simultanément pendant 9 mois (25 octobre 2016-31 juillet 2017) après lesquelles les numéros d'inscription des trois districts ont été analysés. Données administratives (données d'inscription de routine) au cours de la période d'intervention ont été comparées avec des données d'inscription 9 mois avant l'intervention (25 Octobre 2015 - 31 Juillet 2016).

Principaux résultats : L'analyse a révélé une diminution des taux d'inscription dans l'ensemble des trois districts qui reflètent la tendance nationale depuis 2012. Les taux de diminution dans les districts d'intervention ont été plus lents que dans le district de contrôle (P pour 0,001). Cela signifie qu'en raison des interventions, le taux d'inscription de Kadjebi était de 7% de moins que le Tongu Nord, alors que le taux d'inscription de Nord Ketu était de 5% de moins que celui de Tongu Nord, ce qui implique qu'en l'absence des deux interventions, les taux d'inscription dans les districts Kadjebi et Ketu Nord auraient diminué à un rythme similaire à celui de Tongu Nord.

District	Avant	Après	Différence
North Tongu	40.1%	28.6%	11.4%
Ketu North	35.7%	29.4%	6.4%
Kadjebi	44.2%	39.7%	4.4%

Conclusions : Bien qu'il y ait eu une diminution générale de l'inscription, l'intervention de l'Unité d'inscription Expansion Unit a fait mieux que l'intervention sur les informations et l'éducation du NHIS. Cependant, il n'a pas encore apporté l'inscription à proximité des niveaux souhaités de l'universel. Il sera important de trouver des interventions qui rendent l'inscription obligatoire plutôt que volontaire.

Économie de la santé publique : Implications sur la pratique de la recherche en Afrique.

Nana Anokye, Dr Justice Nonvignon**:*

**Université de Brunel London, HERG*

*** Département de la santé, Planification et gestion, École de santé publique, Université du Ghana, Legon.*

Les tendances actuelles dans le monde de la santé présentent une image alarmante de l'élargissement de la disparité en santé dans le monde. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les systèmes de santé sont maintenant confrontés à un fardeau croissant des maladies non transmissibles (MNT) en plus de s'attaquer à un fardeau élevé de maladies transmissibles. Les MNT, suite à de nouvelles habitudes de vie, sont en hausse dans les pays riches. Globalement, l'espérance de vie moyenne à la naissance est passée de 67 en 2000 à 72 ans en 2016. Cependant, il existe une variation significative de l'espérance de vie entre les régions, par exemple, 62 ans en Afrique et 78 ans en Europe (OMS 2018).

Ces tendances présentent des défis complexes pour les systèmes de santé mondiaux et nationaux. En particulier, cela nécessite des approches novatrices mais politiques et contextuelles pertinentes pour décrire les problèmes de santé, identifier et aider les

décideurs à définir les priorités (OMS 2017). Cependant, cette base de données probantes dans la santé mondiale, en particulier en économie, est rare et fragmentée. Ceci est partiellement attribuable aux défis méthodologiques associés à la recherche économique en santé publique.

Dans cette session proposée, une collection de trois documents présente diverses politiques pertinentes, approches méthodologiques pour faire face aux défis dans l'économie de l'activité physique. La session mettra en lumière les pratiques de recherche actuelles et les nouveaux résultats afin d'informer les pratiques de recherche en Afrique et la formulation de programmes et de politiques rentables. Elle offrira une plateforme internationale pour partager les points de vue et débattre des défis complexes de recherche pour la santé mondiale.

Références bibliographiques:

WHO (2018). Global health observatory data. Geneva, WHO 2018.

WHO (2017). 10 facts on the state of global health. Geneva, WHO 2017.

Intégrer la demande dans l'évaluation économique des interventions de santé publique : Etude de cas d'un schéma de référencement amélioré basé sur l'internet.

Anokye N, Groupe de Recherche d'Économie de Santé, Département des Sciences Cliniques, Université de Brunel de Londres.

La réflexion sur la diversité dans une population est essentielle pour maximiser l'efficacité potentielle des interventions de santé publique. Cependant, jusqu'à présent, les méthodes d'évaluation économique des interventions en santé publique tiennent rarement compte des caractéristiques qui influencent la prise en charge et la durabilité des interventions (par ex. âge, sexe, état de santé). S'appuyant sur les méthodes d'une analyse coût-efficacité d'un schéma d'orientation de l'exercice augmentée, la présentation utilise une approche novatrice de simulation de niveau individuel pour modéliser l'efficacité des coûts et démontre comment la demande pourrait être fusionnée avec l'évaluation économique comme partie d'un multi centre RCT.

Les analyses ont été deux fois - à court terme (en cours d'essai) analyse de rapport coût-efficacité (de la base à 12 mois post randomisation) et à long terme analyse de l'efficacité économique (modélisation de simulation de niveau individuel des attentes à long terme pour la rentabilité), pour le schéma d'orientation d'exercice augmentée utilisant le support comportemental basé sur le Web par rapport au schéma standard d'orientation d'exercice. Les prestataires de soins de santé, les services sociaux personnels et les perspectives des patients ont été utilisés. Le modèle de simulation permet aux individus de faire l'expérience des événements (par exemple, l'intervention de PA, apparition de maladies cardiaques, le diabète, la dépression) à des moments de leur vie qui sont influencés par leurs caractéristiques et les niveaux d'activité. Les données utilisées pour remplir les paramètres du modèle ont été tirées des meilleurs examens de preuves. Le modèle est basé sur un modèle analytique pertinent existant (a informé 3 directives de santé publique au Royaume-Uni). L'analyse à court terme de l'efficacité économique utilise les données d'utilisation des ressources pour *leLifeGuide*, et technicien ; support d'exercice et d'exercices (p. ex. la durée et la fréquence) fournis par le technicien ; Accompagner le coach et les professionnels de la santé, respectivement ; fourniture et exécution des séances d'exercices aux centres de loisirs ; santé et services sociaux personnels.

Le résultat principal de l'analyse économique est un coût supplémentaire par année de vie ajustée de qualité (QALY - basé sur EQ5D5L). Les cas de CVD/diabète/dépression évités sont également signalés. Les coûts sont présentés séparément, pour des perspectives différentes (p. ex. les prestataires de soins de santé et les participants) et décomposés en trois catégories : coûts au niveau du programme de l'exercice augmentée de référence ; coûts du régime de l'assurance ; et les économies de traitements évités. L'incertitude entourant les résultats est présentée en utilisant l'efficacité : courbe d'acceptabilité. La discussion met en lumière les considérations d'adaptation du modèle économique à l'analyse du rapport qualité-prix des interventions en Afrique.

Évaluer l'efficacité des coûts des essais multinationaux et factoriels : Formation en Internet pour les cliniciens de soins primaires sur la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires aiguës.

Oppong R , Unité de l'Économie de la Santé, Institut de la Recherche Appliquée à la Santé, Université de Birminham

Cette étude met en évidence certains des défis liés à l'analyse économique des essais multinationaux et factoriels ainsi que ceux associés à l'évaluation économique des interventions qui considèrent l'utilisation des antibiotiques.

La sur-prescription d'antibiotiques par les médecins généraux est considérée comme un moteur majeur de la résistance aux antibiotiques. La formation des généralistes en communication et en protéines C-réactives (CRP) qui testent les deux semblent efficaces pour réduire cette prescription. Toutefois, la rentabilité n'a pas été déterminée. Cette étude évalue le coût-efficacité de (i) la formation des généralistes (GP) dans l'utilisation des tests CRP, (ii) formation des généralistes dans les compétences en communication et (iii) la formation des GP dans les tests CRP et les compétences de communication par rapport aux soins habituels.

Les analyses économiques (analyse des coûts-utilitaires (CUA) comptabilisant le coût de la résistance aux antibiotiques et de l'analyse de l'efficacité des coûts (CEA)) ont été conduites dans une perspective de santé avec un horizon de 28 jours à côté d'une multinationale, cluster, randomisée, essai factoriel contrôlé chez les patients présentant des infections respiratoires dans cinq pays européens. Les mesures de résultats primaires étaient des QALY et des réductions de pourcentage dans la prescription d'antibiotiques. Une modélisation hiérarchique a été utilisée pour estimer une augmentation du coût par QALY et une réduction progressive des coûts par pourcentage de la prescription d'antibiotiques.

Dans l'ensemble, les résultats de la CUA et de la CEA ont montré que la formation en communication est la plus rentable. Toutefois, à l'exclusion du coût de la résistance aux antibiotiques, la CUA a entraîné des soins habituels étant l'option la plus rentable. On présente également des résultats spécifiques à chaque pays. La formation sur Internet en compétences de communication est une intervention rentable pour réduire les prescriptions d'antibiotiques pour les infections des voies respiratoires dans les soins primaires si le coût de la résistance aux antibiotiques est pris en compte.

Synthèse des évidences pour la prise de décision : Les méthodes ou les obstacles méthodologiques ? Le cas des évaluations de la validité des critères de Volonté De Payer.

Kanya L, Département de Politique de Santé, Ecole d'Économie et des Sciences Politiques Londres

L'importance de la preuve synthétisée dans la mise en évidence et la quantification de l'ampleur des avantages et des coûts des interventions variées est reconnue. Cela favorise la prise de décisions relatives à l'acceptabilité, à l'abordabilité et à la viabilité des interventions et des politiques et, éventuellement les décisions sur l'allocation des ressources. En dépit de son application limitée en matière de santé, l'analyse des coûts en utilisant la Volonté De Payer (VDP) technique est un outil puissant pour évaluer directement à la fois les coûts et les avantages des interventions, résumant les deux métriques en termes monétaires. Selon le contexte du système de santé, les estimations de la VDP pourraient fournir des signaux de prix crédibles pour la prise de décisions sur les niveaux d'investissement et de subvention. Dans un environnement de diminution des ressources pour les soins de santé, ceux qui sont prêts à payer pour les services devraient avoir la possibilité de payer à un prix qui leur est abordable avec des mécanismes de protection adéquats en place pour ceux qui en ont besoin.

La prise en compte des enquêtes de LA VDP dans l'analyse de CBA est souvent remplie avec les préoccupations entourant le critère de validité des estimations. Cette présentation présente une synthèse exhaustive des études de la VDP dans différents secteurs. Bien que des méthodes de recherche standard de base aient été employées pour récupérer des articles, la majorité a été obtenue par la liste de références et les recherches d'auteur. Une méta-analyse d'effets aléatoires n'était possible que pour une proportion des articles. Les défis avec les autres articles comprenaient des rapports incomplets et mixtes des estimations qui entravaient les comparaisons et, dans certains cas, des rapports non normalisés des évaluations.

Alors que les critiques de la méthode citent l'absence potentielle de critère de validité des estimations de la VDP, les examens soulignent les questions méthodologiques avec la conduite et la présentation de ces évaluations. Cela comprend la variété dans les termes utilisés pour décrire les évaluations de validité des critères et, les données recueillies et rapportées pour une gamme d'attributs importants qui pourraient informer la synthèse des estimations de telles analyses et de ces conclusions. Plusieurs évaluations empiriques ont été faites depuis la dernière synthèse des évaluations de validité des critères réalisée il y a plus de dix ans. Toutefois, il ne semble pas y avoir eu de croissance notable dans les méthodes utilisées pour mener à bien les évaluations de validité des données et des critères, et dans le rapport de ces résultats.

D'après les conclusions de cet examen, il est fait état de l'élaboration de lignes directrices relatives à la conduite et à la présentation des évaluations de validité des critères en matière de santé. Une session de renforcement des compétences guidées impliquant les participants à la session organisée sera utilisée pour délibérer sur ce que ces critères peuvent ressembler à des évaluations de validité des critères, avec des demandes larges pour d'autres études empiriques.

Session Parallèle 7 – Sessions Organisées

OS 21 – Santé et Droits liés à la Reproduction Sexuelle (SDRS): un investissement intelligent vers la réalisation des ODD à l’horizon 2030

Président de Session: Chinwe Ogbonna, Responsable du Réseau des Pays à Revenus Intermédiaires, Bureau du FNUAP pour l’Afrique de l’Est et du Sud.

Objectifs de la Session :

- Investissements Internationaux, continentaux, régionaux et nationaux pour une couverture effective d’un package minimal complet de soins, le financement de la SDRS, le financement de la protection des risques pour les groupes sociaux les plus vulnérables à travers des régimes pro-équité et la promotion de la satisfaction des patients.
- Assurer la participation des économistes africains de la Santé aux travaux de SDRS en 2019 et au-delà.

Methodologie: La session plénière adoptera la formule de table ronde avec modérateur en plénière et une session interactive avec possibilité d’intervention de l’audience.

Structure de la session:

Partie I: La session est planifiée pour une heure et demie :

- (5 min) annonces administratives
- (5 min) Introduction par le Président de Session
- (50 min) pour chacun des intervenants
 - Coûts, Investissement et financement de la SDRS : Une approche globale et par pays ; Dr Howard Friedman, Technicien Spécialiste du FNUAP, Siège du FNUAP
 - Inclusion du PF et ASRH dans le package d’avantages du Régime National Ghanéen d’Assurance Maladie ; justificatif, méthodologie et résultats attendus, **xxxx** Service Sanitaire du Ghana
 - Exemples d’investissements nationaux : Garantir l’accès Universel à la SDRS
- (25 min), discussion facilitée avec l’audience, avec questions/réponses, commentaires et contributions, etc.
- (5 min), Mot de la fin par le Président de Session

Session Parallèle 7 – Présentations orales

Session Parallèle 7-1 Allocation des ressources, efficacité et gestion 1

Évaluation de l'effet du Financement Basé sur les Performances (FBP) sur la qualité des soins de santé au Nigéria : Expériences des états pilotes dans le cadre du Projet d'Investissement Sanitaire Etatique du Nigéria (NSHIP).

Mashin Muhammad

Michael C. Ajuluchuku, Senior Medical Officer, National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA),

Muhammad Mashin, Principal Planning Officer, National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA),

Binta Ismail, National Project Coordinator (NPC), National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA),

Ismail N. Salihu, Senior Medical Officer, National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA),

Ndidi F. Ijeh, Senior Planning Officer (SPO), National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA),

Chidinma Paul-Iyaji, Senior Planning Officer (SPO), National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA),

Introduction : Les systèmes de santé sont mesurés par les indices de santé de la population ainsi que la qualité des soins fournis. Entre 2000 et 2010, le système de santé nigérian occupait le troisième des pires systèmes de santé au monde. Ces faibles indices de santé ont entraîné la disparition des objectifs du Millénaire pour les OMD dans le pays. Le diagnostic du système de santé nigérian a révélé une série de problèmes systémiques, notamment une forte fragmentation/mauvaise coordination, de faibles incitations, une faible efficacité technique, des ruptures chroniques de médicaments essentiels, une infrastructure/équipement délabré et l'absence de mesure systématique de la qualité des soins de santé et des performances du système. Pour remédier à ces problèmes systémiques, le Nigéria utilise un crédit de la Banque mondiale pour mettre en œuvre le projet d'investissement en santé de l'État du Nigéria (NSHIP) axé sur le financement basé sur le rendement (FBP) dans trois États qui ont introduit une série de mesures y compris la mesure systématique quantifiée de l'examen de la qualité/du rendement des projets, la coordination institutionnelle, l'autonomie à tous les niveaux de mise en œuvre et le renforcement des systèmes existants. Cette étude a donc évalué les effets de la NSHIP sur la qualité des soins de santé au Nigéria et l'évaluation du rôle des principes du FBP dans l'amélioration des mécanismes de coordination.

Matériel et Méthodes: L'étude a utilisé des méthodes de recherche mixtes dans lesquelles des sources de données primaires et secondaires ont été recueillies pour analyse. Les données secondaires ont été obtenues à partir du portail NSHIP, tandis que les données primaires comprennent des entretiens avec les intervenants impliqués dans la mise en œuvre de NSHIP. Des statistiques descriptives simples et des méthodes qualitatives ont été utilisées pour l'analyse des données.

Résultats: L'étude a trouvé une influence positive de NSHIP sur les mécanismes de coordination dans les États d'exécution. La compréhension du concept de qualité de soins répartis entre les agents de santé de première ligne et l'analyse des données a également révélé une amélioration de la qualité des soins de 25% en moyenne à environ 70%. La faible discordance des résultats de l'enquête communautaire sur la satisfaction des clients (CCSS) a également montré une cohérence dans la qualité des soins de santé et une meilleure relation fournisseur-patient.

Discussions/Conclusion: L'introduction du NSHIP a influencé les états de mise en œuvre de plusieurs façons. Les États NSHIP ont adopté le modèle de vérification des données du FBP pour examiner les informations relatives au registre des structures de santé avant de les télécharger dans une instance nationale de données. Les trois États se sont trouvés bien informés de la qualité des soins. Par conséquent, les soins, le respect et le suivi des patients se sont améliorés. En outre, le FBP a renforcé les séparations claires des fonctions parmi les principales parties prenantes à tous les niveaux de la mise en œuvre. L'étude a recommandé qu'il soit nécessaire d'étendre le FBP à un plus grand nombre d'États afin de contourner les indices de santé de la population au Nigéria.

Les tableaux de bord des performances peuvent-ils favoriser la participation communautaire à l'application réglementaire ? Une évaluation des processus d'une intervention réglementaire innovante au Kenya.

Irene Khayoni, Université de Strathmore Nairobi

Contexte: De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire reconnaissent les limites des approches traditionnelles de prescription et de contrôle de la réglementation des structures, ce qui conduit à l'émergence de modèles novateurs, notamment des stratégies réglementaires réactives et de l'utilisation accrue des technologies de l'information. Toutefois, les innovations réglementaires demeurent principalement axées sur les fournisseurs. Peu d'efforts ont été déployés pour concevoir des modèles qui incorporent les utilisateurs de services. Au Kenya, le Ministère de la Santé et les organismes de réglementation ont mis au point et piloté un régime de réglementation fondé sur le risque, appelé l'évaluation de la sécurité des effets sur le Patient Kenyan (KePSIE), qui a impliqué des inspections intensifiées en utilisant une seule liste complète. Une innovation clé a été l'affichage de tableaux de bord de performance dans les établissements de santé. Ces tableaux de bord ont permis d'évaluer les performances d'inspection de A (les plus élevés), B, C ou D, et ont fourni des conseils sur l'interprétation de ces scores. Nous avons mené une étude qualitative pour explorer la mise en œuvre et l'impact perçu des tableaux de bord affichés publiquement.

Méthodes: L'étude a été menée dans les trois comtés pilotes de KePSIE (Kakamega, Kilifi et Meru) utilisant une approche qualitative. Nous avons mené des interviews approfondies chez des agents de la santé, des inspecteurs, des patients, des représentants de la collectivité des établissements de santé et des comités de santé communautaire pour obtenir une large perspective communautaire. Les interviews ont été enregistrées, transcrites et analysées en utilisant l'approche-cadre de NVIVO.

Résultats: La majorité des représentants de la collectivité, des membres du comité des patients et des structures de santé n'avaient pas vu ou compris la carte de classement malgré leur affichage dans les installations. Cette carte de score n'a pas atteint le public

cible, mais la plupart des agents de la santé ont été embarrassés par ces scores et se sont sentis motivés à se conformer aux normes minimales de base.

Alors que certains estimaient que les points de vue peuvent influencer les patients en fonction du choix de l'installation, la majorité estimait que les scores des structures sanitaires n'influenceraient pas le choix des établissements en raison des problèmes d'accès géographique.

Conclusion: Le tableau de bord est un outil important qui peut être utilisé pour encourager les structures sanitaires à se conformer aux normes minimales de sécurité. Dans ce cas, la plupart des patients et des représentants de la communauté que nous avons interviewés n'avaient pas vu les cartes et ne pouvaient pas les interpréter correctement même lorsque nous les leur avons montrés. A ce titre, il serait rentable d'impliquer un peu plus les bénévoles en santé communautaire dans l'éducation du public au sujet des tableaux de bord, car ils semblaient être plus passionnés.

Modèles et pertinence des références chirurgicales au Malawi.

Pittalis C, Mwapasa G, Gajewski J : Collège Royal de Chirurgiens, Ireland

Contexte : Les conditions de chirurgie sont une charge de santé croissante au Malawi, en particulier dans les zones rurales où l'accès aux soins chirurgicaux continue d'être grandement inéquitable. Des services de santé de qualité au niveau districtal et des réseaux de référence efficaces pour les soins avancés dans des établissements de niveau supérieur sont essentiels pour assurer un accès adéquat à la chirurgie salvatrice pour les populations rurales. Cependant, les services d'aiguillage actuels au Malawi sont faibles et ne sont pas très rationalisés, ce qui mène à une utilisation sous-optimale des ressources publiques.

Buts et objectifs : Le but de cette étude était d'examiner les cas chirurgicaux communément mentionnés à Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) à Blantyre, le plus grand hôpital du Malawi, pour retenir des modèles de référence et identifier les inefficacités dans le système de référence.

Méthodologie: Les données sur les renvois chirurgicaux inter-hôpitaux à QECH ont été recueillies de manière prospective de janvier 2014 à décembre 2015, en utilisant des diagrammes de patients dans les blocs opératoires. On a inclus des renvois de tous les hôpitaux de tous les niveaux. Auto-référence et patients envoyés par les services de santé de première ligne (i. e. les centres de santé et les hôpitaux communautaires) ont été exclus. Les statistiques descriptives ont été calculées à l'aide du SPSS. Un sous-échantillon représentatif de 257 références (20% de l'échantillon complet) a été évalué pour la pertinence et la qualité.

Résultats: Le QECH a reçu un total de 1380 références chirurgicales pendant la période d'étude, avec une moyenne de 58 par mois. 59% étaient des patients masculins. 80% ont été référés par les hôpitaux de district du gouvernement. Les trois premières conditions chirurgicales reçues étaient des tumeurs (24%), des affections gastro-intestinales (22%) et des anomalies congénitales (11%). L'analyse de la pertinence effectuée sur un sous-échantillon de cas (n=257) a révélé qu'environ 1 cas sur 3 a été renvoyé inutilement. Dans la majorité de ces cas (n=85), le type et la gravité des conditions auraient pu être gérés localement dans les hôpitaux de district et les renvois n'étaient pas justifiés par des circonstances particulières affectant la fourniture de services (par exemple le manque d'équipement, de fournitures ou de personnel). Dans plus de 80 % des cas, il n'y avait pas de communication avec le QECH avant le renvoi, et 41 % des cas étaient mal diagnostiqués ou

avaient des diagnostics incomplets par les cliniciens référant. 40 % des cas n'ont pas été renvoyés en temps opportun.

Conclusion: L'amélioration des processus de renvoi, y compris une meilleure communication entre les hôpitaux de référence et recommandés, est d'urgence nécessaire pour améliorer l'accès aux soins chirurgicaux en temps opportun pour les populations rurales. Cela conduira à une meilleure utilisation des ressources publiques et, finalement, à l'efficacité et à la réactivité du système.

Bureaucratie de rue : Le paludisme dans la mise en œuvre de la politique de grossesse dans neuf structures de santé du Ghana.

Matilda Aberese-Ako, University of Health and Allied Sciences

Introduction : La malaria pendant la grossesse ne cesse d'être une maladie affaiblissante et les gouvernements en Afrique subsaharienne continuent de faire des efforts pour l'en empêcher et la gérer afin de réduire les résultats négatifs. Actuellement, des interventions telles que les ITN, IPTp et le traitement du paludisme dans la grossesse ont été mises en œuvre au Ghana. En utilisant des méthodes d'étude ethnographiques, cette étude a cherché à comprendre la dynamique de la fourniture des soins de santé et la réponse des femmes enceintes utilisant des interventions de paludisme dans neuf structures de santé au Ghana.

Méthodes: L'étude a employé l'ethnographie à travers des interviews de profondeur, des études de cas et des observations dans des cliniques prénatales dans cinq installations sanitaires gouvernementales et trois installations de l'Association chrétienne de santé durant neuf mois dans deux régions ghanéennes. On a également fait des observations dans les pharmacies et les laboratoires des établissements de santé. En outre, des interviews ont eu lieu avec les fournisseurs de soins, les administrateurs, les femmes enceintes et les gardiens de la communauté pour comprendre comment les soins de santé sont organisés. Toutes les procédures éthiques ont été suivies. Les données ont été analysées en utilisant une méthode basée sur la théorie de l'approche. Les résultats sont fondés sur des analyses.

Résultats : Les résultats suggèrent que les structures sanitaires ont fait face à l'échec du gouvernement en leur remboursant les coûts engagés dans le traitement des clients et des stocks de médicaments et de fournitures médicales en les transmettant aux clients, en payant des frais de services de santé gratuits. Les femmes enceintes payées ont contribué avec 50 % du coût des services de CPN, des médicaments de routine, du traitement du paludisme et des tests de laboratoire. Les femmes non assurées ont payé tous les services de santé. Les femmes enceintes assurées et non assurées ont payé la totalité du coût de « sulphadoxine- pyriméthamine » (SP) pour la prévention du paludisme dans sept structures. Les conséquences étaient que les établissements de santé étaient en mesure de maintenir leurs stocks et leurs installations en fonctionnement. Cependant, un bon nombre de clients qui ne pouvaient pas payer les services ne pouvaient pas avoir accès aux soins de santé. Pour ces clients, ce défi a contribué à la défaillance et à l'incapacité de payer des tests de laboratoire tels que le paludisme, la grossesse qui, parfois frustrés, nuit à leur capacité de faire de bons diagnostics cliniques.

Conclusion : L'intérêt politique a besoin du soutien continu du gouvernement et il revient aux installations de CHAG de s'assurer que les ressources sont suffisamment fournies aux structures de santé afin de leur permettre de fournir des soins critiques aux femmes enceintes, si le paludisme et les conséquences négatives doivent être contrôlés. D'autres leçons sont également tirées de cette étude.

Vers les soins de santé primaires pour tous au Ghana : Cartographie et évaluation de la capacité des structures sanitaire dans la région centrale.

Francis M. Asenso-Boadi^{*1}, Augustina Koduah², Yoriko Nakamura³, Lydia Baaba Dsane-Selby¹, Titus Sorey¹, Emmanuel Baah-Dankwah¹, Habakkuk Tarezina¹, Chris Atim³, Daniel A. Arias⁴

¹ Autorité nationale d'assurance-maladie, Ghana

² Ecole de Pharmacie, Université du Ghana

³ Résultats pour le développement

⁴ École de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg

Introduction : Le Gouvernement ghanéen s'emploie à assurer un accès équitable aux services de santé primaires de qualité (SSP) à tous les Ghanéens. Pour y parvenir, il est important de trouver des réponses à des questions telles que l'endroit où se trouvent les fournisseurs, les services qu'ils fournissent et les lacunes potentielles dans leur capacité à fournir des services cliniques et non cliniques. Depuis 2014, l'Autorité Nationale d'Assurance-Maladie (National Health Insurance Authority - NHIA), en collaboration avec le Ghana Health Service (GHS) et un consultant, a mené des exercices de cartographie pour répondre à ces questions, dans les régions Upper East, Upper West, Volta, Ashanti et Centrale. Nous nous concentrerons sur les résultats de l'exercice de cartographie des fournisseurs dans la région centrale entre mai et août 2018.

Méthodes : Un comité de pilotage technique multipartite a révisé un instrument de collecte de données existant en regard de la composition d'un ensemble de base aux SSP et de critères de dotation, d'équipement, de zone de répartition et d'heures de fonctionnement pour livrer ce paquet. Une équipe d'agents de l'information sur la santé du district, des agents de la NHIA et un consultant en HFG ont entrepris cet exercice.

Résultats : L'exercice a cartographié 1 093 établissements de santé cliniques et non cliniques dans la région centrale. La planification communautaire de la santé et des services (CHPS) a constitué la majorité des prestataires cliniques (63 pour cent) suivis par des centres de santé (15 pour cent) et ceux-ci sont une partie critique de l'accès de la population aux SSP. Il y a cependant des lacunes dans la capacité des ressources humaines à fournir les SSP parce que lorsque les critères de capacité de dotation de niveau 1 (c.-à-d. présence d'au moins un assistant médical, une infirmière, une assistante de dispensaire et un agent de santé communautaire) sont appliquées, seulement 6 pour cent des prestataires cliniques répondent aux critères et pourraient servir de fournisseurs autonomes de SSP. Aucun composé CHPS ne répond à ces critères. De même, lorsque les critères de capacité de niveau 2 (c.-à-d. présence d'au moins un assistant médical et un agent de santé communautaire) sont appliquées, 46 pour cent des fournisseurs de services cliniques répondent aux critères et pourraient servir de fournisseurs autonomes de SSP. L'équipement essentiel nécessaire pour les soins de santé primaires est manquant comme seulement 18 pour cent des établissements de santé clinique ont l'ensemble complet de l'équipement considéré nécessaire pour fournir des services de SSP.

Conclusion : L'exercice de cartographie des fournisseurs dans la région centrale fournit un ensemble de référence important pour informer les services de SSP et les efforts visant à assurer une couverture sanitaire universelle. Cette information est susceptible d'être dynamique et critique pour les processus de prestation des services politiques, et doit donc être régulièrement mis à jour pour suivre les investissements réalisés dans le secteur de la santé et dans les zones géographiques avec le plus grand besoin et les déficits les plus sévères.

Rendre la supervision durable dans les services de santé primaires au Nigéria.

Ezinna Enwereji, Abia State University

Introduction: L'avantage de la supervision dans la gestion des ressources humaines dans les soins de santé primaires n'est souvent pas réalisé dans les pays en développement, y compris le Nigeria. Traditionnellement, les services de supervision ont mis l'accent sur des questions administratives telles que l'inspection des installations, l'utilisation des ressources, la logistique, l'examen des dossiers et la communication des informations du plus haut niveau au plus bas sans égard à la facilitation. Les superviseurs accusent généralement les individus plutôt que de chercher des causes profondes dans des processus défectueux. Pour cette raison, les systèmes de supervision traditionnels n'ont pas suffisamment habilité le personnel à s'engager dans la résolution de problèmes ou à prendre des initiatives pour améliorer la qualité des services et l'accès aux clients.

Objectif: Le document vise à identifier les lacunes et les limitations qui jouent contre la supervision des soins de santé primaires.

Matériel et méthode: L'étude a observé des lacunes documentées dans les styles de supervision dans les centres de santé primaires de l'État d'Abia. Les données ont été générées par une analyse de la littérature pertinente et des expériences professionnelles. Une formation de deux jours sur la formation a été fournie aux superviseurs. La formation a mis l'accent sur l'auto-évaluation, l'évaluation par les pairs, la participation communautaire pour changer la supervision des installations et la collecte de statistiques de service pour se concentrer sur la performance des tâches cliniques et la résolution des problèmes. L'analyse des résultats a été qualitative.

Résultats: Les points suivants ont été identifiés comme étant les problèmes systémiques qui ont restreint la supervision efficace dans les centres de soins de santé primaires:

- le manque de planification et/ou de formation du personnel
- l'incapacité à définir les priorités dans les services fournis
- la pénurie de ressources (homme, matériel et finance)
- Visites épisodiques des superviseurs
- la non-adhésion du personnel à l'éthique du travail
- le détournement des ressources
- le manque de stabilité financière
- le manque de responsabilisation et
- le moral des agents de la santé en raison de mesures répressives

L'étude a révélé que faciliter l'apprentissage de l'emploi a favorisé les services de santé de qualité, le travail d'équipe de haut niveau et a augmenté la capacité de résolution des problèmes techniques des agents de santé.

Conclusion: Sur la formation professionnelle, tant formelle qu'informelle, que ce soit au cours d'une réunion, d'une discussion avec les pairs et les réunions en dehors du lieu de travail la supervision de soutien améliorera le travail des agents de santé et leur permettra de revoir leurs performances par rapport aux normes.

Session Parallèle 7-2 Maladies non transmissibles

Obstacles et opportunités pour la gestion des Maladies Non Transmissibles (MNT) dans les structures de Soins de Santé Primaires : Leçons tirées d'une analyse de la fréquentation de structures de traitement du diabète et de l'hypertension.

Caroline Gitonga¹, Sarah Kedenge¹, Alice Tarus¹, Albert Orwa¹, Caroline Kyalo¹, Eddine Sarroukh¹.

¹Philips Research Africa

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont la principale cause de décès à l'échelle internationale. En 2015, les MNT ont fait 39.8 millions (71.3 %) sur les 55.8 millions de morts répertoriés. Il y a quelques décennies, les Pays les Moins Avancés ou à Revenu Intermédiaire (PMA) ont opéré une transition épidémiologique, passant d'une majorité de décès et d'infirmités causées par les maladies contagieuses à une forte augmentation des décès dus aux MNT. L'incapacité des systèmes de santé des PMA à faire face au fardeau des MNT est évidente, au regard des taux de plus en plus élevés de morts prématurées. La réponse à l'épidémie de MNT dans les PMA passe par la réorganisation des établissements où elles sont prises en charge, au niveau des structures de Soins de Santé Primaires SSP).

Pour étudier le degré d'opérationnalité des structures de SSP dans la prise en charge des MNT, nous avons entrepris une évaluation des pratiques cliniques et de la fréquentation des services ambulatoires pour le diabète et l'hypertension dans 3 structures de SSP et 3 structures de haut niveau toutes situées dans le Comté de Kiambu au Kenya. Les résultats de l'analyse ont montré que dans les structures de SSP, il y avait un grand vide quant aux politiques de prise en charge des MNT, qu'elles faisaient souvent face à des ruptures de stocks de médicaments, qu'elle avaient une faible capacité d'adaptation, et que le système d'information était insuffisant voire inexistant pour fournir des données sur les MNT. De plus, ces structures manquaient terriblement de personnel, d'où une surcharge de travail pour les agents qui prenaient en charge les MNT, sans compter que ces derniers n'étaient pas assez formés. Notre étude a identifié des obstacles et des opportunités pour l'amélioration de la prise en charge du diabète et de l'hypertension dans les structures de Soins de Santé Primaires.

Corrélations entre les facteurs socio-économiques et la prévalence et début de diabète en Afrique du Sud : Constat à partir des quatre premières vagues de l'Étude des Dynamiques du Revenu National.

Velenkosini Matsebula Vimal Ranchhod

SALDRU, UCT, University of the Western Cape

Nous nous servons des données de l'Étude des Dynamiques du Revenu National pour étudier les facteurs socio-économiques qui sont en lien avec la prévalence et le début de diabète. Notre enquête s'effectue progressivement sur un échantillon de 3470 personnes âgées de quarante ans ou plus. Elles ont été interviewées quatre fois en six ans. Nous utilisons des modèles de probabilité linéaires et évaluons la probabilité de diabète comme étant liée à l'âge, à la race, au sexe, au niveau d'éducation, aux revenus, à l'activité physique et à l'obésité. Nos premières découvertes sont que le diabète est étroitement lié à l'âge et à

l'obésité. Le revenu par contre n'a pas d'effet statistiquement significatif. Notre modèle régressif montre que, parmi les individus qui s'étaient déclarés non diabétiques à la vague 1, ceux qui étaient en surpoids et ceux qui étaient pathologiquement obèses avaient 12,9 et 16,7% de chances supplémentaires d'avoir connu un début de diabète, comparativement à ceux qui avaient un IMC correcte. De plus, l'activité physique semble avoir un léger effet bénéfique sur le début de diabète, et la preuve a été quelque peu établie que les personnes les plus instruites avaient un risque moindre de développer la maladie.

Le coût d'accès aux services de soins du diabète dans le district d'Iganga, en Ouganda Orientale.

Elizabeth Ekirapa-Kiracho, David Guwatudde**, Birger Forsberg***

**Makerere École Universitaire de Santé publique,*

*** Karolinska Institut*

Introduction: Les patients dans les pays les moins avancés sont souvent confrontés à des coûts élevés d'accès aux services de santé. Cet état de fait pourrait influencer l'adhésion au traitement pour les patients diabétiques et donc une mauvaise régulation du glucose.

Objectif: Cette étude a visé à évaluer le coût des soins diabétiques d'après la perspective du patient.

Méthodes: Une approche par ingrédients a été utilisée pour évaluer les coûts directs et indirects. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens de sortie sur 130 patients diabétiques, pendant 10 visites cliniques. Une analyse des coûts a été menée en utilisant la statistique descriptive.

Résultats: Le coût annuel moyen des soins diabétiques par patient étaient de 280 \$US. Les médicaments représentaient les coûts les élevés. 86% (113 patients) ont rapporté avoir payé de l'argent principalement pour des tests de glucose de sang. La distance moyenne à la structure est de 12,6 km. 73% des patients interviewés déclarent acheter des médicaments complémentaires à leur traitement en pharmacie. La principale source de revenu pour faire face au traitement du diabète était l'épargne (47,7%) et le soutien des membres de la famille (66%). 62% ont reconnu avoir eu des interruptions dans leur traitement au cours des trois derniers mois.

Conclusions: Les patients sont confrontés à des coûts élevés dans le processus de recherche de soins diabétiques. Les principaux facteurs qui compromettent l'accès aux soins sont la cherté des médicaments et l'éloignement des centres de traitement.

Recommandations: Le gouvernement devrait réduire les dépenses directes (OPP) pour le diabète en augmentant la quantité de médicaments diabétiques et des kits de test de glucose dans les structures de santé et en fournissant les traitements diabétiques aux structures de niveau inférieur.

Établir des Priorités en se basant sur des données concrètes pour les MNT: Comment l'analyse du Retour sur Investissement peut-il soutenir la Durabilité du Programme de Filariose Lymphatique au Ghana.

Kingsley Addai Frimpong, École de Santé publique, Université du Ghana, Legon

Co-auteur: Dr. Justice Nonvignon

Contexte: La Filariosie Lymphatique est une maladie localisée dans les régions tropicales et subtropicales du monde. Elle est devenue un véritable problème de santé publique. Elle est

causée par les parasites helminth *Wuchereria Bancroft*, *Brugia malayi* et *B. timori* et transmise par les moustiques. Le programme de Filariose Lymphatique du Ghana a fait des progrès significatifs vers l'éradication de la maladie en 2020. Cependant, la finalisation du programme nécessite des ressources financières pour consolider les acquis et mener les enquêtes et études nécessaires à démontrer l'éradication.

Buts et Objectifs: L'objectif de l'étude était d'évaluer le retour sur investissement du programme d'éradication de la Filariose Lymphatique au Ghana au cours de la période 2001-2017.

Méthodes: Cette étude a adopté une évaluation économique pour rétrospectivement estimer le retour sur investissement de l'intervention sur la Filariose Lymphatique dans les 83 districts du Ghana qui ont réussi à stopper la propagation. Les données utilisées ont été recueillies de sources secondaires.

Les retours associés à la prévention de la maladie ont été analysés d'après deux perspectives : les coûts directs évités et les coûts indirects évités. Les coûts directs évités ont été estimés sur la base des coûts économiques directs de la recherche de soins (médicaments et consultations). Les coûts indirects évités ont été estimés sur la base du temps (en heures) de perte de productivité pour les patients multiplié par le revenu journalier des travailleurs informels. Le coût du programme a été estimé en utilisant le TIPAC, outil de planification de l'OMS, et des études publiées en 2002.

Conclusions: L'étude a estimé que pour chaque 1 \$US investi dans le traitement de la Filariose Lymphatique, il y avait un retour économique de 9 \$US. Le coût total de mise en œuvre du programme a été estimé à 13.832.084 \$ US. Il a aussi été prouvé que les populations bénéficiaires pourraient éviter de perdre jusqu'à 2.693.821.978,80 GHC (63.627.585,74 \$US), principalement en supprimant les dépenses médicales directes, en réduisant les dépenses des systèmes de santé et la perte de revenu potentielle. Près de 98 % du retour sur investissement ont été alloués à la prévention de la baisse de productivité et de la perte de revenu subséquente. Le coût direct total était de 10.992.612,14 \$US.

Principale Conclusion: Cette étude a fourni des données pertinentes sur les retours sur investissement. Ces données militent en faveur de la continuation et du maintien durable du programme de Filariose Lymphatique au Ghana.

Les effets des facteurs de risque liés au style de vie et des Maladies Non Transmissibles sur l'implication dans la population active en Afrique du Sud.

Nokuzo Lawana, Conseil de Recherches en Sciences Humaines, Prétoria, Afrique du Sud

Contexte : Le fardeau des facteurs de risque liés au style de vie et des Maladies Non Transmissibles en Afrique du Sud a toujours été assez lourd et en constante augmentation. La recherche disponible sur le marché du travail a mis en évidence le fait que les maladies chroniques étaient susceptibles d'empêcher que certains individus puissent faire partie de la force de travail. Par contre, nous ne maîtrisons pas encore l'impact des facteurs de risque liés au style de vie et des Maladies Non Transmissibles sur l'implication dans la population active des pays en développement. Le but de cette étude est d'examiner les effets indirects des facteurs de risque liés au style de vie associés aux MNT sur la participation à la main-d'œuvre en Afrique du Sud.

Méthodes : Les données utilisées ont été obtenues de l'Étude des Dynamiques du Revenu National. L'étude a employé des modèles probit endogènes multivariés avec une structure

réursive simultanée comme méthode d'analyse. Les effets des facteurs de risque liés au style de vie sur la participation à la population active ont été évalués indirectement en utilisant des effets marginaux d'équations simultanées.

Résultats : Le constat a révélé que les MNT et les facteurs de risque associés avaient un impact négatif sur la force de travail. L'analyse a aussi été menée en tenant compte de la différence de genre, sachant que les MNT peuvent avoir des effets différents suivant le sexe. Les résultats ont montré que les AVC et autres maladies cardiaques étaient plus importants chez les hommes, tandis que le diabète et l'hypertension étaient plus significatifs chez les femmes. Les résultats ont aussi souligné l'impact indirect significatif de l'obésité, du manque d'activité physique et de la consommation d'alcool sur la participation à la force de travail, particulièrement chez les hommes.

Conclusion : Cette étude fournit la preuve que les facteurs de risque liés au style de vie affectent la société et l'économie en provoquant des maladies non transmissibles d'une part, et en réduisant la force de travail disponible d'autre part. Les implications politiques de cette étude sont orientées sur le genre. Les résultats révèlent la nécessité de prendre des mesures institutionnelles radicales visant à améliorer la participation à la vie active des hommes atteints d'AVC et/ou autres maladies cardiaques. D'autre part, les mesures visant à améliorer l'implication des femmes diabétiques ou hypertendues (ou la prévention de ces maladies) devraient aussi être une priorité. Elles pourraient consister en une vaste campagne de sensibilisation sur les manières de prévenir et de contrôler les MNT, avec des programmes spécifiques destinés aux femmes, comme les programmes de santé maternelle. Dans une plus large mesure, les constats de l'étude suggèrent que les réponses apportées devraient prendre en compte les besoins et priorités spécifiques de chaque sexe, plutôt que les programmes « fourre-tout ».

L'incidence, les inégalités socio-économiques et les déterminants des dépenses de santé catastrophiques pour le traitement du diabète en Afrique du Sud.

Chipo Mutyambizi^{1*}, Milena Pavlova², Charles Hongoro¹, Wim Groot²,

¹ Santé Populaire, Systèmes de Santé et Innovation, Conseil de Recherche en Sciences humaines, Pretoria, Afrique du Sud

² Département de Recherche en Santé, CAPHRI, Centre Médical Universitaire de Maastricht, Faculté de Santé, Médecine et Sciences de la Vie, Université de Maastricht, Maastricht, les Pays-Bas

Contexte : Les Paiements Directs (Out Of Pocket - OOP) de services médicaux peut causer des difficultés financières. Pour les patients diabétiques qui doivent effectuer de fréquentes visites aux centres médico-sociaux, c'est une véritable préoccupation dès lors que les paiements OOP peuvent limiter l'accès aux services médicaux. Par contre, nous ne maîtrisons pas encore l'ampleur des paiements directs et leur incidence pour les patients diabétiques dans un contexte de santé subventionnée par le gouvernement Sud-Africain. Cette étude évalue l'incidence, les inégalités et les déterminants des dépenses de santé catastrophiques pour les patients diabétiques en Afrique du Sud.

Méthodes : Notre étude utilise les données d'une enquête croisée unique qui a été menée en 2017 dans deux hôpitaux publics de niveau 3 à Pretoria, Afrique du Sud. Nous évaluons les dépenses de santé catastrophiques et ses effets sur l'appauvrissement des patients diabétiques à partir des données recueillies auprès de 396 patients consentants choisis sur une base aléatoire. Les coûts liés aux soins du diabète sont considérés comme catastrophiques lorsqu'ils dépassent un seuil prédéfini. Les indices de concentration (IC) de

Erreygers ont été utilisés pour évaluer les inégalités socio-économiques dans les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des patients diabétiques. Une régression logistique multivariée a été appliquée pour identifier les déterminants des dépenses de santé catastrophiques.

Résultats : La moyenne des paiements directs OOP pour les soins du diabète était de 53 rands sud-africains par patients et par visite. Selon le seuil et la méthode utilisée, l'incidence des dépenses catastrophiques occasionnées par les soins du diabète variaient de 2 % à 26 %. Les patients indigents étaient plus concernés comme le montrent les IC négatifs. Le fait d'être une femme, sans enfant et vivre dans une famille de 5 personnes, augmente le risque de dépenses catastrophiques liées aux soins du diabète. Le fait d'être non-africain réduit ces risques.

Conclusion : Notre étude montre que la protection financière des patients diabétiques par des hôpitaux publics est limitée. Ce constat suggère que les programmes de financement de la santé des diabétiques devraient cibler davantage les indigents. C'est un impératif si on veut atteindre la Couverture Maladie Universelle en Afrique du Sud.

Mots-clés : diabète, catastrophique, appauvrissement, déterminants

L'impact économique de la Cardiopathie Rhumatismale sur les ménages Sud-Africains.

Oyeleke O., Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud.

Objectifs : En raison du manque de données sur l'impact économique de la Cardiopathie Rhumatismale, nous avons mené une enquête pour étudier les conséquences économiques de cette maladie sur les ménages en Afrique du Sud.

Méthodes : Une étude du coût-de-la-maladie a été entreprise dans 100 ménages affectés par la Cardiopathie Rhumatismale à Cape Town. Les coûts, directs et indirects, ont été évalués d'après le point de vue du patient (du ménage). La fréquence des stratégies d'adaptation a aussi été évaluée, incluant à la fois la prévention et la gestion des dépenses.

Les coûts financiers ont été estimés en Dollar Américain (\$US).

Résultats : 100 patients vivant avec la maladie ont été indexés. Des données socio-économiques supplémentaires sur des membres du ménage (n = 479) ont aussi été collectées. Les dépenses en santé ont totalisé 9.400 \$US (91 \$US par patient et par an) répartis comme suit : 4.285 \$US en coûts directs, non-médicaux, et 5.126 \$US en coûts indirects. Le total cumulé des coûts [malades hospitalisés (52 % de coûts directs et 39 % de coûts indirects) et malades en ambulatoire (48 % de coûts directs et 61 % de coûts indirects)] a été évalué à 4.200 \$US et 5.200 \$US respectivement. À un seuil de 10 % à 40 %, 4 et 8 % pour cent des ménages ont connu des dépenses de santé catastrophiques. Les stratégies d'adaptation étaient nombreuses et passaient l'emprunt (17 % des ménages), les cadeaux de personnes extérieures (15 %)... La valeur économique estimée de ces stratégies a été évaluée à 3.000 \$US. Le coût total de la Cardiopathie Rhumatismale pour les ménages moyennement affectés est estimé à environ 120 \$US par an.

Conclusions : L'impact économique de la Cardiopathie Rhumatismale en Afrique du Sud est encore considérable malgré les efforts du gouvernement dans la subvention des prestations sanitaires. Un éventail plus large et plus solide de mesures sociales est nécessaire pour atténuer les coûts non-médicaux et indirects, et ainsi minimiser les aléas financiers que connaissent les ménages dans leur gestion économique.

Maladies Non Transmissibles et résultats économiques en Afrique du Sud : Une étude de cohorte sur la période 2008-2016 à l'échelle individuelle et familiale.

Odwa Mfolozi, Université de Cape Town

Dr O Alaba, Unité d'Économie de la Santé Ecole de Santé Publique et Médecine Familiale Faculté des Sciences de la Santé Université de Cape Town

Le nombre total de personnes vivant avec des maladies non transmissibles en Afrique du sud est actuellement inconnu. Selon l'OMS (2014), les maladies non transmissibles sont responsables de 43% de tous les décès en Afrique du Sud. En 2011, ils étaient responsables de 23% des années de vie perdues et 33% des années de vie d'invalidité (Ataguba, Akazili, & McIntyre, 2011). Les maladies non transmissibles étaient sous-jacentes ou responsables de 60% des dix principales causes de décès en Afrique du Sud pour l'année 2015, (STATS SA, 2017). Les dépenses totales du gouvernement sont également inconnues, mais elles sont estimées à plus de 1 milliard rands par an pour les pays à revenu faible ou intermédiaire comme l'Afrique du Sud (OMS, 2011), (Huffman et coll., 2011). La CSU et la hiérarchisation des priorités au niveau des soins de santé primaires sont nécessaires car les MNT représentaient la moitié de la charge de morbidité mondiale, mais seulement 2% des dons internationaux par rapport au VIH représentaient 4% de la charge mondiale de morbidité recevant 29% des dons, (Allen, 2017).

Les MNT ont un impact négatif sur le marché du travail en diminuant la productivité du travail, en augmentant la mobilité des employés et en rétraction anticipée sur le marché du travail. Cet avenir diminue le revenu individuel et le revenu des ménages en particulier pour les citoyens pauvres qui portent le fardeau des maladies non transmissibles le plus lourd en Afrique du Sud. Cela contribue encore au piège de la pauvreté médicale et aggrave l'inégalité des revenus en Afrique du Sud.

En utilisant les données du panel issues de l'étude nationale sur la dynamique du revenu en Afrique du Sud, le présent document étudie l'association entre les maladies non-transmissibles et la participation au marché du travail et l'effet qu'elle a sur le revenu des ménages. Nous examinons ces associations en utilisant des modèles de régression statistique pour les ménages exposés aux MNT et les ménages non exposés aux MNT, en comparant les deux pour les différences.

Nous admettons l'hypothèse que la réduction du revenu des ménages et de la main-d'œuvre par les MNT diminue la productivité individuelle et domestique et accroît la dépendance à la fois pour l'individu et pour le ménage. Par conséquent, comme recommandé par l'OMS, les interventions individuelles spécifiques seront plus efficaces que les interventions axées sur la population pour atténuer les effets d'ondulation de la charge des maladies non transmissibles sur l'économie sud-africaine (Département National de la Santé, 2013).

Références bibliographiques :

- Allen, L. N. (2017). Financing national non-communicable disease responses. *Global Health Action*, 10(1), 1326687. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326687>
- Ataguba, J. E., Akazili, J., & McIntyre, D. (2011). Socioeconomic-related health inequality in South Africa: evidence from General Household Surveys. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-48>
- Huffman, M. D., Rao, K. D., Pichon-Riviere, A., Zhao, D., Harikrishnan, S., Ramaiya, K., ... Prabhakaran, D. (2011). A cross-sectional study of the microeconomic impact of cardiovascular disease hospitalization in four low- and middle-income countries. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020821>
- National Department of Health. (2013). *Strategic Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2017*. Department of Health. Retrieved from <http://www.hsra.ac.za/uploads/pageContent/3893/MNTs STRAT PLAN CONTENT 8 april proof.pdf>

Session Parallèle 7-3 Nouvelles tendances et débats sur le financement international de la santé

Évaluation de la performance du soutien de l'Union Africaine à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA) mission de lutte contre la maladie à virus Ebola (EVD) et rétablissement des services de santé en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

Ifeanyi Nsofor, Chikwe Ihekweazu, Ada Ezeokoli: ABUJA EpiAFRIC

Contexte: En septembre 2014, l'Union Africaine a annoncé le déploiement des agents de santé et d'autres spécialistes pour lutter contre l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest dans le cadre de son opération « soutien de l'Union africaine à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest » (ASEOWA). La réponse au déclenchement des EVD a été compliquée, avec beaucoup de pièces mobiles impliquant des milliers de fonctionnaires nationaux et internationaux.

Buts et objectifs: L'objectif était d'évaluer la performance de la mission de l'ASEOWA venant à l'appui du contrôle de l'épidémie d'Ebola et en rétablissant les services de santé en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone et de documenter les domaines du nouvel enseignement. Il était important de comprendre la meilleure façon de déployer les agents de santé à cette échelle en réponse à une urgence de santé publique, d'informer les décisions sur les futures missions. Les extrants pourraient permettre à l'Union Africaine d'identifier ses atouts, de répondre à ses faiblesses et d'utiliser les enseignements tirés pour améliorer continuellement sa façon de servir et de se rattacher à ses pays d'accueil.

Méthodes: Nous avons utilisé des méthodes qualitatives et quantitatives pour répondre aux objectifs du projet. L'échantillonnage a été utilisé pour sélectionner les participants aux « interviews » avec les répondants clés (KII) et aux « discussions de groupe de discussion » (DGGD). Un questionnaire en ligne a été testé sur le terrain et appliqué à tous les bénévoles.

Principaux résultats: 80% des participants étaient âgés de moins de 40 ans, principalement des professionnels en début de carrière, et la plupart ont décrit leur expérience comme très bonne ou excellente. Environ 60% avaient à regagner des emplois dans leur pays d'origine. La gestion des cas, le renforcement des capacités et la surveillance étaient des domaines où l'ASEOWA ajoutait une valeur particulière. Dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections, l'ASEOWA a fourni une expertise et des ressources humaines qui ont permis la réussite du « Ring approach ». Les fonctionnaires des pays d'accueil ont apprécié l'insistance de l'ASEOWA sur l'harmonisation des activités d'intervention et comme les bénévoles de l'ASEOWA ont tous été déployés pendant de longues périodes, dépassant la durée du séjour des collègues d'autres organisations partenaires, ils étaient bien reconnus et sont souvent devenus ceux qui ont la plus longue mémoire institutionnelle.

Principales conclusions: Notre évaluation a indiqué que la mission de l'ASEOWA a joué un rôle fondamental unique dans le contrôle des épidémies avec l'expertise d'un grand nombre de professionnels africains déployés, dont la capacité et la compétence ont été reconnues. La critique la plus fréquente de la Mission des volontaires et d'autres acteurs était principalement liée à la gestion de la mission, les arrangements pour la logistique, les transports, les processus et les paiements.

La CSU à travers les Soins de Santé Primaires: Pilotage privilégié des réseaux de prestataires de soins primaires au Ghana.

Koku Awoonor, **Elizabeth Hammah, *Chris Atim*

** Service de Santé du Ghana, ** Université de Recherche Co.,LLC, *** Résultats pour le Développement*

Contexte : L'étude de cartographie des fournisseurs réalisée en 2014 indique une large variabilité dans la capacité (souvent insuffisante) des prestataires de santé de fournir le paquet de services définis pour les SSP. La formation des réseaux de fournisseurs est une approche novatrice pour catalyser les fournisseurs individuels avec une capacité variable pour former des organismes de santé primaires robustes qui peuvent fournir le paquet complet de services des SSP. En septembre 2017, le Ministère de la Santé, en collaboration avec le Ghana Health Service et National Health Insurance Authority avec l'appui de l'USAID Systems for Health et R4D, a lancé un pilote de 18 mois dans 2 districts de la région de Volta du Ghana pour tester comment les arrangements de réseau peuvent influencer sur la prestation des SSP de haute qualité.

Buts et objectifs: Modèles d'essai des modèles de réseau et des arrangements de référence qui permettent à la planification communautaire de la santé et des services (CHPS) de prospérer et de faire des recommandations politiques et opérationnelles.

Méthode utilisée: "Hub-and-Spoke model model" pour former 10 réseaux. Dans ce modèle, un groupe de cliniques de CHPS (porte-parole) est relié à un centre de santé (hub) pour recevoir un appui technique et opérationnel, y compris l'accès à des fournisseurs de cadres supérieurs, les services de laboratoire, le mentorat et la supervision. Les installations de réseaux ont reçu des améliorations physiques (infrastructure et équipement) et la formation dans les opérations de réseau et de gestion.

Principaux résultats: Les observations préliminaires montrent des résultats positifs :

Un réseau composé d'un centre de santé avec des composés satellites CHPS peut travailler ensemble et partager les ressources en tant qu'unité efficace et efficiente. Les membres du réseau partagent les connaissances, l'expertise et les ressources logistiques.

Des réseaux entreprennent une planification conjointe pour traiter des problèmes communs tels que l'examen des demandes d'assurance-santé afin de minimiser le nombre de rejets.

Une observation précoce et cohérente est un système de référence plus fort, y compris des processus établis et de la documentation pour les références qui mènent à mieux informer les fournisseurs et des patients sur les cas de référence.

La mobilisation communautaire et le soutien sont variables, mais la présence d'agents de cadres supérieurs (PA ou sage-femme) pendant l'approche communautaire renforcerait l'acceptation et la confiance des communautés dans les agents de santé communautaires (CHO).

Conclusion principale: La formation et le renforcement des réseaux au niveau des soins primaires pourraient être une stratégie clé pour atteindre les soins de santé universels. Comme l'ont démontré les premières phases du projet pilote, les réseaux pourraient jouer un rôle clé dans le renforcement des capacités des fournisseurs individuels, en consolidant les systèmes de référence et en améliorant l'accès équitable aux principaux services de la CPS.

Une analyse du financement par les donateurs des ressources humaines pour les activités de santé et la migration des travailleurs de la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Angela Micah, Institute for Health Metrics and Evaluation/University of Washington

Contexte : En 2016, l'Afrique subsaharienne comptait 21% de la charge mondiale de morbidité, mais seulement 5% du personnel de santé mondial. L'un des facteurs de déséquilibre du personnel de santé mondial est la migration des agents de santé. Reconnaisant les défis liés au recrutement éthique des professionnels de la santé à l'échelle mondiale, le code de pratique mondial de l'OMS sur le recrutement international de personnel de santé a été institué en 2010. Le code incite les pays à revenu élevé à fournir une assistance financière et technique aux pays à faible revenu pour atténuer l'impact de l'émigration du personnel de santé. Alors que la question de l'émigration des agents de santé et de son impact connexe sur le système de santé a été bien décrite dans la littérature, il y a peu de preuves sur la question de l'émigration et le transfert de l'aide au développement pour les ressources de santé.

Buts et objectifs : L'objectif de cette étude est d'examiner la relation entre le flux d'aide au développement pour les ressources humaines pour la santé (DAHRH) et l'émigration des agents de santé.

Méthodes : L'étude utilise les données de la base de données de l'Institut de mesures et d'évaluation de la santé 2017 aide au développement pour la santé. Ces données font le suivi de l'aide au développement pour la santé de 1990 à 2017. Les évaluations de la DAHRH sont liées aux données sur la migration des médecins vers les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et l'Australie. Nous utilisons l'analyse de régression pour évaluer l'association entre le changement du nombre de médecins formés à l'étranger pratiquant dans ces quatre pays à revenu élevé et le changement de la quantité de DAHRH reçue par les pays au Sud du Sahara.

Principaux résultats : Les résultats préliminaires suggèrent qu'il existe une association positive entre le flux d'aide au développement pour les ressources humaines pour la santé et l'émigration des agents de santé. Une augmentation de 10% de l'aide au développement pour les ressources humaines pour la santé est associée à une augmentation de 2,4% du nombre de médecins qui migrent hors du pays (0,24 – 95% CI 0,14 – 0,35). Une analyse supplémentaire explorera les modèles alternatifs pour examiner la robustesse des résultats.

Conclusion: L'émigration des travailleurs de la santé présente des défis importants pour les systèmes de santé en Afrique subsaharienne. Les résultats préliminaires suggèrent que d'autres interventions outre des investissements supplémentaires dans la formation et d'autres activités de ressources humaines pourraient être nécessaires pour endiguer le flux des travailleurs de la santé hors de l'Afrique subsaharienne.

Vers la réalisation des ODD liés à la santé : Le rôle des transferts de fonds inconditionnels en Afrique.

Jacob Novignon, Université des Sciences et de Technologie Kwame Nkrumah, Kumasi-Ghana

Améliorer l'accès aux soins de santé et les résultats continuent de dominer l'agenda du développement mondial. Dans les ODD, divers objectifs ont été fixés pour assurer des progrès significatifs d'ici 2030. Ceci est particulièrement pertinent en Afrique où plusieurs pays sont en retard en matière de santé. Ces dernières années, de nombreux gouvernements de la région se sont tournés vers des programmes de transfert de trésorerie

dans le but d'améliorer la pauvreté, l'éducation et les résultats sanitaires. Cependant, alors que les transferts de trésorerie inconditionnels ont démontré des impacts généralisés et positifs sur la consommation, la sécurité alimentaire, les activités productives et l'éducation, la preuve à ce jour sur la recherche de comportements et la morbidité dans le contexte des transferts de trésorerie inconditionnels en Afrique est plus limitée.

Dans ce contexte, nous enquêtons sur l'impact des transferts de trésorerie inconditionnels sur la morbidité et la recherche de la santé en utilisant des données d'étude expérimentale et quasi-expérimentale des conceptions au Kenya, Malawi, Zambie et Zimbabwe. Les impacts du programme ont été évalués en utilisant la technique d'estimation Différences-in-Différences (DiD) avec des données longitudinales.

Les résultats indiquent des impacts favorables sur les programmes de santé sélectionnés (incidence de la maladie) et les comportements de recherche en santé. Il y avait aussi une incidence protectrice sur les dépenses de santé. Les résultats n'étaient toutefois pas cohérents dans l'ensemble des pays. Nous avons également constaté que, dans certains pays, l'impact du programme fonctionnait grâce aux facteurs secondaires, notamment une meilleure qualité des soins.

Les résultats suggèrent que même si les transferts de trésorerie sans conditions pourraient améliorer la recherche en santé, des progrès simultanés dans l'infrastructure d'approvisionnement, ou la facilitation des liens entre les installations existantes et les ménages de transfert de trésorerie, est probablement nécessaire pour des impacts plus répandus sur la morbidité et la santé.

Mots-clés : Morbidité, recherche de la santé, utilisation des soins de santé, transferts de trésorerie, protection sociale, Afrique.

Session Parallèle 7-3 Ressources Humaines pour la santé: l'expériences nationales

Analyse de la rentabilité (Coût-efficacité) de l'agent de santé communautaire à temps plein dans trois districts ruraux de la Tanzanie : Rufiji, Kilombero et Ulanga.

Kassimu Tani ; Institut de Santé d'Ifakara

Contexte : Les agents de santé communautaires (ASC) sont installés depuis plusieurs années. L'OMS préconise l'utilisation des ASC pour élargir la couverture des services de santé, comme l'une des méthodes pour lutter contre les pénuries d'agents de la santé principalement dans les systèmes de santé des pays en développement. De nombreuses études ont montré l'importance de l'ASC dans l'amélioration de la santé communautaire, en particulier en matière de santé maternelle et infantile, mais peu d'entre elles ont examiné la rentabilité, principalement avec des ASC rémunérés à temps plein travaillant dans les systèmes de santé.

Évaluer le rapport coût-efficacité du déploiement des ASC entièrement rémunérés avec des tâches multiples dans le système de santé rural de la Tanzanie.

Méthode: Le coût détaillé a été recueilli prospectivement tout au long de la mise en œuvre du programme. Les années de vie acquises ont été estimées en fonction du nombre de décès de moins de cinq ans résultant de la couverture des services de santé après l'introduction des ASC à temps plein dans les villages. Le coût incrémental du déploiement d'un ASC payant a été estimé du point de vue du fournisseur. Les données sur les coûts de formation, de déploiement et de fonctionnement ont été recueillies du 2010 juillet au 2015 juin. Le produit intérieur brut a été utilisé comme référence pour la valeur seuil de la volonté de payer.

Résultat: Le ratio coût-efficacité incrémental estimatif (ICER) par gain d'année de vie était de 20,22 USD. Et le produit intérieur brut du pays (PIB) par personne pour l'année 2013 est de 694,7. Avec ce scénario, l'ICER est moins que le PIB, pour le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 151,4 pour le contrôle et 144,8 pour la zone d'intervention par 1000 naissances en vie, l'intervention à temps plein déployée des ASC jugée rentable. Le résultat a été le plus sensible à l'incertitude dans l'estimation de l'année de vie acquise.

Conclusion: Les ASC payées à temps plein semblaient rentables lorsqu'elles servaient les collectivités rurales, en particulier celles qui ne disposaient pas de professions de santé insuffisantes. L'utilisation de ces ASC pour élargir la couverture de la santé, principalement dans les collectivités rurales et sous-enregistrées, permet aux agents des structures de santé de se concentrer entièrement sur les établissements de santé et de ne mettre que quelques heures pour superviser les ASC qui travaillent dans leur région.

Régresser dans la Couverture Sanitaire Universelle : Causes et conséquences de l'absentéisme des agents de santé au niveau des structures de Soins de Santé Primaires au Nigéria.

Prince Agwu^{1,5}, Obinna Onwujekwe^{2,5}, Odii Aloysius^{3,5}, Orjiakor Tochukwu^{4,5}, Pamela Ogbozor⁵
Département du travail social, Université du Nigéria, Nsukka¹

Département de l'administration et de la gestion de la santé, Université du Nigeria, Enugu, Nigeria²

Département de sociologie, Université du Nigéria, Nsukka³

Département de psychologie, Université du Nigéria, Nsukka⁵

Groupe de recherche sur les politiques de santé, département de pharmacologie et de thérapeutique, Collège de médecine, Université du Nigéria, Enugu-campus, Enugu, Nigeria^{4,5}

Contexte : les Centres de Soins Primaires (SSP) sont la source la plus proche des services de santé formels pour les consommateurs de soins de santé, en particulier pour les habitants des zones rurales. Les SSP sont largement répartis dans les 774 zones de gouvernement local du Nigeria, et statutairement dans le contrôle direct des zones gouvernementales locales. Cependant, il y a inefficacité des agents de santé au niveau du SSP, l'absentéisme étant une cause majeure du problème. Il est donc important d'examiner en profondeur la question de l'absentéisme des agents de santé à travers les SSP au Nigeria.

Buts et objectifs : l'étude a évalué les causes et les conséquences de l'absentéisme chez les agents de santé de première ligne au niveau des SSP sur les résultats en matière de santé, et également des solutions. D'autres objectifs étaient d'examiner l'influence du genre, de l'économie politique, des événements sociaux, des responsabilités conjugales, de la distance, du matériel de travail et de la rémunération de l'absentéisme. L'étude a aussi examiné l'efficacité éventuelle des différentes interventions déjà en place dans ces SSP pour freiner l'absentéisme et leurs effets probables sur la présence et l'efficacité des agents de santé au travail.

Méthodologie: La publication de Belita et al. (2013) sur le développement de la typologie de l'absentéisme a contribué à fournir un cadre conceptuel où nous avons considéré que les catégories d'absentéisme sont la corruption en charge de ceux qui ne le sont pas. L'étude reposait sur des méthodes qualitatives de collecte et d'analyse des données. La population était concentrée dans le sud-est du Nigeria. On a utilisé l'échantillonnage en « Purposive » pour sélectionner les installations de SSP et les répondants. Les données ont été recueillies à l'aide de 20 entretiens approfondis (IDI) avec des agents de santé de première ligne et des administrateurs du secteur de la santé. Alors que six groupes de discussion ont été adoptés pour susciter les réponses.

Résultats et conclusion : L'absentéisme était fréquent chez les agents de santé des SSP au Nigeria. L'influence du genre, de l'économie politique, des responsabilités conjugales, du bien-être du travail, y compris la rémunération et la sécurité, ainsi que des installations mal équipées sont souvent mentionnées comme causes de l'absentéisme des agents de santé. Il a été constaté que les interventions existantes n'étaient pas suffisantes pour vérifier l'absentéisme. Les influences politiques devraient être abordées pour que les sanctions sur l'absentéisme fonctionnent. Comme tout cela s'adresserait à la réalisation rapide de la couverture de santé universelle en 2030.

Reconnaissance : ce résultat de recherche provient du consortium de recherche de la SOAS anti-corruption (ACE) financé par l'aide du gouvernement britannique [contrat PO 7073]. Les opinions présentées ici sont celles de(s) l'auteur (s) et ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique ou les vues de SOAS-ACE ou d'autres organisations partenaires. Pour plus d'informations sur la SOAS-ACE, visitez le site: www.ace.soas.ac.uk

Examen systématique : Interventions visant à améliorer le maintien des médecins travaillant dans les zones rurales pour renforcer les soins de santé primaires.

*Dr Atsushi SAMURA, Bureau National de l'OMS, Maurice
Dr Faisal SHAIKH, Dr Laurent MUSANGO*

Contexte : Le déséquilibre des effectifs de la santé dans un pays est considéré comme un défi majeur de l'amélioration de l'équité en santé et du renforcement des soins de santé primaires (SSP). Par exemple, la moitié de la population mondiale vit dans les communautés rurales et n'est desservie que par 24% des médecins du monde entier. Un grand nombre de gouvernements ont mis en œuvre des interventions dans quatre catégories (éducation, réglementation, financement et soutien professionnel) conformément aux Recommandations de la politique mondiale de l'OMS. Cependant, aucun pays n'a encore atteint la répartition égale des effectifs de la santé.

Objectifs: Établir les éléments de preuve existants concernant les interventions visant à améliorer le maintien des médecins au service des communautés rurales.

Méthodes: L'approche EPOC de Cochrane a été employée pour procéder à cet examen systématique.

[Méthodes de recherche] J'ai cherché MEDLINE, Embase, le registre central des essais contrôlés, la santé mondiale et le Web des sciences de Cochrane. Nous avons également fouillé les listes de références de toutes les publications incluses et avons effectué une recherche de citations dans Web of Science.

[Critères de sélection] Essais contrôlés randomisés, essais non randomisés ; des études avant-après contrôlées, des études de séries chronologiques interrompues (ITS) et des études de cohorte sur les impacts de toute intervention parmi quatre catégories sur la rétention rurale des médecins.

[Collecte et analyse des données] Un auteur de l'examen a examiné de façon indépendante tous les enregistrements potentiellement éligibles, les données extraites et évalué le risque de partialité pour chacun des articles inclus. La synthèse narrative a été réalisée en raison d'une hétérogénéité substantielle dans les études incluses.

Principaux résultats : Après 1646 dossiers ont été examinés, 10 études ont été identifiées pour la synthèse des données (quatre des États-Unis ; deux du Japon ; et un du Canada, la Thaïlande et la Turquie). Deux études de cohorte impliquant 2784 médecins ont comparé le déploiement rural non lié à l'éducation avec contrôle. Quatre études de cohorte comprenant 7548 médecins ont comparé le service obligatoire lié à l'éducation financée avec contrôle. Quatre études de l'ITS impliquant 274130 et 337864 médecins à la période précédant et après l'intervention ont comparé l'équité de la répartition géographique des médecins à l'intérieur du pays entre avant et après la mise en œuvre des politiques nationales. Nous avons jugé que la certitude des preuves de rétention et de distribution était très faible principalement en raison du risque élevé de préjudices, de la faible généralisation et de l'imprécision de l'effet

Conclusions: La certitude de la preuve est limitée en raison du risque élevé de partialité. Les gouvernements devraient collecter des données complètes (y compris les facteurs de confusion potentiels) où les chercheurs peuvent mener des études bien conçues. En ce qui concerne les interventions identifiées, la leçon de Taïwan est remarquable parce qu'elle a montré que la mise en œuvre de l'assurance-maladie nationale a incité les médecins à déménager dans les zones rurales.

Mots-clés: personnel de santé, médecins, maintien, santé rurale, couverture sanitaire universelle, examen systématique

Investissement dans les ressources humaines de santé et croissance économique en Côte d'Ivoire

Auguste K. KOUAKOU ⁽¹⁾; Romuald GUEDE ⁽¹⁾; Appolinaire Yapi ⁽²⁾

⁽¹⁾ Université Jean Lorougnon Guede (Daloa, Côte d'Ivoire)

⁽²⁾ Institut National de la Santé Publique-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Les travaux de la Commission de Haut niveau des Nations Unies sur l'emploi et la croissance économique depuis 2016 mettent au cœur de l'agenda international, les avantages de l'investissement dans les ressources humaines de santé (RHS) à la fois pour la santé des populations et le gain économique pour la société. Ce papier vise à déterminer les impacts de l'investissement dans le personnel de santé et la croissance économique. L'approche par la Matrice de Comptabilité Sociale permet de mettre en évidence les mécanismes de transmission de cet effet sur l'emploi, le secteur productif et le PIB.

Sur la base des multiplicateurs de la matrice de comptabilité sociale de 2013, cette recherche analyse la nature des liens sectoriels et évalue l'impact des dépenses de RHS sur la structure productive et les unités institutionnelles ivoiriennes. La méthodologie utilisée est celle d'une matrice de comptabilité sociale de type Esther en économie ouverte.

Résultats

Il ressort de l'étude que les secteurs de l'extraction minière (AMININ), de la construction (ACONST), de la santé (ASANTE), sont des secteurs clés de l'économie ivoirienne car les indicateurs $B_j^n > 1$ et $F_j^n > 1$.

- Les dépenses de personnel (1,1) et d'investissements sanitaires (1,1) sont prioritaires aux dépenses ordinaires de santé (0,9).
- Une augmentation des dépenses de personnel de santé entraîne :
 - Un effet de production
 - Une augmentation de 0,01% dans l'agriculture, 0,12% dans l'extraction minière, etc. soit une hausse du PIB de 0.56% ;
 - Un effet retour de 0.14% ;
 - Un effet de revenu
 - Une hausse du revenu moyen des ménages de 0.14% ;
 - Une hausse du revenu des entreprises de 0.17% ;
 - Une hausse du revenu du Reste du monde de 0.29% ;
 - Un effet d'emploi
 - Selon le sexe, la politique induit une amélioration de l'emploi féminin (FEMLAB) de 0.27% et masculin (MALELAB) de 0.37%.

Conclusion : L'objectif de l'étude était de déterminer la contribution des dépenses de personnel de santé à la croissance économique en Côte d'Ivoire. En effet, une augmentation de 1% des dépenses des ressources humaines pour la santé provoque une augmentation de 0.56% de la production nationale (PIB), une augmentation de 0.14% du revenu moyen des ménages et une augmentation de l'emploi de 0,32%.

Il ressort donc de l'étude qu'il est important d'accroître les investissements dans les RHS a un effet de création de richesse et d'emplois certains.

Motivations des agents de santé à base communautaire au Burkina Faso : stratégies durables mises en œuvre et leçons apprises

Awa Ouedraogo¹, Ermel Johnson²

¹Ministère de la Santé, Burkina Faso

²Organisation Ouest Africaine de la Santé

Contexte: A l'instar des pays qui ont adopté les soins de santé primaires, le Burkina Faso met à contribution des acteurs communautaires pour offrir des services de santé. Parmi ces acteurs, figurent les Agents de santé à base communautaire (ASBC), au nombre de deux par village. Une étude réalisée en 2012 a montré une faible motivation des ASBC, et un désir de traitement financier comme premier type de motivation (80,2%). Un nouveau profil a été défini et l'État Burkinabé s'est engagé pour une motivation mensuelle des ASBC.

Objectif: Cette étude visait à décrire les stratégies durables de motivation des ASBC développées et les leçons apprises.

Méthodes: Des rencontres de travail basées sur les résultats de l'analyse situationnelle ont été organisées. Elles ont impliqué des représentants du ministère de la Santé, des collectivités territoriales, des comités de gestion, des organisations non gouvernementales et des associations, des leaders communautaires, des ASBC, des partenaires technique et financier. Le document final a été amendé et validé en réunion de cabinet du ministère de la Santé, adopté en Conseil des Ministres puis diffusé.

Résultats : Trois stratégies de motivation ont été retenues :

- incitations matérielles : gilets identification, sacs, mégaphones,...

- incitations immatérielles : installation officielle, attestations de formation, distinctions honorifiques, ...;
- motivation financière : bénéfices de la vente des médicaments, pertes des formations, prime mensuelle sur le budget de l'État avec la contribution des partenaires ; payée à travers les services de portefeuilles électroniques.

De la mise en œuvre de ces stratégies de motivation, plusieurs leçons ont été apprises. En effet, le mécanisme de motivation doit être défini à travers un processus participatif, consensuel impliquant toutes les parties prenantes et le rôle de chaque acteur gouvernemental ou non doit être précisé. La cartographie des ASBC doit être établie avant le début du processus et régulièrement mise à jour. La rémunération, sécurisée par un plan de paiement. Un dispositif doit être identifié pour s'assurer de la mise en œuvre effective des activités avant le paiement. Le système de paiement par téléphonie mobile doit être disponible à l'échelle nationale.

Conclusion: La motivation des ASBC constitue une condition sine qua non pour assurer les soins de santé communautaires. Une vision multisectorielle d'une intervention en santé dans un processus participatif, consensuel et d'engagement clair des acteurs est indispensable pour sa réussite et surtout pour sa pérennisation.

Session Parallèle 7-5 Préférence et volonté à payer

Evaluation de l'acceptabilité de l'Assurance-maladie Communautaire en tant que mécanisme de financement de la santé et la Volonté maximale De Payer parmi les habitants des bidonvilles d'Abuja, au Nigéria.

¹Ewelike, Uchenna Eugenes; ²Onwujekwe, Obinna; ³Okoronkwo, Ijeoma; ⁴Obikeze, Eric
 Département de l'Administration et de la Gestion de la Santé, Faculté des Sciences et de la Technologie de la Santé, Université du Nigéria, Campus d'Enugu

Introduction : Le manque de protection des risques financiers, en particulier, pour les ménages dans le secteur informel a été le fléau du système de santé nigérian. Beaucoup de citoyens paient pour leurs besoins de soins de santé par le biais de la méthode de paiement direct régressif. L'assurance-maladie à base communautaire est l'un des moyens non obligatoires d'augmenter les revenus pour financer la santé. Étant une méthode non obligatoire, il est important de susciter scientifiquement l'acceptabilité et les préférences énoncées dans les ménages. La volonté de payer, qui est une méthode d'évaluation conditionnelle, a été utilisée dans cette étude pour obtenir le montant maximal que les habitants des bidonvilles d'Abuja étaient disposés à payer et l'acceptabilité de la CBHI. L'étude était quantitative impliquant cinq bidonvilles urbains à Abuja, étude descriptive transversale utilisant un échantillonnage systématique à plusieurs étapes pour déterminer les prix, la volonté et l'acceptabilité par l'application de questionnaires bien structurés comme outil d'interview. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, de tests statistiques et présentées dans des graphiques et des tableaux. L'étude a révélé une acceptabilité très élevée pour la CBHI 81,4%, la volonté de s'inscrire soi-même (78,2%) et (74,8%) d'inscrire les autres membres du ménage. L'étude a également montré qu'à la prime de N 500,00 seulement, 59% des habitants des bidonvilles urbains étaient disposés à payer la CBHI alors que 72,2% étaient disposés à payer une prime de N400. Le montant maximal qu'ils étaient disposés à payer était respectivement de N 613.77, N 554.65 et N 456.65 pour soi-même, les membres du ménage et autrui. Les habitants des bidonvilles

d'Abuja ont accepté la CBHI et sont disposés à utiliser la solidarité sociale inhérente au financement communautaire et à contribuer à leurs besoins en matière de soins de santé par l'entremise de la CBHI. Ces habitants de bidonvilles peuvent volontairement contribuer N500 par personne par mois en utilisant le prix médian de cette étude. Il est recommandé de posséder la haute acceptabilité et la volonté de payer les résultats de cette étude, le Secrétariat à la santé et aux services humains du territoire de la Capitale Fédérale devrait commencer immédiatement le processus d'activation des groupes de base de la CBHI dans les bidonvilles d'Abuja afin de faciliter leur accès aux soins de santé.

Mots clés : Acceptabilité, Volonté de payer, (WTP), Assurance-Maladie Communautaire (CBHI), Bidonvilles urbains et Abuja.

Volonté De Payer l'assurance maladie pour les motocyclistes commerciaux dans le département de Nakawa, Kampala, capitale de l'Ouganda

JUDITH HOPE KICONCO, PROF ROBERT BASAZA, ELIZABETH PATIENCE KYASIIMIRE

Université des Sciences de la Santé – Kampala

Contexte et Objectifs : La volonté de payer (VDP) est le montant maximal qu'un individu est disposé à sacrifier pour se procurer un bien ou pour éviter quelque chose d'indésirable. Un des groupes de citoyens qui exigent l'assurance maladie sont les motocyclistes commerciaux, étant donné qu'ils sont considérés comme des salariés à faible revenu et pourtant ils sont confrontés à des risques élevés car exposés aux accidents de la route.

Méthodes: Cette étude a utilisé un design descriptif de la recherche sectorielle. La Division de Nakawa a été testée de façon ciblée. Pour avoir des échantillons, on a utilisé un simple prélèvement aléatoire. Étant donné que les stades BodaBoda n'ont pas de points d'étape spécifiques cartographiés ou marqués dans chacun des quartiers de la circonscription, ils ont été échantillonnés commodément étant donné qu'il y avait entre 15 - 10 motocyclistes à chaque étape échantillonnée. Un prélèvement aléatoire simple a été utilisé.

Résultats: Le niveau de la volonté de payer des motocyclistes commerciaux pour l'assurance- maladie a été constaté à 70%, basé sur la proportion de cyclistes qui étaient vraiment prêts à payer un montant supérieur ou égal à 70.000 UGX, la prime actuelle moyenne pour tous les professionnels disponibles de l'assurance-santé des motocyclistes en Ouganda.

Conclusion: La volonté de payer l'assurance-maladie est assez élevée parmi les motocyclistes commerciaux du Département de Nakawa.

Recommandation: Le Gouvernement prétend dérouler et / ou élargir le régime de prêt de motos dans lequel les conducteurs peuvent personnellement posséder une moto comme un prêt et décharger les paiements en versements. Cela crée plus de conducteurs qui sont indépendants et donc plus disposés à payer l'assurance.

Volonté de payer pour une assurance maladie contributive: Résultats d'une étude exploratoire dans l'État de Kaduna, au Nigéria

Yewande Ogundeji, Kelechi Ohiri, Babatunde Akomolafe: Abuja, Fondation pour la stratégie et la prestation en matière de santé

Au Nigéria, de nombreux États empruntent la voie des efforts déployés aux niveaux mondial et national pour concevoir et mettre en œuvre des régimes d'assurance sociale maladie

(SHIS). Cette étude évalue la volonté de payer de SHIS au Nigéria pour fournir des informations sur la relation entre la prime requise pour couvrir les coûts du système et les niveaux d'inscriptions à l'assurance attendus.

L'étude s'est déroulée dans six zones de gouvernement local de l'État de Kaduna, dans le nord-ouest du Nigéria. Les données ont été recueillies à partir d'une enquête auprès des ménages utilisant une approche d'échantillonnage en grappes en trois étapes, chaque ménage ayant la même probabilité d'être sélectionné. Des entretiens ont été menés avec 4000 personnes dans 1020 ménages. L'évaluation contingente a été utilisée pour déterminer le consentement à payer du ménage en utilisant la technique du jeu d'enchères. La relation entre le statut socioéconomique et le CAP a également été examinée à l'aide de modèles de régression logistique.

Environ 82% des chefs de ménage étaient disposés à payer des primes d'assurance pour leur ménage, ce qui représente une moyenne de 513 Naira (1,68 USD) par mois et par personne. Le montant moyen que les individus étaient disposés à payer était inférieur dans les zones rurales (611 nairas) par rapport aux zones urbaines (463 nairas). Ces résultats ont été influencés par la taille du ménage, le niveau d'éducation, la profession et le revenu du ménage. En outre, seuls 65% des ménages avaient la capacité de payer la prime moyenne.

Les facteurs socio-économiques influencent le WTP des individus pour les régimes d'assurance maladie contributifs. Il est important de sensibiliser le public aux avantages du système d'assurance, en particulier dans les zones rurales et dans les secteurs formel et informel du Nigéria. Les informations WTP peuvent également être utilisées pour définir la prime d'assurance. Cependant, il est important de prendre en compte les différences entre le WTP et le paquet coût des avantages à offrir, car le montant de la prime devra peut-être être subventionné avec un financement public.

Disposition à accepter de payer pour le dépistage du VIH et de la drépanocytose dans les centres d'immunisation du Nigéria.

Maduka Donatus Ughasoro¹, Département de pédiatrie, Université du Nigeria campus d'Enugu, Nigeria ;

Somkene Chinwe Okpala², Département de pédiatrie, Université du Nigéria, Ituku/Ozalla, Enugu, Nigeria ;

Alexandra Chinenye Nwosu³, Département de pédiatrie, centre médical fédéral, Umuahia, État d'Abia, Nigéria ;

Contexte : La détection précoce des maladies du VIH et de la drépanocytose permettra des soins et des traitements opportuns. Cependant, de nombreux enfants apparemment en santé demeurent inconscients de leur statut de génotype VIH et Hémoglobine. Leur statut n'est connu que lorsqu'ils ont développé des symptômes et visité des structures de santé. Il s'agit d'un défi dans les endroits où l'accès aux soins de santé est insuffisant. Heureusement, l'accès à la vaccination dans les dispensaires pédiatriques reste élevé au Nigeria. Ainsi, la nécessité d'évaluer la volonté de tester et de payer pour le VIH et le dépistage du génotype de l'Hémoglobine chez les mères qui se présentent à la clinique pédiatrique.

Méthodes : Une étude transversale a été menée dans deux États. Les données ont été recueillies par questionnaire administré par l'intervieweur. L'échelle de Likert a été utilisée pour déterminer leur volonté, tandis que la méthode d'évaluation conditionnelle a été utilisée pour déterminer le montant qu'il était disposé à payer. Le montant calculé en Naira nigérian et converti en dollars des États-Unis en utilisant le taux de change de 2017, soit 360 Naira pour un dollar américain.

Résultats : Sur les 197 mères qui ont participé à l'enquête, 142 (72,1%) et 121 (61,5%) connaissaient leur génotype VIH et Hémoglobine respectivement. Les personnes désireuses de faire le dépistage du VIH et de la drépanocytose étaient 191 (97%) et 188 (95,4%) respectivement. La majorité 159 (83,1%) et 160 (85,1%) étaient extrêmement disposés pour que leurs enfants soient dépistés pour le VIH et la drépanocytose respectivement. Parmi ceux qui ont exprimé leur volonté d'être dépistés, le montant médian qu'ils étaient disposés à payer était de 500 Naira (1,38 dollar américain) pour le VIH et la drépanocytose. Parmi les participants 76 (38,2%) craignent que l'inclusion du dépistage du VIH dans les visites de vaccination ne dissuade les mères d'amener leurs enfants à la vaccination dans ces établissements.

Conclusion : L'acceptation des parents à faire dépister leurs enfants pour le VIH et le génotype de l'Hémoglobine était élevée, même s'ils doivent payer pour cela. Ainsi, l'intégration d'un tel programme avec la vaccination est réalisable mais devrait demeurer volontaire et sur les bases de l'«opt-out».

La volonté des patients de payer pour le traitement de la tuberculose au Nigéria: explorer son propre usage et l'altruisme.

Ogbonnia G. Ochonma, Département d'administration et de gestion de la santé, Faculté des sciences de la santé et de la technologie,

Obinna E. Onwujekwe, Collège de médecine, Université d'Enugu Campus du Nigéria

Contexte But et objectif: Bien que les services de traitement actuels de la tuberculose au Nigeria soient fournis gratuitement dans les établissements publics, les avantages (valeur) que les patients attachent à ce service ne sont pas connus. En outre, les prix qui pourraient être facturés pour le traitement en cas de retrait du gouvernement et de ses partenaires de la fourniture de services gratuits ou de l'inclusion de ces services dans des régimes d'assurance maladie ne sont pas connus. Par conséquent, il est nécessaire de déterminer le montant maximum que les patients sont disposés à payer pour les services de traitement de la tuberculose, à la fois pour eux-mêmes et pour les patients très pauvres qui pourraient ne pas être en mesure de payer si des frais d'utilisation étaient introduits (volonté altruiste de payer) .

Méthodes: Un questionnaire pré-testé administré par un interviewer a été utilisé pour déterminer le consentement à payer maximal pour les services de traitement de la tuberculose fournis par des patients atteints de tuberculose dans un hôpital tertiaire du sud-est du Nigéria. WTP a été obtenu en utilisant le format de question du jeu d'enchères après la présentation d'un scénario aux répondants. Les données ont été analysées à l'aide de tableaux. Des modèles de régression Tobit ont été utilisés pour examiner la validité de la WTP obtenue pour une utilisation personnelle et d'une WTP altruiste.

Résultats: Les résultats montrent que les personnes âgées de 30 ans et moins constituaient plus des deux cinquièmes (43,2%) des répondants. Plus de la moitié des répondants (52,8%) n'avaient pas d'emploi. Quatre-vingt pour cent 100 (80,0%) des répondants étaient disposés à payer pour leur propre utilisation des services de traitement de la tuberculose, tandis que 78 (62,4%) des répondants étaient disposés à faire des contributions altruistes pour que les très pauvres puissent bénéficier des services de lutte antituberculeuse. Une analyse de régression Tobit du CAP maximum pour la tuberculose pour usage propre montre que les répondants étaient disposés à payer des montants maximaux à différents niveaux statistiquement significatifs. Les résultats montrent également que la WTP altruiste était

positivement et statistiquement liée à la situation d'emploi, à la distance par rapport à UNTH et à la gravité globale de la tuberculose. Conclusions: La plupart des patients ont apprécié positivement la fourniture de services gratuits contre la tuberculose et étaient disposés à payer pour un traitement antituberculeux pour leur propre usage. Les plus aisés étaient également disposés à faire des contributions altruistes. La gratuité des services de traitement de la tuberculose est potentiellement intéressante, mais il est possible de poursuivre la fourniture universelle de services de traitement de la tuberculose, même si le gouvernement et les donateurs réduisent leur financement des services.

Détermination des préférences pour différents avantages et la Volonté De Payer une assurance-maladie communautaire parmi les habitants des bidonvilles à Abuja, au Nigéria.

¹Ewelike, Uchenna Eugenes; ²Onwujekwe, Obinna; ³Okoronkwo, Ijeoma; ⁴Obikeze, Eric
Département de l'Administration et de la Gestion de la Santé, Faculté des Sciences de la Santé et de la Technologie. Université du Nigeria, Campus d'Enugu

Introduction : Le manque de protection des risques financiers en particulier pour les ménages du secteur informel a été le fléau du système de santé nigérian. Beaucoup de citoyens paient pour leurs besoins de santé par le biais de la méthode de paiement régressive. Étant une méthode non obligatoire, il est important d'obtenir scientifiquement les préférences déclarées parmi les ménages. Volonté de payer qui, en tant que méthode de valorisation contingente a été utilisée dans cette étude pour susciter le montant maximum, habitants des bidonvilles à Abuja étaient prêts à payer et l'ensemble d'avantages préférés.

Méthode : L'étude a été une conception mixte de l'étude qualitative et quantitative impliquant cinq bidonvilles urbains d'Abuja. Les données quantitatives ont été analysées en utilisant des statistiques descriptives, des tests statistiques et présentées dans des graphiques et des tableaux, tandis que les données qualitatives étaient analysées sur une base thématique.

Résultat : L'étude a révélé une très grande volonté de s'inscrire (78,2 %) et (74,8 %) d'autres membres du ménage. L'étude a également montré qu'à la prime N500.00 seulement, 59% des habitants des bidonvilles urbains étaient prêts à payer la CBHI tandis que 72. 2% étaient prêts à payer une prime de N400. Le montant maximal à payer était N613.77, N554. 65 et N456.65, les membres du ménage et généreux respectivement. L'ensemble des prestations privilégiées était celui qui couvrait toutes les maladies sans aucune forme d'exclusion.

Conclusion : Les habitants des bidonvilles d'Abuja sont disposés à utiliser la solidarité sociale inhérente au financement communautaire et à contribuer à leurs besoins en matière de santé par l'entremise de la CBHI. Ces habitants de bidonvilles peuvent volontiers contribuer avec N500 par personne et par mois en utilisant le tarif médian de cette étude. Leurs connaissances et leurs expériences en matière d'assurance-maladie ont contribué à la décision de disposer d'un ensemble de prestations dépourvue de toute exclusion.

Recommandation : Il est recommandé que le Secrétariat fédéral à la santé et aux services humains et sociaux de l'Université d'Abuja soit aussitôt impliqué dans l'activation des groupes de CBHI dans les bidonvilles d'Abuja pour faciliter leur accès aux soins de santé.

Mots clés : Volonté de payer (WTP), Assurance-maladie communautaire (CBHI), Ensemble d'avantages, Bidonvilles urbaines et Abuja.

Session Parallèle 7-6 Outils et approches de l'économie de la santé

Analyse de l'économie de la santé en Afrique : Un examen systématique.

Iris Mosweu¹, Janet Boadu¹, Paul McCrone¹

*¹King's Health Economics, Institut de psychiatrie, psychologie et neurosciences, King's College London
Iris Mosweu (MSc), Research Associate, King's Health Economics (KHE), Institute of Psychiatry at King's College London, Box 024, The David Goldberg Centre, De Crespigny Park, Denmark Hill, London SE5 8AF,*

Contexte : Le recours à des analyses économiques dans l'établissement des priorités dans les systèmes de soins de santé est croissant. Toutefois, il est difficile de savoir comment les pays africains utilisent des preuves économiques pour informer les décisions politiques dans les soins de santé et, plus important encore, la disponibilité et la qualité de ces éléments de preuve.

Buts et objectifs : examiner les preuves d'analyse économique entreprises en Afrique depuis l'an 2000.

Méthodes: Trois principales bases de données électroniques (EMBASE, MEDLINE, PsychINFO, via l'interface OvidSP) ont été recherchées à l'aide d'une stratégie de recherche prédéfinie qui incluait tous les pays africains et les termes de recherche liés aux analyses économiques des soins de santé. Nous avons utilisé une application gratuite sur le Web ; Rayyan, pour la projection initiale des titres et des résumés. Des études ont été sélectionnées si elles ont été menées dans un pays africain, publiées en anglais, après l'an 2000, et ont entrepris des analyses économiques. La liste de contrôle CHEERS a été utilisée pour guider l'évaluation de la qualité des directives sélectionnées et le guide PRISMA ont été suivies pour faire état de notre examen systématique.

Principaux résultats : 9 865 articles ont été identifiés à partir des recherches, après le retrait des doublons. L'examen et l'identification des études sont toujours en cours.

Principales conclusions : Examen toujours en cours.

Évaluer l'efficacité technique des dépenses de santé dans les pays les moins avancés: Une nouvelle approche par l'analyse partielle des limites.

Yann Tapsoba, Ouagadougou - Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI)

Le rapport examine l'efficacité technique des dépenses de santé dans 87 pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de la période 1995-2012. L'analyse partielle des limites est utilisée pour évaluer les classements d'efficacité dans les orientations de sortie et d'entrée en assumant la variable Retours à l'échelle. Deux intrants traditionnels, tels que les dépenses publiques et privées de santé par habitant et deux intrants de l'environnement tels que le taux d'urbanisation et le PIB par habitant sont utilisés. La sortie est un index composite calculé à travers une analyse de composant principal. Les résultats révèlent la présence de gains d'efficacité potentiels pour l'amélioration de l'état de santé et l'élargissement de l'espace budgétaire de la santé. Il semble que des efforts soient faits en faveur de l'amélioration de la santé en vue des dépenses de santé utilisées. Les gains potentiels

d'efficacité pour l'élargissement de l'espace budgétaire pour la santé ont diminué au cours de ces dernières années. En outre, malgré les besoins d'élargissement de l'espace budgétaire pour la santé, les pays à viser de plus grands résultats en matière de santé en raison des dépenses de santé. Les évidences suggèrent d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé.

L'adhésion au programme national d'assurance-maladie du Ghana est-elle pro-pauvre ou pro-riche ? Preuve fournie par l'analyse secondaire de la sixième enquête standard sur le niveau de vie au Ghana.

**Eric Nsiah-Boateng, ** Jennifer Prah Ruger, * Justice Nong :*

**École de santé publique, Collège des sciences de la santé, Université du Ghana, Accra*

*** École de politique et Pratique sociale et École de Médecine Perelman, Université de Pennsylvanie, États-Unis*

Contexte: Les études antérieures ont trouvé l'inscription au programme national d'assurance-maladie du Ghana (NHIS) pro-riche. Ces dernières années, le NHIS s'est engagé sur l'adhésion agressive des pauvres et vulnérables pour inverser la vapeur.

Objectif: Le présent document vise à examiner l'équité dans l'inscription au régime afin d'informer les décisions de politique sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Méthodes: Une analyse secondaire des données du sixième cycle de l'Enquête sur les normes de vie du Ghana (GLSS 6). L'enquête a été menée entre le 18 octobre 2012 et le 17 octobre 2013 avec 16 774 chefs de ménage. On a évalué l'équité dans l'inscription à l'aide de courbes de concentration et d'analyse bivariate pour déterminer les facteurs associés à l'équité.

Résultats: Les participants à l'enquête avaient un âge moyen de 46 ans et la taille moyenne des ménages était de quatre personnes. Environ 71 % des ménages interviewés avaient au moins une personne inscrite au NHIS. Les ménages du quintile du bien-être le plus pauvre (73 %) s'étaient inscrits de manière significative ($p < 0.001$) plus que ceux du quintile le plus riche (67%). Les courbes de concentration ont également montré que les inscriptions étaient légèrement disproportionnées par les ménages pauvres, en particulier, ceux dirigés par des mâles. Les facteurs dont l'âge, le sexe, l'éducation, la taille des ménages, la région et le lieu de résidence étaient significativement associés aux inscriptions.

Conclusions: L'inscription au NHIS favorise les ménages pauvres, mais est plus favorable aux ménages dirigés par des hommes. Les décideurs politiques devront assurer l'équité au sein et dans l'ensemble du genre, car ils s'efforcent de réaliser la CSU.

Mots-clés: Inscription, Équité, Régime national d'assurance-maladie, Ghana.

Exploration de l'utilité des expériences de choix discret pour expliquer les préférences : le cas des préférences de dépistage du VIH parmi les conducteurs de camions au Kenya.

Michael Strauss, Gavin George: Division de la recherche sur l'économie de la santé et le VIH/sida (HEARD), Université du KwaZulu-Natal

Contexte : La compréhension de la demande de soins de santé est un élément essentiel de l'efficacité des interventions. Cependant, les structures de préférence sous-jacentes des patients et des clients sont souvent inconnues ou mal comprises. Ces expériences de choix

sont un outil permettant aux chercheurs de mieux comprendre ces structures de préférence par rapport aux comportements de recherche en santé. Ce document examine l'utilité de cet outil dans le contexte d'un essai contrôlé randomisé chez les conducteurs de camion de longue distance au Kenya – une population particulièrement difficile à atteindre – et leurs préférences concernant le dépistage du VIH et le counseling. On a constaté que les autotests oraux étaient largement acceptables au Kenya, mais on ne sait pas si l'acceptabilité entraîne une hausse des taux d'approbation et les caractéristiques de la demande d'auto-test.

Méthodes : Utilisation des données provenant de 150 conducteurs de camion recrutés dans un essai de contrôle randomisé, le présent document examine si les préférences indiquées concernant les tests de dépistage du VIH dans une expérience de choix discrète peuvent aider à expliquer le test réel sélectionné lorsqu'ils offrent des choix de dépistage du VIH dans le contexte d'une étude de recherche. Les principales caractéristiques du dépistage du VIH et du counseling comprenaient le type de test ; le type de counseling ; qui administre le test ; le lieu ; le coût et le temps.

Résultats : Le plus fort conducteur de choix a été le coût, avec les participants préférant libre, le fournisseur-administré le dépistage du VIH dans une clinique de route, utilisant un essai de doigt-piquer, avec le counseling en personne, entrepris dans les plus brefs délais. Préférences divergées dans deux caractéristiques de test, entre ceux qui ont effectivement choisi l'autotest et ceux qui ne l'ont pas fait : le type de test ($p=0.001$) et le type de counseling ($p=0.003$). Auto-testeurs préféré test oral pour les tests doigt-piqûre (OU 1.26 $p=0.005$), tandis que ceux qui choisissent de ne pas faire l'autotest préféré ou test de piqûre de doigt (OU 0,56 $p=0.001$). Ceux qui ont choisi de ne pas faire d'autotest de counseling en personne à l'aide d'un counseling téléphonique (OU 0,64 $p=0.001$), tandis que les auto-testeurs étaient indifférents au sujet du type de counseling. Il n'y avait aucune préférence dans les deux groupes concernant les personnes qui ont administré le test.

Conclusions : Nous avons constaté que les structures de préférence indiquées ont contribué à expliquer les choix réels des participants quant au type de dépistage du VIH qu'ils ont accepté. Offrir des essais oraux peut être une stratégie efficace pour augmenter la volonté de tester chez certains groupes de conducteurs de camion. Cependant, l'importance de la consultation et du soutien en personne, ainsi qu'un manque de connaissances et de confiance dans les nouvelles technologies de diagnostic peuvent signifier que continuer à offrir des tests administrés par le prestataire aux centres de bien-être, de mieux aligner les préférences de ceux qui fréquentent déjà ces installations.

Index Sud-Africains quantitatifs multiples de privation-concentration différenciés par les forces et faiblesses du programme de lutte contre la tuberculose en utilisant la modélisation mathématique dans les structures de santé du district rural O.R. Tambo.

Ntandazo Dlatu^{1,2}, Benjamin Longo-Mbenza², Andre Renzaho³ Ruffin Appalata⁴, Yolande Yvonne Valeria Matoumona Mavoungou⁵, Mbenza Ben Longo⁶, Kenneth Ekoru⁷, Blaise Makoso⁸, Gedeon Longo Longo⁹

^{1.} Université de KwaZulu Natal, École des sciences infirmières, Division de la santé publique, Durban

^{2.} Auteur Correspondant : Université de Walter Sisulu, Faculté des sciences de la santé, Nelson Mandela Drive, Mthatha, Eastern Cape

^{3.} Western Sydney University, Australie

^{4.} Université de Walter Sisulu, Faculté des sciences de la santé, Nelson Mandela Drive, Mthatha, Eastern Cape

^{5.} Université de Marien Ngoungou, Brazzaville, République du Congo

^{6.} Université du Président Kasa Vubu, Boma, RDC

^{7.} Université de Cambridge

^{8.} Faculté de médecine, Président de l'Université Kasa Vubu, Boma, Dr Congo

Contexte : L'écart entre les complexités liées à l'intégration du contrôle de la Tuberculose /HIV et le savoir basé sur évidences ont motivé le début des études. Donc, l'objectif de cette étude était d'explorer les corrélations entre les directives nationales de la gestion de TB, les composants de l'index des quantiles de privation concentration multiple et le niveau du programme de contrôle de la Tuberculose utilisant la modélisation mathématique dans les installations de santé du quartier rural O.R Tambo, Afrique du Sud.

Méthodes : Le modèle d'étude utilisé a mélangé des analyses des données secondaires et des analyses transversales entre 2009 et 2013 à travers le quartier O.R. Tambo, Cap Oriental, Afrique du Sud en utilisant l'analyse univarié / bivarié, modèle de régression linéaire multiple, et analyse discriminative multivariée. Les indicateurs des inégalités de santé et les composants d'empêchement du programme de contrôle de la tuberculose ont été évalués. Résultats : Au total, 62 400 enregistrements pour la notification de TB ont été analysés pour la période 2009-2013. Il a eu un significatif mais négatif entre les dépenses de l'année fiscale ($r = -0.894$; $P = 0.041$) la situation des HIV Séropositifs ($r = -0.979$; $P = 0.004$), la densité de la population ($r = -0.881$; $P = 0.048$) et les nombres des TB défaillants dans tous les cas de TB. On a montré un contrôle sans succès du programme de gestion du TB à travers les corrélations entre les nombres des nouveaux frottis positifs PTB, nouveaux frottis positif TB défaillant, échec de TB tous les TB, index de découverte des cas de tuberculoses pulmonaires et index de privation-concentration-dispersion. Il a été montré un programme de contrôle de TB réussi à travers associations significatifs et négatives entre la diminution des nombres de morts en co-infection par HIV et TB, morts par TB tout TB et SMIAD gradient/ index de privation-concentration-dispersion. Le modèle de régression linéaire multiple a été résumé par r non ajusté de 96%, R^2 ajusté de 95%, une erreur standard estimée de 0.110, R^2 changé par 0.959 et important pour le changement de variance par $P = 0.004$ pour expliquer la prédiction des TB défaillants dans tous les TB avec équation $y = 8.558 - 0.979 \times$ nombre de HIV séropositifs. Après avoir ajusté les facteurs confondants (cas de détection des index PTB, nouveaux frottis positif TB défaillant, mort par TB dans tous les TB, TB défaillants dans tous les TB, et échec de TB dans tous les TB), seulement HIV et morts par TB et nouveaux frottis positif ont été identifiés comme plus importants, significatif, et indicateur indépendant pour discriminer les index de privation-concentration-dispersion plus privé appartient des autres quintiles 2-5 de privation-concentration-dispersion en utilisant des analyses discriminatoires.

Conclusion : Elimination de la pauvreté comme le surpeuplement, manque d'assainissement et environnement avec un fardeau plus lourd de HIV peut finir la menace de TB dans le quartier de O.R Tambo, Cap Oriental, Afrique du Sud. En outre, un budget compréhensif en cours, une initiative globale et collaborative vers les objectifs du développement durable (SDG) est nécessaire pour compléter l'élimination totale de la TB dans le pauvre quartier de O.R Tambo.

Mots Clés : Tuberculose, HIV/AIDS, succès, échec, programme de contrôle, inégalité de santé, Afrique du sud.

Lorsque les économistes de la santé nigériens ne jouent pas leur rôle dans le processus de garantir des soins de santé primaires pour tous.

Emmanuel Ndenor Sambo, Projet d'investissement en santé de l'État du Nigéria, Agence de développement des soins de santé primaires de Taraba

Dr Fanen Verinumbe, Agence nationale de développement des soins de santé primaires

Contexte : Comme la plupart des pays africains et le reste du monde continuent de dépenser davantage pour la santé, l'augmentation correspondante des résultats de santé généraux prévus ne peut pas être annoncée avec assurance. Il y a un consensus général sur la nécessité de rajeunir les stratégies de financement de la santé qui ont été employées par divers gouvernements dans le monde en développement.

Il existe un gouffre, une sorte d'imprécision systémique dans l'orientation de la politique de financement de la santé. Cela a, en effet, permis aux ordonnateurs de prendre des décisions plutôt erronées qui suggèrent une absence absolue au pire et un manque de pertinence pour le moins des économistes de la santé sur la table de décisions pour informer les politiques.

Objectifs : Ce document vise principalement à simuler la réflexion sur la façon dont les économistes de santé dans les pays africains peuvent prendre un siège de première ligne dans l'orientation d'un processus de décision qui conduit à des preuves en harmonie avec les meilleures pratiques que le monde dirige vers la couverture de la santé universelle.

Cette étude visait à évaluer la quantité, la qualité et le ciblage des études d'évaluation économique menées dans le contexte nigérian et la mesure dans laquelle elles se traduisent par des politiques de santé efficaces.

Il souligne en outre certains domaines que l'économiste de santé en Afrique a laissés sans contrôle au détriment de l'ensemble du système de santé.

Méthodes : Un examen comparatif des systèmes de santé du Nigéria a été employé, ainsi qu'un examen systématique des études d'évaluation économique complètes publiées entre 1998 et 2018 dans les revues internationales et locales où les informations concernant les meilleures pratiques mondiales qui ne sont pas pratiquées dans la configuration africaine ont été suscitées et portées à nu.

Résultats : Même si la plupart des pays africains ont des poches d'économistes de santé dotés d'une capacité technique pour fournir les conseils nécessaires aux décideurs, la plateforme institutionnelle pour ces technocrates est indisponible ou au mieux faible.

Conclusion: Pour que le système de santé africain atteigne des objectifs fixés, dans ce cas la couverture de santé universelle, l'économiste de santé doit assumer la responsabilité de fournir au fabricant de politique de santé et à l'exécutant avec des preuves empiriques des conseils éclairés.

Utilisation de l'outil « Equity Tool » - pour déterminer le statut socio-économique dans la zone de surveillance démographique de Kintampo Santé : Une étude de faisabilité.

Kwame Adjei¹, Irene Azindow¹, Felix Boakye Oppong¹, Andrea Sprockett², Nirali Chakraborty², Yeetey Enuameh^{1&2}, Kwaku Poku Asante¹, Seth Owusu-Agyei^{1&4}

¹ Centre de recherche en santé de Kintampo

² Université des sciences et de la technologie Kwame Nkrumah

³ Mesures pour la gestion

⁴ Université de la santé et des sciences alliées

Contexte: La richesse est une caractéristique familiale connue qui affecte en grande partie la santé, en particulier, en Afrique subsaharienne. L'indice de richesse a été développé en 2001 comme un moyen fiable d'obtenir le statut socio-économique (SES) en fonction de la propriété des actifs et des caractéristiques des ménages à l'aide de l'analyse des composantes principales (PCA).

Néanmoins, les questions de l'indice de richesse sont longues (25-50 questions), chronophages et souvent difficiles à analyser. Pour relever ces défis, EquityTool a été créé par Metrics for Management (M4M) et ses partenaires. L'outil d'équité du Ghana simplifie l'indice de richesse DHS complet pour recueillir 13 questions très significatives spécifiques au pays. Il offre également des calculs automatisés sur stata et SPSS. Il donne des résultats de référence à la population nationale

Le Centre de Recherche en Santé de Kintampo est l'un des trois centres de recherche au Ghana. Le Centre dispose d'un système de surveillance de la santé et de la démographie (KHDSS) qui capte les données vitales, y compris SES. Le questionnaire SES est toutefois long et calculé en utilisant la méthode régulière de PCA avec ses défis. Il n'est pas non plus comparé avec la population nationale. Pour relever ces défis et atteindre la couverture sanitaire universelle, le KHRC, en collaboration avec M4M, a piloté l'EquityTool dans le cadre du projet Continuum de soins (CoC). Le projet CoC était une recherche de mise en œuvre de la planification familiale (FP) qui a utilisé une carte et des étoiles pour encourager les femmes (15-49) à utiliser la FP.

Objectif: Piloter l'EquityTool et comparer avec le questionnaire KHDSS standard dans le cadre du projet CoC

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale réalisée entre février et mars 2018 à l'aide de la capture de données électroniques de recherche (REDCap) dans le cadre du projet EndLine. Les femmes en âge de procréer ont été échantillonnées en utilisant le KHDSS qui couvre les communautés majoritairement rurales dans les districts de Kintampo Nord et sud où le CoC Tudy a été mis en œuvre. L'indice de richesse des participants a été mesuré à l'aide de l'outil d'équité et des questions standard du KHDSS qui ont toutes deux été incorporées dans REDcap. Deux mesures d'accord, à savoir le pourcentage d'accord et le Kappa de Cohen ont été utilisés pour évaluer l'harmonie entre les deux ensembles d'éléments.

Résultats: Le pourcentage d'accord entre l'instrument d'équité et le questionnaire du KHDSS était de 43,84%. Un Kappa de 0,298 de Cohen de la Foire a été obtenu. Kappa inférieur à 0,75 est excellent

Conclusion: L'outil EquityTool a été utilisé efficacement pour mesurer l'indice de richesse. La Foire Kappa pourrait être attribuée au fait que les questions du KHDSS sont principalement axées sur les communautés rurales et ne sont pas évaluées au niveau de la population nationale.

Bien que l'accord entre les questions du KHRC et les questions de l'EquityTool soit équitable, ce dernier est préféré puisqu'il est comparé avec la population nationale.

Evaluation des coûts médicaux directs du traitement pour l'éradication de l'Helicobacter Pylori au niveau des soins primaires ambulatoires au Cameroun : Implications pour les soins de qualité et la couverture sanitaire universelle.

Jeannine Aminde, Leopold Aminde, Faculty of Health Sciences, University of Buea, Buea, Cameroon

Contexte : Près de la moitié de la population mondiale est infectée par l'Helicobacter pylori (*H. pylori*) avec la prévalence la plus élevée signalée en Afrique. Cette infection est associée à plusieurs affections gastro-intestinales morbides et l'Organisation Mondiale de la Gastroentérologie (WGO) recommande de tester les personnes dyspeptiques et le traitement des cas positifs. Malgré la forte prévalence et le poids connexe de cette infection,

le coût du traitement chez les patients atteints de dyspepsie dans les établissements de soins primaires au Cameroun est inconnu.

Méthodes : Il s'agissait d'un examen rétrospectif des dossiers ambulatoires de janvier 2012 à décembre 2016 à l'hôpital du district de Wum, dans la région du Nord-Ouest du Cameroun. Nous avons examiné les dossiers de tous les patients pour lesquels le test de sérologie H. pylori a été demandé. Le coût de la maladie a été estimé du point de vue du patient en fonction des frais stipulés par l'hôpital.

Résultats : Nous avons inclus 451 patients, 63,6% (n = 287) femmes et l'âge moyen était de 40,7 ans. L'ensemble de la séroprévalence de H. pylori était de 51,5% (IC à 95% : 47% – 56%). Le schéma d'éradication le plus utilisé était ; oméprazole + amoxicilline + métronidazole (53,9% de personnes séropositives). L'utilisation de la thérapie à base de clarithromycine de première ligne a été faible (18,5%) et a diminué au fil des ans. Le coût moyen de la thérapie d'éradication était de 11 415 ± 5 507 FCFA ; Cela a varié de 8 200 FCFA (pour l'oméprazole + amoxicilline + métronidazole thérapie) à 21 000 FCFA (pour la clarithromycine triple thérapie). Le coût total moyen du traitement pour les patients externes dyspeptiques était de 8 357 ± 4 211 FCFA (fourchette : 5 900 à 21 510 FCFA).

Conclusion : Notre étude montre qu'une personne sur deux dyspeptiques ont une infection à H. pylori. Bien plus d'un tiers des Camerounais vivent en dessous du seuil national de pauvreté (44,8% en deçà du seuil de pauvreté de la classe des revenus moyens inférieurs), et le coût moyen du traitement ambulatoire pour l'infection à H. pylori dans les soins primaires représente un tiers du salaire minimum au Cameroun (36 270 FCFA). En l'absence d'une couverture sanitaire universelle, cela a des implications importantes pour le Cameroun, car les coûts de santé dépendent de paiements régressifs avec un potentiel d'exercer des dépenses de santé catastrophiques si les perspectives plus larges, l'hospitalisation et complications de la maladie sont prises en compte.

Mots-clés : Helicobacter pylori, séroprévalence, coût, soins primaires, Cameroun

Session Parallèle 8 – Présentations Orales

Session Parallèle 8-1 Allocation des ressources, efficacité et gestion 2

Mise en place d'une solution d'information adéquate pour renforcer les soins de santé primaires sur l'Île Maurice.

DR. Laurent MUSANGO¹, Mr. Premduth BURHOO²; Dr. Faisal SHAIKH¹; DR. Maryam TIMOL³

¹ OMS, Bureau Pays de l'Île Maurice.

² Institut Mauricien de la Santé (MIH)

³ Ministère de la Santé et de la qualité de vie (MSSQL)

Introduction: L'île Maurice possède l'un des meilleurs systèmes d'état civil en Afrique avec des naissances de près de 100% et des décès enregistrés. Les conditions de mortalité et les causes de mortalité sont codées selon la 10^{ème} Révision de la classification internationale des maladies (ICD-10). Le Rapport sur les statistiques de la santé publié annuellement contient des informations sur la population et les statistiques vitales, les infrastructures et le personnel, la morbidité, la mortalité et les activités de presque tous les services de santé relatifs à la République de Maurice. Les rapports statistiques des services de santé sont compilés chaque année. Au niveau des Soins de Santé Primaires, un registre est maintenu qui contient des informations démographiques et cliniques sur les patients qui fréquentent les structures de santé. Toutefois, il a été noté que les informations recueillies ne sont pas conçues pour fournir des données pour une analyse détaillée et ne sont pas rendues publiques pour une utilisation appropriée des décideurs. C'est la raison pour laquelle une évaluation sur une solution d'information adéquate pour renforcer les soins de santé primaires à Maurice a été lancée.

Méthodologie : L'évaluation des pays commence par une analyse approfondie de la situation du système d'information sur la santé au cours des 15 dernières années. Des défis ou des possibilités d'amélioration du système d'information sur la santé ont ensuite été exécutés. Une approche participative et flexible a été utilisée pour cette évaluation ; une équipe pluridisciplinaire a été créée pour effectuer l'évaluation. Un groupe de travail de 5 membres a été constitué pour examiner et valider le rapport. Le rapport a identifié des possibilités clés que le pays peut continuer de développer, ainsi que des défis et des solutions possibles pour une solution d'information adéquate afin de renforcer les soins de santé primaires à l'île Maurice.

Résultats: L'évaluation a identifié les possibilités mentionnées ci-dessus et les défis qui doivent être atténués pour améliorer les soins de santé primaires dans les pays. Les défis identifiés sont les suivants : les données générées par le système de santé ne sont pas exploitées à son plein potentiel, il y a un contrôle et une évaluation inadéquats des interventions sanitaires, des solutions d'information modernes ne sont pas disponibles pour

une meilleure analyse des informations existantes, et les mesures de contrôle de la qualité n'ont pas été conçues pour mesurer les résultats au niveau individuel et des installations.

Conclusion and recommendations: L'évaluation a recommandé de mettre en œuvre de solides systèmes d'information de gestion de la santé en introduisant la santé électronique dans laquelle tous les systèmes d'information sanitaires sont intégrés à un système efficace de transfert de données considérant l'introduction d'une carte de santé intelligente concernant toutes les informations personnelles sur la santé aux différents niveaux du système de santé, y compris le niveau périphérique et la mise en place d'un système de surveillance et d'évaluation solides afin de renforcer les soins de santé primaires.

Identifier les actions prioritaires de renforcement des systèmes de santé par une approche participative pour lutter contre la crise des maladies non transmissibles à l'Île Maurice.

Dr Faisal Shaikh, OMS

Co Auteur- M. Premduth Burhoo, OMS

Contexte : Les maladies non transmissibles (MNT) sont la principale cause de décès, de maladie et d'invalidité à l'île Maurice. Les quatre principales MNT (maladie cardiovasculaire principalement les maladies cardiaques et les AVC, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète), comptent pour près de 81% de tous les décès¹ et 85% du poids de la maladie et les tendances dans la mortalité prématurée et les facteurs de risque font augmenter la pression sur les systèmes de santé, le développement économique et le bien-être de la population.

Buts et objectifs : Le but de cette évaluation était de cerner les défis et les opportunités du système de santé.

Évaluer la couverture des interventions clés de la population et des individus MNT et identifier les défis du système de santé responsable de l'état de couverture.

Formuler des recommandations de politique nationale pour renforcer le système de santé.

Methodes: Une version adaptée du guide structuré d'évaluation du système de santé élaborée par l'OMS-EURO a été utilisée. L'outil identifié quinze caractéristiques des systèmes de santé et des questions semi-structurées est utilisé pour évaluer les performances du système de santé. Cette approche donne également une bonne compréhension des interventions de base et de la couverture des services et enfin l'identification des caractéristiques qui ont le plus d'impact sur la couverture de ces interventions. Les approches participatives et les méthodes d'engagement délibérées ont été utilisées pour une évaluation qualitative. Les données secondaires ont été utilisées pour l'analyse quantitative. Les intervenants nationaux ont participé à des groupes de travail et à des consultations nationales.

Principaux résultats : Des progrès ont été accomplis dans la mise au point d'un certain nombre d'interventions et de services de MNT. Malgré les progrès, la tendance est notée dans la mortalité due à la MNT. Le risque de mortalité prématurée due aux MNT est de 22,5 % par rapport aux autres pays développés. La couverture de nombreuses interventions de la population centrale a été jugée allant de la population limitée à modérée et actuelle à des facteurs de risque pour les MNT reste une préoccupation majeure. La couverture des services individuels est beaucoup mieux, bien que la stratification des risques pour le CVD, et la détection précoce, la gestion et le suivi des patients de la MNT aient besoin d'autres améliorations.

Les caractéristiques du système de santé identifiées comme des défis majeurs pour les interventions de la coopération interinstitutionnelle et de définition explicite des approches de priorité pour les services individuels de base, l'intégration des preuves dans la pratique est le plus grand défi. D'autres goulots d'étranglement pour les deux sont l'autonomisation de la population, les solutions d'information adéquates, garantir l'accès et la protection financière et les ressources humaines.

Principales conclusions : Sept secteurs d'action sur le système de santé sont identifiés pour accélérer les gains afin d'améliorer les résultats de la MNT. L'évaluation a également ouvert une nouvelle fenêtre pour une meilleure approche participative en vue du développement des politiques.

Qui sommes-nous? Le rôle de l'équipe, les relations professionnelles et managériales dans les pratiques de leadership collectifs dans les hôpitaux de district à Cape Town, Afrique du Sud.

**Dickson R O Okello, **Gerry McGivern, *Lucy Gilson*

**University of Cape Town,*

***Warwick Business School*

Contexte : Un leadership efficace en matière de santé est nécessaire pour s'engager avec d'autres parties prenantes dans la protection de la santé universelle (CSU) dans les pays les moins avancés. Pour atteindre la CSU, les hôpitaux sont importants dans la prestation de soins de santé axés sur les personnes. L'hôpital est un système social complexe, où le leadership est un phénomène collectif, pratiqué par différents cadres de santé. Dans de tels environnements, les identités professionnelles, professionnelles et sociales au niveau des groupes relationnels et organisationnels sont susceptibles d'influencer la façon dont le leadership est pratiqué. Une base de données riche et une théorisation pertinente est nécessaire pour comprendre la nature et les conséquences des pratiques de leadership dans les pays pauvres. Pourtant, le leadership hospitalier a rarement été étudié en Afrique du Sud. Le présent document présente les résultats d'une étude qualitative sur le contexte organisationnel de la santé, les pratiques de leadership et le leadership efficace dans les hôpitaux de district de Cape Town.

Méthodes : Nous avons utilisé des approches qualitatives de collecte de données dans les deux hôpitaux de district d'étude de cas. Nous avons eu un total de 42 interviews approfondies et deux discussions de groupe de discussion. Nous avons également assisté à des réunions de gestion, fait des observations dans différents domaines, et examiné des mémos internes et des lettres pertinentes des pratiques de leadership dans les hôpitaux. Nos répondants comprenaient des médecins, des infirmières, des agents de santé associés, des travailleurs de première ligne et des administrateurs à divers niveaux de gestion. Notre analyse a été à la fois inductive et déductive pour explorer et expliquer les questions émergentes sur les pratiques de leadership collectives dans les hôpitaux.

Résultats : Notre étude a révélé que les répondants soulignaient leur rôle de médecins et d'infirmières d'abord et en tant que leaders, et deuxièmement que l'équipe de travail, l'identité professionnelle et la gestion et les relations sont essentielles pour les pratiques de leadership, et leur influence probable sur la motivation du personnel. Les répondants ont lié les pratiques de leadership collectif et les relations à l'objectif commun de fournir des services de santé. Les médecins aînés étaient conscients de leur identité professionnelle et avaient des relations collégiales avec des médecins juniors. Une identité professionnelle et une fierté entre les médecins leur ont permis d'exercer leurs pratiques de leadership d'une manière collective et elles se sont considérées plus motivées par rapport à leurs collègues

infirmiers. Les infirmières occupant des postes de direction ont également considéré le transfert du leadership et des compétences professionnelles à des collègues comme un moyen important de partager des expériences professionnelles. Cependant, les infirmières juniors ont vu les hiérarchies professionnelles dans les soins infirmiers comme leur donnant moins d'occasion pour participer à la direction collective et ont vu cela comme minant leur motivation. En outre, la structuration de la gestion aux niveaux junior, intermédiaire et supérieur représentait des identités de gestion dans l'hôpital créant ainsi des obstacles au renforcement des relations et aux pratiques de leadership collectif.

Conclusion : Médecins et infirmières détiennent deux identités professionnelles dans les hôpitaux et cela influence leurs pratiques de leadership. En matière de leadership collectif, les pratiques ont des influences sur la motivation des agents de la santé. Pour élaborer des pratiques de leadership inclusives, les décideurs et les praticiens devraient viser des efforts délibérés pour envisager des différences d'équipe, professionnelles et managériales lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes de leadership au sein de l'hôpital comme contexte physique et adopté là où sont localisées les pratiques de leadership.

La révision des lignes directrices sur le traitement standard en Tanzanie et la liste nationale des médicaments essentiels.

Gavin Surgey, PRICELESS/Wits Ecole de Santé Publique

Objectif: Le Ministère de la Santé de la Tanzanie a entrepris un processus systématique pour réviser ses directives de traitement standard et la liste nationale des médicaments essentiels (STG/NEMLIT) conduit par l'Unité des services Pharmaceutiques (PSU) sous le Ministère tanzanien de la Santé. Les médicaments essentiels répertoriés sont considérés comme l'un des éléments les plus rentables dans les soins de santé et servent d'outils de promotion de l'équité en matière de santé. Elles doivent être régulièrement mises à jour pour s'assurer qu'elles contiennent des produits clés et qu'elles reflètent des données probantes sur l'efficacité et la sécurité.

Méthodes: Le processus de révision du STG/NEMLIT a été structuré autour des activités de renforcement des capacités de telle sorte que l'équipe tanzanienne puisse entreprendre elle-même la majorité du travail, ce qui pourrait être un produit développé dans le pays. La formation et le soutien dans l'économie de la santé a été fourni sur la médecine fondée sur des preuves et des coûts pour la fixation prioritaire dans les médicaments. Le processus impliquait des ateliers de renforcement des capacités et un engagement continu de l'équipe d'experts tanzaniens et le soutien technique continu des experts HTA contractés à PRICELESS SA. Un tel engagement a permis aux parties prenantes du pays d'acquérir une compréhension approfondie et une expérience pratique de la sélection fondée sur des preuves de médicaments tout en développant leur base de connaissances sur les principes de HTA. Ce lien avec le processus HTA, a encore affirmé que le HTA a un rôle crucial à jouer dans la prise de décision.

Résultats: Au-delà du STG/NEMLIT révisé qui s'est achevé au début de 2018, un document d'orientation sous la forme d'une procédure de fonctionnement standard (SOP), a été élaboré par un groupe d'experts nationaux et internationaux visant à fournir des orientations systématiques pour l'élaboration et la révision des STG, des lignes directrices sur le traitement des programmes verticaux et des listes de médicaments connexes (NEMLIT inclusivement), qui pourraient être reproduits pour un autre processus d'examen. Le processus de révision et la capacité de renforcement des compétences liées à HTA qui, à son tour, a contribué à précipiter la Tanzanie dans la mise en place d'un comité HTA.

Conclusions: Les lignes directrices décrivent l'approche de l'examen et la façon d'établir des priorités pour les examens. Un aspect remarquable de la directive est l'incorporation de la rentabilité dans l'examen des médicaments ou des options de traitement. Bien qu'il n'y ait pas de référence directe sur la façon d'établir des seuils pour l'inclusion ou l'exclusion des médicaments, c'est la première fois que les orientations du développement du STG/NEMLIT sont intégrées dans le rapport coût-efficacité. Il a également précipité la création du comité HTA qui a été formé en 2017.

Planification de la prestation de services dans un contexte de ressources limitées : les preuves du Nigéria.

Kelechi Ohiri, Musleehat Hamadu, Yewande Ogundeji : Abuja Health Strategy and Delivery Foundation

Contexte: De nombreux États au Nigéria développent chaque année un paquet de services minimum (MSP), qui vise à améliorer l'accès en garantissant l'uniformité de la disponibilité des ressources par type d'installation et la normalisation de la prestation de soins de qualité pour ses citoyens. Nonobstant cela, la prestation des services au Nigéria est toujours inférieure à la normale, car bon nombre de ces MSP ne sont ni réalisables ni efficaces en raison de l'approche axée sur les intrants (coûts par service) qui étend les ressources au-delà des réalités fiscales. Il est nécessaire de passer d'un MSP basé sur les intrants à un modèle axé sur la production qui examine les compromis des ressources et l'impact potentiel pour permettre aux États d'offrir à leurs citoyens, l'accès aux services de santé de base en dépit des contraintes budgétaires. Ce modèle proposé serait une approche novatrice, qui devrait être élaborée et testée en ce qui concerne son acceptabilité et son utilité auprès des décideurs.

Objectifs : Cette étude avait 2 objectifs :

- Développer et concevoir un plan de prestation axé sur la production réaliste (SDP) qui considère les besoins, les ressources, les priorités et un calendrier réaliste dans l'État de Kaduna.
- Intégrer l'approche dans le processus de planification de l'État.

Méthodes : L'étude a été menée conjointement avec l'État. L'approche globale est résumée en 3 étapes clés :

1. L'espace budgétaire a été projeté dans 3 scénarios de ressources, un cas bas, un cas de base et un cas élevé, pour déterminer l'étendue des ressources disponibles
2. Un modèle complet a été conçu à l'aide de Microsoft Excel, ce qui nous a permis de déterminer la combinaison efficace d'entrées (par exemple, le nombre maximal admissible d'installations, les numéros de HRH) nécessaires pour obtenir un accès de service désiré.
3. La gamme des options de modèles admissibles qui s'inscrivent dans les contraintes déterminées en fonction des projections financières a été présentée aux décideurs et aux décideurs de l'État pour co-sélectionner le plan de prestation de services le plus viable.

Résultats : Nos résultats démontrent l'efficacité du SDP. L'un des modèles SDP a été projeté pour augmenter l'accès à 69% à un coût de N7. 9b (25m \$US), qui était dans la limite des ressources de l'État par rapport à MSP qui offrait une augmentation de l'accès à 80% à un coût de N60b. Le SDP s'est fortement appuyé sur les décideurs en s'intégrant dans des documents stratégiques clés tels que le plan stratégique de développement de la santé. Le gouverneur exécutif de l'État de Kaduna a également approuvé la mise en œuvre de l'un des modèles en publiant une directive à l'Agence nationale de soins de santé (SPHCA) pour recruter 1 médecin par gouvernement local dans le système, l'une des recommandations de base des modèles SDP.

Conclusion: Cette étude démontre la nécessité de passer des modèles entraînés par les entrées aux modèles axés sur la sortie lors de la conception des modèles de prestation de services médicaux. Il fournit une approche analytique de l'allocation des ressources pour la prestation de services de SSP. Dans le contexte des paramètres limités par les ressources, il fournit aux décideurs des options pour optimiser la prestation des services de santé.

Le rôle des gains d'efficacité dans l'expansion de l'espace fiscal pour la santé au Nigéria.

Yewande Ogundiji, Kelechi Ohiri, Babatunde Akomolafe: Health Strategy and Delivery Foundation

Un élément majeur de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle dans de nombreux pays en développement consiste à réduire les dépenses de poche régressives (OOP) qui constitue un obstacle de la demande critique pour accéder aux soins. Le Nigéria a la dépense la plus élevée de l'OOP en Afrique et les dépenses de santé gouvernementales sont inférieures par rapport aux critères recommandés. Compte tenu de la corrélation entre les dépenses gouvernementales et l'amélioration des résultats en matière de santé, son importance ne peut pas être suraccentuée. Cette étude visait à explorer et à identifier des options viables pour augmenter les dépenses de santé dans l'État de Kaduna, au Nigéria.

Notre étude comportait des approches qualitatives et quantitatives. Premièrement, nous avons élaboré un cadre conceptuel pour explorer l'espace budgétaire de la santé. Il s'agit d'un examen approfondi de la littérature et des cadres théoriques. Notre cadre consistait en 6 domaines thématiques : croissance macroéconomique, répriorisation de la santé, sources spécifiques du secteur de la santé, aide au développement/subventions, partenariats privés publics et gains d'efficacité. Deuxièmement, nous avons mené des entrevues d'informateurs clés avec 13 participants, y compris des experts en dépenses publiques et des gestionnaires de programmes supérieurs et des décideurs. Troisièmement, nous avons effectué un examen quantitatif des bureaux afin d'informer nos prévisions de recettes et la faisabilité des options spatiales identifiées. Les sources de données comprenaient des rapports audités, des données budgétaires et des dépenses du gouvernement, des sondages auprès des ménages, des enquêtes sur les comptes, des dépenses annuelles et des données sur la croissance économique.

S'appuyant sur l'analyse précédente des besoins de santé dans l'état, en plus des dépenses courantes de santé, il faut ₦16bn pour financer le système de santé. Nous avons constaté que le secteur de la santé peut obtenir ₦5,2bn si 80% de la performance budgétaire sont atteints ; les primes d'un régime d'assurance-maladie sociale planifiée pourraient générer un montant supplémentaire de ₦2bn; et les impôts sur la taxe pourraient générer ₦1,5 bn. Toutefois, le rendement du budget de santé a été médiocre (une moyenne d'environ 50% au cours des 5 dernières années) et la mise en œuvre d'assurance-maladie ou d'impôt sur les taxes exigent des cadres juridiques et une conception prudente qui sont le temps et la consommation de ressources. Les gains d'efficacité en termes d'amélioration du rendement du budget de santé semblent être l'option la plus viable, durable et rentable pour l'État. Pour obtenir des recettes potentielles à partir de cette option, le Ministère Public de la Santé (SMOH) et d'autres organismes de santé devraient communiquer et s'engager fréquemment avec le Ministère du Budget et de la Planification et des Finances pour communiquer efficacement la nécessité de prioriser la santé en termes d'allocation budgétaire pour le secteur, ce qui peut être réalisé en fournissant des preuves mesurables d'impact, de valeur pour l'argent, et la reddition de comptes pour les fonds précédemment déboursés.

Session parallèle 8-2 Enjeux de la recherche en santé publique

Connaissance limitée des statuts de santé et estimations biaisées de l'équité dans les PFR-PRI

Ignà Bonfrer, Professeur Eddy van Doorslaer, École de Politique et de Gestion de Santé Erasmus

Contexte L'équité dans la prestation des soins de santé primaires est une étape importante sur la voie de la CSU et constitue un sujet de recherche essentiel pour les économistes de la santé. Une approche commune pour quantifier l'équité consiste à mesurer dans quelle mesure l'utilisation des soins de santé est liée à la mesure de l'intérêt, telle que le revenu, l'éducation, l'âge ou le sexe après prise en compte des différences de besoins. Les économistes de la santé s'appuient fortement sur des mesures auto-déclarées de l'état de santé général ou sur des conditions spécifiques pour évaluer ces besoins. Cependant, la validité de cette technique dépend en grande partie de l'adéquation de cet état de santé auto déclaré.

Objectif Cette étude vise en premier lieu à déterminer dans quelle mesure les répondants sont conscients de leur propre état de santé, en second lieu à identifier le biais potentiel dans l'état de santé autodéclaré et enfin à indiquer si le biais dans l'état de santé auto déclaré diffère systématiquement par âge, sexe, revenu ou niveau d'éducation.

Méthodes Utilisation de trois ensembles de données uniques de la caisse d'assurance maladie collectés au Nigéria (État de Kwara, n = 2325 ménages), en Tanzanie (Dar es-Salaam, n = 674 ménages) et au Kenya (district de Nandi, n = 1242 ménages). Nous comparons les mesures auto déclarées et objectives (mesures anthropométriques et / ou biomarqueurs) pour cinq conditions: hypertension, diabète, insuffisance pondérale, surcharge pondérale et paludisme. Nous utilisons les données des enquêtes auprès des ménages associés pour mesurer l'âge, le sexe et les dépenses de consommation en tant qu'indicateurs du revenu et du niveau d'éducation.

Principaux résultats Les résultats préliminaires montrent que les personnes interrogées ont largement sous-estimé leur propre état de santé en ce qui concerne l'hypertension (15% étaient hypertendues mais ne l'ont pas signalé) et le surpoids (20% ne l'ont pas signalé), alors qu'elles surestimaient la prévalence du paludisme (8% ont fait l'objet d'une erreur) et un poids insuffisant (5% incorrectement déclaré). Nous constatons que les personnes âgées de plus de 40 ans, les hommes et ceux qui n'ont pas ou peu d'éducation primaire sont plus susceptibles de déclarer de manière incorrecte qu'aucune maladie n'est en cause. Les résultats préliminaires suggèrent en outre qu'il n'y a pas de gradient de revenu significatif dans les faux négatifs.

Conclusion Avec 90 % pour cent de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire et à l'hypertension et à la surcharge pondérale parmi les principaux facteurs de risque de cette maladie, ces résultats montrent qu'il est important d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires. C'est aussi un récit édifiant pour les économistes de la santé, qui utilisent l'état de santé autodéclaré comme indicateur indirect de la santé, ce qui peut conduire à une sous-estimation des inégalités dans le système de santé, en particulier à l'égard des hommes, des personnes âgées et des personnes peu éduquées.

Comportement sexuel à risque des jeunes des zones rurales du Nigéria: conséquences pour les centres de santé primaires

*Juliana C. Onuh, Aloysius Odii, Chukwuedozie K. Ajaero et Chimezie Atama
Département de géographie, Université du Nigéria Nsukka,*

Contexte Les jeunes résidant dans les zones urbaines et rurales du Nigéria sont connus pour se livrer à un comportement sexuel à risque. Dans le même temps, les interventions visant à lutter contre ces comportements atteignent facilement les zones urbaines, laissant ainsi aux centres de santé primaires (SSP) situés en zone rurale la responsabilité de promouvoir la santé et de prévenir les maladies. Cependant, les SSP trouveraient plus difficile de s'acquitter de cette tâche sans avoir des connaissances avérées sur les catégories de jeunes sujets à un comportement sexuel à risque.

Objectif L'objectif de cette étude est donc d'examiner le comportement sexuel à risque spatial des jeunes résidant dans les zones rurales du Nigéria et les facteurs sociodémographiques qui les affectent.

Méthode Les données de l'enquête nigériane sur la démographie et la santé réalisée en 2013 dans les 36 États du Nigeria et d'Abuja ont été utilisées. Avec un échantillon de 8788 jeunes âgés de 15 à 24 ans. Le comportement sexuel à risque a été mesuré à l'aide de trois éléments; aucune utilisation de préservatif lors du premier rapport sexuel, aucune utilisation constante de préservatif et partenaires sexuels multiples. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, d'analyses du khi-carré, de points chauds et de régression logistique binaire.

Résultats Sur la base de l'analyse du khi-deux, les résultats de cette étude ont enregistré des variations significatives des comportements sexuels à risque dans les zones rurales présentant un point chaud majeur dans le nord-ouest du Nigéria. La prévalence la plus élevée de partenariats sexuels multiples, d'aucune utilisation de préservatif et de moins de 15 ans au premier rapport sexuel a été observée dans le sud-sud, le nord-ouest et le nord-ouest du Nigéria, respectivement. Enfin, la régression logistique binaire a identifié l'éducation, l'état matrimonial, la région et l'âge comme facteurs de risque dominants de comportements sexuels à risque dans toutes les régions.

Conclusion Ces résultats suggèrent donc que, puisque les centres de santé primaires des zones rurales ont pour mission principale de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, les programmes régionaux spécifiques destinés à sensibiliser à l'importance de la sexualité sans risque et à l'utilisation du préservatif devraient cibler les jeunes peu scolarisés et dans la catégorie des riches, l'accent étant mis sur les régions vulnérables.

Utilisation des soins de santé primaires au Nigéria: analyse de régression quantile à l'aide des Données de l'Enquête sur les Indicateurs de Prestation de Services

Opeyemi Abiola Fadeyibi, Banque mondiale, Nigéria

Le document utilise une analyse de régression quantile pour expliquer les facteurs qui affectent l'utilisation des services de soins de santé primaires à différents points de la distribution conditionnelle de la variable dépendante. Les données des établissements de santé issues de l'enquête sur les indicateurs de prestation de services (IDS) au Nigéria ont été analysées, mesurant l'utilisation en tant que nombre de visites ambulatoires au cours

des 3 mois précédant l'enquête. Les auteurs ont utilisé à la fois les analyses de régression des moindres carrés (OLS) et de régression de quantiles aux 10, 25, 50, 75 et 90 quantiles pour voir s'il existe des différences entre les estimations produites par les deux approches. La régression quantile (QR) a été utilisée pour estimer l'effet des variables explicatives sur la variable dépendante en différents points de la distribution conditionnelle de la variable dépendante.

Les résultats ont montré que le type d'établissement de santé, la région, la fourniture de services de planification familiale et la disponibilité de l'électricité augmentent considérablement l'utilisation des services de santé pour tous les quantiles. Les effets de ces facteurs sur l'utilisation sont toutefois plus importants dans le quantile supérieur que dans le quantile inférieur. De plus, la disponibilité d'infrastructures telles que des toilettes et de l'eau, ainsi que la fréquence des opérations de l'installation (ouverture quotidienne ou non) augmente considérablement l'utilisation dans le quantile supérieur. Comprendre la structure des effets des facteurs à différents points de la distribution conditionnelle de l'utilisation des soins de santé primaires est essentiel pour renforcer le système de soins de santé primaires au Nigéria.

Caractérisation du polymorphisme 331G / A du gène RP et identification du virus HMTV viral oncogène viral en tant que marqueurs génétiques pour l'amélioration de la gestion du cancer du sein au Cameroun.

NIELS NGUEDIA KAZE¹, N.N.K., JEAN PAUL CHEDJOU¹, J.P.C., WILFRED MBACHAM^{1,2}, W.M.

*University of Yaoundé I (Department of Biochemistry / Biotechnology Center, Yaounde, Cameroon)
Faculty of medicine and Biomedical Sciences*

Contexte: Le cancer du sein est un véritable problème de santé publique au Cameroun, où davantage de patientes meurent généralement un an après le diagnostic. Comme il est toujours basé sur un examen histologique, la mortalité par cancer est loin de diminuer. Le cancer étant une accumulation de modifications moléculaires, le polymorphisme +331 G / A du gène PgR (récepteur de la progestérone) et de l'oncogène viral HMTV (virus de la tumeur mammaire humaine) a récemment été considéré comme un marqueur moléculaire associé au cancer du sein. C'est pourquoi nous avons fixé nos objectifs pour caractériser ces marqueurs.

But et objectifs: caractérisation du polymorphisme +331 G / A du gène PgR (récepteur de la progestérone) et de l'oncogène viral HMTV (virus de la tumeur mammaire humaine) par PCR semi-nichée pour comprendre le facteur étiologique de ce cancer au Cameroun.

Méthode: Nous avons mené une étude cas-témoins au cours de laquelle 26 cas diagnostiqués positifs pour un cancer du sein au CHU de Yaoundé ont été recrutés grâce à l'identification de biopsies archivées. Des échantillons de sang ont également été recueillis auprès de 20 femmes recrutées à l'aide d'un questionnaire et d'une pancarte informant de la préoccupation de chacune d'entre elles. Un polymorphisme de +331 G / A dans le gène PgR a été identifié à l'aide de l'endonucléase NlaIV par PCR-RFLP et de l'oncogène viral HMTV par PCR semi-nichée. Les données ont été analysées avec Microsoft Excel et SPSS v20.

Résultats: Nous avons un âge moyen de $57,73 \pm 9,87$ dans notre groupe cancéreux avec une prédominance de carcinome des canaux infiltrants au grade II de la SBR. Un rapport impair de 1,268 avec un intervalle de confiance de 95% 1,004-1,664 prouvant qu'il existe une association significative entre la mutation 331G / A et le cancer du sein avec une valeur p de 0,026, obtenue en comparant le groupe mutant (AA) à 28,5% génotype sauvage (GG). En

outre, 3 cas ont été détectés avec le virus HMTV, un dans le groupe cancer et deux dans le groupe témoin.

Conclusion: Ces résultats indiquent que HMTV est considérée comme une cause virale et peut prédisposer au cancer du sein. Outre le 331, le polymorphisme G / A est un facteur de risque associé à ce cancer.

Mots-clés: cancer du sein, récepteur de la progestérone, polymorphisme du gène + 331G / A PgR, virus de la tumeur mammaire humaine.

Évaluation de l'impact du programme de réalisation de cliniques idéales en Afrique du Sud à l'aide de méthodes quasi expérimentales

Ijeoma Edoke, Nicholas Stacey and Karen Hofman: PRICELESS SA, School of Public Health, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa,

Contexte: L'Afrique du Sud est actuellement en train de restructurer son système de santé dans le but d'obtenir une couverture universelle en matière de santé grâce à un système national d'assurance maladie (NHI) à payeur unique. Le NHI a été présenté comme une solution aux inégalités au sein du système de santé sud-africain en créant «un système unitaire, financé par un fonds central, dans lequel les patients peuvent choisir parmi un ensemble de soins offerts par des établissements de santé agréés». En prévision de l'INSA, un certain nombre de réformes ont été introduites pour améliorer à la fois l'accès et la qualité des services de soins de santé dans les établissements de santé publics. Compte tenu de l'importance d'un système de soins de santé primaires fonctionnant bien, ces réformes ont également visé des améliorations et une restructuration du système de soins de santé primaires. L'introduction progressive du Programme de réalisation de cliniques idéales (CIPR) en 2014 a été un élément important de la réforme des soins de santé primaires. Ce programme s'est accompagné d'un large éventail d'initiatives visant à améliorer la qualité des services de soins de santé primaires, en particulier dans les zones les plus défavorisées. La CIPR a ciblé des améliorations dans le processus administratif des SSP; prestation de services de santé; ressources humaines pour la santé; et des infrastructures.

But: Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de la CIPR sur la qualité des services de soins de santé primaires.

Méthode: Nous utilisons des données administratives - le système d'information sanitaire du district sud-africain et appliquons des méthodes quasi expérimentales pour évaluer l'impact du programme sur les causes de décès susceptibles d'être jugées (indicateur de la qualité des services de santé) et des indicateurs de processus (y compris le stock de médicaments essentiels). taux de sous-traitance et incidents liés à la sécurité des patients). Ces méthodes quasi expérimentales (différence de différence associée à l'appariement par score de propension) permettent d'identifier les effets causaux du programme sur les résultats au niveau de la population (causes de mortalité susceptibles) et sur les indicateurs de processus. Cela fournira aux décideurs des informations utiles sur les améliorations à apporter avant la mise à l'échelle complète du programme.

Valeurs d'utilité de l'état de santé chez les enfants et les adolescents handicapés: examen systématique et méta-analyse des données factuelles

** Lucy Kanya, ** Dr. Nana Anokye: * École d'économie et de sciences politiques de Londres, ** Brunel University London*

L'évaluation des technologies et des interventions de soins de santé nécessite à la fois une évaluation des coûts et des services publics. Les valeurs d'utilité de l'état de santé (HSUV) sont mesurées à l'aide d'une gamme de mesures génériques et spécifiques. Bien que les examens aient révélé que les mesures génériques des HSUV peuvent manquer de validité chez les adultes souffrant d'affections qui entraînent un handicap physique, il existe peu d'informations disponibles sur les méthodes utilisées pour obtenir des HSUV chez les enfants et les adolescents handicapés. Les objectifs de cette revue systématique sont de décrire les méthodes utilisées pour obtenir les HSUV, y compris le mode d'administration et les propriétés psychométriques, et de fournir des statistiques résumées sur les HSUV chez les enfants et les adolescents handicapés. Un résumé narratif de la littérature disponible est fourni. En outre, à l'aide d'un modèle à effets aléatoires, les coûts et les services publics sont mis en commun séparément pour permettre la mesure combinée des effets. Une méta-analyse en réseau des différentes mesures et de leurs valeurs est également réalisée. Les résultats de cette analyse guideront un modèle économétrique sur les coûts et les utilités des technologies de la santé et des interventions pour les enfants et les adolescents handicapés. Les résultats interrogent également la généralisabilité des méthodes d'évaluation sur différents groupes de population, maladies et environnements.

Résultats et facteurs associés de la prise en charge communautaire intégrée des cas de maladies infantiles dans la zone de Dawro, dans le sud-ouest de l'Éthiopie

** Tesfaye Dagne Weldemariam, ** Sisay Dejene, * Waju Beyene: * Université Jimma, ** Bureau de la santé de Dawuro*

Contexte: Après son extension en mars 2011, la gestion de cas communautaire intégrée (ICCM) couvrait environ 86% du territoire; 88% des agents de vulgarisation sanitaire ont été formés; et la prise en charge des enfants de moins de cinq ans dans les postes de santé a été accrue. Cependant, les résultats pour la santé des enfants de moins de cinq ans à la suite de la prise en charge de maladies infantiles courantes par des agents HEW utilisant le protocole ICCM et ses facteurs associés n'ont pas encore été étudiés.

Objectif: Le but de cette étude était d'évaluer les résultats et les facteurs associés de la prise en charge communautaire intégrée des services de traitement des maladies infantiles dans la zone de Dawro, dans le sud-ouest de l'Éthiopie, en 2017.

Méthodes: Un plan d'étude transversal basé sur la communauté a été utilisé dans cette étude. L'étude a été menée du 15 mars au 12 avril 2017 dans la zone de Dawro, dans le sud-ouest de l'Éthiopie. Les aidants de 791 enfants de moins de cinq ans choisis au hasard, traités selon le protocole ICCM de juillet 2016 à janvier 2017 dans des kebeles de l'échantillon, ont participé à l'étude. Une analyse de régression logistique multinomiale a été utilisée pour ajuster un modèle et identifier les variables associées aux résultats de l'ICCM. Le résumé des résultats a été présenté de manière descriptive par tableaux de fréquence, graphiques et diagrammes, et analytiquement par la p-value, le rapport de cote ajusté et intervalle de confiance.

Résultat: Sept cent quatre-vingt-onze soignants ont participé à cette étude, ce qui a donné un taux de réponse d'environ 98%. Parmi les 791 enfants de moins de cinq ans pris en charge par des agents de vulgarisation sanitaire pour des maladies infantiles courantes, 705, 58 et 28 ont été guéris, ont eu des complications et sont décédés, respectivement. Lorsque les cas guéris sont comparés aux cas aggravés, les variables indépendantes; Le statut éducatif, la richesse du ménage, l'âge de l'enfant, la distance entre le domicile et le poste de

santé, la connaissance des signes de danger chez l'enfant et les pratiques traditionnelles néfastes étaient des prédicteurs significatifs des résultats des enfants gérés par HEW dans le cadre du programme ICCM. Toutes les variables susmentionnées, à l'exception des pratiques traditionnelles néfastes, étaient associées de manière significative lorsque les cas guéris étaient comparés à ceux des cas morts.

Conclusion: cette étude a révélé que la plupart des enfants de moins de cinq ans se sont améliorés suite à la prise en charge des maladies infantiles courantes par les agents de vulgarisation sanitaire. Il convient d'accorder une attention particulière aux nourrissons, aux enfants éloignés des postes de santé, d'informer les prestataires de soins sur les signes de danger pour l'enfance, d'éliminer les pratiques traditionnelles néfastes pour les enfants de moins de cinq ans afin d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé de l'enfant.

Utilisation de la cartographie des interventions pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies d'amélioration de la qualité visant à éliminer la filariose lymphatique dans le nord du Ghana.

Alfred Kwesi Manyeh^{1,2,4*} ; Frank Baiden⁴ ; Latifat Ibisomi¹ ; Tobias Chirwa¹ ; Ramaswamy Rohit^{1,3}

¹Division of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Parktown, Johannesburg, South Africa.

²Dodowa Health Research Centre, Dodowa Ghana.

³Public Health Leadership Program, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina, 4107, McGavran-Greenberg Hall, Chapel Hill, NC, USA.

⁴Ensign College of Public Health, Division of Epidemiology and Biostatistics, Ghana.

La Stratégie Mondiale visant à Éliminer la Filariose Lymphatique (GFELF) par l'Administration Massive de Médicaments (MDA) a été implémentée au Ghana depuis 2000 et la transmission a été interrompue dans 76 des 98 districts d'endémie. Pour améliorer la DMM dans les districts restants présentant une prévalence de microfilaries (MF) supérieure au seuil de 1% nécessaire pour l'interruption de la transmission, il est nécessaire d'identifier et de mettre en œuvre une stratégie d'amélioration de la qualité appropriée pour l'élimination de la maladie en tant que maladie publique. Problème de santé au Ghana.

En raison des complexités associées à la mise en œuvre de programmes fondés sur des preuves (EBP) tels que la MDA pour la filariose lymphatique et la variabilité dans leur contexte, une évaluation initiale visant à identifier les goulots d'étranglement associés à la mise en œuvre de la MDA pour la filariose lymphatique dans le district de Bole au Ghana a été réalisée. Une stratégie d'IQ spécifique au contexte a été conçue et mise en œuvre à l'aide d'une stratégie de cartographie des interventions en sept domaines: acteur, action, objectifs d'action, temporalité, dose, résultats de la mise en œuvre abordés et justification théorique.

Cet article décrit les processus et les méthodes utilisés pour sélectionner les stratégies d'IQ adaptées au contexte et adaptées au contexte afin de remédier aux goulots d'étranglement identifiés dans le cadre d'une intervention existante fondée sur des preuves pour éliminer la filariose lymphatique dans le district de Bole au Ghana.

Mots-clés: filariose lymphatique, amélioration de la qualité, administration massive de médicaments, cartographie des interventions, Ghana.

Session parallèle 8-3 Établissement de priorités et évaluation économique

Prestation de soins de santé primaires en Afrique du Sud après l'apartheid : Etude sur les contributions du secteur public à l'amélioration de l'équité

Kehinde O. OMOTOSO ; Steve KOCH, Université de Pretoria, Département d'économie

Contexte : Avant 1994, le système de santé de l'Afrique du Sud était divisé selon des critères raciaux. Après 1994, le système de santé sud-africain s'est transformé en un système à deux niveaux, divisé selon des critères socio-économiques. Depuis l'émergence de la démocratie au cours des deux dernières décennies en Afrique du Sud, des efforts considérables ont été déployés pour corriger les inégalités socio-économiques et sanitaires qui caractérisaient le régime de l'apartheid. Plus précisément, le gouvernement sud-africain s'est engagé dans diverses politiques et réformes pour mettre un terme aux pratiques discriminatoires qui prévalaient dans tous les aspects de la vie avant 1994. Les interventions politiques étaient destinées à réduire les inégalités socioéconomiques à divers titres et, par extension, ces mesures se sont également appliquées au système de santé : redistribution fiscale ciblée sur les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, suppression des redevances d'utilisation des soins de santé primaires (SSP) en 1994, extension de la politique des SSP à tous les utilisateurs des ménages relativement pauvres en 1996, négociations en cours sur la Couverture Sanitaire Universelle grâce notamment à une assurance maladie nationale (NHI) en cours d'implémentation.

But et objectifs : Cette étude se propose d'examiner les contributions indirectes des diverses politiques et réformes publiques visant à réduire les inégalités d'accès aux soins de santé au cours de la deuxième décennie après l'apartheid, en Afrique du Sud. De façon plus précise, les contributions étaient liées à l'évolution des facteurs sociaux qui parfois, sont la cible des décisions politiques.

Méthodes : Les données proviennent des informations recueillies sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) et sur l'accès aux soins de santé publics et privés des questionnaires de 2004 et 2014 relatives aux enquêtes générales sur les ménages (SGH) en Afrique du Sud, suffisamment représentatives. Une décomposition du changement dans une méthode d'indice de concentration a été utilisée pour démêler les contributions du secteur public à l'équité dans l'accès aux soins de santé au cours de la période étudiée.

Principaux constats : Dans l'ensemble, les résultats montrent une amélioration de l'accès aux soins de santé au cours de la période d'après l'apartheid, particulièrement pour les groupes de population précédemment défavorisés, avec une préférence croissante pour les soins de santé privés en cas de maladie. Toutefois, les différences entre les zones rurales et urbaines ainsi que le niveau d'instruction contribuent largement aux inégalités dans l'accès aux soins de santé.

Conclusions principales : Si des progrès ont été accomplis dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires en Afrique du Sud après l'apartheid, des politiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales et parmi les personnes analphabètes pourraient encore contribuer dans la réduction de ses inégalités.

Les Agents de Santé Communautaires sont-ils le maillon manquant dans l'amélioration de la capacité du volet préventif des systèmes de santé ?

AfHEA 5ème Conférence (Accra 2019) Garantir les Soins de Santé Primaires pour tous: base pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Afrique

Contexte général La plupart des décès peuvent être évités grâce à de simples interventions fondées sur des données probantes, comme le recours à des agents de santé communautaires (ASC), également appelés équipes de santé villageoises en Ouganda (VHT). Cependant, la stratégie du Relais fait toujours face à des défis de mise en œuvre en ce qui concerne les programmes de formation, la supervision et la motivation. L'OMS préconise l'utilisation des ASC pour étendre la couverture des services de santé, comme l'une des méthodes permettant de remédier aux pénuries de personnel de santé, principalement dans les pays en développement.

Méthodologie Les ASC ont été invités, à partager leurs perspectives et leurs expériences : des entretiens qualitatifs (entretiens approfondis) avec 15 ASC de trois districts (Kamuli, Pallisa et Kibuku) ont permis d'étudier leurs motivations, de même que les défis rencontrés. Chaque ASC interviewé de façon indépendante, a permis d'avoir un aperçu des activités pratiques quotidiennes qu'il mène.

Résultats Les ASC ont mentionné que la principale motivation pour assumer leur rôle était d'élever leur statut dans leur communauté, mais que le principal obstacle était le manque de confiance résultant de l'insuffisance de formation et de supervision appropriées. Des entretiens approfondis ont révélé que les ASC, contrairement à la littérature, sont les agents de santé de " première contact " en ce qui concerne les soins de santé de base, qui s'étendent à toutes les maladies préventives. Les problèmes de santé complexes qui ont été abordés par les ASC comprenaient la prestation de soins aux personnes qui ne prenaient pas leurs médicaments, la sensibilisation aux soins prénatals, le paludisme, l'hygiène domestique et personnelle et le fait d'être les premiers intervenants dans les urgences communautaires.

Conclusions Avec le niveau de décentralisation, l'un des systèmes de soins de santé est maintenant le village ou LC 1 où se trouvent les agents de santé communautaire. Les ASC sont des membres clés du personnel de soutien en matière de santé qui jouent un rôle crucial au niveau communautaire. Dans la pratique, les ASC fournissent plus que des soins de base, en particulier aux patients atteints du VIH/sida et de la tuberculose. Les ASC jouent un rôle pertinent dans l'élargissement de la couverture sanitaire, surtout dans les communautés rurales et insuffisamment desservies. Cela a réduit la charge pesant sur le personnel des établissements de santé. Cependant, l'insuffisance de formation et d'autres matériels qui font défaut aux ASC constituent des freins pour faire face aux défis quotidiens. Si ces lacunes sont comblées, les ASC seraient la solution idéale pour l'amélioration des soins de santé à domicile.

Mots clés : Agents de santé communautaires, services de santé, couverture

L'inégalité intra-urbaine, un nouveau danger émergent pour la santé des enfants en Afrique : le cas de l'Afrique du Sud

Olufunke A. Alaba, Département d'économie de la santé, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud

Introduction Il existe beaucoup d'influences sur la santé et la mortalité infantiles en Afrique du Sud que ne le révèle le simple examen en moyenne, de la croissance économique globale et de la priorité qui semble avoir été accordée au développement social et au bien-être des enfants, en particulier dans les villes en croissance rapide. Les inégalités se manifestent lorsqu'on s'efforce de détériorer l'image.

Bien qu'il faille reconnaître les disparités entre les zones rurales et urbaines en matière de malnutrition infantile parmi les groupes socioéconomiques, l'écart intra-urbain devient

rapidement un danger pour la santé des enfants, notamment la malnutrition infantile en Afrique subsaharienne. La malnutrition infantile reste un problème mondial. Étant donné que la malnutrition est une cause sous-jacente de plus de 50 % des décès d'enfants de moins de cinq ans, il est clair que la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) exige une action visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants vulnérables.

Objectifs Ainsi, cette étude empirique examine la compréhension du rôle de l'environnement urbain dans la formation de l'inclusion des enfants aux besoins de base comme les soins de santé et l'amélioration de la nutrition dans le cadre des déterminants sociaux des villes sud-africaines. L'étude examine différentes caractéristiques de l'environnement urbain, en particulier l'inégalité des revenus en milieu urbain qui peut influencer les résultats nutritionnels des enfants par stade de développement (Nourrisson : 0 à 18 mois et petits enfants : 18 mois à 60 mois) ainsi que les voies par lesquelles elle se produit afin d'atteindre les cibles des OMD, notamment 10.2 et 11.7. D'autres facteurs tels que la nature du milieu familial et les capacités des parents sont examinés.

Données et Méthodologie Dans le cadre de cette étude empirique, la population étudiée souffre d'émaciation, de retard de croissance et d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans selon l'étude de la dynamique du revenu national en Afrique du Sud (NIDS) de 2012, jumelée aux mesures de l'inégalité des revenus au sein des villes selon le recensement sud-africain 2011. Le NIDS est conçu pour recueillir des données sur les ménages qui peuvent être utilisées pour évaluer divers aspects du bien-être et du comportement des ménages, ainsi que l'efficacité des politiques gouvernementales sur les conditions de vie de la nation. L'étude applique une approche de modélisation à plusieurs niveaux dans le cadre des déterminants sociaux.

Conclusion Les résultats ont montré que les enfants des 10 % des ménages les plus pauvres présentent des taux plus élevés d'insuffisance pondérale et de retard de croissance par rapport à ceux de 10 % des ménages les plus riches. Cette étude n'a pas seulement relaté un tableau de l'état actuel du bien-être des enfants en Afrique du Sud, elle a également examiné les effets possibles d'influences contextuelles plus larges (comme celles du voisinage) sur la malnutrition infantile.

Fluctuations économiques et mortalité infantile : les conditions de satisfaction des besoins de santé des enfants au Nigéria.

Abdulganiyu Salami, Lafia Federal University Lafia

Cette étude a examiné l'effet des fluctuations économiques sur les taux de mortalité infantile à l'aide de données chronologiques nigérianes. En utilisant le *test* de cointégration aux bornes et la régression des moindres carrés ordinaires entièrement modifiée incorporée au retard distribué du PIB par habitant, on a constaté que le PIB par habitant a une influence négative significative sur la mortalité néonatale, infantile et des moins de 5 ans. Il est donc recommandé que les décideurs politiques mettent en place des politiques qui vont contribuer à l'amélioration de la santé des enfants, le PIB par habitant, la productivité générale et assurer le dynamisme économique général.

Mots clés : mortalité infantile, PIB par habitant

Identification des défis de la prestation des soins de santé essentiels à Eswatini

**Diana Kizza, **Velephi Okello : *Mbabane Clinton Health Access Initiative, ** Ministère de la Santé, Eswatini*

L'objectif égalitaire de la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici 2030, qui consiste à fournir des services de santé sans difficultés financières à tous les membres de la population, s'accorde bien avec le système monarchiste du Royaume d'Eswatini, qui aspire à l'égalité sociale.

Le gouvernement s'est engagé à atteindre la Couverture maladie universelle (CSU), comme le prévoient la Stratégie nationale de la santé (NHSSP II 2017 - 2020) et la Politique nationale de financement de la santé. L'ensemble de soins de santé essentiels (EHCP) définit l'ensemble des services à fournir gratuitement à chaque niveau du système de santé afin de réduire la charge de morbidité et de fournir des soins aux pauvres et aux personnes vulnérables. Le ministère de la Santé a collaboré avec les intervenants à l'élaboration d'une approche pratique et systématique pour rendre le EHCP opérationnel et passer de la décision à la mise en œuvre sur le terrain.

Pour évaluer la capacité des établissements d'offrir le EHCP, le gouvernement a effectué des évaluations de l'état de préparation aux services en établissement de santé et des évaluations exhaustives de la disponibilité des ressources dans 10 cliniques et deux hôpitaux afin de comprendre les lacunes dans les intrants qui retardent la prestation des services du EHCP. Ces études ont révélé des lacunes dans la disponibilité des produits de préparation des services généraux, y compris les médicaments essentiels et le matériel de base comme la prévention des infections, l'examen des adultes et des enfants, et les points de soins diagnostiqués. Compte tenu des problèmes et manque de ressources et d'inefficacité, le Ministère de la santé a adopté une approche systématique pour diagnostiquer et résoudre les problèmes de mise en œuvre du point de vue des établissements. Chaque établissement a procédé à une analyse détaillée et à une analyse des causes profondes pour identifier les obstacles dans la chaîne d'approvisionnement des produits de préparation des services généraux. Cette analyse supplémentaire a permis de cerner un éventail de problèmes systémiques liés à la chaîne d'approvisionnement et à la budgétisation.

Pour remédier à ces problèmes, des techniques d'amélioration de la qualité ont été adoptées pour combler les lacunes et améliorer l'efficacité. Le ministère s'est appliqué à déterminer les réformes de la prestation des services qui pourraient nous aider à combler les insuffisances dans la prestation des services grâce à des formes innovantes de prestation des services.

La principale leçon à tirer est que les résultats de l'évaluation de la disponibilité des ressources n'étaient pas directement exploitables du point de vue du renforcement des systèmes de santé. Un suivi de la cartographie du traitement était nécessaire pour comprendre les causes profondes systémiques qui empêchaient le clinicien de premier niveau d'accéder aux ressources. D'autres travaux de suivi étaient nécessaires pour relier les ressources, les budgets respectifs et les chaînes d'approvisionnement afin de trouver des solutions pour résoudre les goulets d'étranglement. Après ce processus de consultation, une matrice de ressources standard complète des ressources essentielles nécessaires à la prestation des services a été élaborée.

Mise en œuvre des réformes du financement de la santé au Nigéria: une étude de cas sur le fonds de fourniture de soins de santé de base (BHCPF)

Nneka Orji Abuja Federal Ministry of Health, Benjamin Uzochukwu University of Nigeria

Contexte Le système de santé nigérian est structuré comme son système de gouvernance constitutionnelle avec diverses parties prenantes qui défendent des intérêts partagés.

Compte tenu de ces complexités, les décideurs, les prestataires de soins de santé et les principaux acteurs ont été confrontés au défi d'améliorer la performance du système de santé. Un certain nombre de réformes du secteur de la santé ont été mises en œuvre, mais ces efforts et ces investissements n'ont pas permis d'obtenir des rendements correspondants sur les investissements. En dépit de ces investissements, le Nigéria a connu des dépenses de santé supplémentaires et, selon la dernière estimation en 2016, les dépenses des ménages étaient très élevées, représentant en moyenne 69,7% des dépenses de santé totales, par rapport à 30-40%. Pour répondre à ces défis systémiques, la loi nationale sur la santé (NHAct) a été promulguée en 2014. Cette loi prévoit l'utilisation d'une BHCPF pour l'achat stratégique d'un ensemble minimum de services de santé; il prescrit en outre un cadre de coordination pour le système national de santé.

Objectif Évaluer et analyser la faisabilité de stratégies pour la mise en œuvre du BHCPF.

Objectifs Identifier et analyser les principaux facteurs influant sur la mise en œuvre du BHCPF

Proposer des recommandations pour accélérer la mise en œuvre du BHCPF.

Méthode Les répondants clés ont été interrogés à l'aide d'un entretien semi-structuré. Les répondants ont été choisis délibérément pour refléter les différentes parties prenantes à chaque niveau de mise en œuvre de la BHCPF (FMOH, NPHCDA, NHIS, ministère fédéral des Finances, ministère du Budget et de la Planification nationale), groupe de médias, institutions gouvernementales (SMOH, SPHCDA, SSHIS). Ministère des finances de l'État, ministère des Collectivités locales); Autorités sanitaires des gouvernements locaux, agents de santé, responsables clés des comités de développement des installations, partenaires et donateurs pour le développement, OSC et membres de la communauté.

Principales conclusions Les résultats révèlent des problèmes des systèmes de santé antérieurs à l'adoption de la loi; les stratégies élaborées pour faire face à ces problèmes semblent bien adaptées, mais l'approche actuelle de mise en œuvre de ces stratégies, a plutôt contribué à réorganiser le système, à soulever des problèmes épineux de politique générale et des interférences politiques dans le système de santé. Une interprétation claire des dispositions de la loi pour les acteurs du système peut être très utile. Les ingérences politiques ont en partie contribué aux retards et aux méfiances quant au financement du BHCPF en utilisant les ressources des donateurs et du gouvernement.

Conclusion Les principaux problèmes qui ont contribué aux retards et à la non mise en œuvre du BHCPF doivent être abordés. Les défis identifiés incluent des problèmes de transparence, une mauvaise compréhension des mandats des principaux responsables, une ingérence politique et la non-divulcation de l'engagement du gouvernement envers la BHCPF.

Session parallèle 8-4 Ressources Humaines pour la santé : approches innovantes

Le programme de services aux sages-femmes: une comparaison qualitative des déterminants contextuels de la performance de deux États du centre du Nigéria

Contexte Le gouvernement fédéral du Nigéria a lancé le programme de services de sages-femmes en 2009 afin de remédier à la pénurie d'agents de santé qualifiés dans les communautés rurales en redistribuant temporairement les sages-femmes des communautés urbaines aux communautés rurales. Le programme a été conçu comme une collaboration entre les gouvernements fédéral, étatiques et locaux. Six ans plus tard, cette étude examine les facteurs contextuels qui expliquent les différences de performance du système à Benue et à Kogi, deux États contigus du centre du Nigéria.

Les méthodes Nous avons obtenu des données qualitatives au cours de 14 entretiens approfondis et de 2 groupes de discussion: 14 représentants des gouvernements fédéraux, des États et des administrations locales ont été interrogés pour examiner leur perception de la conception, de la mise en œuvre et de la durabilité du programme de services de sages-femmes. En outre, les mères des communautés rurales ont participé à 2 discussions de groupe (une dans chaque État) afin de recueillir leurs points de vue sur les services du programme de services de sages-femmes. Les données qualitatives ont été analysées pour les thèmes.

Résultats L'incapacité du gouvernement fédéral d'influencer considérablement le programme de soins de santé des administrations infranationales constituait un obstacle important à la réalisation des objectifs du programme de services aux sages-femmes. Les participants ont identifié les différences dans les priorités du gouvernement en matière de soins de santé primaires entre Benue et Kogi comme étant pertinentes pour les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans ces États: Kogi était beaucoup plus favorable au programme de services de sages-femmes et aux soins de santé primaires en général. Les frais d'utilisation élevés à Benue constituaient un obstacle important à l'utilisation des services de santé disponibles pour les mères et les enfants.

Conclusion Les niveaux différenciés de soutien politique et de hiérarchisation des priorités, ainsi que les obstacles financiers, contribuent de manière substantielle à l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Pour que les stratégies collaboratives du secteur de la santé tirent suffisamment d'attention, lorsque les unités fédérées déterminent leurs priorités en matière de soins de santé, elles doivent s'accompagner d'un engagement fort et exécutoire de la part des gouvernements infranationaux.

Analyse des Facteurs Influant sur le Transfert de Formation au Leadership dans un Contexte de Système de Santé: Tirer les Leçons de l'Expérience des Leaders de la Santé au Kenya.

T. Chelagat¹, G. Kokwaro¹, J. Onyango¹, J. Rice¹

Strathmore University Business School / Institut de gestion de la santé

Le transfert de connaissances dans les organisations est manifestement reconnu comme un facteur déterminant de la compétitivité des organisations. Les données de recherche confirment que les conditions dans lesquelles les connaissances sont transférées ont une grande influence sur l'amélioration des performances organisationnelles. Cependant, même si les entreprises ont un impact positif sur les performances, les moteurs et les obstacles au transfert réussi des connaissances dans différents domaines et contextes sont sous-représentés. L'étude visait à combler le fossé actuel entre les perceptions théoriques sur le transfert de connaissances et la réalité du leadership aujourd'hui. Ceci est réalisé grâce à

l'identification et à l'analyse des facteurs affectant le transfert de connaissances de leadership dans les organisations de soins de santé au Kenya. Une conception de méthodes mixtes sans affectation aléatoire a été adoptée, afin de fournir des preuves sur les stratégies efficaces de transfert des connaissances, ainsi que sur leurs facilitateurs et leurs obstacles. Les participants à l'étude étaient 39 anciens élèves du programme LMG (Strathmore Business School) du secteur de la santé, dirigeants et gestionnaires. Le groupe a été formé entre 2011 et 2016 dans 19 comtés du Kenya, issus du secteur de la santé public, privé et confessionnel. Les résultats indiquent que les mécanismes de transfert ont une relation positive avec la mesure dans laquelle les gestionnaires ont soutenu et renforcé l'utilisation de l'apprentissage sur le tas ($P = 0,021$); l'extension à laquelle la formation est conçue pour donner aux stagiaires la capacité de transférer l'apprentissage vers une candidature à un poste et les instructions de formation correspondent aux exigences du poste ($P = 0,027$); et la possibilité d'utiliser l'environnement d'apprentissage au travail ($P = 0,022$). Les résultats démontrent que les échelles de capacité (conception du transfert et possibilité d'utiliser l'apprentissage) et l'échelle de l'environnement de travail (aide des superviseurs à utiliser l'apprentissage) jouent un rôle de médiateur entre l'apprentissage de la formation et l'amélioration des performances, dans un contexte de leadership dans le secteur de la santé. L'étude se termine par des recommandations qui peuvent être intégrées avec succès et éclairent la conception de programmes et les partenariats futurs au sein des organisations de soins de santé du système de santé en vue de maximiser le processus de transfert des connaissances du milieu de la classe au milieu de travail.

Mots-clés: performance des soins de santé, échelle d'inventaire du système de transfert d'apprentissage, coaching en équipe, projet de défi prioritaire.

La rentabilité à court et long terme d'un système renforcé de références: Une analyse interne et une modélisation au-delà de l'essai.

*Anokye N¹, Ingram W, Taylor RS, Taylor Un Comité de pilotage du processus
1Groupe de recherche sur l'économie de la santé, Département des sciences cliniques, Université Brunel de Londres.*

L'amélioration de l'activité physique est un objectif politique largement énoncé, du niveau national au niveau international. Il est donc important d'établir quelles approches sont efficaces et efficaces pour inciter les personnes inactives à devenir agissantes. Cela permettrait d'informer les politiques et les pratiques en matière de santé publique. Cependant, il y a une rareté des preuves sur l'évaluation économique des interventions d'activité physique en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. S'appuyant sur les méthodes d'une analyse coût-efficacité d'un schéma d'orientation de l'exercice augmentée (ERS), la présentation fournit des recommandations pour l'agenda de la recherche en économie de la santé en Afrique.

Une analyse à court et à long terme du coût-efficacité d'un schéma d'orientation de l'exercice augmentée aux côtés d'un essai a été entreprise en utilisant le prestataire de soins médicaux, les services sociaux, le personnel et la perspective des patients. Un parallèle multi centre deux groupes d'essai contrôlés randomisés avec 1 :1 attribution individuelle à ERS habituels seul (contrôle) ou augmentée exercice de parrainage d'entraînement avec le support comportemental basé sur le Web de la plate-forme de Life Guide. Les participants étaient des personnes inactives avec l'obésité, le diabète, l'hypertension, l'arthrose ou l'histoire de la dépression, se rapportant à un ERS de soins primaires au Royaume-Uni.

Les analyses ont été faites deux fois - à court terme (dans le procès) analyse de rapport coût-efficacité (de la base à 12 mois post randomisation) et à long terme analyse de l'efficacité économique (modélisation au-delà de l'essai des attentes à long terme pour la rentabilité), pour le schéma d'orientation d'exercice augmentée utilisant le support comportemental basé sur le Web par rapport au schéma standard d'orientation d'exercice. Des analyses de sensibilité déterminiques et probabilistes évaluent les incertitudes.

Le résultat principal de l'analyse économique est un coût supplémentaire par année de vie ajustée de qualité (QALY - basé sur EQ5D5L). L'analyse de l'efficacité à court terme utilise les données d'utilisation des ressources pour le développement de la formation pour l'entraîneur de Life Guide, et le technicien ; support technique (i.e. la durée et la fréquence) fournis par le technicien ; Coach et professionnels de la santé de Life Guide, respectivement ; la prestation et l'exécution des séances d'exercices dans les centres de loisirs ; et la santé et l'utilisation des services sociaux, le personnel. L'efficacité à long terme des coûts est basée sur un modèle d'analyse de la politique existante (a informé 3 directives de santé publique au Royaume-Uni). L'analyse tient compte de l'impact de l'activité physique sur le risque à vie de développer une maladie cardiaque coronaire, un AVC et le diabète de type II. La discussion met en lumière les considérations d'adaptation du modèle économique pour analyser la valeur financière des programmes d'activité physique en Afrique.

Performance du personnel de santé de première ligne en matière de soins de SMNI au niveau des SSP au Nigéria

Godwin Unumeri^{1a}, Ekechi Okereke¹, Ibrahim Suleiman₁ aGodwin Unumeri, Population Council

Contexte: les données factuelles sur les établissements indiquent que le renforcement des agents de santé de première ligne au niveau des soins de santé primaires permet de réduire l'incidence de la mortalité liée à la santé maternelle et infantile lorsque les facteurs personnels, organisationnels et communautaires appuient une enquête menée à Bauchi et Cross. États riverains (CRS) du Nigéria établis.

Buts, objectifs et méthodes: Établir une relation entre les facteurs contextuels qui favorisent une prestation de services efficace par les agents de maintien de la paix et la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les établissements au Nigéria.

Méthode: L'étude transversale a été menée en novembre (6-13 novembre 2016) pour obtenir des données sur les FLHW ayant travaillé aux niveaux des SSP 12 mois auparavant, dans 2 collectivités locales de chaque État.

Résultats: contentement des FLHW personnels (Bauchi 100%; CRS 100%); motivation à servir (Bauchi 95,9%; CRS 92%); l'efficacité au travail (Bauchi 95,9%; 93,9%) et la possibilité d'utiliser les compétences (Bauchi 95,9%; CRS 98,5%) étaient associées à des rôles performants en matière de SMNE. Parmi les autres corrélats, il y avait des facteurs organisationnels tels que le maintien de l'établissement de santé et la formation préalable aux soins de SMNI (CRS 90%; Bauchi 60%). Soutien aux villages / districts pour la diffusion des connaissances sur la prévention / le traitement de la SMNI auprès des FLHW / installations (CHEW 79,2%; JCHEW 80,9%); la mobilisation communautaire (CHEW 84,5%; JCHEW 83,0%); L'aide à la tenue des dossiers (CHEW 71,7%; JCHEW 68,1) et l'assistance pendant la formation (CHEW 71,7%; JCHEW 85,7%) étaient des interventions communautaires répertoriées. Les facteurs personnels qui ont inhibé le FLHW étaient le manque de connaissances sur les soins / conseils en CPN, les signes et symptômes de danger / complications de grossesse et la gestion de l'accouchement / de la santé de l'enfant (moins de 10% à Bauchi et CRS). Les inhibiteurs organisationnels signalés étaient le manque de

stéthoscope (Bauchi 47,8%; SCR 46,7%); thermomètre pour CHEW (Bauchi 31,9%; SCR 43,3%) et JCHEW (Bauchi 54,5%; SCR 20,0%); balance de pesée pour CHEW (Bauchi 43,5%; SCR 36,0%); JCHEW (Bauchi 54,5%; CRS 56,7%) et pèse-bébé (Bauchi et CRS 40%).

Principales conclusions: Les établissements dans lesquels les FLHW fournissaient des soins de santé de santé maternelle et infantile dans les établissements de soins de santé primaires, dans un environnement propice aux facteurs personnels, organisationnels et communautaires, étaient particulièrement bas. En outre, une surveillance soigneusement planifiée, une supervision formative, le retour d'information des stagiaires et les recommandations mises en œuvre ont également amélioré la performance des ESPS au niveau des SSP au Nigéria.

Déterminants du choix d'un fournisseur de soins de santé lié à l'établissement de santé: leçons à tirer pour atteindre les objectifs de la couverture santé universelle en Ouganda

Perez N. Ochanda^{1†}, Stephen Okoboi¹

¹Institut des maladies infectieuses, Département de la recherche, P.O. Box 22418, Kampala

CONTEXTE: Le lien entre les soins de santé primaires (SSP) et la couverture sanitaire universelle (CSU) continue de dominer les débats sur les politiques de santé au niveau mondial, en particulier pour les économies à revenu faible et intermédiaire. Il y a un consensus croissant sur le fait que le moyen le plus efficace de réaliser la CSU consiste à mettre en place un système de SSP plus efficace. Les dépenses à la charge des ménages ougandais représentent plus de 40% du total des dépenses de santé, plus de 50% de ces dépenses étant affectées à des établissements privés. C'est donc la motivation de cette étude.

OBJECTIFS: Examiner les déterminants de choix liés aux établissements de santé pour les établissements de santé publics par rapport aux établissements de santé privés en Ouganda. Plus précisément, nous examinons comment des facteurs basés sur les installations tels que; patients hospitalisés lits, laboratoire, coût du traitement, disponibilité des médicaments, électricité, repas du personnel, choix du prestataire de soins de santé.

MÉTHODES: Nous empruntons le cadre conceptuel du financement de la santé de l'OMS qui identifie les fonctions essentielles de systèmes de santé efficaces tels que; mobilisation des ressources, financement et investissement pour de meilleurs services de santé. Une régression logistique univariée a été appliquée. Les données au niveau communautaire ont été extraites de la récente vague d'enquête nationale en Ouganda en 2016. Le choix de l'établissement (public ou privé) était la variable du résultat binaire, tandis que les lits d'hospitalisation, le laboratoire en fonctionnement, le coût du traitement, l'électricité étaient des variables explicatives clés permettant de contrôler d'autres co-variables. Comme la disponibilité des médicaments et le temps d'attente.

RÉSULTATS: L'étude a inclus 300 répondants éligibles au niveau communautaire. Les établissements privés ont surclassé les établissements publics avec (29%, 29% et 88%) des repas pour le personnel, des temps d'attente longs et un laboratoire en état de marche, respectivement (2%, 50% et 68%). Un plus grand nombre d'établissements privés (53%) ont été signalés comme coûteux, contre seulement 4% des établissements publics. Les rapports de cotes relatifs à la disponibilité de lits d'hospitalisation (1,407) et à un traitement coûteux (0,008) étaient statistiquement significatifs avec $p < 0,05$ et $p < 0,01$ respectivement. La probabilité de choisir un établissement public diminue avec l'augmentation du coût du

traitement et augmente avec la disponibilité d'un plus grand nombre d'équipements médicaux tels que des lits pour patients hospitalisés.

CONCLUSION: Nous concluons que les personnes ne peuvent pas utiliser les installations publiques si elles les perçoivent comme coûteuses. L'analyse bivariée indique une meilleure qualité dans les établissements de santé privés par rapport aux établissements publics en termes de; temps d'attente, disponibilité des médicaments et des fournitures, laboratoire en état de fonctionnement. Cela sous-entend que les dépenses hors foyer des ménages en Ouganda peuvent être dues à la préférence individuelle de payer davantage dans les établissements de santé privés dans l'attente d'une meilleure qualité de service. Ainsi, davantage d'efforts pour améliorer la qualité des établissements de santé publics font partie intégrante de la réalisation des SSP équitables pour tous et, par conséquent, de la CSU.

Facteurs permettant et désactivant les services fournis par les agents de santé communautaires: étude de cas de deux districts de santé en Afrique du Sud

** Hlologelo Malatji, * Jane Goudge, ** Julia De Kadt: Centre pour les politiques de santé, École de santé publique, Université de Witwatersrand, Observatoire de la région de la ville de Gauteng*

Contexte Dans le cadre du renforcement des soins de santé primaires, le gouvernement sud-africain a mis en place des équipes de proximité basées dans les services pour travailler dans les communautés mal desservies. Dans ces communautés, les agents de santé communautaires (ASC) donnent des causeries sur la santé et renvoient les cas de santé vers les établissements de soins de santé primaires. Cependant, la littérature disponible met en évidence une supervision médiocre, une pénurie d'équipements et un lien limité avec la communauté parmi les défis auxquels ce groupe de travailleurs est confronté.

Alors que l'AS a commencé à mettre en œuvre l'INSA, il est nécessaire de remédier à ces problèmes, car les ASC font partie de la main-d'œuvre qui continuera de relier les personnes dans le besoin aux soins de santé relevant de l'INS.

Objectif Cette étude visait à explorer les expériences, les succès et les défis des agents de santé communautaires dans deux districts sanitaires en Afrique du Sud dans le contexte de l'INSA.

Les méthodes Nous avons eu recours à des méthodes qualitatives pour recruter et interroger des participants aux études, notamment des directeurs d'établissements, des ASC et leurs chefs d'équipe et dirigeants de la communauté.

Constatations et conclusions Les ASC servent de lien principal entre les membres vulnérables de la société et le système de santé. Malgré cela, nous avons constaté que les ASC rencontraient un certain nombre de problèmes, notamment le manque d'outils de travail, une supervision insuffisante et la non-intégration de leurs services dans le système de soins de santé. Cela a limité les efforts déployés pour aider les personnes qui souffrent dans la communauté.

Nous soutenons que l'intégration des ASC dans le système de soins de santé principal en fournissant les outils nécessaires et en appréciant leur travail ne fera pas que renforcer leur moral au service de la communauté, mais améliorera également l'accès aux soins pour les personnes vulnérables.

Mots clés: agents de santé communautaires, services de soins de santé primaires, expériences, défis

Mise en service de la gouvernance des systèmes de santé: supervision et incitation des agents de santé pour des soins de meilleure qualité dans les établissements de santé publics en Tanzanie

Igor Francetic, Doctorant en épidémiologie et santé publique, Swiss TPH (Bâle, Suisse)

Contexte La gouvernance des systèmes de santé est de plus en plus importante dans l'agenda mondial de la santé. Cependant, la plupart des analyses se concentrent sur les cadres conceptuels plutôt que sur les aspects opérationnels et les impacts sur la prestation des services de santé. Les trois interventions notables en matière de gouvernance des systèmes de santé sont la supervision descendante, la supervision communautaire ascendante et les politiques d'incitation pour les agents de santé. Certaines preuves sont disponibles sur l'efficacité individuelle de ces outils pour améliorer la qualité des soins de santé en Tanzanie. Pourtant, on en sait peu sur leur impact combiné en tant qu'outils politiques mis à la disposition des autorités locales. Cette étude a analysé quantitativement l'effet conjoint de la supervision descendante et ascendante ainsi que des politiques d'incitation sur les mandataires de la qualité des soins.

Les méthodes L'étude a utilisé des techniques de régression logistique à plusieurs niveaux sur un ensemble de données de l'Enquête démographique sanitaire (EDS), la vague 2014/15 de l'enquête d'évaluation de la fourniture de services (ASP), en se concentrant sur un échantillon représentatif des établissements de santé tanzaniens. Les données comprenaient le processus des mesures de soins à partir d'observations de visite des patients et d'entretiens de sortie, des données d'infrastructure et de gestion relatives à l'établissement de santé issues d'une enquête d'inventaire, ainsi que des informations spécifiques sur les prestataires de soins de santé provenant d'entretiens avec des agents de santé. À partir de la base de données disponible, nous avons obtenu des indicateurs indirects pour la qualité des soins, l'intensité de la supervision et les incitations offertes aux agents de santé. Les mesures indirectes de la qualité des soins sont, d'une part, la conformité aux directives de la Gestion intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et, d'autre part, la satisfaction des patients.

Résultats et discussion Trois résultats clés ressortent de l'étude, contribuant à combler le manque de données probantes et à mieux prendre en compte les politiques axées sur l'amélioration de la productivité du personnel médical et, partant, sur la satisfaction des patients. Premièrement, la supervision descendante n'est pas associée à une qualité de soins accrue. Les dispositifs de supervision existants peuvent être sous-optimaux, avec une intensité de supervision faible et / ou un manque de rétroaction constructive des superviseurs. Deuxièmement, la supervision ascendante qui engage la communauté favorise une plus grande satisfaction des patients. La communauté peut être plus consciente des efforts déployés par les agents de santé dans leurs activités quotidiennes. Dans le même temps, le personnel de santé répond mieux aux besoins de la communauté, avec des résultats directs en termes de satisfaction, même sans amélioration de la qualité. Troisièmement, la fourniture de logements subventionnés aux agents de santé est associée à la fois à une meilleure qualité des soins de santé et à une plus grande satisfaction des patients. S'éloignant de leurs villes d'origine pour remédier à la pénurie de ressources humaines dans d'autres régions du pays et avec des salaires modestes, les conditions de vie semblent constituer un facteur de motivation important pour les agents de santé tanzaniens.

Session Parallèle 8-5 Accès aux services de santé

Analyse des déterminants du choix de demande de soin de santé en Côte d'Ivoire

Dr Romuald GUEDE ⁽¹⁾; Prof Auguste K. KOUAKOU ⁽²⁾; Dr Appolinaire YAPI ⁽³⁾

⁽¹⁾ Université Jean Lorougnon Guede (Daloa, Côte d'Ivoire)

⁽²⁾ Université Jean Lorougnon Guede (UJLoG-Daloa)

⁽³⁾ Institut National de la Santé Publique- Abidjan

Introduction : Au sortir de la crise militaro-politique en 2011, la Côte d'Ivoire a accordé une priorité au secteur de la santé pour la prise en charge des plus vulnérables. Cependant, en dépit des efforts consentis, de nombreux défis d'accès aux soins existent, notamment aux établissements sanitaires (RASS 2016). L'accessibilité géographique et financière des populations pauvres se pose avec acuité. Cette étude vise à rechercher, à partir de données individuelles, les facteurs qui expliquent la demande de soins en Côte d'Ivoire.

Variables et méthodes : Au regard de la littérature, des variables sont susceptibles d'influencer le recours aux soins :

- variables socioéconomiques : le revenu, une police d'assurance maladie ;
- variables sociodémographiques : niveau d'instruction, âge, sexe, milieu de résidence, taille du ménage ;
- variables de coûts : coûts des prestations, médicaments, transport, hospitalisations ;
- variables accessibilité : accessibilité géographique, accès à un agent de santé de façon régulière.

Un Logit-binaire est utilisé sur des données de l'enquête sur le niveau de vie des ménages (ENV 2015) réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) et nous retenons 1108 observations (455 hommes et 653 femmes).

Résultats : Le recours aux soins est influencé significativement par les facteurs suivants :

- L'éloignement explique pour 10,08% le recours formel aux soins ;
- Le manque de personnel de santé influence pour 8,00% ;
- Les coûts des soins sont des facteurs importants représentant un poids de 47,43% ;
- Selon le sexe, 59,38% des hommes ont recours à la médecine traditionnelle et 40,63% chez les femmes ;
- La décision de recours à la médecine moderne augmente avec le niveau d'instruction ;

Conclusion : Il semble évident, à travers cette recherche, que les efforts doivent porter à la fois sur l'amélioration de la demande de soins autant que de l'offre en Côte d'Ivoire pour une meilleure adéquation. Les stratégies doivent donc cibler la proximité, la réduction des coûts ou son financement, le genre et une plus grande formalisation de la médecine traditionnelle qui demeure prépondérante.

Facteurs affectant l'accès aux soins de santé et les efforts et défis de sécurisation des Soins de Santé Primaires au Malawi.

George Jobe, Directeur exécutif du Malawi Health Equity Network (MHEN); et Président de la Coalition pour la protection de la santé universelle du Malawi

Contexte : Le Malawi a un système de santé à trois niveaux, à savoir les soins de santé primaires (par exemple les centres de santé), le secondaire (hôpitaux de district) et le tertiaire (hôpitaux centraux). L'accès aux soins de santé par certains Malawiens est un défi bien que le pays soit signataire de la Déclaration d'Abuja. Le Malawi ne parvient pas à remplir la référence avec ce qui affecte les communautés en pleine jouissance des soins de santé primaires (SSP). Les effets négatifs affectent aussi négativement l'accessibilité. Certains efforts sont faits pour améliorer la situation.

Objectifs : Analyser les effets de l'insuffisance du financement de la santé sur l'accès et les SSP.

Objectifs de la recherche:

- Établir comment le Malawi se conforme aux critères de financement de la santé
- Créer la relation entre les allocations budgétaires et les SSP

Les méthodes utilisées :

- Recherche
- Analyse budgétaire
- Entretiens structurés
- Rapports de projets et d'interventions

Principaux résultats: Au Malawi, les trois dernières années de subventions de budget de santé ont été inférieures à 15% considérant la référence d'Abuja. La santé a toujours occupé la troisième place après l'agriculture et l'éducation (Voir le tableau). Cette situation a eu des répercussions négatives sur les travailleurs sanitaires inadéquats, les installations de santé et l'équipement et la pénurie de certains médicaments essentiels et les ambulances. Un autre défi est les disparitions causées par le vol de médicaments et de fournitures médicales, et d'autres formes d'abus (Interviews et Media Reports). Ces défis affectent l'accès à la santé par l'insuffisance des infrastructures ou des installations, échec dans la prestation des services. Certains patients parcourent plus de 15 kilomètres pour atteindre les structures malgré la politique de rayon de 8 Km du gouvernement. Parfois, les patients sont obligés d'acheter des médicaments en raison de l'indisponibilité. Cela affecte la fourniture des SSP requis.

Année budgétaire	Pourcentage du Budget National	Classement de la santé
2016/2017	10	Troisième
2017/2018	9.9	Troisième
2018/2019	9.9	Troisième
<i>Source: MHEN Budget Analysis reports</i>		

Le problème abordé par la signature d'accords de niveau de service entre le Ministère de la Santé et l'Association chrétienne de santé du Malawi sur la santé maternelle et néonatale seulement ; affectation de multiples tâches aux Assistants de Surveillance de la Santé au niveau communautaire ; et « Chipatala Cha Pa Foni » (Consultation en santé par téléphone mobile). Le MHEN établit des groupes de soins aux mères qui se joignent aux SSA pour sensibiliser les collectivités aux soins et vaccins.

Les principales conclusions : L'accès aux soins de santé est influencé par des facteurs tels que les effets d'un financement inadéquat et de fuites comme le détournement des médicaments. L'inaccessibilité prive les citoyens des SSP.

Amélioration de la qualité de la santé communautaire au Kenya : Évaluation des résultats des décisions d'investissement.

*Meghan Bruce Kumar, École de Liverpool de Médecine Tropicale,
Jason Madan (Warwick University), Lilian Otiso (LVCT Health), Miriam Taegtmeier (Liverpool School of
Tropical Medicine)*

Contexte : Les interventions de renforcement des systèmes de santé sont difficiles à relier directement au type de mesures cliniques traditionnellement utilisées dans les analyses de rentabilité. L'amélioration de la qualité est un exemple d'une intervention qui nécessite une évaluation économique pour orienter les décisions d'investissement autour de la couverture sanitaire universelle (CSU) par les gouvernements africains et les bailleurs de fonds travaillant dans la région. Plus précisément ciblées au niveau de la communauté, où les prestataires des services sont principalement dans les soins de prévention et de référence plutôt que dans le traitement, les liens vers ces mesures de résultats sont plus à long terme, plus espacées et plus difficiles à attribuer. Dans cet article, nous appliquons de nouvelles méthodes pour estimer les avantages potentiels d'investir dans l'amélioration de la qualité, dans les systèmes de santé communautaire pour assurer une haute qualité de la CSU.

Buts/Objectifs : L'objectif du document est d'évaluer la rentabilité de l'amélioration de la qualité de la santé communautaire au Kenya.

Données et méthodes : Nous avons sélectionné les soins prénatals (CPN) et les tests (pour l'anémie, la syphilis, le VIH et le paludisme) menés lors de la première visite de CPN comme une condition illustratrice qui pourrait être identifiée et renvoyée par les fournisseurs de santé communautaire dans le cadre choisi. Nous avons développé des voies de patients pour la recherche et le traitement des soins en utilisant des arbres de décision. À chaque nœud de décision dans la voie du patient, nous avons identifié les probabilités de divers résultats possibles par recherche de la littérature et l'opinion d'expert des fournisseurs cliniques dans les sites d'étude au Kenya.

Ensuite, nous avons identifié les probabilités les plus susceptibles de varier en réponse à un changement (amélioration de la qualité) dans le comportement de fournisseur de santé communautaire basé sur une carte-système que nous avons développée. En utilisant les données de coûts primaires de l'intervention, nous avons déterminé l'ampleur du changement dans les résultats intermédiaires et proximaux de l'intervention dans les voies du patient requises pour produire un rapport coût-efficacité sous les seuils sélectionnés.

Principaux Résultats : Nous présentons trois constatations principales (analyse en cours) :

1. Démarches du patient CPN y compris les probabilités de pré/post-intervention
2. Carte du système identifiant les éventuelles boucles d'impact et de rétroaction de la qualité
3. Tableau des résultats sur la rentabilité, y compris l'analyse de la sensibilité sur les mesures de résultats

Conclusions : Ces résultats devraient être discutés avec les décideurs et les bailleurs de fonds comme une alternative potentielle aux analyses de rentabilité traditionnelles. Ce type de preuve, couplé à des analyses d'impact sur le budget, pourrait être plus utile que les ratios d'efficacité économique progressifs pour orienter les décisions concernant l'investissement dans la CSU et dans les systèmes de santé en général.

Les effets de l'accès aux soins de santé sur la situation nutritionnelle de l'enfant au Kenya.

Cornelius Kiptoo¹, Pharmaccess Foundation, 52 El Molo Court, Off Naushad Merali Drive, Lavington, Nairobi

Contexte : Un tiers des enfants kenyans souffre d'une croissance soutenue et environ 2,1 millions d'enfants de moins de cinq ans sont malnutris. Malgré les interventions mises en place pour répondre aux mauvais indicateurs de santé infantile, près de 45 % des enfants de moins de cinq ans sont décédés en raison d'une mauvaise nutrition. La santé de l'enfant dépend de l'accès aux soins tels que la vaccination, la nutrition adéquate et la gestion de la qualité des maladies infantiles. Cependant, on sait peu sur l'importance de ces variations, sur l'utilisation et les impacts sur l'état de santé final des enfants, ce qui justifie cette étude.

Objectif : Explorer l'effet de l'accès aux soins de santé sur le statut nutritionnel des enfants au Kenya.

Méthode : Cette étude utilise une enquête sectorielle de santé démographique au Kenya de 2014. Nous avons employé le modèle binaire de sondage pour mesurer la probabilité d'un retard de croissance de l'enfant. L'accès aux soins était la variable de résultat et a été mesuré en utilisant la distance comme étant proche ou loin de l'établissement de santé. Le statut nutritionnel était la variable dépendante et a été mesuré en utilisant la hauteur pour les scores d'âge Z. Les variables de confusion étaient des facteurs maternels tels que l'âge de la mère, l'éducation, l'allaitement, le lieu de résidence, et les régions. Nous avons contrôlé l'échantillon de conception, et hétérogénéité à partir des caractéristiques non observées reliées au retard de croissance.

Résultats : L'accès à la santé des enfants agit considérablement sur la probabilité d'un retard de croissance de l'enfant au Kenya. Les femmes âgées et la formation secondaire ont été trouvées pour réduire le retard de croissance. D'autre part, être marié, allaiter, et vivre dans la zone urbaine ont été associés à l'augmentation du retard de croissance. En ce qui concerne les régions, la côte, le nord-est, l'est et la Nyanza ont baissé la probabilité qu'un enfant soit atteint du retard de croissance.

Conclusion : Davantage d'efforts sont nécessaires pour faire avancer les priorités dans la formulation des politiques pour améliorer les résultats nutritionnels de l'enfant. Cela comprend la nécessité d'une intervention gouvernementale pour remédier aux obstacles, à la distance d'accès aux soins de santé essentiels, par conséquent la réalisation du développement durable numéro 2.2 et améliorer la santé primaire. Les politiques régionales et spécifiques de santé du Comté devraient être conçues dans les régions respectives et significatives qui sont orientées vers des systèmes intégrés de soins centrés sur les personnes. Dans l'ensemble, le Gouvernement doit s'attaquer aux obstacles en matière d'accès aux soins de santé pour ses citoyens, soit à distance, soit pour assurer une couverture de santé universelle.

Mots-clés : retard de croissance, santé des enfants, accès.

Solutions pour la prise en charge des patients atteints de diabète de type 2, VIH/sida et autres comorbidités chroniques au Soweto : Perspective du système de santé.

Edna Bosire^{1,2}, Shane N Norris¹, Jane Goudge², Emily Mendenhall^{1,3}

¹MRC/Wits Voies de développement pour l'unité de recherche en santé (DPHRU), École de médecine clinique, Faculté des sciences de la santé, Université de la Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

²Centre pour la politique de santé, École de santé publique, Faculté des sciences de la santé, Université de la Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

³Science, Technologie et International Affairs Program, Walsh School of Foreign Service, Georgetown University, Washington, DC, USA

Contexte : L'Afrique du Sud a une lourde charge de collision entre les épidémies de lutte contre le VIH, de tuberculose (TB), de diabète de type 2 (T2DM) et/ou d'hypertension (HT), et dans de nombreux cas les patients vivent avec plusieurs de ces conditions. Le Département national de la santé (NDoH) en Afrique du Sud a initié le modèle intégré de gestion des maladies chroniques pour répondre à ce fardeau élevé de la maladie, qui intègre la plate-forme VIH à d'autres affections. Toutefois, le modèle n'a pas été mis en œuvre dans la plupart des cliniques. Au lieu de cela, un système de niveau multiple demande aux patients de chercher des soins du centre de santé primaire dans leur communauté et, les soins médicaux spécialisés dans les hôpitaux de référence.

Objectif : Ce projet de recherche étudie la trajectoire et les voies de soins aux patients de soins de santé primaires (SSP) dans un hôpital tertiaire dans un quartier à faible revenu en milieu urbain en Afrique du Sud grâce à des méthodes de recherche ethnographiques. Le projet se concentre sur les expériences des patients et des fournisseurs et les perspectives de la façon dont le système de santé fonctionne pour prendre soin des patients atteints de T2DM et de VIH comorbide.

Méthodes: Nous avons employé des méthodes ethnographiques d'enquête. Le premier auteur a observé le travail des cliniques primaires de soins de santé et des cliniques spécialisées dans l'hôpital tertiaire. Cela a également impliqué de longs entretiens avec les acteurs du système de santé - les administrateurs et les prestataires de santé (de différentes disciplines, N=30) et les patients (N=50). Des notes de terrain issues d'observations cliniques et d'entrevues qualitatives ont été transcrites et analysées à l'aide du logiciel QSR NVivo 12.

Résultats : Nous avons constaté que les patients présentant le T2DM et le VIH comorbide fréquentent plusieurs cliniques de soins, ce qui est spécifique à la maladie. Malgré la législation qui favorise les soins intégrés, nous avons trouvé une collaboration limitée dans différents niveaux de soins. Des lacunes identifiées étaient dans le système de parrainage, non unifiées / centralisées, la mauvaise communication entre les fournisseurs, la non-participation des patients et leurs familles dans la prise de décision, et la surcharge de travail en partie due à l'insuffisance de personnel.

Conclusion : En Afrique du Sud, les installations de SSP en milieu urbain n'ont pas bénéficié du modèle ICDM, ce qui a engendré un excès d'hôpitaux publics. La collaboration limitée entre les prestataires de soins de santé à différents niveaux ainsi que le manque de coordination entre les fournisseurs, les patients et leurs familles demandent de renforcer le système de santé afin de répondre aux déficiences existantes. Sans mettre les personnes en premier, les soins de santé intégrés et participés seraient encore confrontés à des défis car il n'existe aucune relation directe établie entre les individus, les familles et les prestataires de santé.

Facteurs entravant l'utilisation efficace des services de soins de santé primaires dans la zone de développement du conseil local d'Eredo à Lagos, au Nigéria

Les services de soins de santé primaires (SSP) ont pour objectif de fournir des soins de santé accessibles et abordables pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Au Nigeria, certains facteurs empêchent l'utilisation optimale des services de SSP dans les domaines éducatif, religieux, socioculturel et financier. Ce document examine les facteurs empêchant l'utilisation effective, la sous-utilisation et la non-utilisation des services de soins de santé primaires (SSP) par les résidents de la région de développement du conseil local d'Eredo à Lagos, au Nigeria. Etant une étude exploratoire, une méthodologie qualitative a été adoptée dans laquelle les données ont été collectées principalement auprès des répondants à l'aide d'une interview approfondie (IDI). Des techniques d'échantillonnage en plusieurs étapes ont été utilisées pour sélectionner les répondants à l'étude. 20 répondants de chacun des 6 centres de soins de santé primaires comprenant Odomola, Eredo, Ilara, Ibonwon, Igbonla et Mojoda ont été systématiquement sélectionnés à l'aide du registre de la clinique, tandis que les personnels de santé allant du médecin en chef à la santé, au chef infirmière Apex et au responsable (OIH) ont été choisis et interviewés à dessein. L'étude révèle que des centres de SSP inadéquats, l'absence de système de référence adéquat, la corruption du personnel de santé, un ratio de patients (MDP) inadéquat, un financement insuffisant, entre autres, ont été identifiés comme facteurs empêchant une utilisation correcte de ces centres de SSP. L'étude a conclu que pour que les services de SSP soient efficaces et imbibés, il devrait exister une approche participative entre le gouvernement et les parties prenantes de la communauté, car les problèmes de santé devraient être correctement définis, planifiés, mis en œuvre et correctement évalués afin d'atteindre les objectifs fixés.

Mots-clés: communauté, soins de santé, utilisation, soins de santé primaires, stratégies.

Les déterminants de l'accès aux hôpitaux publics ivoiriens : Une analyse par le modèle de comptage.

Amamy Elysée ETIEN, Université Félix Houphouët-Boigny

Contexte : L'accès aux soins est déterminant dans l'évaluation de la qualité des systèmes de soins. Parmi les facteurs d'une mauvaise qualité des soins liée à l'accès, nous pouvons compter le décès, l'invalidité ou le renoncement aux soins à long terme des patients. En Côte d'Ivoire, l'accessibilité aux soins est rendue difficile en raison de nombreuses barrières. L'enquête sur le niveau de vie des ménages de 2015 (ENV-2015) relève que 52% des ménages doivent parcourir au moins 5 kilomètres pour recevoir des soins de santé moderne. La durée du trajet, l'état de la route et les coûts monétaires liés au transport et au diagnostic médical découragent les malades. La situation devient plus critique quand on s'intéresse aux conditions d'accès des hôpitaux généraux et des centres hospitaliers régionaux. Pourtant, les rapports sur la situation sanitaire du ministère de la santé montrent que leur activité est tournée principalement vers les soins de santé primaire (40% en consultations de médecine générale et 28% en consultations pédiatriques et gynéco-obstétricales).

Buts et objectifs: Cette étude vise à identifier les déterminants du recours aux soins de santé dans les hôpitaux publics ivoiriens. Il s'agit plus spécifiquement de déterminer les facteurs socioéconomiques et sanitaires susceptibles d'accroître le nombre de consultations dans ces hôpitaux.

Méthodes utilisées: A l'aide d'un échantillon de 4 308 individus ayant déclarés avoir eu recours à des soins dans un centre de santé moderne au cours des 4 semaines précédant l'ENV-2015, nous avons établi la fréquence d'utilisation des hôpitaux publics. Dès lors, nous

avons utilisé le modèle binomial négatif à inflation de zéro pour estimer les coefficients des facteurs susceptibles d'accroître le nombre de consultations des patients dans les centres hospitaliers.

Principales découvertes : Le tarif des consultations, les frais d'ordonnances et de transport influencent positivement le nombre de consultations dans les hôpitaux publics. Comparativement aux hommes, les femmes ont plus recours aux soins dans le système hospitalier.

Principales conclusions: Les résultats montrent que les facteurs économiques ne constituent pas une raison de renoncement aux soins dans les hôpitaux publics de Côte d'Ivoire. Nous recommandons aux décideurs ivoiriens du secteur de la santé d'intégrer les hôpitaux dans la stratégie de vulgarisation des soins de santé primaires dans le cadre de la couverture maladie universelle.

Mots-clés: Accessibilité, Côte d'Ivoire, Hôpital, Modèle de comptage.

Les obstacles et les facteurs facilitant l'accès des jeunes vivant avec un handicap (JVH) aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Sénégal

Fatou Kebe, Eva Burke, Alex Le May _ Dakar GRESAFRIC

Contexte: De récentes initiatives ont cherché à donner la priorité aux jeunes dans les politiques et conventions relatives à la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Sénégal. Des engagements ont été pris pour défendre les droits sanitaires des personnes vivant avec un handicap (Article 17 de la constitution). Toutefois, la recherche sur l'utilisation des services SSR chez les jeunes vivant avec un handicap (JVH) est négligeable. Notre étude a exploré les priorités de la SSR pour les JVH, les vulnérabilités clés et l'accès aux services y compris les préférences et les obstacles pour accéder à ces services.

Méthodes : 17 groupes de discussion et 50 entretiens individuels ont été menés avec les JVH à mobilité réduite ou ayant un handicap visuel ou auditif âgés de 18 à 24 ans à Dakar; Kaolack et Thiés. Une approche par les pairs a été utilisée pour la collecte et l'analyse des données.

Résultats: IL a été noté une faible connaissance et utilisation des services SSR chez les JVH. Ils étaient dépendants pour accéder aux services SSR, ce qui entrave la confidentialité. L'utilisation des méthodes contraceptives était relativement limitée aux préservatifs. De multiples cas de viol ont été révélés chez les femmes ayant un handicap auditif. Les principaux obstacles à des services SSR pour les JVH étaient: les obstacles financiers, les attitudes des prestataires/parents et l'accessibilité (liés à leur handicap). L'étude a révélé peu ou pas d'utilisation de stratégies SSR existantes et spécifiques pour les jeunes au Sénégal. En outre, aucune mention de l'accès à la nouvelle initiative des services de santé gratuits pour les personnes handicapées (cartes d'égalité des chances) n'a été faite.

Conclusions: L'âge et le handicap sont des contraintes pour les JVH d'accéder aux services SSR. Les femmes JVH sont plus confrontées à des contraintes, en liaison avec les normes sociales (préservation de la virginité jusqu'au mariage). Les interventions pour accroître l'accès aux services doivent prendre en compte les obstacles spécifiques aux handicaps et les normes de genre. La récente initiative nationale consistant à introduire la gratuité des soins pour les personnes handicapées; doit être accessible/ appropriée pour les JVH, mais aussi devrait être subventionnée au niveau du privé. De plus amples recherches sur les personnes vivant avec un handicap sont nécessaires afin d'explorer le poids de la violence

sexuelle, le rôle des prestataires dans l'accompagnement des cas de viol, les déterminants de l'utilisation ou non des méthodes contraceptives par les JVH.

Vers une mise en œuvre efficace des programmes de santé maternelle et infantile au Nigéria : Leçons des décideurs politiques.

Chinyere .C. Okeke¹, BSC Uzochukwu^{1,2}, Ifeyinwa Arize¹, Obinna Onwujekwe¹

¹Département de Pharmacologie et de Thérapeutique, Collège de Médecine, Université du Nigéria Enugu-Campus, Enugu, Nigéria.

²Département de médecine communautaire, Collège de médecine, Université du Nigéria Enugu-Campus, Enugu, Nigéria.

Contexte : Les indicateurs sanitaires affligeant la santé maternelle et néonatale au Nigéria ne s'améliorent pas malgré diverses interventions. Bien que des progrès aient été initialement enregistrés dans la réduction des décès maternels, le nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse ou qui ont des complications associées à l'accouchement reste sensiblement élevé au Nigéria. Il est passé de 576 pour 100 000 en 2013 à 814 pour 100 000 en 2018.

Dans de nombreux cas, les partenaires au développement ont fermé ou réduit les opérations, et les experts en santé publique craignent que cela ne minimise les gains de santé de la dernière décennie comme cela se présente déjà. L'amélioration limitée de la santé peut aussi s'expliquer en partie par le décalage tardif, le manque de subsistance, la conception décausée et la non-mise à l'échelle de la mise en œuvre des interventions visant la santé maternelle et infantile (MNCH).

À l'heure actuelle, des recommandations stratégiques qui favorisent les interventions de la MNCH devraient être conçues et mises en œuvre pour répondre aux facteurs étiologiques fondamentaux de la mère et de l'enfant grâce à une approche globale et continue de soins. Dans un contexte restreint de ressources, les interventions doivent être conçues pour assurer l'efficacité et le coût-bénéfice.

Buts et Objectifs : Cette étude visait à examiner les expériences passées des programmes de la MNCH, en vue d'identifier les facteurs qui favorisent et contraignent la mise en œuvre et l'efficacité, ainsi que les possibilités d'adaptation et d'échelonnement des programmes au Nigéria.

Méthodes : Une étude qualitative descriptive et exploratoire utilisant des études de cas multiples a été utilisée pour l'étude aux niveaux national et étatique au Nigéria. Les données ont été recueillies par l'examen des documents, des entrevues approfondies et des discussions de groupe ciblées et analysées en utilisant l'analyse du contenu manuel.

Principaux résultats : L'étude a révélé un manque de coordination des politiques et des interventions en tant que source de preuve pour lancer une intervention ou son évaluation. En outre, l'ampleur et la durée de bon nombre d'interventions étaient insuffisantes pour avoir un impact manifeste sur les résultats de la MNCH. Un certain nombre d'interventions ont été mises en œuvre en tant que pilotes ou dans le cadre de programmes verticaux qui soulèvent des préoccupations pour l'intensification de la couverture, l'intégration dans le système de santé et la durabilité. L'hésitation et les retards à des niveaux infranationaux pour payer leurs contreparties dans la réalisation de programmes nationaux et une grande dépendance vis-à-vis des donateurs externes affectent la propriété, la mise en œuvre et la durabilité de ces programmes, qui ont généralement une incidence sur les fonctionnalités des PHC au Nigéria

Conclusion : Cette étude fournit des leçons importantes aux décideurs afin de fixer des agendas basés sur des preuves pour comprendre les problèmes de la MNCH et l'établissement d'interventions pertinentes. L'engagement précoce de tous les niveaux de gouvernement dans les activités nationales est essentiel à la bonne mise en œuvre des programmes.

Session Parallèle 8-6 Management hospitalière et financement

Efficacité hospitalière et équité dans l'utilisation des soins de santé : Étude de cas du Rwanda.

*BIRINDABAGABO Pascal, Ministère de la Santé
ATAGUBA John, Université de Cape Town*

Contexte : L'efficacité et l'équité sont les principaux objectifs du système de santé qui sont jugés résilients pour assurer le passage à la couverture sanitaire universelle, ce qui est important dans l'ère des ODD. Cependant, les preuves montrent que les hôpitaux des pays en développement demeurent inefficaces en termes d'utilisation des ressources rares et pourtant, ils consomment la plus grande part des fonds consacrés à tout système de santé à l'échelle mondiale, d'où l'incapacité de fournir des services de santé nécessaires à tout le monde surtout au plus pauvre. Cette étude vise à évaluer l'efficacité relative de l'hôpital de district et de l'équité dans l'utilisation des soins de santé au Rwanda.

Méthodes : L'analyse de l'empaquetage des données et les courbes de concentration ont été utilisées dans cette étude pour mesurer l'efficacité et l'équité hospitalières dans l'utilisation des soins de santé au Rwanda.

Résultats : Les résultats de cette étude ont révélé que l'efficacité technique moyenne de l'hôpital de district rwandais était de 94,5%. Et seulement 60% des hôpitaux de district sont techniquement efficaces relativement. Par conséquent, près de 40% des hôpitaux de district dépensent leurs intrants par rapport aux meilleurs hôpitaux de district de tous les intrants utilisés au niveau des hôpitaux de district, comme on le considère dans cette étude sont gaspillés.

En terme d'équité d'utilisation, les courbes de concentration ont révélé que l'utilisation de la plupart des services de paludisme était favorable à moins que les services hospitaliers qui étaient plus concentrés dans le district pauvre, tandis que la plupart des services liés à toutes les maladies sont concentrés dans le bien-être et toute l'utilisation des services connexes étaient Pro riches seulement hospitalisés liés au paludisme était pro pauvres et l'accouchement assisté qui était un peu équitable dans tous les districts.

Conclusion: Cette étude a démontré qu'il y a des inefficacités dans l'utilisation des intrants dans les hôpitaux de district, tandis qu'un certain niveau d'équité dans l'utilisation des services de santé dans le système de prestation de soins de santé au Rwanda. Il trouve également un certain modèle entre le rendement de l'hôpital de district et l'utilisation de certains services. On prétend ensuite que plus d'efforts en termes de mentorat devraient être faits dans le district avec des hôpitaux inefficaces alors que pour améliorer l'équité dans

l'utilisation des soins de santé, les services devraient être décentralisés pour permettre non seulement l'accès, mais aussi l'allocation des ressources de soins de santé qui devraient être disponibles dans le système de gestion de l'information sur la santé. Cela permettra d'allouer les ressources existantes dans le secteur de la santé en fonction des besoins existants. Les études futures devraient examiner les causes de l'inefficacité de l'hôpital de district ou enquêter sur les inégalités dans l'utilisation du paludisme et de la santé maternelle, ainsi que sur leurs facteurs déterminants.

Relation entre la justice organisationnelle et les comportements professionnels des agents de santé : Témoignages d'hôpitaux publics du Sud-Est du Nigéria.

Ghasi Nwanneka¹, Onodugo Vincent¹ et Ogbuabor Daniel²

¹Département de la gestion, Faculté d'administration des affaires, Université du Nigéria Enugu Campus, Enugu, Nigeria. ²Institut de santé publique, Collège de médecine, Université du Nigéria Enugu campus, Enugu, Nigeria.

Contexte : les connaissances sur la façon dont les pratiques en matière de ressources humaines centrées sur les employés influencent les attitudes et les comportements liés au travail des professionnels de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont en jeu.

Buts et objectifs : l'objectif de cette étude était donc d'étudier l'effet de la justice organisationnelle sur le rendement des tâches (TP) et le comportement de travail contre-productif (CWB) parmi les agents de santé dans les hôpitaux publics du sud-est du Nigeria

Méthodes : L'enquête transversale sur les questionnaires qui a impliqué 370 professionnels de la santé comprenant 84 médecins, 186 infirmières et 100 professionnels de la santé associés (AHP) sélectionnés dans 5 hôpitaux tertiaires publics du sud-est du Nigeria par échantillonnage à plusieurs stades technique a été réalisée entre janvier et avril 2018. Les différences de score moyennes ont été testées à l'aide du test t étudiant et de l'analyse de variance (ANOVA). L'analyse multivariée a été utilisée pour tester les modèles de prédiction pour les comportements liés au travail. La signification statistique a été fixée à $p < 0,05$.

Résultats : Les résultats ont montré que, globalement, le score moyen de la justice organisationnelle était de 3,05 (0,96). Les notes moyennes (DD) pour la justice distributive, la justice procédurale et la justice interactionnelle étaient respectivement de 2,70 (0,94), 3,17 (0,91) et (1,03). Il y a eu des écarts significatifs dans la perception de la justice organisationnelle, du TP et du CWB parmi les différentes catégories de professionnels de la santé. Dans l'ensemble, le TP a été prédit par l'éducation ($\beta = 0,216$, $p < 0,05$), la tenure ($\beta = -0,103$, $p < 0,05$) et la CCB ($\beta = -0,141$, $p < 0,05$). L'état matrimonial ($\beta = -0,311$, $p < 0,05$), la justice distributive ($\beta = -0,166$, $p < 0,05$) et la performance des tâches ($\beta = -0,185$, $p < 0,05$) ont prédit la CWB. Au sein des sous-groupes, TP parmi les médecins a été prédit par sexe, état matrimonial, et la justice procédurale. La tenure prédit le TP pour les infirmières seulement. Parmi les AHP, seul l'hôpital a prédit la performance de la tâche. L'âge a singulièrement prédit un comportement de travail contre-productif chez les médecins ($\beta = -0,216$, $p < 0,05$). Parmi les infirmières, l'état matrimonial ($\beta = -0,400$, $p < 0,05$), la justice distributionnelle ($\beta = -0,624$, $p < 0,05$), la justice interactionnelle ($\beta = -0,496$, $p < 0,05$) et la justice organisationnelle globale ($\beta = 0,763$, $p < 0,05$) prévoyaient un comportement de travail contre-productif. L'emplacement de l'hôpital a particulièrement prédit un comportement de travail contre-productif parmi les AHP ($\beta = 0,180$, $p < 0,05$).

Conclusions : Nous terminons en disant que le CWB a médiatisé l'effet de la justice organisationnelle sur l'exécution des tâches des professionnels de la santé dans les hôpitaux publics nigériens. Alors que la justice procédurale était importante chez les médecins, la justice distributionnelle et interactive était importante pour les infirmières. L'optimisation des performances des professionnels de la santé nécessiterait une attention particulière à ces caractéristiques et à des différences spécifiques au contexte dans les distinctifs démographiques et professionnels.

Analyse de l'efficacité des hôpitaux secondaires en Éthiopie : Efficacité technique et à l'échelle appliquant la méthode d'analyse de l'emballage des données.

Elias Asfaw Zegeye¹ and Ermias Dessie²

¹ *Université de Californie Davis (projet MINIMOD) et la Fondation des fonds d'investissement pour les enfants (programme SURE), Addis-Abeba, Éthiopie*

² *Ministère fédéral de la santé, équipe d'analyse de l'économie et du financement de la santé, Addis-Abeba, Éthiopie*

Contexte : L'Éthiopie a réussi à réaliser de meilleurs gains de santé pour la population avec une vision plus large de la santé, des citoyens productifs et prospères. La compréhension de son efficacité, de son efficacité et de sa prise de décisions fondées sur des preuves prennent l'objectif prioritaire dans les objectifs stratégiques quinquennaux du secteur de la santé (FMOH, 2015). L'analyse de l'efficacité devrait être améliorée dans différents niveaux de santé : primaire, secondaire et tertiaire.

Objectif : cette analyse d'efficacité vise à générer une efficacité technique et à l'échelle des hôpitaux de niveau secondaire en Éthiopie et à évaluer les économies d'intrants possibles pour ces inefficacités.

Méthodes : l'étude des coûts a été rétrospective, fondée sur des installations et des techniques de comptabilisation des coûts employées pour identifier et mesurer les coûts encourus dans les services de santé de livraison au niveau de l'installation. Un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 12 hôpitaux au niveau des soins secondaires a été inclus pour l'analyse des coûts. L'analyse de l'efficacité a été calculée en relation avec les intrants hospitaliers (ressources humaines, médicaments et fournitures médicales, équipement amorti et coût indirect à l'année de base 2017) et les extrants mesurés dans les visites d'équivalents ambulatoires. L'analyse de l'enveloppement des données (DEA) technique non-paramètre a été appliquée à l'analyse de l'efficacité totale de l'hôpital et l'efficacité au niveau du département.

Résultats : les ressources humaines et les fournitures médicales représentent plus de 50% du coût dans les hôpitaux secondaires étudiés. Sur les douze hôpitaux secondaires étudiés, deux hôpitaux (Bishoftu et Kemise) étaient techniquement efficaces alors que les dix autres hôpitaux étaient techniquement inefficaces en 2016/17. Le score d'efficacité technique moyen global parmi les hôpitaux inefficaces est de 66%. En moyenne, les hôpitaux secondaires pourraient réduire leurs intrants de 34% sans réduire le niveau de production actuel. Grâce à la réduction des intrants, il est possible d'économiser un total de 192,5 millions de Birr (sans aucune réduction des résultats). Le score moyen d'efficacité de l'échelle parmi les hôpitaux inefficaces est de 15%, ce qui infère un potentiel d'augmentation des produits totaux de 85% dans la capacité et la taille existantes.

Conclusions : la plupart des hôpitaux secondaires étaient inefficaces et une quantité importante de ressources d'intrants pourrait être potentiellement réduite. Il existe un énorme potentiel pour augmenter les extrants (près de 85%) avec la capacité et la taille

actuelles existantes. Mais cela dépend probablement d'autres facteurs tels que : augmenter l'acceptabilité des services, la qualité et la sensibilisation à la création.

Les déterminants de la qualité des soins de santé dans les hôpitaux privés et publics de la métropole d'Ibadan, Nigéria.

Bosede Olanike AWOYEMI (PhD), Département d'économie, Université d'AFE Babalola ADO-Ekiti, Etat d'Ekiti, Nigeria

Professeur Olanrewaju OLANIYAN, Département d'économie, Université d'Ibadan, Ibadan, Nigeria.

L'évaluation de la qualité des soins de santé entre les hôpitaux incite à la performance du système de santé et donne de la place à l'amélioration. La qualité des soins de santé diffère selon les hôpitaux et certains hôpitaux, afin d'augmenter leur part de marché des patients, fournissent une meilleure qualité de soins de santé. Au Nigeria, il y a peu d'hôpitaux publics comparés avec des hôpitaux privés, et vraisemblablement le peu de cliniques publiques existantes sont confrontées à des défis uniques de financement inadéquat et de manque de surveillance appropriée, menaçant ainsi leur existence. Ces situations ont fait des hôpitaux privés un choix inévitable de nombreux patients. Cependant, il est à noter que trop peu de réglementation est appliquée pour s'assurer que les normes minimales de qualité sont respectées entre les hôpitaux privés. Par conséquent, cette étude a examiné les facteurs qui influencent la qualité des soins de santé parmi les hôpitaux privés et publics dans la métropole d'Ibadan.

Pour mesurer la qualité des soins de santé, les indicateurs d'expérience et de qualité des patients ont été utilisés. Six (6) intrants hospitaliers différents ont été employés et l'indicateur d'expérience de la qualité du patient a été présenté comme un indice du niveau de satisfaction du patient à l'égard de la prestation de qualité hospitalière. Compte tenu de la nature continue des variables dépendantes, les Moindres Carrés Ordinaires (OLS) ont été utilisés pour identifier les facteurs qui influencent la qualité des soins de santé parmi les hôpitaux, tandis que les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les différents attributs des hôpitaux privés et publics. Les données ont été extraites de 127 hôpitaux et 761 patients qui ont fréquenté ces hôpitaux à Ibadan.

Les résultats de l'étude montrent qu'en moyenne, l'indicateur de qualité du patient pour les hôpitaux privés est de 0,81, ce qui indique un niveau de satisfaction plus élevé que dans les hôpitaux publics. Le prix moyen des soins de santé payé par les patients et la visite trimestrielle par les organismes de réglementation, motivent les hôpitaux privés à améliorer la qualité des soins de santé, tandis que la réglementation sur les ressources humaines et le volume des patients incite les hôpitaux publics à produire une meilleure qualité de Santé. Ainsi, les réformes de santé qui assureront le strict respect des procédures d'établissement hospitalier et minimisent la négligence parmi les hôpitaux est recommandée.

Mots-clés : Hôpital, qualité des soins de santé, patients, Ibadan

Efficacité productive du système hospitalier ivoirien : une analyse par le DEA-Malmquist.

Amany Elysée ETIEN, Abidjan, université Félix Houphouët-Boigny

Contexte : Depuis la conférence de Hararé, les systèmes d'offres de soins dans les pays africains se présentent sous forme pyramidale à trois niveaux. Le système

hospitalier ivoirien est caractérisé par une évolution croissante au fil des années du nombre de centres de santé de niveau 2 de la pyramide sanitaire. Pourtant, l'activité hospitalière décline au profit des établissements sanitaires de premier contact (niveau 1).

Buts et objectifs : Face à cette situation alarmante, cette étude se propose d'expliquer la perte d'attractivité des hôpitaux généraux et des centres hospitaliers régionaux. En clair, il s'agit d'évaluer l'efficacité productive de ces hôpitaux et de déterminer les sources de la productivité des facteurs de production.

Méthodes utilisées : A l'aide des données issues des annuaires des statistiques sanitaires (2012 ; 2013 et 2015) du ministère de la santé et de l'hygiène publique, la méthode de l'enveloppement des données (DEA) est utilisée pour le calcul des scores d'efficacités techniques et l'indice de Malmquist pour l'analyse de la productivité des facteurs.

Découvertes clés : Sous les hypothèses de rendements d'échelles variables et d'orientation output, les résultats montrent d'une part que le score moyen d'efficacité technique est de 0.798 sur les trois années d'études. Les hôpitaux sont donc techniquement inefficaces. Le score moyen des centres hospitaliers régionaux est le plus élevé. Et d'autre part, l'indice de productivité de Malmquist est en moyenne de 1.053 sur la période d'étude. Ainsi, les hôpitaux de référence ont globalement amélioré la productivité totale de leurs facteurs de production de 5.3%. Cette amélioration est plus expliquée par le changement d'efficacité que le changement technologique.

Principales conclusions : Sur la base des résultats précédents, des actions telles que la formation des responsables des hôpitaux aux techniques managériales, la motivation des ressources humaines de santé et le renforcement du plateau technique contribueront à améliorer la qualité du système hospitalier ivoirien.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, Efficacité technique, Hôpital, Productivité.

Coût attribuable et durée supplémentaire du séjour en structure chirurgicale dans un CHU ghanéen.

Ama Fenny, Université de Legon du Ghana

Contexte : Des informations restreintes sont disponibles sur l'impact financier des infections du site chirurgical (SSI) au Ghana. Pour calculer le coût du SSI dans un département chirurgical, une étude prospective de cas-contrôle a été entreprise à l'hôpital d'enseignement de Korle Bu (KBTH) au Ghana.

Méthodes: Nous avons étudié 446 adultes subissant une intervention chirurgicale du service chirurgical. Au total 41 patients atteints de SSI et 41 patients témoins sans SSI ont été appariés par type de chirurgie, classe de plaie, ASA, sexe et âge. Les coûts directs et indirects pour les patients ont été obtenus des patients et de leurs soignants quotidiennement. Le coût des médicaments a été confirmé à la pharmacie du ministère.

Résultats: Le taux de prévalence du SSI a été estimé à 10,2% du total des 446 cas échantillonnés entre juin et août 2017. En moyenne, les patients avec SSI qui ont entrepris une chirurgie d'appendice ont payé environ GHC1,210 (\$256) de plus que ceux sans SSI dans la même catégorie. La moindre différence a été observée chez les patients qui avaient une chirurgie thyroïdienne, une différence de GHC62 (\$13). Les résultats montrent que pour toutes les interventions chirurgicales, les patients de SSI signalent l'excès de durée de séjour.

Les jours supplémentaires vont de 1 jour pour l'amputation des membres à 16 jours supplémentaires pour la chirurgie rectale. Toutefois, l'estimation de régression a montré que ALOS n'est pas significativement influencée par le statut SSI, bien que l'ALOS compte en partie des variations du coût total supporté par les patients SSI et non-SSI.

Conclusions: Dans cette étude, les patients atteints de SSI ont connu une prolongation importante de l'hospitalisation et une utilisation accrue des coûts des soins de santé. Dans de nombreux cas, les coûts indirects étaient beaucoup plus élevés que les coûts directs. Ces résultats appuient la nécessité de mettre en œuvre des interventions préventives pour les patients hospitalisés pour divers processus chirurgicaux à l'hôpital d'enseignement de Korle Bu.

Couverture Sanitaire Universelle et Soins de Santé Primaire à l'hôpital de Kayes.

Dr Makan SOUMARE, Pharmacien hôpital de Kayes

Dr Jonas KAMATE, Pharmacien hôpital de Kayes

La recherche est faite pour vérifier l'état des services de l'hôpital de Kayes sur une base semestrielle et c'est une méthode d'enquête des chefs de services de l'hôpital faite par la commission médicale d'établissement.

Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières.

Les soins de santé primaires (SSP) sont une stratégie sanitaire fortement basée sur la prévention et la mise en œuvre via la participation communautaire¹ des populations, pour améliorer et mobiliser au mieux les personnes et moyens locaux disponibles, mais aussi pour favoriser la diffusion de connaissances et de comportements et attitudes de "prévention" au sein de la communauté, voire des communautés voisines, par essaimage.

Dans les services qui constituent l'hôpital de Kayes, on assiste à une manque de personnels de santé ou à une insuffisante de soins aux malades, défaut d'accès de soins aux maladies.

D'autre part à un manque d'équipement nécessaire et la non disponibilité de fonds nécessaires pour le financement des activités au sein de l'hôpital, difficultés financières pour les personnels de santé et les maladies.

De façon globale, au non-respect des moyens de financement et de prise en charge par le gouvernement de notre pays.

D'où la nécessité de tirer la conclusion que la couverture universelle en matière de santé n'est pas applicable au sein de l'hôpital de Kayes, et parallèlement les soins de santé primaires ne sont pas essentiels dans notre pays au Mali.

Mots clés : Personnels de santé – soins - malades

Session Parallèle 8-6 Assurance Maladie Nationale

Examen de la facturation de l'étendue de la balance dans l'assurance-maladie nationale ghanéenne.

Contexte : le régime national ghanéen d'assurance-maladie (National health Insurance Scheme - NHIS) a été établi en 2003 pour alléger les résidents des frais d'utilisation des soins de santé surchargés, localement connu sous le nom de cash and carry, en offrant un service d'assurance-maladie sociale. Depuis sa création, le NHIS a fourni une protection financière à ses membres en offrant des soins de santé dans plus de 3000 établissements de soins agréés. En vertu du NHIS, les membres ne font pas de paiement pour les services couverts, ce qui implique que les prestataires ne peuvent pas facturer au-delà des honoraires payés par l'autorité nationale d'assurance-maladie (NHIA) pour les services couverts, donc la facturation de l'équilibre est illégale. La facturation du solde fait référence à un prestataire qui charge un patient assuré au-dessus de ce qu'il est obligé de payer et de ce que l'assurance est également obligée de payer. Étant donné que les membres du NHIS ne sont pas censés effectuer un cofinancement au point de service, et que le NHIS est censé payer directement le prestataire, tout paiement effectué par des patients assurés pour des services couverts est une forme de facturation de l'équilibre. Même si les consommateurs sont facturés à l'équilibre, par un faible pourcentage de la redevance, cela pourrait constituer des dépenses de santé catastrophiques en fonction de la capacité des consommateurs à payer. Il y a eu des anecdotes de prestataires de NHIS se livrant à la facturation de l'équilibre, mais aucune recherche formelle n'a été faite pour l'examiner.

Objectif : le but de cette étude est de vérifier l'existence de la facturation de l'équilibre, la mesure dans laquelle elle impose des dépenses de santé catastrophiques aux membres, et la réponse des membres à l'équilibre facturé.

Méthodes : l'étude a utilisé des données recueillies à Kumasi et à Accra, les deux plus grandes villes du pays, avec un échantillon de 500 par ville, 300 assurés et 200 non assurés, à l'aide d'un échantillonnage pratique. Les dépenses catastrophiques ont été calculées. En outre, des régressions ont été exécutées pour examiner l'étendue de la facturation de l'équilibre et la réponse de l'assuré au solde facturé.

Résultats : les résultats ont montré que la facturation de l'équilibre est largement pratiquée, plus à Kumasi qu'à Accra, causant des dépenses catastrophiques à l'assuré. Les prestataires de services n'étaient pas susceptibles d'admettre qu'ils se livraient à une facturation équilibrée. L'assuré ignorait surtout qu'il s'agissait d'un solde facturé. Ceux qui savaient n'étaient pas susceptibles de rapporter au NHIS.

Conclusion : La facturation du solde doit être traitée si le NHIS doit être le canal de la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Une évaluation économique relative à l'ensemble des avantages du Régime National d'Assurance-Maladie du Ghana.

Heleen Vellekoop, Ministère de la Santé du Ghana

Contexte : Le régime national d'assurance-maladie du Ghana (National Health Insurance Scheme - NHIS) a été lancé en 2003, dans le but d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Cependant, la performance du NHIS a été contestée pour des questions de viabilité financière. Le NHIS a fait face à des déficits depuis 2009. Les prestataires de soins de santé reçoivent des remboursements de neuf mois en moyenne. Une révision de l'ensemble des avantages a été suggérée comme mesure atténuante et les décideurs étudient la possibilité de n'inclure que les interventions de soins de santé primaires (SSP).

Objectifs: Nous avons effectué une évaluation économique dans le but de formuler des recommandations concernant les interventions à inclure dans un ensemble révisé d'avantages sociaux. Une analyse de scénario a été réalisée pour fournir des informations sur les résultats de diverses options pour le programme d'avantages sociaux, y compris l'option de se concentrer sur les SSP.

Methods: 70 interventions ont été inventoriées à l'aide de sources de données locales. Les données sur les bienfaits de la santé de chaque intervention (mesurées en années de vie ajustées au handicap (DALY) évitées) ont été recueillies dans le cadre d'une recherche documentaire. Par la suite, le bénéfice net pour la santé de chaque intervention (DALY évité) a été calculé et utilisé pour classer les interventions.

Six différents paquets de préséances ont été conçus, sur la base de différents objectifs politiques. Les coûts totaux attendus des forfaits ont été maintenus dans un budget tiré de 2017 dépenses sur les créances du NHIS. Pour chaque colis que nous avons rapporté : coût total; impact budgétaire par domaine pathologique; total des DALY évités; total des cas traités; et le nombre d'interventions incluses.

Résultats: Les interventions les plus bénéfiques se situent dans les domaines *du paludisme, des soins maternels et néonataux* et de la *santé reproductive*, tandis que les interventions dans les domaines des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles neurologiques et psychologiques tendent à être moins bénéfiques.

Nous avons constaté que le but de maximiser les DALY évités dans la conception des paquets d'avantages obtient également de bons résultats dans d'autres domaines d'intérêt. L'accent mis sur l'inclusion d'un nombre élevé d'interventions, au lieu de couvrir une plus grande proportion de la population, entraîne un faible bénéfice total pour la santé et le nombre de cas traités. Il est peu probable qu'il soit possible d'inclure toutes les interventions de SSP disponibles dans l'ensemble des avantages avec le budget actuel du NHIS. L'introduction de la co-assurance semble un moyen prometteur pour obtenir de bons résultats. Cependant, d'autres recherches sont nécessaires.

Principales recommandations : Nous recommandons que la couverture de population soit priorisée par rapport à la couverture d'intervention. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence devraient être inclus dans tout paquet de SSP, bien qu'il s'agisse de soins de niveau supérieur, car ces interventions sont très bénéfiques. Nous recommandons également des efforts accrus pour renforcer les capacités techniques dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé afin de permettre de nouvelles recherches.

Une liste de contrôle pour la conception et l'élaboration de programmes d'assurance-maladie contributifs au Nigeria.

Yewande Ogundeji, Kelechi Ohiri, Azara Agidani: Fondation de la stratégie et de la prestation de santé d'Abuja

Il y a un intérêt généralisé et croissant pour atteindre la couverture sanitaire universelle dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire en concevant et en mettant en œuvre l'assurance-maladie sociale (Social Health Insurance Scheme - SHIS). La SHIS a récemment gagné de l'importance au Nigeria par l'entremise de la Loi nationale sur la santé et de nombreux États envisagent de concevoir et de mettre en œuvre la SHIS. Cependant, certains États luttent pour concevoir une SHIS optimale, ce qui est important parce que les publications suggèrent que les échecs ou le succès des SHIS dépendent dans une certaine mesure des caractéristiques de conception. Par conséquent, il est crucial d'examiner la pertinence et la disponibilité avant la mise en œuvre de la SHIS dans un contexte donné.

Au Nigéria, les éléments de preuve concernant les caractéristiques de conception optimales des SHIS sont rares et il n'existe pas de liste de contrôle simple et normalisée, que les concepteurs, les réalisateurs et les chercheurs pourraient utiliser pour évaluer la nécessité de mettre en œuvre la SHIS ou pour guider et informer la conception de la SHIS.

Cet article décrit l'élaboration d'une liste de contrôle SHIS et démontre que cette liste nouvellement développée et consistant en six domaines de conception peut être utilisés par les concepteurs de schémas et les décideurs politiques, comme un outil simple et efficace pour évaluer et guider la conception SHIS au Nigéria afin de maximiser les chances d'efficacité des systèmes.

Retards dans le remboursement des réclamations des prestataires : Une décennie après la mise en œuvre de la politique nationale de régime d'assurance-maladie au Ghana. Il est temps d'y repenser.

Alexander Suuk Laar¹ Michael Asare², Philip Ayizem Dalinjong³

Alexander Suuk Laar¹ (Corresponding Author)

¹University of Newcastle, School of Public and Medicine, Faculty of Health and Medicine, Australia.

²Holy Family Hospital, Nkawkaw, Eastern Region, Ghana

³Navrongo Health Research Centre, Post Office Box 114, Navrongo, Upper East Region, Ghana.

Contexte : Afin que toutes les personnes puissent avoir accès à des services de santé de qualité visant à les protéger des risques de santé publique et de l'appauvrissement dus à la maladie, aux paiements des soins de santé, le gouvernement du Ghana a mis en œuvre la couverture sanitaire universelle (CSU) dans le cadre du Régime national d'assurance-maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS) en 2005. Toutefois, plus d'une décennie après sa mise en œuvre, le remboursement des réclamations aux prestataires menace la confiance et la viabilité du régime.

Objectif : Pour trouver des moyens novateurs de relever les défis actuels, cette étude a exploré les points de vue des professionnels de la santé sur les principales interventions politiques.

Méthodes : Une étude qualitative comprenant 16 interviews avec des répondants clés a été menée auprès de professionnels de la santé comprenant 4 Directeurs hospitaliers, 4 gestionnaires de sinistres, 4 administrateurs hospitaliers et 4 comptables dans quatre districts de la région est du Ghana. Les participants ont été choisis de façon intentionnelle parmi trois hôpitaux publics et un hôpital de mission. L'outil de collecte de données a été des interviews approfondies au moyen d'un guide à composition non limitée. Le cadre thématique a été utilisé pour l'analyse.

Résultats : Les principaux résultats de cette étude ont été les suivants : de longs retards dans les remboursements des réclamations aux structures de santé allant de sept (7) à dix (10) mois en moyenne. Ils ont également mentionné que le phénomène actuel affecte la qualité des soins de santé fournis aux clients, car dans certains cas, les clients sont obligés de faire de copaiement ou de paiement hors-paquet pour les soins de santé. Les participants ont attribué les défis actuels du régime aux fonds insuffisants, au traitement manuel des réclamations et à l'ingérence politique dans les activités du régime. Pour se débarrasser des défis actuels, les participants ont suggéré la nécessité pour le gouvernement d'explorer des sources de financement alternatives et durables en levant des impôts spéciaux sur les transferts de fonds et d'autres sociétés rentables, l'allocation d'un certain pourcentage des recettes pétrolières et la levée de la taxe sur la valeur ajoutée sur les soins de santé pour appuyer le budget sanitaire. L'informatisation du système des revendications et le découplage de la politique des activités des régimes ont également été suggérés.

Conclusion : L'implication du remboursement des réclamations retardé et la fourniture de services de santé attirent des questions cruciales sur la qualité et l'équité des soins. Pour aborder certaines questions identifiées dans cette étude, le gouvernement, les décideurs politiques et les exécutants doivent tenir compte de nos recommandations pour assurer la viabilité du régime.

Mots-clés : couverture sanitaire universelle, retards dans les réclamations, remboursement des réclamations, structures de santé, Ghana.

Presentations en poster

Présentations en poster Session 1

Analyse des facteurs associés au recours aux soins dans un établissement de santé en cas de fièvre chez les enfants de 0 à 5 ans en Côte d'Ivoire

YAPI Apollinaire¹; ORSOT Tétchi^{1,2}; Amed COULIBALY^{1,2}; SABLE Parfait Stéphane^{1,2}

¹National Institute of Public Health - ABIDJAN

²University of Félix HOUPHOUET-BOIGNY

Introduction : La présence de fièvre chez l'enfant constitue une des principales raisons de consultations des parents. Le temps entre le début de la fièvre et la consultation sanitaire est parfois longue et expose les enfants à des urgences. Le plus souvent les parents ont recours selon leurs moyens à plusieurs types de consultations. Certains auteurs dans l'analyse des différents types de recours en cas de fièvre ont montré des pratiques non recommandées dans les soins. L'objectif de ce travail basé sur les données de l'Enquête de démographie et santé (EDS) était d'étudier les facteurs associés au recours aux soins dans les établissements de santé en cas de fièvre chez les enfants de 0 à 5 ans.

Méthodes : Les données de cette étude sont issues de l'EDS 2011-2012 de la Côte d'Ivoire. Notre échantillon était constitué de 1662 enfants ayant eu une fièvre les deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête. Le traitement et l'analyse des données ont été faits avec le logiciel Stata 15. Les différentes étapes de cette analyse étaient une analyse univariée qui nous a permis de décrire les principales variables de l'étude. L'analyse bivariée dont le seul de significativité était $p < 0.05$, nous a permis de faire des tests chi-deux et le test Cramer's V pour préparer les variables à inclure dans notre modèle de régression logistique.

Résultats : Ce sont 1662 enfants qui ont fait la fièvre durant cette période. Parmi ces enfants 38% ont reçu des soins dans un établissement de santé. Environ 68% des enfants issues de famille pauvre n'ont reçu de soins dans un établissement de santé. L'indice de richesse était associé au recours aux soins (Pearson $\chi^2(4) = 141.0878$, Pr = 0.000 et Cramér's V = 0.2914). Le test de Cramér's v entre le milieu de résidence et recours aux soins montre que 47% des enfants en milieu ont reçu des soins dans un établissement de santé (Pearson $\chi^2(1) = 72.3671$, Pr = 0.000 et Cramér's V = 0.2087). Par contre, en milieu rural 73% n'ont pas reçu de soins. La religion était également associée avec une force d'association modérée (Cramér's v = 0.1051, Pearson $\chi^2(2) = 18.2992$, Pr = 0.000). D'autres facteurs tels que la région, l'ethnie, le niveau d'éducation et l'exposition aux masses médias étaient associés au recours aux soins.

Conclusion : Les politiques sanitaires devraient élaborer des stratégies de sensibilisation et d'amélioration d'accès aux soins dans un établissement de santé en tenant compte de ces facteurs.

Mots clés : Recours, fièvre, établissement de santé

Financement durable pour les SSP : Conception d'un programme sanitaire interactif dans l'État du Niger, Nigéria.

Dr. Usman Mohammed, Niger State Contributory Scheme Agency,

Résultats pour l'Institut de Développement (R4D): Dr. Chris Atim, Tamara Chikhradze, Ezinne Ezekwem, Oludare Bodunrin, Rachel Neill, Felix Obi

Contexte : Une évaluation de la réévaluation de la CSU menée au Niger State en 2017 a montré l'existence d'une mauvaise utilisation des services de SSP et que la majorité des citoyens manquent d'accès aux soins de santé de qualité en raison de la mise en commun limitée et des systèmes de prépaiement. On a reconnu que ces systèmes de prépaiement augmentent la protection financière et améliorent les résultats de santé (OMS Bulletin 2012). Reconnaisant cela, l'État nigérien en collaboration avec les résultats pour le développement (R4D) et les « Health System Consult Limited » (HSCL) est la conception d'un Etat de Santé Contributif. Le présent document décrit le processus entrepris pour concevoir le lancement d'un programme de santé contributif axé sur les soins de santé primaires (SSP) et les groupes vulnérables.

Objectif principal du document : Présenter l'approche adoptée par l'État du Niger dans la conception de son SCHS ainsi que les principales leçons apprises dans le processus de conception.

Méthodologie de conception du système : Le R4D/HSCL et l'État ont adopté un certain nombre d'approches dans la conception des composants clés du schéma (mobilisation de ressources, inscription, achat stratégique, systèmes de M&E). Cela comprend : l'analyse quantitative pour identifier les coûts et les recettes potentielles pour le lancement, l'adoption des meilleures pratiques pour orienter les décisions sur la hiérarchisation des composants du système pour le lancement initial et l'échelonnement, les revues techniques de projet de loi pour assurer la disponibilité pour le passage dans la loi, l'établissement des groupes de travail techniques de conception et un comité de finalisation de conception pour faire avancer la conception de schéma ; fourniture de mentors et de formations sur le tas pour renforcer la capacité du personnel de l'Agence Niger SCHS et les principaux acteurs de l'Etat dans le financement des soins de santé.

Principales leçons apprises: La contribution des principaux intervenants (organismes gouvernementaux et partenaires) est essentielle au processus de conception, car cela crée des possibilités de levier sur les systèmes et plates-formes existants, par exemple, les méthodes de test pour identifier les pauvres et les vulnérables.

Dans les milieux où un cadre juridique en vue de l'existence du régime est encore à établir, la loi n'est pas encore avérée, la mise en place de structures solides telles que les groupes de travail de conception peut être précieuse pour faire avancer le schéma de conception et assurer la disponibilité pour lancer quand la loi est finalement passée.

Le plaidoyer et l'engagement continu avec le gouvernement et d'autres acteurs importants sont essentiels pour assurer l'adhésion à certains éléments clés de la conception (ex. mobilisation des ressources) du SCHS.

Les enseignements tirés des pays, des régimes du gouvernement fédéral et des expériences internationales devraient être mis à profit pour adopter les meilleures pratiques des pays et des États qui ont mis en œuvre des régimes similaires.

Facteurs affectant l'accès aux soins de santé et les efforts et défis dans la sécurisation des Soins de Santé Primaires.

Ms. Chioma B. Kanu, Centre de Défense Civile de la Société Civile (CISLAC)

Le Centre de Défense des lois de la société civile (CISLAC) a travaillé dans l'amélioration de l'environnement politique qui revitalise le système de santé depuis 2012 dans de nombreux États du

Nord-Est et du Nord-Ouest au Nigéria. Cela a été réalisé par l'engagement avec les décideurs, les législateurs, les groupes de la société civile et les médias aux niveaux national et infranational.

Les buts et les objectifs des interventions sont d'améliorer le financement de la santé en augmentant la supervision législative ; accroître le reportage médiatique sur la santé et animer l'action de la société civile en vue de promouvoir la mise en œuvre des politiques et des lois sanitaires.

Les stratégies pour les interventions incluent une série de dialogues de politique pour les cadres-législature-CSO-médias, les compromis de plaider avec les décideurs politiques et les armes législatives, le renforcement des capacités sur le suivi budgétaire et les rapports pour les médias et la société civile sur la santé maternelle et la nutrition.

À partir de l'approche multi-sectorielle appliquée, il est devenu évident que les défis auxquels sont confrontés les PVVIH au Nigéria soient complexes et essentiellement issus des cadres réglementaires et de la mise en œuvre, des défis économiques, socio-culturels, des dégradations infrastructurelles, du personnel sanitaire inadéquat et non qualifié et de l'équipement. La situation des PHC s'aggrave, car les engagements financiers et politiques du gouvernement font défaut ; dans les cas où il y a eu des déclarations, ils ont été partiellement ou entièrement non mis en œuvre.

Il existe de nombreux programmes de santé issus du gouvernement aux niveaux national et sous-national, mais la grande question est de savoir s'ils efficaces, ces programmes ? Combien de Nigériens connaissent leur existence et combien de femmes dans les communautés rurales y ont accès ? Il y a plus de 24.000 PHC et postes de santé, dispersés dans tout le pays dans les zones rurales. Les agents de santé affectés à ces régions ne sont guère disponibles. Il ne faut pas dire que les gens de la communauté préfèrent les services de travailleurs de santé communautaire non conventionnels, les chimistes, les mélanges à base de plantes et les sages-femmes traditionnelles, parce que les installations de santé sont insatisfaisantes. Théoriquement, les PHC devraient être abordables, mais dans les collectivités où les familles vivent en-dessous du seuil de pauvreté, même le moindre frais est inaccessible par la communauté qui soulève la question de la couverture de la santé universelle et les fonds de base des soins de santé.

En conclusion, la santé se trouve sur la liste concurrente du gouvernement. Cela signifie que si le gouvernement veut effectivement prêter attention à l'état de santé prévalant, il peut facilement être atteint grâce à la mise en œuvre sérieuse des politiques de santé et au respect des promesses à tous les niveaux.

Emploi non-agricole pour les ruraux indigents et impact sur les résultats sanitaires au Ghana : Le rôle de la protection sociale.

Isaac Osei-Akoto, Institut de Recherche Statistique Sociale et Économique (ISSER), Université du Ghana, Legon

La lutte contre la pauvreté et l'inégalité des tendances dans les pays en développement exigent des moyens novateurs pour offrir des possibilités d'emploi à la population ; plus important pendant les campagnes agricoles pour les pauvres ruraux. Cela pourrait se faire par le biais de programmes de protection sociale, parmi de nombreuses autres stratégies. Le marché du travail actif, les options de protection sociale, par rapport à d'autres tels que les transferts de trésorerie facilitent l'accès des plus vulnérables aux emplois, tout en réduisant leur dépendance des régimes de soutien de l'assistance sociale. À cet effet, le Labour Public Intensive -Travaux publics Intensifs (LIPW) du Ghana - Social Opportunities Project (GSOP) a été lancé au Ghana afin de fournir aux ménages ruraux ciblés l'accès à des possibilités d'emploi locales et de revenus pendant les campagnes agricoles hors saison. Le programme vise à réduire le poids de chômage ou de sous-emploi dans les communautés rurales défavorisées pendant la saison agricole maigre tout en créant des infrastructures vitales pour le développement des deux agricoles et des ménages non agricoles. L'étude visant à évaluer le projet a évalué l'impact du projet sur la participation et l'emploi de la main-d'œuvre pour les jeunes gens et

les femmes, et leurs implications sur le bien-être dans de nombreuses communautés agricoles du Ghana.

L'étude a utilisé des données sur 130 sous-projets au niveau communautaire, y compris la construction manuelle des routes d'alimentation, la petite terre et la plantation d'arbres pour analyser les effets sur les aspects généraux des moyens de subsistance ruraux. Techniques presque expérimentales, employant l'attribution aléatoire des sous-projets et l'application de la correspondance de points de propension étaient les principales techniques d'évaluation utilisées.

Les résultats montrent des effets significatifs sur la participation de la main-d'œuvre et les salaires à court terme des salaires des jeunes gens et des femmes. De plus, il y a eu des résultats importants sur des questions clés du ménage, comme la santé, les comportements d'épargne, les investissements agricoles et l'inversion de la migration saisonnière.

Cette présentation met en évidence les résultats mitigés sur la façon dont l'utilisation de la protection sociale pour améliorer la sécurité économique des ménages pauvres influe sur l'accès aux soins de santé, la sécurité alimentaire et la prise en charge de l'assurance-maladie au Ghana. Les projets n'ont eu aucune incidence importante sur l'utilisation des structures de santé, mais plutôt l'utilisation de l'automédication. Certaines armes du programme ont conduit à une réduction significative des inscriptions dans le régime national d'assurance-maladie, mais d'autres armes dans le sud du pays ont augmenté la capacité des bénéficiaires à s'inscrire. Les résultats ont éclairé les effets de la conception et les implications pour la durabilité de ces programmes novateurs.

Mots-clés : pauvreté rurale, revenu hors ferme, protection sociale, assurance-maladie, accès aux services de santé, sexe, Ghana.

Enquête sur l'émigration des médecins nigériens.

**Ifeanyi Nsofor, Bell Ihua, ** Hamza Kabir: *ABUJA Nigeria Health Watch, ** NOI Polls*

Contexte: L'émigration du personnel de santé nigérian, en particulier les médecins a été un problème persistant dans le pays. Dans le but de mesurer la portée de cette tendance, l'observatoire Nigérian de la santé, en partenariat avec les sondages NOI a mené une enquête sur les médecins pour évaluer la prévalence avec laquelle les médecins poursuivent des possibilités de travail à l'étranger et les raisons associées.

Buts et Objectifs: Comprendre la portée des médecins émigrants, la fréquence et certains des facteurs sous-jacents.

Méthodes: L'enquête visait les médecins Nigériens et impliquait une approche méthodologique mixte employant des méthodes quantitatives et qualitatives. Pour la méthode quantitative, une enquête en ligne utilisant un questionnaire normalisé et bien structuré a été employée; et un guide d'entretien semi-structuré a été utilisé pour l'approche qualitative. Les différents corps de médecins ont été capturés à la fois dans les méthodes quantitatives et qualitatives. Les répondants à l'enquête en ligne n'étaient pas limités par leur emplacement géographique, bien que les entretiens approfondis aient été menés avec des médecins du territoire de la capitale fédérale du Nigéria, à Abuja.

Résultats: Une large proportion (83%) des médecins qui ont répondu au questionnaire et qui sont basés à l'étranger ont été formés au Nigéria. Tous les répondants (100%) connaissent des médecins actuellement résidant au Nigéria mais qui cherchent un emploi à l'étranger. 9 répondants sur 10 (88%) ont reconnu être en train de chercher des possibilités de travail à l'étranger.

La plupart des répondants ont cité les impôts élevés et les déductions salariales (98%), une faible satisfaction au travail (92%) et des salaires et émoluments médiocres (91%), que les médecins font

face à des défis qui les font envisager de déménager à l'étranger. Le Royaume-Uni et les États-Unis sont les principales destinations où les médecins nigériens recherchent des possibilités de travail. Les raisons prédominantes d'émigrer comprennent de meilleures installations et un environnement de travail, une rémunération plus élevée, une progression professionnelle et un avancement professionnel, et une meilleure qualité de vie.

La majorité des répondants à l'enquête (87%) estiment que le gouvernement n'est pas préoccupé par l'atténuation des difficultés rencontrées par les médecins au Nigéria. L'amélioration de la rémunération (18%), la mise à niveau de tous les équipements et matériels hospitaliers (16%), l'augmentation du financement des soins de santé (13%) et l'amélioration des conditions de travail des agents de santé ont été les suggestions les plus fréquentes pour atténuer les défis auxquels les médecins sont confrontés.

Principales conclusions: La question des médecins qui émigrent est un problème crucial, car les résultats de l'enquête le démontrent clairement. De façon alarmante, la majorité des répondants résidant dans le pays ont révélé qu'ils envisagent des possibilités de travailler à l'étranger. Ce problème est une crise qui tient compte de la hausse de la population nigérienne et de la demande croissante de services de santé.

Les accouchements en milieu hospitalier au Kenya respectent-ils les directives recommandées par l'OMS pour les consultations postnatales (CPoN) ?

Grace Njeri Muriithi, Association africaine d'économie et de politique de la santé (AfHEA)

Contexte : La période postnatale (de la naissance à six semaines après l'accouchement) est une période cruciale pour la survie des mères et de nouveau-nés. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 66 pour cent de tous les décès maternels et 75 pour cent de tous les nouveau-nés se produisent dans la première semaine après l'accouchement. Par conséquent, comprendre les lacunes dans les soins postnataux pour les femmes au Kenya est important afin de s'assurer que les taux de mortalité maternelle et néonatale sont réduits davantage.

Buts et objectifs: L'objectif global de cette recherche était d'analyser si les accouchements basés sur les installations au Kenya adhèrent aux directives recommandées par l'OMS pour la prestation de soins postnataux.

Méthodes: L'étude a fait usage des données obtenues à partir de l'Enquête démographique et de santé du Kenya 2014 (KDHS). Un échantillon d'enfants de moins de 5 ans qui sont nés dans un établissement de santé a été dessiné (n=4 104). Les variables d'intérêt étaient le contrôle des mères et des nouveau-nés après la livraison avant la décharge. Les données ont été analysées en utilisant des statistiques descriptives et des modèles de régression logistique, qui ont été exécutés pour évaluer les facteurs qui influent sur la qualité des soins postnataux reçus par les femmes qui accouchent dans les structures de santé.

Résultats: Selon les statistiques descriptives, 30 pour cent des mères ont séjourné dans l'établissement de santé pour moins de 24 heures, tandis qu'un supplément de 32,2 pour cent sont restés une journée et ont été libérés. Seulement 38 pour cent ont séjourné dans les établissements de santé pendant plus de 24 heures. Soixante-cinq pour cent des mères ont reçu un contrôle postnatal avant la décharge, tandis que 25 pour cent ne l'avaient pas fait. Parmi ceux qui n'ont pas reçu de CPoN avant la décharge, seulement 12 pour cent ont reçu le contrôle après la décharge. Au total, 22 % des femmes de l'échantillon n'ont pas du tout reçu de CPoN. D'autre part, 69 pour cent des nouveau-nés ont reçu les CPoN dans les deux mois après la naissance, tandis que 31 pour cent ne les ont pas eus.

Les modèles de régression logistique ont montré que le niveau d'éducation de la femme, le lieu d'accouchement et le nombre de visites de soins prénataux avaient une influence statistiquement significative sur le contrôle postnatal. Plus précisément, les femmes qui avaient une certaine éducation (primaire, secondaire ou supérieure) étaient plus susceptibles de recevoir les CPoN que les femmes sans éducation du tout et les probabilités ont augmentés avec l'augmentation du niveau scolaire. Les femmes qui ont accouché dans des établissements publics de niveau inférieur ont des probabilités inférieures de recevoir les CPoN par rapport à celles qui ont accouché dans les hôpitaux publics ; tandis que les femmes qui ont accouché dans les hôpitaux privés ou cliniques avaient des probabilités plus élevées de recevoir les CPoN par rapport à ceux qui ont accouché dans les hôpitaux. Les femmes qui ont reçu 4 CPN ou plus ont des probabilités plus élevées de recevoir les CPoN par rapport à celles qui ont reçu moins de 4 CPN.

Conclusion: Garantir que les femmes au Kenya accouchent dans des structures de santé ne suffit pas à réduire les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. La qualité (de soins) que les femmes et les nouveau-nés reçoivent dans les établissements de santé compte aussi. Les politiques devraient veiller à ce que les femmes et leurs nouveau-nés reçoivent des examens postnatals adéquats avant et après la décharge pour aider à résoudre les causes immédiates de la mortalité maternelle et néonatale.

Nous supposons qu'elles sont parties : Les sages-femmes traditionnelles comme moyen de dissuasion pour l'utilisation des services d'accouchement dans les communautés nigérianes.

Agbo, H.A^{1,2}, Pam S [Dip PHC]¹

¹Jos Université de formation hospitalière

²Université de Jos

Introduction : Les particularités sont liées à des Nations/pays où les ressources appropriées et disponibles peuvent venir en temps opportun comme l'introduction des accoucheuses traditionnelles dans le système de santé pour identifier et renvoyer les femmes avec le risque de complications de naissance probables aux centres de santé. Cette pratique a par la suite été abolie par l'Organisation Mondiale de la Santé lorsque les avantages escomptés de la formation et de l'utilisation de ces alliés de la santé n'étaient plus bénéfiques pour la santé maternelle.

Elles ont reçu une série de formations en santé sur l'identification de base des femmes à risque et la gestion des cas simples. Comme dans tous les aspects, les résultats sont mesurés par rapport à l'effort et, ce n'est pas une exception avec les accoucheuses traditionnelles. Est-ce que nous supposons qu'elles ont été abolies ? Nous avons peut-être tort. Elles sont reconnues dans les communautés pour leurs services affables, les pratiques opportunes et culturellement acceptables malgré les complications qui sont souvent enregistrées. Une étude des femmes évaluant les services dans deux centres urbains de soins de santé primaires [SSP], [Nassarawa Gwong et U/Rimi] a été menée.

Buts et objectifs : La prévalence de l'accouchement à domicile a été obtenue et les raisons de la baisse de la prestation hospitalière malgré les visites de routine des soins prénatals ont été évaluées comme une évaluation indirecte des activités des accoucheuses traditionnelles.

Un questionnaire d'interview a été utilisé. Une étude en coupe transversale de 215 femmes mariées « gravid ou parous » indépendamment du résultat de l'accouchement qui a évalué les SSP du 7 au 18 mai 2018 a été faite.

Méthodes : L'étude transversale de 215 femmes mariées gravides ou pareuses, quel que soit le résultat de l'accouchement ayant évalué les SSP du 7 au 18 mai 2018, a été étudiée. Un questionnaire administré par interview a été utilisé.

Résultats : 167 (77,7%) ont une éducation formelle au niveau secondaire. 83 (38,6%) des soins prénatals sans incident, mais n'a pas évalué le centre de santé pour les services d'accouchement. De ceux-ci dont l'accouchement a été suivi par une sage-femme traditionnelle, 31 (37,3%), 28 (33,7%) et 24 (28,9%) n'ont pas évalué la prestation institutionnelle en raison des pratiques culturelles pour le premier accouchement, imposées par le conjoint et les beaux-parents afin d'épargner le coût des frais hospitaliers respectivement.

Conclusion: Les bénéfiques de routine des soins prénatals avec une prestation institutionnelle devraient être encouragés par des séries d'éducation sanitaire approfondie pour les femmes. Cela peut probablement freiner l'augmentation des accouchements à domicile qui sont souvent sans complications.

Atteindre la Couverture Sanitaire Universelle au Nigéria : Les facteurs financiers ont-ils leur importance ?

Onwube, Onyebuchi, Département des études économiques et du développement, Faculté de Gestion et des Sciences Sociales, Alex Ekwueme-Université Fédérale de Ndufu, Ikwo. P. M. B 1010 Abakaliki, État d'Ebonyi. Agwu George et Ike Precious R.

Le Nigéria a adopté les soins de santé primaires (SSP) comme point d'ancrage du système de santé nigérian dans ses efforts pour améliorer l'égalité d'accès et d'utilisation des services de santé de base et ainsi atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) pendant environ 40 ans (1988-2018) maintenant. L'approche a traversé diverses améliorations menant à des réalisations modestes. Pourtant, le Nigéria est le troisième pays leader dans le taux de mortalité infantile dans le monde (UNICEF 2017). Cela s'ajoute au taux élevé de mortalité maternelle, de chômage, de pauvreté et de la récession économique inquiétante. L'objectif de la recherche est de donner un récit du voyage de 40 ans dans l'approche de soins de santé primaires pour atteindre la couverture de santé universelle et de savoir quels facteurs sont essentiels pour renforcer l'approche des SSP pour atteindre la CSU au Nigeria. À l'aide d'une approche de modèle dynamique autorégressive vectorielle, l'étude vise à déterminer les facteurs péculiaires uniques qui peuvent améliorer les résultats en matière de santé, donnant ainsi foi à l'approche des soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle et accéder aux services de soins de santé. L'étude a révélé qu'au Nigéria, les facteurs péculiaires suivants, les dépenses de santé publique et le revenu par habitant ont la capacité de maintenir l'approche des soins de santé primaires pour atteindre la CSU, en améliorant l'accès aux services de santé, tandis que les taux élevés d'inflation de même que ceux de change réduisent l'accès aux services de soins de santé et limitent ainsi la capacité de l'approche des soins de santé primaires à atteindre la couverture sanitaire universelle. L'étude recommande que les dépenses de santé soient augmentées afin d'assurer un approvisionnement régulier en services de santé et que les revenus par habitant soient accrus en fonction des réalités macroéconomiques, tandis que l'inflation et le taux de change devraient être gérés efficacement par le l'autorité qui doit réglementer ses fluctuations et la distorsion subséquente de l'économie avec des implications sur la santé. L'étude conclut que les soins de santé primaires demeurent la meilleure approche pour atteindre la CSU dans la mesure où les membres de la société trouvent des services de santé disponibles, accessibles et abordables.

Impact du régime national d'Assurance-Maladie sur la couverture des dépenses de santé catastrophiques au Ghana.

Sandra Kwakye, Institution: Université du Ghana, École de Santé Publique. Duah Dwomah, PhD, Justice Nonvignon, PhD

Contexte : Le régime national d'assurance-maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) du Ghana a été conçu pour améliorer l'accès aux finances, surtout parmi les pauvres, afin que le pays atteigne une couverture sanitaire universelle. Ce régime a été mis en œuvre depuis 2004 dans le but d'assurer une protection financière aux ménages, ce qui empêche le paiement au point d'utilisation des services de santé. L'étude visait à déterminer l'incidence de la couverture du NHIS sur les dépenses de santé catastrophiques parmi les ménages du Ghana.

Méthodes: Les données ont été obtenues à partir du « Ghana Living Standards Survey Round 6 (GLSS6) », réalisée en 2012-2013, avec 16 772 ménages. Les dépenses catastrophiques dans cette étude ont été mesurées en utilisant 10% et 40% des seuils i. e. qu'elles ont été mesurées comme étant le total des paiements de santé hors poche annuels de ménage (hospitalisation exclue) équivalant ou dépassant de 10% et 40% les dépenses non alimentaires de ménages.

L'assortiment de points de propension a été employé pour déterminer l'impact du NHIS sur le paiement sur fonds propres (Out Of Pocket - OOP) et les dépenses catastrophiques. L'analyse de régression linéaire multiple a été employée pour déterminer la relation entre les co-variables et l'OOP. De plus, l'analyse de régression logistique multivariée a été utilisée pour déterminer la relation entre les co-variables et les dépenses catastrophiques à un seuil de 10% et de 40%.

Résultats: L'étude a constaté que la proportion de ménages contractant les dépenses catastrophiques pour être 6,2% et 0,3% pour 10% et 40% des seuils, respectivement. La couverture de NHIS a eu un impact positif ($p < 0.05$) sur CHE à 10% seuil mais aucun impact au seuil de 40%.

Conclusion: L'impact positif de la couverture de la NHIS sur le programme des dépenses catastrophiques implique que l'objectif de protection des risques financiers du régime se réalise, mais avec une faible marge.

Mots-clés : Dépenses sanitaires catastrophiques, dépenses de santé hors poche, Régime national d'assurance- maladie, Ghana.

Épargner pour la santé en utilisant les réseaux sociaux financiers locaux. Une étude de cas des districts de l'Est de l'Ouganda.

*Mutebi Aloysius, Elizabeth Ekirapa, Rornald Kananura, Moses Tetui
Ecole de Santé Publique de l'Université de Makerere*

Contexte : Les contraintes financières sont l'un des facteurs qui empêchent l'accès aux services de santé. Les résultats des comptes nationaux de santé ont montré que 49% des dépenses de santé étaient effectuées par les ménages. Les ménages encourrent des frais de transport, de nourriture, d'achat de médicaments et d'autres fournitures qui pourraient ne pas être disponibles dans la structure de santé. La majorité de la population rurale en Ouganda n'a pas accès aux institutions financières formelles, mais une masse croissante appartient à des groupes d'épargne. Ces groupes d'épargne pourraient aider les ménages à épargner et à investir des revenus qui pourraient être utilisés pour réduire les obstacles financiers aux services.

Objectifs : Ce document vise à décrire les principales caractéristiques de l'épargne de groupe, des avantages et des défis des groupes d'épargne communautaire (CBSG), ainsi que des solutions aux défis dans la quête de l'amélioration de la santé des ménages.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec des techniques de collecte de données quantitatives et qualitatives. Des données ont été recueillies auprès de 247 dirigeants des CBSG dans les districts de Kamuli, kibuku et Pallisa en utilisant des questionnaires à composition non limitée auto-administrés, des entretiens qualitatifs et des rapports de projets.

Résultats : Basiquement, les principales raisons de la formation des CBSG étaient d'augmenter le revenu des ménages, de développer la collectivité et d'épargner en cas d'urgence. Un peu plus de la moitié des groupes d'épargne avaient 15-30 membres. 93% des CBSG ont indiqué l'élection de leurs comités de gestion démocratiquement. Les défis les plus communs associés à la gestion du CBSG comprenaient l'analphabétisme élevé (35%) parmi les leaders, la fréquentation irrégulière des réunions (22%) et le manque de formation sur la gestion et le leadership (19%). Il a été noté dans les interventions que le nombre de groupes d'épargne a plus que doublé, passant de 431 à 915 entre septembre 2013 et décembre 2016. Sur 915 groupes d'épargne, 22% avaient des membres économisant pour le MNH.

Conclusions : Les groupes d'épargne en Ouganda ont les structures et les communautés requises pour se joindre aux groupes communautaires et épargner pour la santé. Cependant, il existe des défis relatifs à la formation et à la gestion des groupes et des actifs collectifs. Le gouvernement et les partenaires de développement devraient collaborer pour fournir un appui technique aux groupes.

Mots-clés : groupes d'épargne communautaires, épargne pour la santé, réseaux sociaux financiers locaux.

Explorer la relation entre l'Assurance-Maladie Communautaire et les performances des systèmes de Soins de Santé Primaires : Témoignage du Nigéria.

Ms. Iboro E. NELSON; PhD Candidat (Doctorat), Département d'Économie, Université d'Uyo, Akwa Ibom State, Nigéria

Contexte : Les soins de santé primaires (SSP) sont l'épine dorsale d'un système de santé et sa force est associée à l'amélioration de la santé de la population dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le sous-financement chronique du système de santé nigérian, en général, et les soins de santé primaires, en particulier, exacerbent les inégalités en matière de santé et entrave les efforts pour la couverture sanitaire universelle (CSU). En outre, il se traduit par un taux d'utilisation de service médiocre et entrave les efforts vers des indices de santé pauvres. Cependant, les mécanismes qui offrent la sécurité sanitaire par le regroupement des risques comme l'assurance-maladie communautaire (CBHI) ont été mis en œuvre dans la plupart des milieux ruraux, quoique relativement à petite échelle comme outil pour atteindre l'équité dans l'accès aux services de santé.

Objectif et méthode : Le document vise à évaluer les contributions des intrants et des processus de la CBHI à la performance des systèmes de SSP à l'aide d'un modèle logique d'entrée-sortie simple axé sur le financement de la santé et la capacité de prestation de services en tant qu'intrants et gouvernance et l'utilisation des services de santé (CPN, accouchement et vaccination) en tant que production. Les données de deux systèmes de CBHI dans les États d'Akwa Ibom et de River (régime pré-CBHI et pendant le régime) ont été utilisées. Cette entrevue a été complétée par les entretiens avec le groupe de discussion et les agents de santé, les structures communautaires et les inscrits au CBHI.

Résultats : Le résultat de l'analyse montre que la fréquentation et la prestation des cliniques prénatales (CPN) ont augmenté significativement au cours de la période de six mois suivant le début du programme et progressent ensuite. De même, la qualité des soins du point de vue des clients, ainsi que la disponibilité des médicaments et de l'équipement au Centre ont également montré des améliorations expressives. En outre, le système engendre également un mécanisme d'aiguillage efficace.

Conclusion : Le système d'assurance communautaire pourrait beaucoup améliorer la santé de la population au Nigeria et accélérer les efforts vers les réalisations de la CSU. En outre, il offre une bonne option pour fournir une couverture de santé pour le secteur informel lorsqu'il est correctement conçu et maîtrisé par la communauté.

Assurance- Maladie et paiement sur fonds propres (Out-Of-Pocket) dans le cas de la gestion de la malaria dans le nord-ouest du Cameroun.

Ms Gwat Tchongla Nazah, Université de Buea

Le paludisme demeure la cause la plus importante de mortalité des personnes, en particulier des enfants et des femmes enceintes en Afrique. L'assurance-maladie est une façon de payer les soins de santé. Elle aide les personnes à ne pas payer la totalité du coût des services médicaux quand elles sont blessées ou malades. L'objectif global de cette étude est d'évaluer l'importance et l'efficacité de l'assurance-maladie en facilitant le paiement des factures de paludisme dans le district sanitaire de Bamenda. C'est une étude intersectorielle dans laquelle des questionnaires ont été administrés à 202 répondants. Des données secondaires ont été obtenues des registres hospitaliers de quatre établissements de santé dans le district sanitaire de Bamenda. Les données ont été analysées pour montrer qu'il y a moins de 1% de couverture et d'inscription dans les régimes d'assurance-maladie dans le BMHO, qui est très faible. Par conséquent, les personnes couvrent toujours leur coût total pour le traitement du paludisme, et ne sont pas favorables à épargner de l'argent de leurs dépenses totales sur les factures de paludisme. En outre, la connaissance des personnes dans le district de santé de Bamenda est de 90,09%, ce qui est bon, mais il y a moins d'inscriptions, ce qui rend le régime, pas très efficace quand il s'agit de couvrir les factures de traitement du paludisme. Enfin, avec le coût estimé à environ 20 434 francs CFA par mois pour le paludisme, les personnes non assurées sont susceptibles d'épargner moins que les personnes assurées soit environ 75% de la facture sont couverts par les assurés. Il s'agit d'une lourde charge économique pour les patients, qui les amène à emprunter de l'argent pour toujours couvrir le coût, l'utilisation de la médecine traditionnelle et la médecine routinière comme moyen d'éviter le coût du traitement hospitalier.

Mots-clés : Cameroun, Malaria, Assurance-maladie, Paiement direct.

Présentations en poster Session 2

Analyse des sources de déperdition des ressources humaines en santé en Côte d'Ivoire

Yapi Apollinaire⁽¹⁾ ; Kouakou Konan Auguste⁽²⁾ ; Bissouma Tania Renée⁽³⁾ ; Codjia Laurence⁽⁴⁾ ; Badié Yao⁽⁵⁾

Institut National de la Santé Publique- Abidjan

Université Lorougnon Guédé de Daloa / CEDRES

Organisation Mondiale de la Santé- Côte d'Ivoire

Organisation Mondiale de la Santé- Genève

Direction des Ressources Humaines

Introduction : Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU), il faudrait résoudre le problème de la pénurie de personnel impliqué dans la prestation de soins et du service social dans les pays à revenus faibles. Cependant, on note une forte déperdition des RHS depuis la formation

jusqu'au recrutement. Ainsi, l'objectif de cette étude est de faire une analyse critique des sources de déperdition des ressources humaines en santé depuis la formation jusqu'à leur fidélisation au poste.

Données et méthodes : Ces résultats utilisent les données de l'enquête réalisée lors de la conduite de l'étude sur le marché de l'emploi de santé. L'enquête s'est tenue de mai à juillet 2016 dans un échantillon de 223 établissements sanitaires, auprès de 38 institutions publiques et privées spécialisées et auprès de 363 étudiants des sciences de la santé.

Une cohorte rétrospective de type quantitatif a été étudiée. Elle a concerné les élèves admis au baccalauréat scientifique séries D et C en 1997 et suivi depuis leurs demandes d'affectation dans les filières de formation des sciences de la santé jusqu'au recrutement comme praticien.

Une étude qualitative a été associée à cette étude pour connaître leurs motivations et les raisons de leurs fidélisations.

Résultats : 6% des bacheliers entrent en première année au tronc commun (EPSS), représentant 80% de l'ensemble des bacheliers qui sollicitent les sciences de la santé ;

Les disciplines médicales et paramédicales attirent 8% des bacheliers contre le Droit (36%), les sciences et technologies (22%), les lettres, langues et art (13%), l'économie (11%) en 2013 ;

16% de ceux-ci sont admis en deuxième année, dont 74% d'hommes et 26% de femmes ; 84% des étudiants ayant validé la deuxième année sont en thèse. Parmi ces thésards ayant soutenu 27% ont été recrutés par le secteur public. 36,88% des médecins de la cohorte ont été affecté à la fonction publique. La durée moyenne d'attente avant le premier emploi est comprise entre 1 et 3 ans ; le pourcentage de médecins ayant migré (40% en termes de stock et 18% en flux annuel) ; le taux d'émigration du personnel infirmier (16%) ; le taux d'immigration de médecins (7%).

Conclusion : Le constat est que le système de formation doit être ajusté afin de mieux cibler les objectifs assignés au personnel formé. Une meilleure collaboration également entre les ministères de l'Enseignement supérieur, de la Fonction publique et de la Santé permettra une meilleure planification des RHS.

Mots clés : Déperdition ; Ressources humaines ; Côte d'Ivoire

Impact économique de la Cardiopathie Rhumatismale (Rheumatic Heart Disease - RHD) sur le système de santé en Afrique du Sud. Une étude du coût de la maladie.

Auteur Présentateur : Assegid Hellebo. École de Santé Publique et de Médecine Familiale, Unité d'économie de la santé, Université du Cap, Afrique du Sud.

Contexte : La RHD est une maladie de pauvreté qui est négligée dans les pays en développement. Les conséquences de la RHD deviennent de plus en plus un énorme fardeau économique pour le système de santé et consécutivement le gouvernement. Malgré la prévention de la RHD, la plupart des décès liés à la RHD survient chez les enfants et les adultes en âge de travailler où la charge économique de la mort prématurée est élevée. Plusieurs stratégies ont été suggérées pour faire progresser l'escalade de la sévérité de la maladie afin d'éviter les frais médicaux, y compris le coût de la chirurgie. Toutefois, le manque de preuves suffisantes concernant le coût du traitement de la RHD a entravé les décisions et interventions nécessaires pour prévenir la mort liée à la RHD.

Buts et objectifs L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'utilisation des ressources et de quantifier le coût total annuel moyen lié à la RHD dans un hôpital tertiaire du Cap-occidental, en Afrique du Sud.

Méthodes : Un mélange d'ingrédients et des méthodes d'établissement des coûts réduits ont été utilisés pour estimer le coût annuel des soins de santé au regard du système sanitaire. Tous les coûts

ont été estimés en 2017 (année de base) en Rand sud-africain (ZAR) et taux d'actualisation de 3% afin de permettre l'amortissement et le coût d'opportunité. Les données sur les taux d'utilisation des services ont été recueillies à l'aide d'un échantillon aléatoire de 100 dossiers médicaux de patients du Registre mondial des cardiopathies rhumatismales (l'étude REMEDY), un registre des personnes vivant avec la RHD. Les données cliniques au niveau du patient, y compris les prix et les quantités de médicaments et les tests de laboratoire, ont été recueillies auprès de l'hôpital Groote Schuur (GSH). Le calcul du coût de revient par étape a été utilisé pour estimer les coûts de temps du fournisseur et tous les autres coûts d'installation tels que les frais généraux. Les données de REMEDY et de GSH ont été agrégées pour estimer le coût annuel total des soins RHD à GSH et le coût annuel moyen par patient parmi les participants à REMEDY. Une analyse de sensibilité univariée à sens unique a été menée pour faire face à l'incertitude.

Resultats: Le coût total des soins de la RHD à GSH a été estimé à \$2, 238, 294 (ZAR 27 millions) en 2017, les coûts de chirurgie représentant 65% du coût total. Les coûts annuels moyens par patient, qui comprenaient les soins ambulatoires, les soins médicaux et intensifs (USI), les procédures de laboratoire de cathétérisme et la chirurgie de la valve cardiaque, ont été estimés à \$4, 311 (ZAR 52 000) par patient par année. Le coût des médicaments et des consommables liés au cathétérisme et à la chirurgie de la valve cardiaque étaient les principaux facteurs de coût.

Conclusions: L'intensification des programmes de prévention primaires et secondaires dans les centres de santé primaires réduit la charge future des services tertiaires. Les efforts d'allocation des ressources liés à la RHD dans les centres tertiaires ont un grand besoin et l'étude fournit des estimations des coûts pour les études futures sur le rapport coût-efficacité de l'intervention.

Une solution numérique pour assister le travail et l'accouchement dans le but d'améliorer la prestation de services.

Sarah Kedenge¹, Elizabeth Mwashuma¹, Caroline Gitonga¹, Alice Tarus¹, Albert Orwa¹, Caroline Kyalo¹, Eddine Sarroukh¹.

¹Philips Research Africa

Contexte: L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise que le partographe soit le meilleur outil pour surveiller le travail et réduire ses complications. Malgré son efficacité, l'utilisation sous-optimale et l'enregistrement médiocre des paramètres partographe pendant le travail sont une question très préoccupante pour la qualité des soins intra partum dans le monde entier. La solution numérique pour le travail et l'accouchement est basée sur l'utilisation de tablettes pour rendre le suivi plus systématique et plus efficace et faciliter la communication entre les prestataires de soins de santé en maternité à l'intérieur et entre les structures de santé. L'objectif principal de l'étude était de tester l'applicabilité, les avantages et les limites de cette solution dans un contexte sanitaire à faible ressources au Kenya, car des efforts sont déployés pour atteindre une couverture sanitaire universelle avec un accès accru à des services de qualité.

Méthodologie : L'étude a été conçue comme une exploration open-label, divisée en deux phases. La première phase a impliqué l'évaluation de l'utilisation par les professionnels de la santé du partographe selon la pratique courante. La deuxième phase a impliqué à la fois l'utilisation de la solution des tablettes et des partographe papier. L'étude a été réalisée dans deux sites du comté de Kiambu, à savoir : le Centre de Santé de Githurai Langata et l'hôpital du Sous-comté de Ruiru.

Résultats : Au cours de la première phase, un total de 22 sages-femmes a été formé. La journée de formation comprenait un rappel sur l'utilisation du partographe et ses lacunes potentielles et une sensibilisation sur l'éthique de la recherche. Les sages-femmes ont travaillé sur 82 femmes enceintes. À partir de l'analyse du partogramme, la majorité des paramètres ont été enregistrés avec seulement quelques-uns avec une entrée minimale ou nulle. Pendant la phase 2, 15 sages-femmes de la

première phase ont été formées à l'application et ont fourni un guide d'utilisation pour référence. Les sages-femmes ont entré des données pour 75 femmes enceintes dans l'application. Les résultats qu'elles ont obtenu ont été assez positifs. L'utilisation du partographe, le suivi et les critères de décharge constituaient les caractéristiques les plus notoires. L'application a obtenu un score de 65% sur l'échelle d'utilisabilité du système, en soulignant la nécessité de modifier certaines fonctionnalités. L'intégration du module de référence planifié s'est avéré incontournable.

Conclusions: Les résultats de cette étude démontrent la nécessité d'un soutien et d'une formation continue pour assurer l'opérationnalité à 100% des paramètres du partographe. Le résultat sur l'application a démontré qu'avec quelques modifications, l'application offre une excellente occasion d'améliorer l'efficacité et l'efficacité dans la gestion des patientes pendant le travail et l'accouchement.

Choix du combustible de cuisine domestique et effets sur la santé au Ghana.

Lucy Ofori-Davis AWOSHIE & John-Bosco Dramani: Université des sciences et de la technologie Kwame Nkrumah

Selon l'Agence internationale de l'énergie, plus de 2 milliards de personnes dans le monde ne sont pas en mesure d'accéder à des combustibles modernes et propres tels que l'électricité, le LPG et les biocarburants et, par conséquent, doivent recourir à la biomasse. Cela implique que le choix du combustible de cuisson par les ménages a de graves effets sur la transition énergétique.

Ainsi, nous examinons les déterminants du choix de combustible de cuisson et l'effet sur la santé des enfants de moins de cinq ans. En utilisant les données tirées de l'enquête sanitaire et démographique du Ghana de 2014, nous analysons les déterminants du combustible de cuisson au moyen d'un modèle probit ordonné et l'impact sur la santé en appliquant toujours le modèle probit.

Les résultats révèlent que le niveau de vie, l'âge, le sexe et le niveau scolaire du chef de ménage, la taille du ménage et l'emplacement de la cuisine dans le ménage peuvent influencer le choix du combustible. En outre, l'analyse fournit des éléments de preuve sur l'effet négatif de l'utilisation de combustibles solides sur la santé, ce qui implique que l'utilisation de combustibles solides contribue grandement à l'incidence des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans dans les ménages qui les utilisent.

Nous recommandons que les stratégies visant à réduire la pauvreté soient intensifiées pour faciliter la transition vers des combustibles plus propres et plus modernes et aussi intensifier l'éducation et la sensibilisation aux effets néfastes sur la santé des femmes et des enfants de l'utilisation des combustibles traditionnels.

Sécurisation de la CSU pour tous : Application d'un GIS pour évaluer l'implantation de nouvelles structures de santé primaires à Eswatini.

Siyabonga Ndwandwe¹, Katherine E. Battle², Nontoko Mngadi¹, George Shirreff¹, Bradley Didier¹, Sifiso G. Mamba³

¹ Initiative pour l'accès à la santé Clinton (CHAI) Inc.

² Malaria Atlas Project (MAP), Université d'Oxford

³ Ministère de la Santé, Royaume d'Eswatini

Contexte : Le gouvernement de l'Eswatini, par l'entremise du plan stratégique national pour le secteur de la santé (NHSSP II 2014-2018), avait fixé un objectif audacieux de construire un établissement de soins de santé primaires (SSP) dans chacune des quatre régions chaque année. Toutefois, cet objectif n'a pas été atteint en raison de problèmes de financement. Comme le gouvernement continue de recevoir les demandes des collectivités pour les nouvelles installations de

SSP, la hiérarchisation des sites pose un défi. Historiquement, l'approbation et l'implantation des installations n'ont pas été informées par une évaluation quantitative. Cette analyse propose une approche pour évaluer les nouvelles demandes d'établissement de santé fondées sur l'analyse géospatiale de l'accès aux soins afin d'optimiser l'allocation des ressources en accordant la priorité à la construction d'installations dans les zones où l'accès aux soins est le plus limité.

Méthodes : L'équipe de recherche a utilisé ArcGIS pour cartographier les installations de santé existantes et les réseaux routiers à travers l'Eswatini en utilisant les données recueillies par le Bureau du topographe général. Les temps de trajet jusqu'à l'établissement de santé le plus proche ont été calculés à l'aide d'une analyse de la distance de coût qui supposait des vitesses de transport motorisé dans les limites stipulées et les moyens de transport et les vitesses de marche spécifiques au terrain. Les seuils d'accessibilité ont été fixés à 8 km de distance Euclidienne, selon les recommandations de l'OMS et 30 minutes de temps de trajet par la littérature. Une analyse de la distance de coût supplémentaire a été effectuée sur la proximité des services de maternité, une procuration pour les services spécialisés généralement non offerts au niveau le plus bas du système de santé.

Résultats: La plupart de la population vit à proximité d'un établissement de santé : 98% des exploitations sont à moins de 30 minutes d'une installation alors que 73% sont dans un rayon de 8 km. Le gouvernement a 25 demandes en attente ; Seuls deux sites sont identifiés comme nécessitant une structure de SSP en utilisant le seuil de 30 minutes. Sept sites ont été identifiés en utilisant le seuil de 8 km : cinq avec des demandes en attente et deux sans aucune demande. Neuf pour cent des fermes sont à plus de 30 minutes des services de maternité, tandis que 51% sont au-delà de 8 km. Un accès insuffisant aux soins spécialisés est concentré dans les régions du nord-est et du sud-ouest du pays.

Conclusions et recommandations : Eswatini dispose d'un bon réseau d'installations existantes, le gouvernement n'a donc pas besoin de construire quatre établissements de santé primaires par an pour améliorer l'accès équitable au service de santé. Cependant, le centre de SSP est meilleur que des structures physiques. La preuve souligne la nécessité de réviser le paquet de services offert dans les structures pour assurer un accès équitable à des services spécifiques peut servir d'instrument afin que le Ministère plaide pour plus de ressources.

Sensibilisation sur la loi de l'avortement: Implications sur le choix de l'emplacement des services d'avortement au Ghana.

Fred Yao Gbagbo, Université de l'éducation, département de l'administration de la Santé, Winneba. Ghana.

Contexte : La Loi sur l'avortement ghanéen (loi 29, articles 58-59 et 67) a été modifiée en 1985 (loi n ° 102 du 22 février, 1985). Bien que l'avortement ne soit pas explicitement légal au Ghana, certaines dispositions de la loi suggèrent la légalisation pour en accroître l'accès.

Buts et Objectifs : Cette étude a exploré la sensibilisation sur la Loi de l'avortement et les implications sur le choix du lieu pour les services d'avortement au Ghana.

Méthodes : L'étude a été menée dans la métropole d'Accra, la métropole urbaine la plus densément peuplée au Ghana entre janvier et décembre 2010 en utilisant la conception rétrospective, transversale, communautaire et la méthode mixte pour collecter des données de 401 femmes échantillonnées aléatoirement, de janvier à juin 2011. L'analyse des données a été effectuée en utilisant le SPSS et STATA pour tester l'hypothèse de l'étude et le test du Chi-square pour l'importance des associations observées. Les données qualitatives obtenues ont été paraphrasées et/ou présentées textuellement pour compléter les données quantitatives recueillies. Le service de santé du Ghana a concédé une autorisation éthique pour l'étude.

Résultats : Il y avait moins de 50 % de sensibilisation à la Loi sur l'avortement avec environ 43% des répondants déclarant que l'avortement était légal au Ghana. Il y a eu une association significative entre le niveau d'instruction et la connaissance du statut juridique de l'avortement chez les répondants qui possédaient une formation secondaire et supérieure ($\chi^2 = 16.977$; $p =$ Environ 9 % des répondants ont indiqué que l'avortement était légal, mais n'indiquait pas correctement l'une des dispositions légales pour un avortement au Ghana, mais donnait plutôt des justifications socio-économiques pour l'avortement. Il n'y a pas eu d'association significative entre la connaissance de la Loi sur l'avortement et le choix du lieu de l'avortement par les répondants. Une régression logistique multinomiale montre que les répondants qui ont atteint au moins l'enseignement secondaire ont été 2,7 ($p < 0,05$) significativement plus susceptibles de connaître le statut juridique de l'avortement par rapport à ceux qui n'ont pas d'éducation formelle. Moins de 2 % des répondants ont donné une période de gestation exacte pour l'avortement légalement autorisé et 72 % ont indiqué que l'avortement était légal déclarant que le consentement de quelqu'un est toujours nécessaire avant un avortement. Les avis des entretiens approfondis ont montré des variations dans les décisions sur place pour un avortement sans examiner les implications juridiques pour leur choix de lieu.

Conclusion : Le niveau d'éducation a un impact sur la compréhension des lois sur l'avortement au Ghana pour la prise de décision sur le choix du lieu des services. Bien que les structures puissent être légalement mandatées à fournir des services d'avortement, les mandats juridiques à eux seuls n'ont pas d'implications significatives sur le choix des individus de l'endroit pour inférer l'avortement au Ghana.

Les chocs sanitaires en Afrique subsaharienne : Les ménages pauvres et non assurés sont-ils plus vulnérables ?

Esso-Hanam ATAKE, Université de Lomé (Togo), Département d'économie.

Contexte : dans les pays en développement, le choc sanitaire est l'un des chocs de revenu idiosyncratiques les plus fréquents et la principale raison pour laquelle les ménages tombent dans la pauvreté. Des recherches empiriques ont montré que dans ces pays, les ménages ne sont pas en mesure d'accéder aux marchés officiels de l'assurance afin d'assurer leur consommation contre les chocs de santé. Ainsi, dans cette étude, les ménages pauvres et non assurés sont-ils plus vulnérables aux chocs de santé ? Nous étudions les facteurs qui entraînent une perte de bien-être des chocs sanitaires et comment briser la vulnérabilité des chocs de santé dans trois pays d'Afrique subsaharienne, à savoir le Burkina Faso, le Niger et le Togo.

Méthode : cette étude se concentre sur 1 597 ménages au Burkina Faso, 1 342 ménages au Niger et 930 ménages au Togo. Une méthode en trois étapes des moindres carrés généralisés réalisables (FGLS) a été utilisée pour estimer la vulnérabilité à la pauvreté et pour modéliser les effets des chocs sanitaires sur la vulnérabilité à la pauvreté.

Resultats: Les estimations de la vulnérabilité montrent qu'environ 39,04%, 33,69% et 69,03% des ménages sont vulnérables à la pauvreté, respectivement au Burkina Faso, au Niger et au Togo. Les deux variables d'interaction, les « chocs sanitaires et la richesse » et les « chocs sanitaires et l'accès à l'assurance- maladie » ont eu un effet négatif significatif sur la réduction de la vulnérabilité des ménages à la pauvreté. La pauvreté est la principale cause de pertes économiques découlant des chocs sanitaires, car les plus pauvres ne peuvent pas se permettre l'achat en quantités suffisantes d'aliments de qualité, de soins de santé préventifs et curatifs et d'éducation. Nous avons constaté que le manque de couverture d'assurance-maladie avait un effet significatif en augmentant l'incidence de la perte de bien-être es chocs de santé. En outre, la taille des ménages, le type de soins de santé utilisés, le sexe, l'éducation et l'âge du chef du ménage ainsi que les caractéristiques du logement affectent la vulnérabilité à la pauvreté.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que, pour les ménages pauvres, la réduction des frais d'utilisation des soins de santé au point de service ou l'expansion de l'assurance-maladie pourrait atténuer la vulnérabilité à la pauvreté. D'autres défis – la politique de contrôle des naissances, les installations sanitaires adéquates et un programme universel d'éducation de base – doivent être abordés afin de réduire sensiblement les effets des chocs sanitaires sur la vulnérabilité à la pauvreté en Afrique Subsaharienne.

Mots-clés : vulnérabilité à la pauvreté, chocs sanitaires, assurance- maladie, pauvreté, fertilité, assainissement, éducation, Afrique subsaharienne.

Les effets de la moratlité infantile et du revenu sur la fertilité au Ghana.

Mr. William Angko, Université d'Etudes pour le Développement

En utilisant les données de l'enquête démographique et sanitaire du Ghana 2014, nous appliquons l'approche théorique microéconomique conventionnelle au choix des consommateurs et nous modélisons une fonction de demande pour les enfants afin d'estimer les effets de la mortalité infantile et du revenu sur la demande des enfants parmi les femmes en âge de procréer 15-49 au Ghana en utilisant la régression binomiale négative. Les résultats indiquent que la mortalité infantile, résultant de la perte d'un fils ou d'une fille, a un effet positif et significatif sur la fertilité, tandis que la fertilité diminue avec la richesse croissante. En outre, l'âge des femmes aux premières naissances, les années d'éducation et de contraception de la mère sont significatives et négativement associées à la fertilité, tandis que l'âge actuel de la femme, la préférence en matière de fertilité et le décideur sur l'utilisation contraceptive et le lieu d'une influence positive sur la fertilité au Ghana. Nous avons enregistré des variations dans les effets de certaines variables dans les échantillons totaux, urbains et ruraux. Nous concluons que la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la richesse peuvent contribuer de manière significative à la recherche de réduction de la fertilité au Ghana afin de maintenir la croissance démographique sous contrôle et d'accroître la croissance du PIB par habitant. Accroître l'accès des femmes à l'éducation formelle, accroître le pouvoir des femmes dans la prise de décisions sur l'utilisation de contraceptifs, accroître l'accès et l'utilisation des contraceptifs et offrir des possibilités d'emploi dans les zones rurales sont des questions clés qui pourraient aider à atteindre la réduction de la fertilité au Ghana.

Mots-clés : mortalité infantile, revenu, fertilité, demande d'enfants.

Facteurs influençant la demande d'Assurance-Maladie en Ouganda.

Ssempala Richard, Makerere University School of Public Health

Cette étude applique un modèle de sondage aux données secondaires afin d'enquêter sur les facteurs influençant la demande d'assurance-maladie en Ouganda. Les résultats révèlent que la richesse, le niveau d'éducation, l'accès à l'information et le domaine de résidence sont significativement associés à la demande d'assurance-maladie. Cependant, l'âge, le statut matrimonial et la santé comme pourvu par le tabagisme sont insignifiants. Les résultats révèlent en outre que l'assurance-maladie est plus prononcée chez les personnes riches, instruites et bien informées qui résident dans les zones urbaines. L'étude recommande donc pour les politiques axées sur la réduction de la pauvreté, investissant dans l'éducation tant au niveau primaire que secondaire, sensibilisation du public aux avantages de l'assurance-maladie et l'établissement d'un régime national d'assurance santé sociale, puisque ces variables étaient fortement associées à la demande d'assurance-maladie.

Comment faire face à la hausse des prix des denrées alimentaires ? Évaluer l'état nutritionnel des enfants à l'aide de données de biomarqueurs en Tanzanie.

Lukas Kornher, Centre pour la Recherche sur le Développement, Université de Bonn

Les hausses des prix des denrées alimentaires de base affectent régulièrement les sociétés agraires en Afrique. En Tanzanie, les prix du maïs ont doublé en 2008 et de nouveau en 2017 en quelques mois. Chaque fois que les prix des denrées alimentaires de base augmentent, les ménages utilisent des stratégies d'adaptation alimentaire des ménages touchés, notamment des changements de produits alimentaires coûteux à moins chers, une réduction de la diversité alimentaire à l'égard des aliments riches en énergie et une réduction de la quantité consommée ; soit pour tous les membres du ménage, soit pour certains membres (Matz et coll., 2015; d'Souza et Joliffe, 2014).

Pourtant, selon le comportement d'ajustement, la hausse des prix peut conduire à des carences macro et micronutriments sévères des enfants, qui sont associés à des conséquences négatives pour leur développement physique et mental. L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'impact de l'inflation des prix des denrées alimentaires de base sur l'état nutritionnel à court terme des enfants entre 0 et 60 mois. Ainsi, l'étude utilise un ensemble unique de données de biomarqueurs dans le cadre de l'EDS 2010 tanzanien. L'étude comble un déficit de recherche dans la littérature existante (p. ex. Abdulai et Aubert, 2004) en examinant les indicateurs micro-nutritionnels, à savoir le poids pour l'âge, la protéine liant le rétinol pour la vitamine A et le récepteur soluble de la transferrine comme marqueur de l'état de fer, directement au lieu des niveaux de consommation des nutriments.

L'identification empirique fait appel à la variation spatiale et opportune des prix des denrées alimentaires de base, qui correspondent aux micro-données au niveau sous-régional. Pour tenir compte de la corrélation en série d'erreurs standard entre les équations, le modèle d'équations de régression apparemment sans rapport de Zellner est utilisé. Les constatations préliminaires, qui contrôlent les caractéristiques socio-économiques et biologiques, suggèrent qu'il existe une importante association positive entre l'inflation des prix des denrées alimentaires de base et la carence en fer des enfants ainsi que des femmes. D'autre part, le poids pour l'âge semble sans rapport avec le niveau des prix alimentaires, tandis que l'IMC des femmes est liée à l'inflation des prix de base. Curieusement, le niveau de protéine liant le rétinol pour les enfants et les femmes est positivement associé au niveau des prix.

La diversité alimentaire et la consommation de viande diminuent avec l'augmentation des prix des denrées alimentaires de base, mais il existe également des preuves empiriques de substitution de base par des produits du jour. L'impact différentiel des prix des denrées alimentaires sur les femmes et les enfants, peut être un signe de tampon maternel, qui est la réduction de l'apport calorique des mères en faveur de leurs enfants. Les résultats indiquent l'importance d'élargir l'orientation politique au-delà des cultures vivrières de base. En outre, il est important de mieux comprendre les effets de substitution et de revenu lorsque les prix de base augmentent.

Effets directs et indirects de l'assurance maladie sur les habitudes de consommation des ménages dans l'état d'Ekiti, Nigéria.

Francis O. Adeyemi, Département d'Économie, Université d'Ibadan

Les deux questions à savoir celle de la répartition des ressources et celle de la pauvreté au Nigéria sont paradoxales. C'est parce que, bien que le pays soit riche en ressources naturelles, terrestres et humaines, le Nigéria est toujours qualifié de pauvre. Ceci est confirmé par le rapport du Bureau National des Statistiques qui montre que près de 70 pour cent des Nigériens en 2017 vivaient dans la

pauvreté en utilisant un dollar par jour, soit la parité de pouvoir d'achat ajustée comme critère. Cela implique une faible capacité à lisser la consommation au fil du temps pour un grand pourcentage de la population chaque fois qu'il y a des maladies. Des études antérieures avaient étudié l'effet direct de l'assurance-maladie sur la consommation médicale sans prêter attention aux effets de décharge sur la consommation non médicale. Cette étude est donc conçue pour examiner les effets directs et de décharge de l'HI sur la consommation médicale et non-médicale dans l'État d'Ekiti.

La conception de recherche d'enquête a été employée ainsi que la technique d'échantillonnage pour sélectionner des hôpitaux qui offrent des services d'assurance-maladie à travers les seize secteurs de gouvernement local de l'État d'Ekiti. Un questionnaire structuré a été adressé de façon aléatoire à 95 patients par circonscription.

L'essai de diagnostic a été accompli pour montrer la qualité du match entre les ménages assurés et non assurés, et leur convenance pour l'étude. Le score de propension à partir de la régression de logit à / 05 a été utilisé pour prédire la probabilité de la participation de HI, tandis que l'évaluateur correspondant à la propension a été utilisé pour déterminer les effets directs et les retombées de l'assurance-maladie.

L'âge moyen des répondants était de 43 ans ; environ 69% ont été mariés ; 76 % et 50 % des chefs de famille avaient des études postsecondaires et étaient respectivement des fonctionnaires d'État. La réduction de la valeur de Pseudo-R2 et de détours moyens de 0,17 à 0,01 et de 72. 4 à 17.9 ont respectivement montré une qualité de match élevée entre les deux groupes et cela a souligné leur convenance pour l'étude. Le coefficient de propension correspondant à la consommation médicale était de 0,07 et positif, montrant que la consommation médicale augmentait avec l'assurance-maladie. L'effet de décharge de HI était de 24,970 et positif (+) indiquant que l'assurance-maladie a accru la consommation non-médicale de l'assuré par N24,970 pendant la maladie.

Cela implique que l'assurance-maladie a augmenté la consommation globale des ménages assurés dans l'État.

Mots-clés : Effet direct, Effet de décharge, Propension, Correspondance des scores, Modèles de consommation,

Mise en œuvre d'une loi sur la santé mentale au Ghana : Etude des obstacles et des circonstances favorisant potentielles à l'aide d'une méthode mixte.

Kenneth A. Ae-Ngibise^{1,2}, Michael Hazelton², Chris Kewley², David Perkins², Kwaku Poku Asante²*

¹Université de Newcastle, Australie

²Centre de Recherche en Santé de Kintampo- Ghana

Contexte : L'Organisation Mondiale de la Santé estime que plus de 450 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles de santé mentale. Les pays à revenu faible ou intermédiaire sont gravement touchés en partie parce qu'ils sont mal équipés pour répondre aux besoins en santé mentale en raison du manque de politiques en cette matière et, plus importante encore, la prévalence des troubles mentaux au Ghana est estimée à 13% avec des services de santé mentale très limités disponibles. En 2012, le Ghana a adopté une loi sur la santé mentale 846 pour promouvoir la prestation des soins de santé mentale. Il n'y a aucune preuve de la mise en œuvre de la publication. Les lois antérieures en matière de santé mentale n'ont jamais été mises en œuvre au Ghana, entraînant des abus de droits humains plus amples et de nombreux traitements alternatifs des praticiens traditionnels et basés sur la foi.

Objectif : Cette recherche vise à évaluer les obstacles organisationnels et les incitations en vue de la mise en œuvre de la Loi sur la santé mentale 2012 au Ghana.

Méthodes : La recherche de méthodes mixtes utilisant des techniques de collecte de données qualitatives et quantitatives serait utilisée. Qualitativement, des interviews en face à face et des

discussions de groupe seront menées avec des intervenants clés représentatifs dans les dix régions du Ghana pour évaluer les obstacles à la mise en œuvre. Quantitativement, il y aura une enquête des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans la municipalité nord de Kintampo pour mesurer le handicap. L'Annexe d'évaluation des personnes handicapées de l'Organisation mondiale de 12 points servira à évaluer la fonctionnalité d'invalidité des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et leurs attentes en matière de prestation de services de santé mentale. En outre, une brève enquête sera menée pour évaluer les progrès de la mise en œuvre de la Loi sur la santé mentale des perspectives des utilisateurs des services de santé mentale et des membres de la communauté.

Résultats anticipés : Il y aura une perspective plus large d'évaluation et de documentation des obstacles et des catalyses pour une mise en œuvre à grande échelle de la Loi sur la santé mentale au Ghana. L'étude explorera la meilleure façon d'aborder la pratique complexe entre les praticiens traditionnels, les praticiens de la foi et les principaux services de santé mentale dans un environnement réglementé et réglementaire et de recommander leur intégration dans le système officiel de prestation de santé mentale. On s'attend à ce que les données de base soient établies pour la mesure future des progrès de la mise en œuvre de la Loi. Par-dessus tout, cette étude permettra de sensibiliser les parties prenantes et de renforcer la surveillance et la protection des droits humains.

Conclusion: La Loi 846 sur la santé mentale de 2012 a pris d'importantes mesures pour reconnaître la nécessité d'un traitement complet et exhaustif des troubles mentaux. Néanmoins, aucun plan, règlement, incitations et mécanismes de financement n'a été créé jusqu'à présent pour assurer la mise en œuvre adéquate de cette Loi.

Examen de la dynamique économique et politique existante vers la réalisation de la protection universelle des risques financiers dans l'État d'Enugu au Sud-ouest du Nigéria.

Ifeyinwa Arize¹, Chikezie Nwankwor¹, et Obinna Onwujekwe¹

Département de l'administration et de la gestion de la santé, Faculté des sciences de la santé et de la technologie, Collège de médecine, Université du Nigéria Nsukka, Campus Enugu.

Contexte : L'approche de la couverture de la santé universelle (CSU) exige des apports politiques et économiques. Le consensus général sur le financement du système de santé est qu'il devrait non seulement chercher à recueillir des fonds suffisants pour la santé, mais le faire d'une manière qui permette aux gens d'utiliser les services en dépit des augmentations substantielles de l'aide extérieure pour la santé dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Nigeria où les dépenses hors poche restent incroyablement élevées (95,3% en 2013).

Objectif : L'objectif de cette étude est d'examiner les facteurs politiques et économiques qui permettent ou contraignent la réalisation de la protection universelle des risques financiers à travers l'opinion des principaux intervenants.

Méthodes : L'étude a été menée dans l'État d'Enugu, au Sud-est du Nigeria. En 2004 l'État d'Enugu a adopté et mis en place l'approche du système de santé du district. Nous avons employé une conception d'étude intersectorielle et une méthode qualitative (Interviews approfondies) dans la collecte des données pour cette étude. L'échantillonnage de l'une des zones urbaines (Enugu-Nord) et d'une rurale (Enugu Est) a été adopté. Les données ont été recueillies grâce à des interviews approfondies (n=17) et des examens des documents (politiques et documents réglementaires). Nous avons ciblé des répondants du Ministère de la Santé, du Conseil de la santé de l'État, de l'Agence nationale de développement de la santé, des hôpitaux, des soins de santé primaires, du Comité de la Commission de la santé et du Régime National d'Assurance Maladie.

Résultats : Les facteurs politiques qui permettent la réalisation de la protection universelle des risques financiers comprenaient la volonté politique, l'engagement et la stabilité politique. Du côté des citoyens, leur voix n'est généralement pas considérée dans les affaires de la politique, qui conduit inévitablement à leurs droits a été déviée. Les résultats ont également montré que la mauvaise hiérarchisation de la santé au programme du gouvernement, était injuste à la réalisation de l'UFRP. Le facteur économique majeur qui a entravé la réalisation de l'UFRP était l'espace budgétaire insuffisant pour la santé.

Conclusion: Les priorités dérisoires de la santé dans l'agenda du gouvernement et les piètres espaces budgétaires demeurent des obstacles majeurs à la protection universelle des risques financiers. L'engagement continu et objectif des citoyens et des autres intervenants dans le dialogue politique devrait être accru et encouragé et amener l'UFRP au sommet de l'agenda du gouvernement. Il faut également impliquer les intervenants de la communauté en tant que voix des personnes à participer au débat politique pour forcer le gouvernement à donner à la santé sa priorité dans le large agenda de la restauration pour les citoyens.

Perspectives des femmes et des professionnels de la santé sur le paquet de prestations des services gratuits en santé maternelle sous le Régime National d'Assurance-Maladie du Ghana.

Alexander Suuk Laar¹, Sylvester Isang², Benjamin Baguune³, Emmanuel Bekyieriya⁴

Auteur Présentateur : Alexander Suuk Laar¹,

¹Université de Newcastle, École Publique de Médecine, Faculté de Santé et de Médecine, Australie.

²Université des Sciences et de Technologie Kwame Nkrumah, Kumasi, Ghana

³École d'Hygiène, Programme de Santé Environnemental, Ministère de la Santé, Tamale, Ghana

⁴REJ Institute, Research and ICT Consultancy Services, Ghana.

Contexte : Assurer l'équité en matière de prestation des soins de santé pour tous les résidents du Ghana et garantir un ensemble de qualité acceptable de services de santé essentiels sans paiements hors poche ; le gouvernement du Ghana a mis en œuvre la couverture de la santé universelle en vertu du régime national d'assurance-maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS) en 2005. Pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle, la politique d'exemption de soins maternels gratuits a également été mise en œuvre en 2008.

Objectif: Cette étude a exploré l'opinion des femmes et des professionnels de la santé sur l'exhaustivité du paquet de prestations de la politique de santé maternelle gratuite pour les services de santé maternelle.

Méthodes : Une étude qualitative comprenant 6 discussions de groupes et 10 entretiens avec des informateurs clés a été menée avec des femmes et des professionnels de la santé dans trois districts ruraux de la région nord-occidentale du Ghana. Les interviews ont été enregistrées et transcrites. Les données ont été analysées à l'aide d'approches thématiques.

Résultats : Les résultats ont montré que le service de santé reproductive comme la planification familiale ne faisait pas partie du paquet d'avantages sociaux. Les membres des groupes de discussion et les informateurs ciblés ont exprimé leur mécontentement sur ce qui a été prévu pour les services de planification familiale. Ils ont catégoriquement déclaré que le paquet de prestations ne peut pas être complet et équitable si ces services n'en faisaient pas partie. Certains participants étaient d'avis que c'est en raison de l'argent que les femmes doivent payer pour accéder à ces services afin d'éviter de les utiliser. Ils pensent aussi que la politique n'est peut-être pas adaptée aux besoins de santé maternelle des femmes si les services de planification familiale sont laissés en dehors du paquet de prestations. Les participants ont convenu à l'unanimité qu'il était essentiel pour les décideurs de commencer à envisager de faire partie des services de planification familiale du paquet de la politique pour répondre aux besoins des femmes sur la planification de leur famille.

Conclusions : Notre étude a identifié le coût comme étant l'une des raisons de la non-utilisation des services de planification familiale dans le Ghana rural. Assurer l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive est essentiel en raison de ses multiples avantages sanitaires et sociaux. Pour que le Ghana atteigne l'objectif de développement durable 3 d'ici 2030, les décideurs et les exportateurs doivent envisager d'intégrer les services de planification familiale dans le cadre de la politique de santé maternelle gratuite afin d'améliorer l'accès de la pauvre femme rurale.

Présentations en poster Session 3

Évaluation de la formation chirurgicale durable pour les agents cliniques au Malawi.

Jakub Gajewski, Eric Borgstein: Institut de Chirurgie Globale de Dublin, Collège Royal de Chirurgiens d'Irlande

Contexte : Le manque de chirurgiens spécialisés dans les pays africains signifie que les besoins des populations rurales ne sont pas satisfaits. Les changements/permutations des spécialistes chirurgicaux avec d'autres cadres de cliniciens se produisent dans certains pays, mais sans acceptation généralisée. La formation chirurgicale de l'agent clinique en Afrique (COST-Afrique) a mis au point et mis en œuvre la formation chirurgicale BSc pour les agents cliniques au Malawi.

17 stagiaires ont participé à la formation BSc de COST-Afrique 2013-2016. Cette étude jumelée réalisée dans 16 hôpitaux a comparé le nombre brut de nombre de procédures chirurgicales importantes entre les sites d'intervention et de contrôle avant et après l'intervention. Le volume et les résultats de la chirurgie ont été comparés dans les hôpitaux d'intervention entre les stagiaires COST-Africa et d'autres cadres chirurgicales.

Résultats : Le volume des interventions chirurgicales entreprises dans les hôpitaux a presque doublé (+89%, 2013-2015), et il y a eu une légère réduction du nombre de cas effectués dans les hôpitaux de contrôle (-4%, 2013-2015), ($p=0$). Dans les hôpitaux d'intervention, la plupart des cas généraux ont été faits par les stagiaires COST-Africa (61,2) par rapport aux autres agents cliniques (31,3 %) et aux médecins (7,4 %). Les taux d'infection post-opératoires pour les procédures d'hernie aux hôpitaux d'intervention ont été comparés entre les stagiaires et les médecins sans aucune différence statistique trouvée ($p=0.065$).

Conclusion : COST-Africa a développé, mis en œuvre et évalué le premier programme de formation chirurgicale postdoctorale du Malawi pour les cliniciens non médecins. Le modèle de formation s'est avéré efficace et a été intégré dans les programmes éducatifs traditionnels offerts par le Collège de Médecine de l'Université du Malawi. Cependant, des risques graves menacent le succès à long terme du modèle, y compris l'absence de trajectoires de carrière pour les COs au Malawi après l'obtention du BSc en chirurgie, qui est semblable à la situation d'autres NPC dans la région.

Analyse comparative des coûts des soins de santé primaires : Modèle PPP-SSP vs modèle SSP traditionnel.

Alice Tarus¹, Vincent Okungu¹, Boniface Oyugi², Caroline Gitonga¹, Sarah Kedenge¹, Caroline Kyalo¹, Albert Orwa¹, Eddine Sarroukh¹

¹Philips Research Africa Hub

²Centre d'études sur les services de santé, Université de Kent CT27NF Angleterre

Contexte : L'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU) est d'assurer l'accès à des services de santé abordables, équitables et de qualité pour tous d'ici à 2030 et est au sommet du programme de politique sanitaire mondiale. Bien qu'il n'existe pas de plan clair pour la CSU, l'accent est mis de nouveau sur les soins de santé primaires (SSP) comme une approche viable pour atteindre la CSU. En raison des incidences sur les coûts, les progrès réalisés à la CSU nécessiteraient la participation du secteur privé par le biais de partenariats tels que les partenariats public-privé (PPP). Il a été démontré que les partenariats améliorent l'efficacité, réduisent les coûts et augmentent la valeur des soins de santé. Philips, en collaboration avec le gouvernement du comté de Kiambu au Kenya, a mis en place le premier de son genre d'intervention PPP-SSP en 2014, Centre communautaire de vie (CLC), pour traiter l'accès aux soins, les résultats de qualité et l'efficacité des soins dans les milieux à faible ressource. Dans le cadre de la collaboration, le comté de Kiambu a effectué un suivi et une évaluation systématiques des indicateurs de santé, des recettes, des dépenses et de la dotation avec le soutien de Philips. Cependant, il n'y a pas eu d'analyse des coûts du modèle PPP-SSP par rapport à un modèle de gestion de comté conventionnel. Par conséquent, cette étude vise à comprendre la valeur ajoutée d'un modèle PPP-SSP par l'analyse comparative des coûts des deux modèles.

Méthodes : L'étude employait des coûts fondés sur les activités. Les coûts directs et indirects ont été attribués aux centres de coûts respectifs, y compris les matériaux directs (médicaments et consommables), la main-d'œuvre directe et indirecte, les frais généraux et les biens et équipements.

Résultats : les premiers résultats montrent que, dans la phase initiale du partenariat, le coût par habitant pour le service maternel est plus élevé dans le modèle PPP-SSP que dans le SSP traditionnel en raison de l'investissement en capital élevé. Au début du partenariat, le remboursement aux installations de PPP était supérieur aux dépenses jusqu'à la fin de 2016, où les dépenses dépassaient les recettes. Toutefois, les dépenses de santé par les établissements non-PPP sont toujours plus élevées que les recettes pendant la période étudiée.

Conclusion : Le PPP a été formulé sur la prémisse de la création d'une valeur ajoutée dans les soins de santé en vue d'atteindre la CSU. Bien que les résultats montrent que les revenus et les dépenses d'un PPP sont nettement inférieurs aux modèles non-PPP, les résultats complets de l'étude de coûts serviront à contribuer au concept actuel sur le rôle des PPP dans la réalisation de la CSU. Bien que le PPP puisse créer une demande de services, il est nécessaire de mieux comprendre leur rôle dans la réalisation de systèmes de santé efficaces dans des contextes de faible revenu.

Les déterminants de l'utilisation d'agents qualifiés pour les accouchements dans le District d'East Gonja dans la région du Nord Ghana.

Kipo Bii Bole, Université du Ghana,

Introduction: A la fin de 2003, le Gouvernement du Ghana a instauré une politique exemptant les femmes des quatre régions les plus pauvres du pays (Northen, Upper East, Upper-West et the Central) qui fréquentent les établissements de santé publics et privés du paiement des frais d'utilisation pour les Soins d'accouchement.

La stratégie visait à obtenir des niveaux élevés de prestation des installations et, partant, à abaisser la morbidité et la mortalité maternelles. Au cours de l'année 2005, la stratégie a été élargie aux six

(6) régions restantes du pays (Bosu et al, 2007). Malgré cette politique de gratuité des soins, le District d'East Gonja enregistre toujours des agents peu qualifiés à la naissance d'environ 37,9% avec une mortalité maternelle de 3 pour 1000 naissances vivantes (Direction de la Santé du District de l'Est du Gonja, 2016).

Objectifs: l'étude examine l'Association des facteurs maternels, l'accès aux services de la santé reproductive, les facteurs socioculturels et l'utilisation de préposés qualifiés à la naissance.

Méthodes: l'approche de recherche était une approche quantitative. J'ai effectué l'analyse des données primaires d'une conception d'étude transversale. Une technique d'échantillonnage a été utilisée pour interviewer 345 répondants admissibles des mères (15 à 49 ans), qui avaient des enfants âgés de moins d'un an avant l'étude. Les données collectées ont été codées et résumées à l'aide d'Excel et exportées dans STATA et SPSS 14,1 pour analyse. Un modèle de régression logistique multivarié a été réalisé. Les taux de probabilité ajustés (AOR) et leurs intervalles de confiance de 95% ont été calculés. La valeur P inférieure à 0,05 a été jugée significative.

Résultats: parmi les mères interviewées de leur dernière naissance, 37,97% (n = 131) ont accouché avec un préposé à la naissance qualifié tandis que 60,87% (n = 210) l'ont fait avec des accoucheuses non qualifiées. La participation à l'ANC était tout aussi importante, 92 (26,67%) femmes ont assisté à l'ANC pendant la grossesse et 253 (73,33%) n'ont pas assisté à l'ANC pendant la grossesse.

Conclusion: Moins de 40% des femmes accouchent avec des accoucheuses qualifiées (soit 37,9%). Le niveau d'instruction de la femme, son niveau d'éducation de partenaire, les préposés et l'occupation de l'ANC, les facteurs culturels, la parité sont associés à une femme accédant à des préposés qualifiés à la naissance.

Mots-clés : préposés qualifiés, Accouchement, Naissance, Santé maternelle, Soins obstétriques, District d'East Gonja et soins prénatals (CPN).

Le rôle des partenaires dans la négociation d'un paiement anticipé des services de santé maternelle et infantile.

Mwanaid Mlaguzi, Institut Sanitaire d'Ifakara

Introduction : Durant des années, il y a eu une mauvaise coopération pour l'accès aux services de santé dans un certain nombre de communautés dans les pays en développement. Un certain nombre d'érudits influant sur les moyens d'améliorer la qualité et le changement de comportement qui faciliteront l'utilisation des services de santé maternelle préconisent la nécessité de coopérer avec l'homme en matière de santé reproductive.

À partir de 2010, la Caisse nationale d'assurance maladie (NHIF) a mis en œuvre un programme couvrant les services de santé pour les femmes enceintes et couvriront plus tard la famille des femmes ayant adhéré à un fonds communautaire (CHF) pour un an dans le district de Tanga et de la région de Mbeya. L'intention était d'augmenter le pouvoir d'achat des femmes dans la recherche de services de santé maternelle et infantile pendant la grossesse, l'accouchement et au-delà. Le programme visait à impliquer les hommes dans l'accès aux services de santé et, plus tard, à plaider pour l'inscription au programme communautaire.

Méthodologie : L'équipe d'étude a effectué un entretien approfondi avec un partenaire masculin, des discussions de groupe avec un partenaire féminin qui ont bénéficié de l'assurance maternelle et infantile. L'équipe a également mené des discussions de groupe avec des prestataires communautaires, au dispensaire (ACP et infirmières), au niveau du centre de santé avec les responsables et les infirmières travaillant dans l'unité de santé reproductive et infantile, à l'hôpital avec des infirmières travaillant dans l'unité de santé reproductive et infantile et au niveau de la direction, l'équipe a mené des discussions de groupe avec l'équipe de gestion de la santé du district,

l'équipe de gestion régionale et l'équipe nationale d'assurance-maladie responsable de la mise en œuvre du programme.

Résultat : Le résultat montre que toutes les femmes enceintes à un moment du programme ont été inscrites. Toutes les femmes n'ont pas pu recevoir la carte d'adhérent à temps. La raison en est que la plupart d'entre elles ne savaient pas qu'elles étaient inscrites dans un programme offrant un service gratuit pendant leur grossesse, pendant et après l'accouchement. Pour celles qui en étaient conscientes, certaines n'ont pas pu en bénéficier parce qu'elles n'ont pas fourni des photos de leur famille à temps et d'autres étaient des mères célibataires, ne voyant pas ainsi le motif pour inscrire d'autres membres.

Un certain nombre d'hommes ont affirmé qu'ils n'étaient pas au courant du programme et ne savaient pas si leurs épouses étaient inscrites ou non.

Conclusion : Il est nécessaire d'intensifier la sensibilisation communautaire à la mise en œuvre des programmes. La participation des partenaires à la négociation des services de santé maternelle, le prépaiement et l'utilisation augmentent l'engagement et les motivations des hommes sur leurs épouses et les nouveau-nés.

Financement Basé sur la Performance : Evaluation qualitative et implication des coûts sur le poids de la maladie au Cameroun.

Okwen Patrick, Anendam Larinet: Services de base efficaces, Bamenda

Contexte : Le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire inférieur, avec des ressources modestes. Malgré une augmentation des dépenses en santé, les résultats de la santé progressent très lentement et le Cameroun est toujours à la traîne concernant les principaux ODD. Le financement fondé sur le rendement a été introduit au Cameroun en tant qu'intervention conjointe du ministère de la Santé et du Groupe de la Banque mondiale. Une évaluation d'impact menée au Cameroun a suggéré que FBP ait un impact sur certains secteurs de la santé, mais pas sur d'autres. Les réflexions sur l'approche ont suggéré que la demande croissante pourrait être stratégique pour rendre le FBP encore plus efficace. Il existe des possibilités y compris l'utilisation de professionnels de santé qui pourraient servir à mobiliser les collectivités afin de soutenir la performance hospitalière et augmenter la demande.

Objectifs : Évaluer la contribution financière du FBP aux établissements de santé au Cameroun. Pour apprécier la contribution de la communauté à l'amélioration des performances des structures sanitaires.

Methods: La surveillance communautaire a été élaborée comme une approche visant à faciliter le processus de mobilisation communautaire pour la demande de santé, le soutien des établissements de santé pour être plus performant et ajouter de la valeur aux activités des travailleurs de la santé communautaire. Il a utilisé une approche de mobilisation communautaire pour fournir des commentaires sur les priorités de santé communautaire Cette rétroaction considère les problèmes communautaires, la performance de l'hôpital et les travailleurs de la santé communautaire et intégrés au plan d'affaires de l'hôpital. L'approche a été utilisée dans quatre districts sanitaires de la région du Nord-Ouest entre 2015 et 2017 et 96 communautés ont connu cette approche.

Nous avons calculé les contributions de FBP à la production d'hôpitaux (primes d'équité et de qualité), qualité des soins, sensibilisation et capacité d'utiliser la voix communautaire pour la prise de décision. Nous nous sommes concentrés sur les maladies avec la plus lourde charge de la maladie, y compris le paludisme, le VIH/sida et les services de santé sexuelle et reproductive. Une évaluation qualitative est importante parce qu'elle contribue à faire ressortir les expériences des collectivités, des établissements de santé et des travailleurs de la santé communautaire, ce qui contribuera à la

signification du programme à ces groupes. Les expériences et les significations ont été montrées pour jouer un rôle clé dans la santé, la politique et la pratique mondiales, et l'écosystème de preuve.

Résultats: Le total des productions trimestrielles a augmenté pour tous les indicateurs et dans tous les districts par un nombre moyen de 3 722,8 points (R : 1 244 – 6 629) de nouveaux services fournis. Trois districts sur quatre ont montré une amélioration moyenne de la qualité de 3.5 points (R : 1.6 - 5.1) sur une période de 15 mois tandis qu'un district de santé a montré la dépréciation de la qualité par -12.3 points, avec des dépréciations étant uniforme dans toutes les évaluations techniques trimestrielles de qualité.

Discussions: Le FBP est devenu la mode avec les systèmes de santé africains. Il est populaire parmi les travailleurs de la santé. Toutefois, il est nécessaire de prendre des preuves pertinentes pour les décideurs, y compris l'analyse des coûts et l'impact sur la charge de la maladie.

Évaluation du Programme de gratuité des soins de santé maternelle et infantile mis en place dans le centre-nord du Nigéria par le Régime National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) en accord avec les OMD: Réalisations et obstacles.

**Uchenna Ezenwaka, *Obinna Onwujekwe Emmanuel, **Hyacinth Ichoku ement :*

**Healt1. Policy Research Group, **Département d'économie, Université du Nigeria, Nsukka.*

Contexte : Le gouvernement nigérian a lancé en 2018 un projet pilote sur la santé, intitulé « Programme de gratuité des soins de santé maternelle et infantile ». Il a été mis en place par le NHIS en accord avec les OMD. Le programme vise à régler le délicat problème de l'accès aux services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Le projet veut aussi accélérer la réalisation de deux des trois OMD propres à la santé (4 et 5). Le programme a été mis en œuvre dans certains États du Nigeria entre 2009 et 2015 en utilisant des fonds provenant des gains d'allégement de la dette. Les fonds ont été décaissés directement par le bureau des OMD pendant la présidence au NHIS pour la prestation des services aux bénéficiaires dans les États choisis pour la mise en œuvre du projet.

Finalités et objectifs: Cette étude a évalué les expériences de mise en œuvre du programme gratuit de soins de santé maternelle et infantile. Ceci en vue d'identifier les réalisations et les défis de réactivation et d'extension du programme dans l'État du Niger, au Nigeria.

Méthodologie: L'étude a adopté un plan qualitatif descriptif pour évaluer le PCMF au niveau de l'État et quatre SSP dans deux administrations locales de l'État du Niger. Au total, 29 entrevues approfondies ont été menées auprès de répondants compétents/crédibles (décideurs, fournisseurs, organismes médicaux privés) choisis à dessein pour inclure ceux qui connaissaient le programme et qui ont participé activement à sa mise en œuvre. Nous avons également tenu des groupes de discussions (n=4) avec 27 utilisateurs de services et un comité de développement des installations dans les collectivités où le programme a été mis en œuvre. Une réunion de validation a eu lieu avec les répondants afin de s'assurer de l'exactitude des informations obtenues. Les données ont été analysées à l'aide d'une thématique manuelle provenant du cadre conceptuel de l'étude.

Principaux résultats : Selon les rapports, le PCMMF a connu des améliorations positives et une utilisation accrue des services en raison de la disponibilité et de l'accessibilité des services offerts. Elle a également conduit à une amélioration notable de la qualité des établissements de santé. Plus important encore, l'élimination des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé pendant la période de mise en œuvre. Cependant, le non-paiement des fonds de contrepartie complets a eu une incidence sur la continuité du program. D'autres facteurs du système de santé qui ont eu une incidence négative sur le programme étaient les ressources humaines insuffisantes

résultant de l'augmentation de la charge de travail, de la faible surveillance et du système de gestion de l'information sur la santé.

Conclusions: La réalisation fondamentale du programme a été l'élimination du paiement exclusif, qui est l'un des obstacles majeurs à l'accès aux services de santé au Nigéria. Une durabilité financière devrait être prise en compte correctement si le programme doit être réactivé. A défaut de cela, le système de santé du pays ne sera pas amélioré et ne garantira pas la CSU aux bénéficiaires cibles.

Mots clés : FMCHP; OMD; NHIS; NIGERIA

Évaluation de la capacité du système de santé local à fournir des soins primaires contre le diabète sucré (diabète de type 1) et l'hypertension au Kenya.

Robinson Omondi, Martin Njoroge, Kenneth Munge : KEMRI Centre for Geographic Medicine Research, Coast, Kiifi, Kenya

Contexte : La charge sans cesse croissante des maladies non transmissibles (MNT) représente un défi manifeste pour la capacité du système de santé kenyan à fournir des interventions et des services. La politique de santé du Kenya vise à stopper et inverser cette charge découlant de ces maladies et à renforcer les services de soins primaires. Les gouvernements locaux (comtés) sont essentiels à la prestation des services de santé au Kenya. Cette étude a permis d'évaluer de façon critique la capacité actuelle du système de santé local à offrir des services contre le diabète et l'hypertension au niveau des soins primaires.

Méthodes : Nous avons utilisé une approche qualitative transversale avec les services de soins primaires au niveau du gouvernement du comté comme unité d'analyse. Nous avons recueilli des données au moyen d'examen de documents (politiques, statuts et budgets), d'entrevues approfondies avec des hauts fonctionnaires des comtés (n=7) et avec des gestionnaires d'installations et des travailleurs de la santé de première ligne (n=15) dans un comté du Kenya. Des vérifications de l'effectif et de la composition du personnel, de la disponibilité du matériel médical et des médicaments essentiels ont été effectuées dans trois cliniques hospitalières et trois établissements de soins primaires pour trianguler les résultats des entrevues. Les données ont été analysées au moyen d'une approche cadre.

Résultats : Il y avait des lacunes dans les éléments matériels du dispositif, y compris le financement, les ressources humaines, la prestation de services et les produits de base. Ceci est dû au fait qu'il y avait des quantités insuffisantes de ces ressources pour répondre aux besoins uniques du diabète et de l'hypertension. Certains éléments du mécanisme, comme les arrangements organisationnels, étaient présents, p. ex., un responsable en charge de ces maladies. Bien que d'autres, comme les lignes directrices sur le traitement et les modalités d'aiguillage adéquates, aient été absentes. Le pouvoir résidait avec les dirigeants politiques et les contrôleurs des finances qui ont influencé les ressources et par la même occasion la gestion de ces maladies.

Par conséquent, les gestionnaires des installations se sont sentis incapables de combler les lacunes en matière de ressources qui auraient amélioré la prestation des services.

Les travailleurs de première ligne ont ressenti le besoin de renforcer régulièrement les capacités pour offrir le meilleur service possible. L'exhaustivité des soins a été affectée par l'absence d'équipement et le manque de diversité du personnel. La coordination et la continuité des soins ont été affectées par des systèmes d'information déficients, des lacunes en matière de dotation et de qualité des soins. L'accessibilité a été facilitée par l'utilisation d'ambulances, un investissement accru dans l'infrastructure physique et des systèmes de dérogation.

Conclusions : Les gouvernements des comtés devraient fournir les ressources nécessaires pour combler les lacunes en matière de capacité matérielle, surtout au niveau des soins primaires. Des

lacunes réelles en matière de capacité logicielle, comme les lignes directrices sur le traitement normalisé ont été notées. La formation et la supervision des travailleurs de première ligne, devraient également être comblées de toute urgence pour compléter la capacité logicielle impalpable qui existe.

Évaluation du comportement sexuel des adolescents comme facteur de risque d'infection au VIH chez les adolescents en milieu scolaire dans l'État d'Ondo, au Nigéria.

Abdulazeez Adewale, Université du Bénin,

Contexte: L'infection par le VIH/sida chez les adolescents dans les pays d'Afrique sub-sahariennes, y compris le Nigéria, a attiré l'attention du monde entier. Plusieurs études ont identifié le comportement sexuel comme principal facteur de risque pouvant favoriser la transmission de l'infection par le VIH.

Justification: Le nombre croissant de cas d'infections à VIH chez les adolescents est inquiétant d'où la nécessité de faire une évaluation du comportement sexuel chez les adolescents. Cela permettra non seulement d'identifier le schéma et la prévalence des comportements sexuels à risque (CSR) qui peuvent les compromettre face au VIH mais aussi de faire des recommandations aux parties prenantes concernées pour résoudre les problèmes notés.

Méthodologie: Un plan descriptif d'étude transversale mené dans l'État d'Ondo au Nigeria pour évaluer le comportement sexuel comme facteur de risque d'infection par le VIH chez les adolescents à l'école. La technique d'échantillonnage en plusieurs étapes a été utilisée pour sélectionner 400 adolescents scolarisés âgés de 15 à 19 ans. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire auto-administré, pré testé et structure. Des statistiques descriptives telles que les fréquences et la répartition en pourcentage ont été utilisées pour montrer la distribution de l'échantillon d'étude selon des variables d'étude sélectionnées. Des tests statistiques ont été effectués en utilisant le chi-deux à un niveau de signification de 0,05.

Résultats: L'étude a révélé que les principaux comportements sexuels à risque chez les adolescents comprennent les débuts sexuels précoces, les relations sexuelles avant le mariage, les rapports sexuels non protégés et les partenaires sexuels multiples. Le taux d'activité sexuelle était de 28,7 %, l'âge moyen du premier rapport était de 15,7+7ans, dont 38 % était attribuable à la contrainte (viol). Il faut noter que 40,6 % des adolescents ont des rapports sexuels avec de multiples partenaires et la prévalence des rapports sexuels non protégés est de 62,6 %. La majorité (38 %) utilise le préservatif pour prévenir les grossesses non désirées plutôt que le VIH et les ITS.

Le sexe masculin est un facteur déterminant sur le comportement sexuel des adolescents. Entre autres causes on peut citer l'âge des concernés et le caractère polygame ou monoparental des familles. Ces facteurs doivent être modifiés pour réduire le risque de contracter l'infection par le VIH. Les 59 % des personnes interrogées ont une bonne connaissance de base sur le VIH, sur la prévention et la guérison, 67 % ont une bonne connaissance du mode de transmission et 73,5 % un niveau élevé de connaissances de base sur la santé sexuelle et reproductive. Il existe un lien important entre le niveau de sensibilisation au VIH/sida et la prévalence des comportements sexuels à risque chez les adolescents à un niveau significatif de 0,05.

Conclusion: Les comportements sexuels très risqués sous forme de débuts sexuels précoces, de relations sexuelles d'avant mariage, de multiples partenaires sexuels et de rapports sexuels non protégés chez les adolescents constituent des risques majeurs de contraction du VIH. Il est recommandé à toutes les parties prenantes concernées de promouvoir des programmes d'intervention spécifiques qui amélioreront les connaissances des adolescents sur le VIH et les changements comportementaux dans la lutte contre le risque d'infection par le VIH.

L'instabilité politique : Une préoccupation majeure pour le financement anticipé de la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Yann Tapsoba, Centre d'études et de recherches sur le développement international (CERDI), Ouagadougou

Le document examine le rôle de l'instabilité politique sur le financement anticipé de la santé en Afrique subsaharienne. L'instabilité politique réduit les dépenses de santé par anticipation. L'effet passe par une réduction des recettes fiscales et le non-respect des règles juridiques. En outre, la coopération entre les pays d'Afrique subsaharienne et la communauté internationale atténue les effets néfastes de l'instabilité politique sur les dépenses de santé par anticipation. Le document suggère de prendre des mesures pour éviter les événements d'instabilité politique, de trouver d'autres sources de financement de la santé, à l'exception des recettes fiscales, principalement en période d'instabilité politique, et de promouvoir la coopération avec la communauté internationale et le respect des règles de droit.

Le fardeau économique du traitement de la sous-alimentation/malnutrition infantile dans les pays les moins avancés : Un examen systématique.

Rebecca Gathoni^{1,}, Jay Berkley^{1, 2}, Julie Jemutai¹*

¹KEMRI Wellcome Trust Research Programme, Kilifi, Kenya, ²Centre for Tropical Medicine and Global Health, Nuffield Department of Clinical Medicine, University of Oxford, UK

Contexte : La sous-alimentation/malnutrition est très répandue dans les pays à revenu faible et intermédiaire, l'Afrique subsaharienne et l'Asie australe représentant la majorité des cas. Outre les impacts humains, y compris la mortalité et la morbidité chez les enfants touchés, il y a d'énormes impacts économiques pour les ménages, la société et le gouvernement qui doivent être explorés davantage.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'état actuel des connaissances sur les coûts des traitements contre la sous-alimentation/malnutrition infantile pour les ménages, les fournisseurs de soins de santé, les organisations et les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI).

Méthodologie : Nous avons procédé à un examen systématique à l'aide des lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and meta-analyses). La recherche documentaire a porté sur des articles publiés jusqu'en novembre 2017 pour des études réalisées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les bases de données recherchées comprenaient PubMed-Medline, Embase, Popline, Econlit et Web of science. D'autres articles ont été repérés au moyen de recherches de citations bibliographiques et de Google Scholar. Seuls les articles comprenant les coûts des traitements de sous-alimentation des enfants ont été inclus.

Résultats: La recherche documentaire a produit 6177 articles, dont seulement 44 répondaient à nos critères d'inclusion. Les études variaient selon les interventions étudiées, les perspectives adoptées et les méthodes d'établissement des coûts utilisées. Certaines études faisant état de coûts qui se situaient entre 0,44 \$US et 1 344 \$US par enfant. Les principaux facteurs de coût pour les ménages et les bénévoles communautaires étaient le coût de renonciation du temps passé en dehors des tâches normales tout en cherchant un traitement. Les coûts du personnel et les aliments thérapeutiques ont été les principaux facteurs des coûts engagés par le gouvernement, les fournisseurs de soins de santé et les organismes qui financent des interventions visant à gérer la sous-alimentation chez les enfants. L'une des stratégies d'adaptation choisies par les ménages consistait à employer des personnes pour s'occuper de leurs tâches tout en cherchant un traitement.

Conclusion: Il faut réduire le fardeau économique de la sous-alimentation infantile pour les ménages, les fournisseurs de soins de santé et le gouvernement grâce à des efforts concertés et soutenus. Les chercheurs et les autres partenaires de développement doivent s'associer pour trouver des interventions adaptées aux données probantes et rentables. En outre, cet examen recommande une normalisation des méthodes utilisées et des résultats présentés dans les évaluations économiques. Cela facilitera une interprétation significative et de fournir un moyen utile pour comparer les coûts et la rentabilité des interventions.

Portée, répartition et corrélation des dépenses catastrophiques des ménages en matière de santé dans l'État de Kaduna, au Nigéria.

Chukwuemeka Azubuike, Yewande Ogundeji, Kelechi Ohiri: Abuja Health Strategy and Delivery Foundation.

Contexte: Au Nigéria, les dépenses des ménages sur fonds propres (Out Of Pocket - OOP) ont été la principale source de financement de la santé, ce qui représente environ 73 % des dépenses de santé totales. Ceci est principalement dû au manque de protection financière, qui est un obstacle prédominant de l'accès aux services de santé. Les paiements OOP élevés entraînent souvent des dépenses de santé catastrophiques (5%-40% des dépenses totales des ménages sur la santé), ce qui conduit à l'appauvrissement, surtout des pauvres et les plus vulnérables. Alors que le Nigéria se dirige vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle en créant des régimes de protection financière efficaces, des preuves sur l'étendue des dépenses de la santé et de l'incidence catastrophique sur les ménages sont nécessaires pour la prise de décisions. Cette étude a examiné les dépenses de santé parmi les ménages de l'État de Kaduna, pour évaluer l'ampleur et la répartition des dépenses catastrophiques.

Méthodes: Nous avons utilisé les données de l'enquête sur les dépenses de santé de l'État de Kaduna 2017. Cette enquête a rapporté des données socioéconomiques, dépenses générales, dépenses de santé et d'utilisation des soins de santé dans un échantillon représentatif de 1020 ménages. La proportion des dépenses de santé par rapport au revenu a été calculée comme suit : $R = \frac{Hexp}{HHinc} * 100$. Où R est la part des dépenses de santé dans le revenu, Hexp est la dépense moyenne mensuelle sur la santé, HHinc est le revenu mensuel moyen par mois. Nous avons également exploré l'association entre les dépenses catastrophiques et les facteurs socioéconomiques en utilisant des modèles de régression.

Résultats: Les dépenses OOP totales annuelles par habitant étaient de 19 795 Naira (\$64.9), qui se traduisent par des dépenses catastrophiques dans 57% des ménages échantillonnés et en utilisant un seuil de 10% du revenu des ménages, tandis que les dépenses catastrophiques ont été vécues par 36% des ménages échantillonnés utilisant un seuil de tolérance 40% du revenu des ménages. En outre, 67,2 % des ménages pauvres ont connu des dépenses de santé catastrophiques, comparativement à 41,5 % parmi les ménages les plus riches. Les ménages étaient également plus susceptibles d'encourir des dépenses catastrophiques si le chef de famille était une femme.

Conclusion: À 19 795 Naira (64,9 \$US), les dépenses OOP de Kaduna sont relativement supérieures à la moyenne nationale de 15 037 Naira (49,3 \$US), qui sont les plus élevées en Afrique. Il est évident que cette charge est supportée de manière disproportionnée par les pauvres et ceux des zones rurales. Dans le contexte d'une absence de mécanismes de protection des risques financiers, un cycle vicieux de pauvreté, de mauvaise santé et de mauvais résultats se perpétue surtout chez les pauvres. Les pauvres de l'État de Kaduna sont bien placés pour bénéficier du régime de cotisant social et d'autres mécanismes de protection financière prévus par l'État pour réduire les dépenses de poche pour les pauvres et les plus vulnérables.

Équité et Couverture Universelle : Une analyse des tendances des indicateurs cibles de l'OMS dans le Contexte du Système de Santé Nigérian.

**Christopher Kalu, **Dr. Charles C. Ezenduka*

** Département de la Santé Adm africaine Mgt, UNEC, Nigéria,*

***Dept. de la Santé Adm. et gt; MNT, UNEC, Nigéria.*

Contexte: L'amélioration de la performance ou du fonctionnement global du système de santé et la réalisation d'un accès équitable et de l'abordabilité des services de santé à tous constituent un effort majeur vers la couverture universelle. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé quatre indicateurs cibles pour les pays, dont le Nigéria, à utiliser pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de la couverture universelle (CSU). Ce sont : 1) les dépenses totales de santé devraient être d'au moins 4%-5% du produit intérieur brut (PIB). 2) les dépenses hors poche ne doivent pas excéder 30-40% du total des dépenses de santé. 3) plus de 90% de la population est couverte par des systèmes de prépaiement et de mutualisation des risques ; 4) près de 100% de couverture de la population avec des programmes d'aide sociale et de sécurité.

Objectif: L'objectif général du document est d'examiner la relation entre l'équité et la réalisation de la couverture universelle. Plus précisément, il vise à analyser le système de santé nigérian par rapport aux indicateurs cibles de l'OMS pour la CSU.

Méthodologie: L'étude a adopté l'approche descriptive/analyse des tendances. Cette approche est adaptée à l'étude principalement en raison de sa pertinence pour atteindre les objectifs de l'étude. La portée de l'étude est de 2010-2018 et les données utilisées dans l'analyse proviennent des dossiers du système de santé nigérian, des documents et de l'indicateur de développement de la Banque mondiale (WDI, 2017).

Principaux résultats: Les résultats de l'analyse ont révélé que les dépenses de santé et de prestation de services insuffisantes font partie des principaux contributeurs à l'inégalité de santé dans le système de santé nigérian. En outre, l'analyse a montré que les indicateurs du système de santé nigérian ne sont pas conformes aux recommandations de l'OMS, ce qui a entraîné un faible niveau d'accès aux soins de santé, une aggravation de la pauvreté sanitaire, une inégalité et un faible niveau de couverture, entre autres.

Conclusion: Ce document utilisant les paramètres de l'OMS pour la CSU a une fois de plus montré l'incidence des inégalités de santé dans le système de santé nigérian. Les inégalités dans l'accès et l'utilisation des services de santé et la prise en charge des paiements sur le traitement constituent de grands obstacles à la réalisation de la CSU au Nigéria et entraînent sans aucun doute de faibles niveaux de protection des risques financiers, réduisent l'abordabilité du service et les faibles niveaux généraux de couverture des services de santé. Il est nécessaire que les gestionnaires et les administrateurs du système de santé nigérian tirent des enseignements des pays (Ghana inclusivement) qui ont atteint une couverture universelle.

Mots clés: Équité, efficacité, couverture universelle, indicateurs cibles de l'OMS, Nigéria.

Dépenses de santé au niveau local au Nigéria : Données des Comptes de santé de l'État de Kaduna 2016.

Yewande Ogundeji Abuja, Emeka Azubike, Kelechi Ohiri: Health Strategy and Delivery Foundation

Contexte: Les comptes de la santé fournissent des estimations précises des dépenses de santé, qui sont importantes pour l'allocation et la planification des ressources efficaces dans le secteur de la santé. Au Nigéria, deux séries de comptes de santé ont été réalisées au niveau national. Toutefois, ces estimations nationales ne reflètent pas nécessairement les estimations au niveau sous-national et ne peuvent donc pas être utilisées de manière fiable pour la prise de décisions et/ou la

planification à ces niveaux. Cette étude présente le processus de réalisation d'un compte de santé sous-national et de ses résultats dans l'État de Kaduna, au Nigéria.

Méthodes: Nous avons utilisé des données provenant des enquêtes primaires et secondaires. Les enquêtes sur les dépenses de santé ont été administrées aux organisations pertinentes du secteur de la santé pour l'année de référence de 2016. Les dépenses de santé des ménages découlent d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages de l'État. Des données secondaires ont été obtenues des rapports audités du gouvernement et des états financiers. Nous avons également utilisé le système d'information sur la gestion de la santé (DHIS2) et mené une enquête auprès d'un échantillon représentatif d'établissements de santé pour estimer les dépenses en maladies. Les analyses ont été effectuées à l'aide de Microsoft Excel, STATA et de l'outil de production de compte (HAPT).

Résultats: Les dépenses globales de santé ont été estimées à 183 milliards de Naira (600 millions de dollars), représentant 7% du PIB de l'État ; 99% de ce qui était sur les dépenses courantes (N181 milliard). Les dépenses courantes de santé du gouvernement représentait seulement 7 % du total des dépenses de santé, et seulement 25 % de cette proportion ont été consacrés aux soins primaires. Les ménages ont dépensé environ 81% des dépenses de santé, par rapport à une moyenne nationale de 71,5% des dépenses de santé et la référence recommandée de 30%.

Discussion et conclusion: Le système de financement de santé de Kaduna est fortement tributaire du paiement direct (81% des dépenses de santé), ce qui se traduit par des dépenses catastrophiques en particulier pour les pauvres. Un déplacement vers un système de prépaiement bien conçu et mis en œuvre en commun tel qu'un régime d'assurance-maladie contributive favoriserait la péréquation des risques et les subventions croisées pour réduire la charge financière des pauvres. De plus, compte tenu des maigres contributions des gouvernements aux dépenses de santé (10 %), il est fortement nécessaire d'améliorer les priorités gouvernementales et les dépenses consacrées à la santé en particulier pour les soins primaires.

Incidence du remboursement des médicaments de l'autorité nationale d'assurance maladie sur la pertinence et l'accessibilité de la pratique de co-paiement parmi les prestataires accrédités par l'assurance maladie nationale.

Gyasi DP, Secrétariat national de l'assurance-maladie, Siège des services de santé du Ghana, Accra, Ghana; Agyei-Baffour P, Département de santé communautaire, École des sciences médicales, Collège des sciences de la santé, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana;

Dans la plupart des pays en voie de développement, l'accès aux médicaments essentiels de base nécessaires pour sauver des vies peut être entravé. Ceci peut être dû à la menace de la pauvreté qui empêche une plus grande partie de la population d'accéder financièrement aux soins de santé. Heureusement, le Ghana a instauré l'assurance maladie nationale en 2004 comme moyen de financement des soins de santé afin d'obtenir une couverture sanitaire universelle et de combler les lacunes dans les résultats de santé. Cependant, la révision peu fréquente des prix de remboursement des médicaments pour contenir les tendances économiques fluctuantes fait que les coûts de remboursement fixés par l'Autorité nationale d'assurance maladie (ANAS) deviennent obsolètes aussi rapidement qu'ils sont fixés.

Cette étude évalue les répercussions économiques des examens peu fréquents des prix de remboursement des médicaments. Cela s'avère essentiel pour la pertinence et l'accessibilité des coûts co-payés des médicaments parmi les établissements de santé accrédités dans la municipalité d'Ejisu-Juaben. Une étude transversale comprenant l'examen des dossiers d'inventaire et des factures d'achat de trente-quatre médicaments traceurs admissibles à tous les niveaux de soins de santé a été réalisée rétrospectivement de mars 2016 à décembre 2016. Un échantillonnage en grappes en plusieurs étapes a été déployé pour former initialement de petits groupes

d'établissements de santé en fonction des types de propriété des installations de mission publiques et privées, respectivement. Par conséquent, quinze établissements ont été choisis au moyen d'un simple échantillonnage aléatoire à partir d'un sous-groupe d'établissements formé à l'intérieur des principaux petits groupes en fonction du niveau de soin des établissements.

La méthode quantitative a été utilisée pour évaluer les indicateurs micro-économiques de l'accessibilité en fonction du salaire minimum quotidien des clients, des coûts indirects et intangibles sur les médicaments. Les perceptions des fournisseurs sur l'accessibilité du coût co-payé des médicaments ont également été sollicitées dans le cadre d'entrevues avec des informateurs clés. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Stata version 12 et Microsoft Excel version 2013. Une analyse de sensibilité a été effectuée pour évaluer la solidité des estimations au fil du temps.

L'étude a établi le co-paiement des médicaments en majorité (7 sur 10) des dix principales maladies de la BPO en propriété privée, peu (4 sur 10) des dix principales maladies de la BPO dans les missions et les établissements de santé publique accrédités par l'INSA. Cependant, les montants co-payés sont généralement abordables (FDW 1). Des révisions fréquentes ou l'indexation du remboursement peuvent être utiles.

Mots clés : Assurance, Remboursement, Santé, Pharmacie, Tarif, Prix, Médecine

CO-PARRAINAGE



PARTENAIRES ET SPONSORS

BILL & MELINDA
GATES foundation



Pour plus d'informations, veuillez visiter le site web de AfHEA : www.afhea.org