7ème Conférence Scientifique de l'AfHEA

10-14.Mars.2025

THÈME

DES SYSTÈMES DE SANTÉ AFRICAINS FORTS ET RÉSILIENTS : CONTRIBUTION DE L'ÉCONOMIE ET DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ

10 – 14 Mars 2025

Centre de convention de Kigali



PROGRAMME ET LIVRE DES RÉSUMÉS

TABLE DES MATIÈRES

PROGRAMME DE LA CONFÉRENCE AfHEA 2025 01

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE: 01

Faire progresser la santé publique grâce à des approches d'établissement de priorités fondées sur des données probantes en Afrique (session organisée) 01

Promouvoir la CSU et la sécurité sanitaire grâce à l'engagement du secteur privé (session organisée) 08

Contributions communautaires et locales au financement de la santé et à l'assistance sociale en Afrique (session organisée) 11

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 1: 17

Renforcement des systèmes de gestion des finances publiques (1) 17

Réformes des systèmes de santé, gouvernance et impact des politiques en Afrique 24

Efficacité et dynamique budgétaire des dépenses de santé en Afrique de l'Ouest et dans les pays de l'OPEP 31

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 2: 35

Évaluation des défis liés à l'accès équitable de la distribution de vaccins du COVID-19 : Études de cas de certains pays africains (session organisée) 35

Innovations Numériques, Financements et Approches Communautaires en Santé en Afrique Francophone (Session organisée) 40

Financement de la couverture sanitaire universelle : Leçons et orientations futures pour les pays africains (session organisée) 47

TABLE DES MATIÈRES

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 2: 52

Résilience du système de santé, fabrication locale et défis en matière de services dans les pays à revenu faible ou intermédiaire..... 52

Évaluations économiques des interventions liées au VIH, à la santé maternelle, à l'anémie, à la COVID-19 et à la santé numérique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire..... 60

Genre, politique et dynamique du lieu de travail dans les systèmes de santé Africains..... 66

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 3: 82

Financement, Protection Sociale et Soins de Santé Communautaires en Afrique Francophone (session organisée)..... 82

Apprentissage des politiques sur le financement de la santé pour la CSU : pourrions-nous faire mieux ? (Session organisée)..... 87

Facteurs influençant l'accès équitable aux vaccins COVID-19 : Synthèse des études exploratoires et analyse qualitative dans certains pays africains (session organisée) 89

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 3: 96

Lutte contre les inégalités et innovations en matière de soins contre le cancer en Afrique..... 96

Améliorer la santé néonatale et infantile : gestion, inégalités et mise en œuvre des politiques en Afrique..... 102

Économie politique et leadership dans le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement..... 110

Expansion de l'assurance maladie et volonté de payer dans les milieux informels et communautaires en Afrique 116

TABLE DES MATIÈRES

SÉANCE D'AFFICHES 1: 124

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 4: 138

Concevoir des prestations de santé accessibles : contextualiser l'établissement des priorités dans le cadre des systèmes nationaux de financement de la santé et de prestation de services (session organisée)..... 138

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 4 143

Investir dans les systèmes de santé après la COVID..... 143

Lutter contre les inégalités en matière de santé et les obstacles financiers dans les systèmes de santé africains..... 150

Stratégies d'achat, de capitation et d'amélioration de la qualité des soins de santé..... 157

SÉANCE D'AFFICHES 2: 172

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 5: 183

Financement des soins de santé primaires et promotion de l'assurance maladie communautaire à Madagascar (session organisée)..... 183

Dispositions en matière de gouvernance pour le financement public de l'engagement du secteur privé dans les systèmes de santé mixtes des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : Qu'est-ce qui fonctionne et pour qui ? (Session organisée)..... 188

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 5: 194

Renforcer les systèmes de soins de santé primaires pour une couverture sanitaire universelle en Afrique..... 194

TABLE DES MATIÈRES

Main-d'œuvre, interventions et impact des politiques dans les systèmes de santé africains.. 200

Impacts économiques et sanitaires du diabète et du cancer en Afrique..... 207

Relier les systèmes de santé informels, les subventions et les obstacles financiers dans les soins de santé en Afrique..... 213

Amélioration de la santé maternelle et reproductive par des soins de qualité et des interventions stratégiques en Afrique..... 221

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 6: 229

Réformes du financement de la santé pour faire progresser le programme de couverture sanitaire universelle au Rwanda (session organisée)..... 229

L'impact de la gestion des finances publiques sur les résultats en matière de santé : que disent les données probantes ? (Session organisée)..... 235

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 6: 240

Soins intégrés aux patients..... 244

Innovations dans le secteur des soins de santé en Afrique : décolonisation, politiques et initiatives en faveur de l'équité..... 251

Approches innovantes de la gestion du VIH et de la tuberculose en Afrique..... 257

Évaluation de la qualité de vie..... 264

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 7: 271

Trouver le bon niveau d'autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires pour des systèmes de santé réactifs et centrés sur la personne (session organisée)..... 271

TABLE DES MATIÈRES

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 7: 276

Modèles de décision et qualité des soins..... 276

Financement, efficacité et impact des politiques de santé en Afrique subsaharienne..... 281

Rapport coût-efficacité des interventions sanitaires et de la gestion des maladies dans les pays à revenu faible ou intermédiaire..... 287

Analyse de l'équité et des coûts dans la lutte contre le paludisme en Afrique..... 293

Impact de l'assurance maladie sur l'utilisation, les inégalités et les stratégies budgétaires en Afrique..... 299

Santé et bien-être des adolescents : politiques, interventions et déterminants en Afrique subsaharienne..... 305

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 8: 315

Formé mais sans emploi, sous-employé et non rémunéré : recherche empirique sur (et options politiques pour) intégrer le surplus paradoxal de travailleurs de la santé en Afrique (session organisée)..... 315

Construire des systèmes de santé résilients pour la préparation aux situations d'urgence: intersections entre le genre et le personnel de santé (session organisée)..... 320

SÉANCE D'AFFICHES 3: 326

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 8: 338

Promouvoir l'équité vaccinale et l'accès aux soins de santé primaires en Afrique..... 338

TABLE DES MATIÈRES

Relever les défis de la santé maternelle et reproductive grâce au financement, aux infrastructures et aux résultats en Afrique 347

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 9: 354

Optimisation des ressources et définition des priorités pour la préparation et la réponse aux urgences de santé publique en Afrique (session organisée) 354

Gestion des finances publiques : aide ou obstacle à l'autonomie financière des établissements de santé (session organisée) 358

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 9: 363

Systèmes de santé communautaire et engagement des parties prenantes pour la CSU et la redevabilité en Afrique 363

L'Équité, les déterminants sociaux et les inégalités de santé en Afrique 370

Défis en matière de durabilité du personnel de santé et de bien-être en Afrique 378

Rapport coût-efficacité des stratégies chirurgicales, diagnostiques et thérapeutiques relatives aux problèmes de santé en Afrique 384

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 10: 388

Surmonter les obstacles à l'accès et à la pratique de la santé maternelle en Afrique 388

Stratégies innovantes pour le renforcement des effectifs et des systèmes de santé au Nigéria et en Afrique subsaharienne 392

TABLE OF CONTENTS

Impacts économiques des maladies non transmissibles et prise de décision en matière de santé en Afrique 399

Facteurs influençant l'inscription, l'équité et le remboursement des assurances maladie en Afrique 384

Financement de la santé, durabilité des politiques et pratiques réglementaires en Afrique et au-delà 405

SESSION PARALLÈLE INDIVIDUELLE 11: 419

Évaluations économiques des interventions en matière de santé et de nutrition en Afrique 419

Transitions de gouvernance et de financement pour la couverture sanitaire universelle en Afrique 426

Perspectives économiques et comportementales sur le paludisme et les problèmes de santé qui y sont liés en Afrique 430

Innovations en matière de santé numérique et stratégies axées sur les données pour l'équité et l'accès aux soins de santé 437

Financement de la santé communautaire et durabilité des soins primaires en Afrique 445

Santé mentale 452

ÉVÉNEMENTS PRÉ-CONFÉRENCE : 10 ET 11 MARS 2025

LUNDI 10 MARS 2025

AD4	AD7	AD10	AD11	AD12	AD12
	09:00 - 16:30	08:00 - 16:00	08:00 - 17:00	08:00 - 10:00	14:30 - 16:30
	Événement pré-conférence : Finalisation et lancement du programme harmonisé en économie de la santé développé par l'AfHEA et l'Africa CDC	**Événement pré-conférence** Comment renforcer la gestion des finances publiques pour permettre des systèmes de santé efficaces et durables (Banque mondiale, OMS et UNICEF).	**Événement pré-conférence** Renforcement des systèmes de santé communautaires pour une couverture sanitaire universelle dans les pays à faibles ressources (Alliance pour le financement de la santé).	**Événement pré-conférence** Transformer et investir dans les personnels de santé africains pour une couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire grâce à la Charte d'investissement dans les personnels de santé africains (OMS-AFRO).	**Événement pré-conférence** Intensification de l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme par le biais des régimes d'assurance maladie : premiers enseignements tirés des projets pilotes du Fonds mondial (Fonds mondial et OMS-AFRO).

TUESDAY MARCH 11, 2025

AD4	AD7	AD10	AD11	AD12	AD12
	09:00 - 11:30	09:00 - 12:30	08:00 - 12:30	08:00 - 16:00	14:30 - 16:30
	Événement pré-conférence Renforcement des capacités en économie de la santé durable et en financement de la santé en Afrique (CHAI, AfHEA et SPH - Université du Rwanda et Université du Ghana).	**Événement pré-conférence** De meilleures données pour de meilleures politiques : expériences émergentes de mise en œuvre et d'utilisation de systèmes de données numériques dans le financement de la santé (ODI, CHAI, Thinkwell, GHS et ministères de la Santé du Burkina Faso, d'Éthiopie et d'Ouganda).	**Événement pré-conférence** Comment les soins de santé primaires peuvent-ils fournir des résultats efficaces, efficients et équitables pour les communautés ? (MSH, Africa CDC et UNICEF).	**Événement pré-conférence** Financement de la santé pour tous dans la région africaine : problèmes de mesure, réponses politiques et enseignements (OMS-AFRO).	**Événement pré-conférence** Institutionnalisation de l'ETS en Afrique : que pouvons-nous apprendre des exemples concrets des pays à revenu faible et intermédiaire ? (MSH).

SESSIONS FRANÇAISES/MIXTES | SESSIONS D'ANGLAIS | SESSIONS ORGANISÉES

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE OFFICIELLE

MH1+2 : Mardi 11 Mars 2025 ; 17h00-18h30

CONFÉRENCE PRINCIPALE

08:00-09:30	**Séance plénière 1 : MH1+2** Mercredi 12 mars 2025
09:30-10:00	Pause thé/café et séance photo de groupe

Séances en petits groupes 1

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
09:30-10:00	**1332:** Faire progresser la santé publique grâce à des approches d'établissement de priorités fondées sur des données probantes en Afrique.	**1244:** L'évolution du paysage de la prévention du paludisme : nouvelles données sur le coût de la prestation de la CPS et implications en termes de coût-efficacité pour les nouvelles interventions.	**1303:** Promouvoir la CSU et la sécurité sanitaire grâce à l'engagement du secteur privé	**1343:** Renforcement des systèmes de gestion des finances publiques	**1346:** Réformes des systèmes de santé, gouvernance et impact des politiques en Afrique	**1410:** Contributions communautaires et locales au financement de la santé et à l'assistance sociale en Afrique	**1373:** Efficacité et dynamique budgétaire des dépenses de santé en Afrique de l'Ouest et dans les pays de l'OPEP

Séances en petits groupes 2

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
11:30-13:00	**1323:** Évaluation des défis liés à l'accès équitable à la distribution du vaccin contre la COVID-19 : études de cas de certains pays africains	**1414:** Innovations Numériques, Financements et Approches Communautaires en Santé en Afrique Francophone	**1248:** FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : LEÇONS ET ORIENTATIONS FUTURES POUR LES PAYS AFRICAINS	**1345:** Résilience du système de santé, fabrication locale et défis en matière de services dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	**1355:** Évaluations économiques des interventions liées au VIH, à la santé maternelle, à l'anémie, à la COVID-19 et à la santé numérique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	**1374:** Genre, politiques et dynamiques sur le lieu de travail dans les systèmes de santé africains	**1398:** Engagement communautaire, financement et accessibilité dans le renforcement des systèmes de santé

13:00-14:00	Déjeuner

Séances en petits groupes 3

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
14:00-15:30	**1320:** Facteurs influençant l'accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 : synthèse des études de cadrage et analyse qualitative dans certains pays africains	**1411:** Financement, Protection Sociale et Soins de Santé Communautaires en Afrique Francophone	**1306:** Apprentissage des politiques sur le financement de la santé pour la CSU: pourrions-nous faire mieux ?	**1359:** Lutter contre les inégalités et les innovations en matière de soins contre le cancer en Afrique	**1397:** Améliorer la santé néonatale et infantile: gestion, inégalités et mise en œuvre des politiques en Afrique	**1391:** Économie politique et leadership dans le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement	**1376:** Expansion de l'assurance maladie et volonté de payer dans les contextes informels et communautaires en Afrique

15:30-15:45	Pause thé/café et session Poster 1

Séances en petits groupes 4

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
15:45-17:15			**1317:** Concevoir des prestations de santé accessibles: contextualiser l'établissement des priorités dans les systèmes nationaux de financement de la santé et de prestation de services	**1339:** Investir dans les systèmes de santé après la COVID-19	**1368:** Lutter contre les inégalités en matière de santé et les obstacles financiers dans les systèmes de santé africains	**1344:** Stratégies d'achat, de capitation et d'amélioration de la qualité des soins de santé	**1412:** Évaluations Économiques et Financements pour la Santé en Afrique Francophone

17:15-18:45	Séance plénière 2 : MH1+2 (Nigeria SWAp)

JEUDI 13 MARS 2025

08:00-09:30	**Séance plénière 3 : MH1+2 (Rwanda)**
09:30-10:00	Pause thé/café et session d'affiches 2

Séances en petits groupes 5

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
10:00-11:30	**1316:** Financement des soins de santé primaires et promotion de l'assurance maladie communautaire à Madagascar	**1381:** Renforcer les systèmes de soins de santé primaires pour une couverture sanitaire universelle en Afrique	**1282:** Dispositifs de gouvernance pour le financement public de l'engagement du secteur privé dans les systèmes de santé mixtes des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure : qu'est-ce qui fonctionne et pour qui ?	**1347:** Personnel, interventions et impact des politiques dans les systèmes de santé africains	**1360:** Impacts économiques et sanitaires du diabète et du cancer en Afrique	**1369:** Liens entre les systèmes de santé informels, les subventions et les obstacles financiers dans les soins de santé en Afrique	**1392:** Améliorer la santé maternelle et reproductive grâce à des soins de qualité et des interventions stratégiques en Afrique

Séances en petits groupes 6

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
11:30-13:00	**1413:** Inégalités Sociales, Santé Maternelle et Mobilisation des Ressources en Afrique Francophone	**1331:** Réformes du financement de la santé pour faire progresser le programme de couverture sanitaire universelle au Rwanda	**1295:** L'impact de la gestion des finances publiques [GFP] sur les résultats en matière de santé : que disent les données probantes ?	**1340:** Soins intégrés aux patients	**1357:** Innovations dans les soins de santé en Afrique: décolonisation, politiques et initiatives en matière d'équité	**1364:** Approches innovantes de la gestion du VIH et de la tuberculose en Afrique	**1386:** Evaluation de la qualité de vie

13:00-14:00	Déjeuner

Séances en petits groupes 7

14:00-15:30	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
	1385: Modèles de décision et qualité des soins	**1350:** Financement, efficacité et impact des politiques de santé en Afrique subsaharienne	**1277:** Trouver le bon niveau d'autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires pour des systèmes de santé réactifs et centrés sur la personne	**1354:** Rapport coût-efficacité des interventions sanitaires et de la gestion des maladies dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	**1362:** Analyse de l'équité et des coûts dans la lutte contre le paludisme en Afrique	**1377:** Impact de l'assurance maladie sur l'utilisation, les inégalités et les stratégies budgétaires en Afrique	**1396:** Santé et bien-être des adolescents : politiques, interventions et déterminants en Afrique subsaharienne

15:30-15:45	Pause thé/café et session Poster 3

Séances en petits groupes 8

14:00-15:30	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
			1278: Formé mais sans emploi, sous-employé et non rémunéré : recherche empirique sur (et options politiques pour) intégrer le surplus paradoxal de travailleurs de la santé en Afrique	**1300:** Construire des systèmes de santé résilients pour la préparation aux situations d'urgence: intersections entre le genre et le personnel de santé	**1351:** Rapport coût-efficacité des interventions et du financement en matière de santé en Afrique	**1371:** Promouvoir l'équité vaccinale et l'accès aux soins de santé primaires en Afrique	**1393:** Relever les défis de la santé maternelle et reproductive grâce au financement, aux infrastructures et aux résultats en Afrique

17:15-18:45t	Séance plénière 4: MH1+2 (FNUAP)
19:30-22:00	Dîner de gala

VENDREDI 14 MARS 2025

08:00-09:30	**Séance plénière 5 : MH1+2 (Session des décideurs politiques de haut niveau)**
09:30-10:00	Pause thé/café

Séances en petits groupes 9

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
10:00-11:30	**1311:** Optimisation des ressources et définition des priorités pour la préparation et la réponse aux urgences de santé publique en Afrique	**1279** Gestion des finances publiques : aide ou entrave à l'autonomie financière des établissements de santé	**1399:** Systèmes de santé communautaire et engagement des parties prenantes pour la CSU et la redevabilité en Afrique	**1305:** Prioriser les technologies d'assistance à la mobilité: adapter les méthodes d'établissement des priorités pour le Rwanda.	**1366:** Équité, déterminants sociaux et inégalités de santé en Afrique	**1348:** Défis en matière de durabilité et de bien-être des personnels de santé en Afrique	**1356:** Rapport coût-efficacité des stratégies chirurgicales, diagnostiques et thérapeutiques pour les problèmes de santé en Afrique

Séances en petits groupes 10

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
11:30-13:00	**1394:** Surmonter les obstacles à l'accès et à l'utilisation des soins de santé maternelle en Afrique	**1353:** Stratégies innovantes pour le renforcement des effectifs et des systèmes de santé au Nigéria et en Afrique subsaharienne	**1358:** Impacts économiques des maladies non transmissibles et prise de décision en matière de santé en Afrique	**1375:** Facteurs influençant l'inscription, l'équité et le remboursement des assurances maladie en Afrique	**1372:** Financement de la santé, durabilité des politiques et pratiques réglementaires en Afrique et au-delà		

13:00-14:00	Déjeuner

Séances en petits groupes 11

	MH1	MH2	AD12	AD10	AD11	AD7	AD4
14:00-15:30	**1352:** Évaluations économiques des interventions en matière de santé et de nutrition en Afrique	**1380:** Transitions de gouvernance et de financement pour la couverture sanitaire universelle en Afrique	**1361:** EPerspectives économiques et comportementales sur le paludisme et les problèmes de santé qui y sont liés en Afrique	**1389:** Innovations en santé numérique et stratégies axées sur les données pour l'équité et l'accès aux soins de santé	**1382:** Financement de la santé communautaire et durabilité des soins primaires en Afrique	**1404:** Santé mentale	

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 1

10h00-11h30 Mercredi 3 Mars 2025

Faire progresser la santé publique grâce à des approches d'établissement de priorités fondées sur des données probantes en Afrique (session organisée).

Joséphine Gatua, CDC Afrique,Stéphane Verguet, École de santé publique Harvard TH Chan, Lumbwe Chola, Université de Bergen/Université d'Oslo

Description

Cette séance organisée aborde les moyens de faire progresser la santé publique et, à terme, d'améliorer la santé de la population grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre d'approches de définition des priorités. Elle s'articule autour de trois présentations illustratives.

Premièrement, le Dr Josephine Gatua, du Programme d'économie et de financement de la santé du CDC Afrique, présentera et discutera d'un cadre pour la définition des priorités fondées sur des données probantes pour le continent africain. Deuxièmement, le Dr Fentabil Getnet Yimer, responsable de l'unité des sciences de la décision au Centre national de gestion des décisions pour la santé de l'Institut éthiopien de santé publique, fournira des illustrations concrètes dans le contexte éthiopien, avec un exemple de modélisation de voies efficaces et équitables vers l'intensification nationale des programmes de lutte contre la tuberculose en Éthiopie. Troisièmement, les Drs Richmond Owusu et Genevieve Aryeetey, de l'École de santé publique de l'Université du Ghana, fourniront des illustrations concrètes dans le contexte ghanéen, en décrivant les processus de définition des priorités pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans le pays. Enfin, le professeur Lumbwe Chola, de l'Université d'Oslo, commentera les trois présentations.

La session sera présidée par le professeur Stéphane Verguet, de la Harvard TH Chan School of Public Health, et le Dr Josephine Gatua, économiste principale de la santé, Division de l'économie et du financement de la santé, Africa CDC.

Cadre continental pour l'établissement des priorités sur la base de données probantes

Josephine Gatua *Africa Centre for Disease Control and Prevention*

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) sont une agence technique autonome de l'Union africaine avec pour mandat de protéger la santé publique en Afrique. La Division de l'Économie de la Santé et du Financement (ESF) de l'Afrique CDC au sein de l'Afrique CDC a été créée pour faciliter la génération et l'utilisation de preuves en économie de la santé et en financement pour la prise de décision aux niveaux continental, régional et des États membres, en soutien à l'Agenda 2063 de l'Union africaine et au Nouvel Ordre de Santé Publique.

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) sont une agence technique autonome de l'Union africaine avec pour mandat de protéger la santé publique en Afrique. La Division de l'Économie de la Santé et du Financement (ESF) de l'Afrique CDC au sein de l'Afrique CDC a été créée pour faciliter la génération et l'utilisation de preuves en économie de la santé et en financement pour la prise de décision aux niveaux continental, régional et des États membres, en soutien à l'Agenda 2063 de l'Union africaine et au Nouvel Ordre de Santé Publique.

En Afrique, la définition des priorités fondée sur des données probantes gagne du terrain, les pays s'efforçant d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Cependant, les progrès dans la mise en œuvre de la CSU varient en raison des différences de capacités techniques, de financement, d'accès à l'information et de soutien politique. Parmi les défis figurent une sensibilisation et des données limitées, ainsi que la fragmentation des efforts de recherche. Pour aider les États membres de l'Union africaine à atteindre ces objectifs ambitieux dans un contexte de ressources limitées, le ESF cherche à renforcer leurs capacités de définition des priorités fondée sur des données probantes, notamment en exploitant les données de l'économie de la santé et du financement pour la prise de décision en matière de santé publique.

L'absence de directives et/ou de cadre contextuellement pertinents pour la définition des priorités fondées sur des données probantes en Afrique constitue une partie de la difficulté à prendre des décisions d'allocation des ressources fondées sur des données probantes. Pour combler cette lacune, le ESF a récemment élaboré un cadre continental visant à améliorer la santé publique par l'institutionnalisation d'approches systématiques de définition des priorités fondées sur des données probantes. Ce cadre vise donc à fournir des orientations et des options aux États membres de l'Union africaine pour institutionnaliser ces approches. En outre, il servira de plateforme de partage des résultats de recherche et de sensibilisation afin de faciliter le renforcement des capacités et de favoriser la collaboration entre les principales parties prenantes au sein des pays du continent.

Exploration des processus d'établissement des priorités pour les programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme au Ghana : perspectives des informateurs clés

Richmond Owusu

Département de Politique de la Santé, Planification et Gestion, École de Santé Publique, Université du Ghana, Legon, Ghana

Partout dans le monde, les pays doivent relever le défi de répondre à la demande croissante de soins de santé malgré des ressources limitées. Si la définition des priorités est nécessaire dans tous les contextes, elle est particulièrement cruciale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en raison de leurs allocations budgétaires souvent faibles pour la santé. Malgré la longue histoire des programmes de lutte contre les maladies soutenues par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFTAM) au Ghana, les données probantes sur les processus utilisés pour la définition des priorités sont limitées. Cette étude explore les processus de définition des priorités utilisés pour les programmes soutenus par le GFTAM au Ghana.

Des entretiens approfondis ont été menés en ligne et en face à face avec dix informateurs clés. Les

entretiens ont été transcrits et analysés de manière inductive et déductive afin d'en dégager les thèmes clés. Nos résultats ont été structurés de manière à décrire : (1) l'identification des besoins de santé ; (2) la participation des parties prenantes ; (3) la transparence des processus ; et (4) les facteurs contextuels. Les priorités ont été identifiées à travers les stratégies et mandats nationaux de santé, les partenaires de développement et les mandats mondiaux, ainsi que les données et la surveillance générées en interne.

Les principaux acteurs de la définition des priorités étaient les ministères et agences, les partenaires de développement, les instituts de recherche, les comités et les groupes de travail. L'influence et le pouvoir des acteurs dans le processus étaient variables, avec une participation publique limitée. Le processus était souvent documenté et diffusé par divers médias. Les facteurs contextuels signalés étaient principalement les obstacles qui ont affecté le processus, notamment le financement insuffisant, l'alignement des priorités avec les bailleurs de fonds et les interruptions dans le processus de définition des priorités. Alors que les mécanismes formels et explicites de définition des priorités sont en cours d'expansion à l'échelle mondiale pour appuyer les décisions d'allocation des ressources dans le domaine de la santé en général, les parties prenantes de cette étude ont indiqué que leur utilisation dans les trois programmes soutenus par le GFTAM était limitée.

Modélisation de voies efficaces et équitables vers une mise à l'échelle nationale : une étude de cas sur la lutte contre la tuberculose en Éthiopie

Fentabil Getnet Yimer *Institut Éthiopien de la Santé Publique, Addis-Abeba, Éthiopie*

Quelques études ont indiqué que l'ajout de services de tuberculose (TB) aux tâches des agents de santé communautaires (ASC) – c'est-à-dire le « transfert de tâches » – a amélioré la détection des cas et les résultats des traitements en Éthiopie. Étant donné les contraintes de ressources et opérationnelles, seules un nombre limité de zones peuvent être ciblées par un programme élargi de délégation de tâches dans le pays. Nous avons appliqué des méthodes d'analyse de données pour évaluer les disparités de distribution des services de tuberculose à travers les régions et les districts en Éthiopie, et pour modéliser à la fois des voies efficaces et équitables vers l'extension nationale des services de détection et de traitement des cas de tuberculose communautaires en Éthiopie.

Les sources de données étaient multiples et hétérogènes mais comprenaient aussi : les systèmes de gestion de l'information sanitaire en Éthiopie (c.-à-d. le logiciel d'information sanitaire de district 2), des données démographiques et géospatiales et la littérature publiée pertinente. Les disparités dans la couverture des services de lutte antituberculeuse ont été quantifiées entre les districts (« woredas ») dans l'ensemble du pays, notamment en termes de : couverture du diagnostic ; adéquation de l'accès aux centres de santé (c.-à-d. population desservie par le centre de santé) ; et accès spatial (population avec accès à moins de 2 heures de marche). Par la suite, les districts qui présentent le plus grand déficit en matière d'équité pourraient être priorisés afin de bénéficier du transfert des tâches au niveau communautaire.

La couverture du diagnostic de la tuberculose, l'accès aux centres de santé et l'accès à l'espace variaient considérablement selon les districts et les régions dans tout le pays. Un programme de transfert des tâches en matière de tuberculose mis en œuvre dans les districts prioritaires dont l'accès est inadéquat pourrait augmenter considérablement le taux national de détection des cas de tuberculose et le taux de réussite du traitement de la tuberculose en Éthiopie.

L'accès actuel aux services de lutte contre la tuberculose présente des disparités importantes entre les districts et les régions en Éthiopie, qui peuvent être attribuées à des déficiences spécifiques au système de santé et à la tuberculose. L'ajout et l'expansion des services de dépistage et de traitement de la tuberculose dans les tâches des agents de vulgarisation sanitaire dans les districts prioritaires à faible couverture pourraient combler considérablement les lacunes en matière d'équité en Éthiopie.

Le profil changeant de la prévention du paludisme : nouvelles preuves sur le coût de la livraison de la CPS et implications en termes de coût-efficacité pour les nouvelles interventions (session organisée)

Justice Nonvignon, Université du Ghana, Fadima Yaya Bocoum, Centre national de la recherche scientifique et technologique

Description

La chimioprévention saisonnière du paludisme (CPS) a été recommandée par l'OMS pour la prévention du paludisme dans les régions du Sahel et du sous-Sahel à forte transmission saisonnière depuis 2012. Deux vaccins, RTS, S/A S01 et R21/Matrix-M, ont été recommandés depuis 2021 et 2023, respectivement. De nouvelles interventions telles que les anticorps monoclonaux contre le paludisme (mAbs) sont également en cours d'élaboration et présentent une nouvelle approche prometteuse.

Toutefois, les bailleurs de fonds mondiaux et les programmes nationaux de lutte contre le paludisme sont confrontés à des ressources limitées pour la lutte antipaludique et la prévention du paludisme et doivent donc examiner l'efficacité relative au coût des interventions disponibles et leur prestation. Les questions relatives à la sécurité, à l'efficacité, au coût de livraison et aux cas d'utilisation appropriés de chaque intervention sont des facteurs clés à prendre en considération.

Des experts de l'Université du Ghana, du Centre national de recherche scientifique et technologique du Burkina Faso, de l'Université d'Australie occidentale, de Medicines for Malaria Venture et de Management Sciences for Health se pencheront sur les récentes découvertes en matière de coût et de rentabilité dans le domaine de la prévention du paludisme saisonnier, y compris les résultats de trois nouvelles études de coût des CPS, une revue systématique des CPS et une étude d'impact et de modélisation économique pour la prévention du paludisme.

Les panélistes examineront les derniers résultats en matière d'efficacité et de rentabilité des interventions

de prévention existantes et discuteront des points suivants :

- Compte tenu des besoins des pays en matière de contrôle et de prévention du paludisme et du nombre croissant d'interventions, dans un contexte de détérioration de la situation économique, quel est l'avenir du contrôle du paludisme dans les pays ?

- Quelles sont les opportunités et les implications des nouvelles technologies pour la prévention du paludisme ?

- Quelles sont les inconnues lorsqu'on compare ces nouvelles technologies aux pratiques actuelles ?

- Quel est le rapport coût-efficacité de la fourniture actuelle de CPS par rapport aux technologies futures et quel est l'impact des coûts de fourniture ?

- Compte tenu des différences entre les interventions, quelles sont les considérations importantes en matière de modélisation et d'économie, y compris pour la R&D et la mise en œuvre ?

Rapport coût-efficacité potentiel des anticorps monoclonaux anti-infectieux pour la prévention du paludisme saisonnier

Thiery Masserey[1] · **Narimane Nekkab[1]** · **Lydia Braunack-Mayer[1]**

Justice Nonvignon[2] · **Colin Gilmartin[3]** · **Anika Ruisch[3]** · **Melissa Penny[4]**

(1) Institut tropical et de santé publique suisse, Allschwil, Suisse,
(2) Département de politique, de planification et de gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana,
(3) Sciences de gestion de la santé, Arlington, Virginie,
(4) Université d'Australie-Occidentale, Perth, Australie

Des anticorps monoclonaux (AcM) anti-infectieux sont en cours de développement pour protéger contre l'infection. Ils pourraient être efficaces contre le paludisme clinique pendant plusieurs mois chez les enfants de moins de cinq ans. La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) par sulfadoxine-pyriméthamine plus amodiaquine (SP+AQ) est très rentable pour protéger les enfants en contexte saisonnier. La détermination du rapport coût-efficacité des AcM pour un déploiement saisonnier, y compris une comparaison avec la CPS, dépendra de plusieurs facteurs, notamment l'efficacité des AcM, les coûts économiques et la résistance à la SP.

À l'aide d'un modèle individuel du paludisme, nous avons évalué les conditions dans lesquelles les anticorps monoclonaux pourraient être comparables, voire supérieurs, au rapport coût-efficacité de la CPS. Nous

avons considéré quatre profils d'anticorps monoclonaux : deux cas de base avec une demi-vie de 120 jours et une efficacité initiale de 80 %, et deux cas positifs avec une demi-vie de 180 jours et une efficacité initiale de 98 %, tous deux avec une décroissance d'efficacité exponentielle ou sigmoïdale. La CPS offrait une période prophylactique (PP) de 20, 25 ou 31 jours. Chaque année, les enfants de moins de cinq ans reçoivent soit un anticorps monoclonal seul, soit associé à un traitement antipaludique au début de la saison de transmission, soit quatre cycles mensuels de CPS. Nous avons estimé le nombre cumulé de cas évités par chaque intervention. La littérature a fourni des fourchettes de coûts économiques annuels par enfant pour la CPS (3-20 $) et les anticorps monoclonaux (7-30 $). Pour chaque combinaison d'interventions, nous avons estimé le ratio coût-efficacité auquel les anticorps monoclonaux atteindraient un coût par cas évité inférieur à celui de la CPS.

Nos résultats indiquent que le coût économique des mAbs à décroissance exponentielle ou sigmoïdale, avec un PP de 31 jours, doit être respectivement de 20 à 25 % et de 8 à 12 % inférieur à celui des CPS pour être rentables, car ils préviennent moins de cas cliniques. Cependant, dans certains scénarios, les mAbs à décroissance sigmoïdale pourraient prévenir plus de cas que les CPS et être rentables à un coût économique supérieur à celui des CPS. Le coût économique de ces mAbs pourrait être égal à celui des CPS qui n'offrent qu'un PP de 20 jours en raison de la résistance. Lorsque ces mAbs sont associées à un médicament, leur coût économique pourrait être de 7 à 20 % supérieur à celui des CPS, selon le PP de ces derniers. Cependant, le coût économique des mAbs de base doit être au moins 20 % inférieur à celui des SMC pour être rentable dans tous les scénarios comparés. Dans l'ensemble, pour être rentables par rapport au CPS, le coût économique des mAbs à faible efficacité doit être beaucoup moins cher que celui du CPS, tandis que les mAbs hautement efficaces déployés avec un médicament ont des exigences économiques plus flexibles mais dépendront des niveaux de résistance au SP.

Le coût de la chimio-prévention du paludisme saisonnier : une revue systématique

Anika Ruisch[1], Miranda Heilweil[1], Ishani Mathur[1], Sara Harris[1], Damian G Walker[1], Richmond Owusu[2], Justice Nonvignon[2] and Colin Gilmartin[1]

(1) Sciences de gestion pour la santé, Arlington, VA, (
2) Département de politique, de planification et de gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana

La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) est une intervention rentable pour prévenir le paludisme chez l'enfant. Elle comprend des doses mensuelles d'antipaludéens pendant les périodes de forte transmission et a été mise en œuvre dans 17 pays. Les données sur les coûts de la CPS, notamment son impact sur les ménages et les soignants, sont limitées, notamment le temps passé à la maison pour administrer les médicaments aux enfants au lieu d'aller travailler. Afin d'éclairer la planification future et l'allocation des ressources, il est nécessaire de comprendre le coût de la CPS, notamment avec l'adoption de nouvelles technologies de prévention du paludisme. Cette revue systématique vise à déterminer les coûts financiers et économiques de la CPS, du point de vue des prestataires et des patients.

Six bases de données ont été examinées conformément aux lignes directrices PRISMA. Nous avons inclus

les études publiées entre 2012 et 2023 qui se concentraient sur le coût de la prestation de la CPS et incluaient une méthodologie de calcul des coûts définie. Deux auteurs ont examiné chaque étude pour s'assurer que les critères étaient respectés et ont extrait les données pertinentes sur les coûts. Les résultats ont été ajustés en fonction de l'inflation et la qualité des études a été évaluée à l'aide de la liste de contrôle CHEERS.

Nous avons identifié 4 034 études, dont six répondaient aux critères d'inclusion, y compris des résultats provenant de neuf pays. Le nombre d'enfants ciblés par la CPS variait de 104 225 à 2 020 597. Le coût financier total par enfant couvert par la CPS allait de 1,71 à 12,46 dollars et le coût économique total de 2,11 à 29,06 dollars. Le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) par cas clinique évité allait de 5,41 $ à 138,03 $, le RCED par AVCI évitée de 24,51 $ à 182,88 $ et le RCED par décès évité de 688,86 $ à 18 418 $.81 Six bases de données ont été examinées conformément aux lignes directrices PRISMA. Nous avons inclus les études publiées entre 2012 et 2023 qui se concentraient sur le coût de la prestation de la CPS et incluaient une méthodologie de calcul des coûts définie. Deux auteurs ont examiné chaque étude pour s'assurer que les critères étaient respectés et ont extrait les données pertinentes sur les coûts. Les résultats ont été ajustés en fonction de l'inflation et la qualité des études a été évaluée à l'aide de la liste de contrôle CHEERS.

Nous avons identifié 4 034 études, dont six répondaient aux critères d'inclusion, y compris des résultats provenant de neuf pays. Le nombre d'enfants ciblés par la CPS variait de 104 225 à 2 020 597. Le coût financier total par enfant couvert par la CPS variait de 1,71 $ à 12,46 $ et le coût économique total de 2,11 $ à 29,06 $. Le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) par cas clinique évité était compris entre 5,41 et 138,03 dollars, le RCED par (DALY) AVCI évitée entre 24,51 et 182,88 dollars et le RCED par décès évité entre 688,86 et 18 418,81 dollars.

Alors que certains éléments (par exemple, la formation, les médicaments et les fournitures) étaient universellement chiffrés, d'autres (par exemple, le transport, les indemnités journalières) n'étaient intégrés que dans certains calculs, ce qui entraînait des divergences dans les estimations des coûts globaux de la prestation de la CPS. Les méthodologies de calcul des coûts, les rapports et l'échelle d'intervention variaient selon les études, limitant la comparabilité. Comme la plupart des études n'ont pris en compte les coûts de la CPS que du point de vue des prestataires, des coûts importants pour les ménages ont pu être négligés ; les études manquent également d'une approche cohérente concernant l'inclusion des coûts d'intégration de la CPS dans les parcours existants. L'adoption d'une approche de calcul des coûts standardisée pour les programmes de CPS matures pourrait permettre de mieux comprendre les besoins en ressources et les coûts, d'accroître la comparabilité entre les études et d'éclairer les futures allocations de ressources. Compte tenu des nouvelles technologies de prévention du paludisme (par exemple, les anticorps monoclonaux et les vaccins antipaludiques), il est essentiel de comprendre les implications financières de la CPS pour garantir des stratégies de prestation durables et permettre une prise de décision fondée sur des données probantes concernant la prévention du paludisme.

Estimation du coût d'opportunité de la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier au Mali, au Burkina Faso, au Mali et au Sénégal

Richmond Owusu[1], Colin Gilmartin[2], Halimatou Diawara[3], Fadima Yaya Boccoum[4], Oumy Ndiaye[5], Anika Ruisch[2] and Justice Nonvignon[1]

(1) Département de politique, de planification et de gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana,
(2) Sciences de la gestion pour la santé, Arlington, VA,
(3) Université des sciences techniques et technologies de Bamako - Centre de recherche et de formation sur le paludisme, Mali, Bamako, Mali,
(4) Centre national de la recherche scientifique et technologique, Ouagadougou, Burkina Faso,
(5) Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar, Sénégal

La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 5 ans est l'une des interventions de prévention du paludisme les plus courantes mises en œuvre à grande échelle dans les régions sahéliennes et subsahéliennes d'Afrique. Cette intervention mobilise les ressources du système de santé, de la communauté et des ménages, générant ainsi des coûts d'opportunité. Les études antérieures ont souvent estimé les coûts du point de vue du système de santé, ignorant largement les coûts du point de vue de la communauté et des ménages. L'objectif de cette étude était d'estimer le coût d'opportunité de la mise en œuvre de la CPS au Mali, au Burkina Faso et au Sénégal.

Un plan transversal descriptif répété a été utilisé pour collecter les données sur les coûts au cours des premier et troisième cycles mensuels de l'administration du CPS entre février et août 2022 dans les trois pays. Nous avons utilisé une approche par ingrédients pour collecter les données sur les coûts directs et indirects aux niveaux central, régional, du district, des établissements de santé et de la communauté à l'aide d'un questionnaire structuré. Au total, 1 147 soignants ont été interrogés. De plus, 265 volontaires de santé communautaire et 234 agents de santé ont été interrogés. Dans chaque pays étudié, les données ont été collectées auprès de 16 établissements de santé dans 4 districts répartis sur 2 régions. Les coûts financiers et économiques ont été analysés. Pour les coûts économiques directs, les coûts d'investissement et les coûts récurrents ont été analysés. Les éléments d'investissement ont été annualisés et actualisés à 3 %. Pour les coûts indirects ou de productivité, le temps (en heures) contribué par les bénévoles et les soignants a été calculé et valorisé en utilisant le taux de salaire agricole local ou le taux de salaire minimum pour chaque pays. Tous les coûts sont déclarés en dollars américains de 2022 à un taux de change de 594 CFA = 1,00 USD. Des analyses de sensibilité ont été réalisées en faisant varier les paramètres pertinents.

Le coût financier par dose a été estimé à 0,99 $ US au Mali, 1,42 $ US au Burkina Faso et 1,51 $ US au Sénégal. Le coût économique par dose était de 3,02 $ US au Sénégal, 3,14 $ US au Burkina Faso et 2,96 $ US au Mali. Cela se traduit par des coûts financiers et économiques annuels totaux par enfant entièrement vacciné de 4 cycles mensuels de 3,97 $ US à 6,05 $ US et de 11,85 $ US à 12,57 $ US respectivement. Les coûts économiques dans tous les pays étaient dominés par les coûts indirects, compris entre 50 % et 66 % du coût économique total. Le coût d'administration de la CPS, le coût au niveau du district et le coût des soignants étaient les principaux facteurs de coût.

La mise en œuvre de la CPS est associée à des coûts économiques, principalement liés aux pertes de productivité des soignants, des bénévoles et des professionnels de santé. Les études antérieures ont largement négligé ces coûts, pourtant essentiels à la prise de décision et à l'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme.

Promouvoir la CSU et la Sécurité Sanitaire Grâce à l'engagement du Secteur Privé (Session Organisée).

David Clarke, Organisation mondiale de la santé, Genève, Kingsley Addai Frimpong, Bureau national de l'OMS pour l'Éthiopie, Gordon Abekah-Nkrumah, Université du Ghana

Description

L'engagement du secteur privé consiste à inclure significativement des prestataires privés dans la prestation de services au sein de systèmes de santé mixtes. Il exige que les gouvernements se concentrent sur la gouvernance de l'ensemble du système de santé – tant privé que public – afin de garantir la qualité des soins et la protection financière des patients, quel que soit le lieu où ils se font soigner. Il exige également que le secteur privé s'aligne sur les objectifs de santé du secteur public et s'engage à soutenir le programme gouvernemental.

Les systèmes de santé du monde entier ont été submergés par la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). La pandémie, qui a surpris de nombreux pays, a engendré plusieurs difficultés, notamment une forte charge de travail en unités de soins intensifs (USI), une surcharge du personnel de santé, un manque d'outils de lutte contre la COVID-19, notamment de respirateurs et d'équipements de protection individuelle (EPI), des difficultés économiques et des problèmes de santé mentale au sein de la population.

Cette session s'appuie sur les résultats de la recherche et offre des informations essentielles pour éclairer les futures réformes du secteur privé dans la prestation de services de santé.

La séance comprendra une introduction technique résumant les résultats de la recherche, suivie de présentations spécifiques à chaque pays (notamment le Ghana) qui exploreront les défis de mise en œuvre. Une discussion interactive avec le public explorera les possibilités de renforcer l'engagement du secteur privé (ESP) grâce à des comportements de gouvernance optimisés. De plus, deux intervenants résumeront les discussions et proposeront des pistes concrètes pour l'élaboration des politiques et la recherche.

Impliquer le secteur privé de la prestation de services de santé par la gouvernance dans les systèmes de santé mixtes

Anna Cocozza *Organisation mondiale de la santé, siège, Genève, Suisse*

L'OMS possède le potentiel nécessaire pour jouer un rôle essentiel dans la promotion de la CSU par le biais à la gouvernance de la prestation de services de santé par le secteur privé. Une résolution visant à impliquer le secteur privé dans la fourniture de services de santé essentiels a été adoptée lors de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (AMS). Depuis lors, l'OMS a progressé dans la reconnaissance et la mobilisation du secteur privé de la santé, mais une évolution systémique est nécessaire pour catalyser l'action en faveur de la CSU. S'appuyant sur les travaux réalisés à ce jour, l'OMS aide les États membres à renforcer la gouvernance des systèmes de santé mixtes et à assurer l'alignement du secteur privé sur la CSU, afin de promouvoir l'équité, l'accès, la qualité et la protection financière de la population.

Dans cette présentation, Anna COCOZZA, responsable technique à l'Organisation mondiale de la Santé, examinera le consensus autour des moyens et stratégies permettant d'impliquer le secteur privé dans la prestation des soins de santé. Par ailleurs, le Groupe consultatif sur la gouvernance du secteur privé pour la couverture sanitaire universelle (CSU) a recommandé à l'OMS une stratégie qui soutiendra une nouvelle approche de la gouvernance des systèmes de santé. Cette stratégie sera également examinée, en insistant spécifiquement sur la manière dont un système de santé bien géré peut faciliter la prestation de services par les acteurs publics et privés afin d'atteindre les objectifs de la CSU.

Engagement du secteur privé de la santé dans la mise en œuvre de la réponse d'urgence au Covid-19 au Ghana

Kingsley Addai Frimpong *Bureau national de l'OMS pour l'Éthiopie, Addis-Abeba, Éthiopie*

Dans cette présentation, Kingsley ADDAI FRIMPONG, économiste de la santé à l'Organisation mondiale de la santé, examinera le rôle essentiel du secteur privé dans la mise en œuvre de la réponse d'urgence au Covid-19.

Ce document pratique examine la manière dont le gouvernement ghanéen a mobilisé le secteur privé pour mettre en œuvre la réponse nationale d'urgence à la COVID-19. L'étude s'appuie sur une recherche qualitative utilisant une approche analytique thématique. Les résultats suggèrent que le gouvernement a fait preuve de leadership en mobilisant, en finançant et en collaborant avec le secteur privé de la santé afin de mener à bien sa réponse à la pandémie, via un plan d'intervention d'urgence défini, une structure coordonnée de réponse à la pandémie et une plateforme robuste de collecte et de partage d'informations. Cependant, le gouvernement n'a pas réussi à créer un environnement propice au secteur privé de la santé pour accroître sa capacité à répondre à la demande accrue de services de santé pendant la pandémie. Des difficultés ont également été rencontrées liées à la surconcentration des ressources dans la réponse de santé publique et les structures nationales, au détriment des soins cliniques et des structures infranationales. De manière générale, les résultats indiquent également un secteur privé de la santé fragmenté, non seulement peu attractif pour le gouvernement, mais également faible en termes de capacités (financières et humaines) à collaborer avec le gouvernement et à répondre à toute urgence sanitaire majeure.

Améliorer la préparation du système de santé ghanéen face aux futures urgences sanitaires

Maureen Martey *Ministère de la Santé, Ghana, Accra, Ghana*

Dans cette présentation, le Dr Maureen Martey, chef du département du secteur privé et de la mobilisation des ressources du ministère de la Santé, expliquera comment les lacunes identifiées et les leçons tirées de la mise en œuvre de la réponse à la pandémie sont traitées grâce à l'élaboration d'une stratégie

d'engagement du secteur privé pour améliorer l'état de préparation du système de santé du Ghana aux futures urgences sanitaires.

Cette présentation réfléchira à la manière dont les décideurs politiques mettent en place un cadre politique approprié qui aidera à organiser, engager et collaborer avec les entités de santé privées au Ghana.

Contributions Communautaires et Locales au Financement de la Santé et à l'assistance Sociale en Afrique (Session Organisée)

10:00 AM–11:30 AM Wednesday, 03 March 2025

Engager les Élus Locaux dans la Mobilisation Accrue des Ressources Domestiques : Contributions des Collectivités Territoriales au Financement de la Santé au Sénégal.

Farba Lamine Sall *Économiste de la Santé- Open Development, Dakar, Senegal*

Contexte

Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et l'Union des Associations des Élus Locaux (UAEL) collaborent pour renforcer la participation des collectivités territoriales (CT) dans la gestion de la santé et augmenter leurs contributions financières au secteur. Dans le cadre de décentralisation, les CT (communes et départements) reçoivent divers fonds de l'État, tels que le Fonds de Dotation de la Décentralisation, le Fonds d'Équipement des Collectivités Territoriales... Elles ont aussi des ressources propres issues des impôts locaux et bénéficient de financements de partenaires techniques et financiers, de la coopération décentralisée, de dons, et du secteur privé.

Objectif

Evaluer les contributions des CT au financement de la santé pour la periode de 2022 -2023 pour optimizer la mobilization des resources internes.

Méthode

Des fiches de collecte basées sur la nomenclature des comptes nationaux de santé ont été envoyées aux 601 CT. Un atelier a été tenu pour synthétiser les résultats, vérifier la qualité des données, et relancer les CT pour compléter les informations manquantes. Une maquette de synthèse a été créée pour la désagrégation des données par volume, région, source de financement, nature des dépenses, année et bénéficiaire.

Résultats

Sur les 601 CT attendues, 600 ont rempli les fiches. Elles ont contribué au financement de la santé à hauteur de 50 420 099 995 FCFA (84 millions USD), dont 20 385 368 616 FCFA en 2022 et 30 034 731 379 FCFA en 2023. Cette contribution a augmenté de 9 649 362 763 FCFA, soit 19 % par rapport à 2022. En 2023, les contributions des CT ont dépassé les prévisions du Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028 de 26 076 266 280 FCFA.

Les fonds de transfert de l'État représentent 47 % du financement des CT, suivis par les fonds propres à 36,4 % et les autres sources (PTFs, coopération décentralisée, secteur privé, etc.) à 16,8 %. Les dépenses en santé se répartissent en 52 % pour le fonctionnement et 48 % pour l'investissement, avec 56 % des dépenses d'investissement dédiées à la construction, suivi des équipements médicaux et à la réhabilitation a 24.74% (le reste inclut les équipements de technologie, logistiques roulantes...). Parmi les dépenses de fonctionnement, les salaires représentent 37,6 % et les secours aux indigents 24,79 % et les dépenses en médicaments 20.46%. En termes de bénéficiaire, 77 % des dépenses des CT sont allouées aux structures de santé.

Conclusions

L'évaluation a permis d'apprécier les contributions CTs au financement de la santé. La collaboration entre le MSAS et l'UAEL optimise l'exploitation des potentialités des collectivités territoriales d'accroître leurs contributions au financement du secteur. Elle vise également à renforcer la gouvernance sanitaire et faciliter l'intégration de la santé dans toutes les politiques au niveau décentralisé pour progresser vers la CSU.

Analyse des mécanismes et stratégies de financement des programmes de santé communautaire : Cas de la République Centrafricaine (RCA)

Gloire MONGUE KOSSEPE, Parfait SEBOULO, Noelly DOUMA, BIRINDABAGABO Pascal

Introduction

Le financement de la santé communautaire en République Centrafricaine (RCA) demeure toujours une préoccupation car il n'existe aucune ligne budgétaire de l'Etat pour la prise en charge des activités communautaires. Des efforts considérables sont apportés par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans ce secteur mais restent toujours insuffisants.

Objectifs

Analyser des mécanismes et stratégies de financement de la santé communautaire en RCA. Les objectifs spécifiques sont :

- retracer différentes sources de financement de la santé communautaire et
- d'analyser des mécanismes innovants de financement des programmes de santé communautaire.

Méthodologies

C'est une étude transversale qui a utilisé les méthodes mixtes pour collecter et analyser les données de différentes sources financements dans le secteur sante en RCA. Ces données collectées sont celle des lots de 2022-2023. L'outil Excel sera utilisé dans l'analyse pour produire les paramètres de tendance.

Résultats

Le résultat réveille qu'il y a un gap de financement de 77% de tous les besoins de programme de santé communautaire en 2022 et 2023. Outre le gap, le financement des programmes de santé communautaires en général et les agents de la santé communautaire en particulier est à prédominance externe à l'occurrence de 99.8% et la contribution du gouvernement ne représente que 0.2%. Le gouvernement devrait mobiliser en moyenne un montant de 26 226 426 $USD par an.

Recommandations

Au vu des résultats ci-haut, nous recommandons que le gouvernement de la RCA puisse prioriser les programmes de santé communautaire dans son budget en créant une ligne budgétaire de la santé communautaire ; de renforcer les efficiences des utilisations de ressources en encourageant les Partenaires Technique et Financiers de faire des plans d'action pour améliorer la traçabilité des ressources mobilisées.

Conclusion

Pour réduire la mortalité maternelle et infantile qui reste une des préoccupations majeures pour la RCA, le gouvernement devrait prioriser les programmes de la santé communautaire et les ASC, d'où l'importance d'y investir par l'augmentation de l'enveloppe budgétaire ainsi qu'améliorer les fonctionnalités des soins de santé primaires y compris les agents de santé communautaire.

Dynamique d'atteinte de l'objectif de développement durable 3 (ODD3) au Sénégal : contribution des organisations communautaires (OC) de la commune de Diourbel

Christine Awa Diouf[1], Abdoul Aziz Ndiaye[2], Mamadou Saliou Mbengue[2], Thierno Madiou Diallo[1] and Maty Thiam[3]

(1) Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF), Dakar, Senegal,
(2) Université Alioune Diop (UAD), Bambey, Senegal,
(3) District sanitaire de Diourbel, Senegal

Contexte

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'agenda 2030 déclinant les Objectifs de développement durable (ODD), les gouvernements du monde entier prévoient la participation des communautés à tous les programmes de développement. Au Sénégal, les Organisations Communautaires (OC) sont impliquées dans les stratégies de développement sanitaires afin de contribuer localement à l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD 3) spécifiquement dédié à la santé.

Objectift

L'objectif de cette étude est d'analyser la participation des OC de la commune de Diourbel dans l'atteinte de l'ODD 3.

Méthodes

Il s'agit d'une étude mixte à devis séquentiel menée dans la commune de Diourbel. Le volet quantitatif a été réalisé à l'aide d'un questionnaire administré auprès des représentants de 39 OC. L'étude qualitative a été menée auprès des OC et structures sanitaires de la commune à travers 10 entretiens individuels et 01 focus group de 08 cibles pour compléter les résultats obtenus à travers les questionnaires. Des guides d'entretiens semi-structurés et un guide focus-group adaptés en fonction des cibles ont été utilisés. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les données issues des questionnaires ont été saisies, exploitées, présentées sous forme de tableaux et graphiques grâce au logiciel Excel puis analysées.

Résultats

Au total, 39 OC dont 12 comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC), 09 comités de développement sanitaire (CDS), 09 mutuelles de santé communautaires (MSC) et 09 organisations communautaires de base (OCB) ont participé à l'étude. Avec des disparités suivant les types d'OC, on note chez les enquêtés une prédominance masculine générale (72%) avec une moyenne d'âge de 50ans. Tous les répondants sont scolarisés et s'activent majoritairement dans l'enseignement (30,8%) et la santé/développement communautaire (28,2%). L'étude a révélé une connaissance limitée et une faible appropriation des ODD par les OC. Suivant leurs activités, essentiellement menées dans les domaines sanitaires et socio-économiques, le rôle des OC dans la santé peut être situé à trois niveaux : prévention et promotion de la santé, accès précoce et équitable à des services de santé de qualité et protection sociale.

Conclusions

Cette étude montre que les OC de la commune de Diourbel ont une place primordiale dans le développement sanitaire local et durable. Leurs activités sont en parfaite cohérence avec les cibles des objectifs nationaux de santé, lesquels sont alignés à celles de l'ODD 3. Toutefois, le manque de ressources financières entrave leur bon déroulement

Assistance sociale (en santé) dans les pays Africains sub-Sahariens à bas et moyens revenus : quelles leçons à apprendre de l'expérience belge en assistance sociale ?

Bart Criel *Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Kruibeke, Belgium*

La protection sociale en santé est un élément clé dans les politiques de Couverture Universelle en Santé (CUS). Une politique globale de protection sociale repose sur trois fonctions centrales : une fonction de prévention (par exemple, l'assurance-maladie sociale), une fonction de promotion (par exemple, améliorer les capabilités des individus et ménages) et une fonction d'assistance sociale (par exemple, prise en charge des plus démunis). L'auteur de cet abstract est professeur émérite du département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers en Belgique. Il a 30 ans d'expérience en recherche, enseignement, et service dans le domaine du management des systèmes de santé et de la protection sociale en santé dans les pays du Sud. Il a en même temps assumé pendant 8 ans la fonction politique de directeur du Centre Public d'Assistance Sociale (CPAS) dans sa municipalité en Belgique.

Dans cette présentation il décrit succinctement l'historique et le fonctionnement du système d'assistance sociale dans son pays. Il établit ensuite des parallèles avec les arrangements d'assistance sociale qui existent (souvent encore à l'état embryonnaire) en Afrique sub-Saharienne. Il présente finalement une série de leçons pour les systèmes d'assistance sociale dans les pays du Sud: 1) la pertinence d'un recours privilégié à des cadres spécifiquement formés en assistance sociale; 2) éviter de considérer l'état d'indigence comme un statut permanent; 3) prendre en considération les déterminants structurels de pauvreté et d'exclusion sociale; 4) veiller au respect de la dignité des personnes et ménages en besoin d'assistance sociale; et 5) donner une voix aux bénéficiaires de l'assistance sociale dans le fonctionnement des systèmes d'assistance sociale.

Au Sénégal : les patients infectés par le VIH sont-ils défiants vis-à-vis de la vaccination COVID-19 ?

Ndeye Fatou Senghor *Centre National de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRCF), Dakar, Senegal*

L'objectif de l'étude est d'analyser l'acceptabilité des vaccins Covid-19 chez les personnes vivant avec VIH (PVVIH) du Sénégal.

Matériels et Méthodes

Une étude mixte analytique a été menée du 10 novembre au 23 décembre 2022 dans les régions de Dakar, Kaolack et Ziguinchor. Concernant l'approche qualitative, 76 entretiens individuels ont été réalisés dont 22 issues de la population générale, 24 auprès des Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), 09 auprès des Usagers de Drogue (UD) et 21 auprès des Professionnelles du Sexe (PS). Quant

.

Résultats

Les PVVIH vaccinés (80) ont exprimé un sentiment de peur avant d'en arriver à l'acceptation des vaccins. Au départ, ils étaient méfiants vis-à-vis des vaccins en raison du poids des infox. Le changement de décision pour certains s'explique par : le sentiment d'être vulnérable (25/80), l'expérience directe de Covid-19 (26/80) et la qualité de la sensibilisation des personnels sanitaires (29/80). Les PVVIH non vaccinées (55/80) disent avoir des connaissances limitées sur le vaccin Covid-19. A cela s'ajoute les rumeurs qui circulent à travers les réseaux sociaux et les groupes de socialisation entre pairs. La non-adhésion à la vaccination s'explique par un gap d'informations sur la vaccination et la survenue des effets secondaires chez les pairs vaccinés. De plus, certains PVVIH avaient plus confiance aux vaccins Johnson and Johnson car étant une seule dose et perçue comme de bonne qualité en raison de sa provenance des Etats-Unis

Conclusion

Cette étude montre que les PVVIH ont exprimé une peur initiale des vaccins, influencée par la désinformation et les rumeurs circulant sur les réseaux sociaux. Cependant, trois facteurs ont contribué à un changement de décision pour certains d'entre eux : le sentiment de vulnérabilité, l'expérience de la maladie et la qualité de la sensibilisation des personnels sanitaires. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer l'éducation sur la vaccination pour encourager une meilleure acceptabilité du vaccin parmi cette population vulnérable.

Renforcement des systèmes de gestion des finances publiques_1

Que peut faire un ministère des Finances pour améliorer les dépenses de santé ? Une perspective des finances publiques pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé.

Tom Hart, ODI, Londres, Royaume-Uni et Mme Danielle Serebro, Master en économie du développement, Collaborative Africa Budget Reform Initiative, Johannesburg, Afrique du Sud

Investir davantage dans la santé devrait être une priorité pour tous les gouvernements. Des dépenses de santé de qualité soutiennent l'économie en renforçant le capital humain, réduisent la pauvreté et les inégalités de revenus et renforcent la sécurité sanitaire afin d'atténuer les chocs macroéconomiques liés aux épidémies et aux pandémies. Cependant, la marge de manœuvre budgétaire pour la santé est fortement limitée : les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire sont confrontés à une croissance économique stagnante, voire faible, à une capacité limitée à mobiliser des recettes, à une inflation galopante et à des coûts de service de la dette plus élevés.

Malgré la prise de conscience générale de cette crise budgétaire, le ministère de la Santé et les acteurs du financement de la santé nourrissent toujours des attentes irréalistes quant aux fonds supplémentaires que le ministère des Finances peut ou veut allouer au secteur de la santé. S'il n'est pas raisonnable d'attendre d'un ministère des Finances qu'il accède à toutes les demandes de financement supplémentaire du ministère de la Santé, que peut-il faire concrètement pour améliorer l'efficience et l'efficacité des dépenses de santé ?

Nous suggérons 10 façons dont le ministère des Finances peut être un meilleur partenaire du secteur de la santé : (1) soutenir les programmes de prestations de santé aux ressources limitées grâce à des prévisions précises à moyen terme ; (2) permettre des contributions budgétaires ascendantes pour une plus grande efficacité d'allocation ; (3) soutenir une meilleure élaboration du budget grâce à la fonction de remise en question du ministère des Finances ; (4) institutionnaliser les processus d'examen des dépenses pour identifier les inefficacités en matière de santé et les nouvelles priorités ; (5) examiner les politiques et les processus d'approvisionnement qui entravent l'efficacité du secteur de la santé ; (6) accroître la crédibilité et l'exécution du budget grâce à une meilleure gestion de trésorerie ; (7) utiliser le système de GFP et le financement direct pour permettre une plus grande autonomie financière des établissements ; (8) s'assurer que le système de décentralisation fiscale soutient des dépenses de santé efficaces et équitables ; (9) tirer parti des outils financiers numériques pour améliorer l'accès à l'information et l'efficacité ; et (10) augmenter les recettes et réduire les pressions sur les dépenses de santé grâce aux taxes sur la santé.

Une étude qualitative de l'impact du contexte, de l'espace décisionnel, de la capacité organisationnelle et du pouvoir des parties prenantes sur le financement des soins de santé primaires dans le Grand Accra, au Ghana

Lauren J. Wallace[1], Henry Delali Dakpui[1], Irene Akua Agyepong[2], Rumana Huque[3], Helen Elsey[4] and Andrews Ayim[5]

(1) École de santé publique, Université du Ghana, Accra, Ghana,
(2) Collège des médecins et chirurgiens du Ghana, Accra, Ghana,
(3) Université de Dhaka, Dhaka, Bangladesh,
(4) Département des sciences de la santé, Université de York, York, Royaume-Uni,
(5) Direction des politiques, de la planification, du suivi et de l'évaluation, Service de santé du Ghana, Accra, Ghana

Introduction

La politique de décentralisation influence la manière dont les administrations locales, municipales et métropolitaines, financent les systèmes de santé pour dispenser des soins de santé primaires (SSP) dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Bien que la loi ghanéenne implique une décentralisation politique, des lois contradictoires exigent la création d'un service de santé et impliquent une décentralisation/déconcentration administrative. La manière dont les administrations locales/assemblées municipales ou métropolitaines ghanéennes financent les SSP urbains dans le contexte actuel de politiques de décentralisation contradictoires reste difficile à cerner.

Buts et objectifs

Pour comprendre les tendances et les modèles de soutien financier de l'assemblée municipale au système de santé, nous avons analysé les sources et les montants des ressources financières pour les soins de santé primaires dans une municipalité du Grand Accra et examiné l'influence de la capacité organisationnelle, des facteurs contextuels, de l'espace décisionnel et du pouvoir des parties prenantes sur leur allocation et leur décaissement.

Méthodes

L'étude est une étude de cas unique utilisant des méthodes mixtes de collecte de données. Nous avons concentré notre analyse sur les fonds versés par le gouvernement local à la Direction municipale de la santé (DMS). Nous avons analysé les plans annuels, les budgets composites et les rapports financiers de l'assemblée municipale sur six ans (2018-2024) et examiné les registres de dépenses et les livres de caisse de la DMS. Soixante et une (61) heures d'observations non participantes du processus de planification et de budgétisation 2024 ont également été réalisées. Quinze (15) parties prenantes ont été interrogées, dont des membres de l'assemblée, des représentants du public et des chefs de service. Les notes de terrain et les transcriptions ont fait l'objet d'une analyse thématique. L'analyse des sources, des tendances des entrées de fonds et des dépenses a été réalisée sous Excel.

Principaux résultats

La marge de décision de l'Assemblée municipale pour le décaissement des ressources financières destinées aux soins de santé primaires est influencée par plusieurs facteurs, notamment : sa capacité financière limitée, les besoins concurrents des différents services, la décentralisation incomplète de la Direction municipale de la santé (DMS), le pouvoir et les intérêts des parties prenantes, ainsi que les directives, politiques et mandats du gouvernement central. En moyenne, le gouvernement local n'a versé que 2,3 % de ses recettes totales à la DMS, ce qui ne représente que 31 % du total des fonds budgétisés pour cette dernière. Tant dans les allocations budgétaires que dans les décisions de décaissement, les projets d'investissement sont prioritaires par rapport aux investissements programmatiques.

Conclusions

Les soins de santé primaires sont sous-financés par l'Assemblée municipale. Les dépenses d'investissement pour les soins de santé primaires sont davantage ciblées que les dépenses programmatiques. Le versement des fonds par l'Assemblée municipale à la Direction municipale de la santé est influencé par la capacité organisationnelle de l'Assemblée municipale à allouer les ressources, la marge de décision dont elle dispose dans le cadre du modèle de décentralisation, le pouvoir et l'exercice du pouvoir par les parties prenantes, ainsi que le contexte politique.

Renforcement de la gestion des finances publiques (GFP) au niveau infranational dans les districts de Kakumiro et de Kassanda, en Ouganda

Lawrence Were[1], Aliyi Walimbwa[2] Yewande Kamuntu[1], Fahadi Mawanda[2], Charity Kirabo Nagemi[1], Briony Pasipanodya[1] & Eoghan Brady[1].

1. Initiative Clinton pour l'accès à la santé (Clinton Health Access Initiative-CHAI)
2. Ministère de la Santé

Contexte

L'Ouganda met en œuvre un modèle de décentralisation qui implique la délégation de l'autorité politique et administrative aux Gouvernements Locaux de District (GLD), le district étant une unité administrative, sous laquelle se trouvent les gouvernements locaux de niveau inférieur, notamment les unités de santé. Les districts supervisent ainsi les processus de planification et de budgétisation ainsi que la prestation des services de santé dans les établissements de santé.

En 2023, L'Initiative Clinton pour l'accès à la santé (CHAI) a collaboré avec le ministère de la Santé pour mener une analyse des facteurs de blocage (FDB) afin d'établir les contraintes en matière de financement et de prestation de services dans six districts du projet. L'analyse des facteurs bloquants a identifié la faible absorption du budget et l'utilisation inefficace des ressources disponibles comme étant les principales contraintes de gestion des finances publiques (GFP) au niveau sous-national, avec des pratiques de GFP

Objectift

Renforcer les capacités de gestion financière au niveau des districts et des établissements pour améliorer la planification, la budgétisation, la responsabilité et le reporting (BAR) des fonds versés aux établissements de santé.

Méthodologie

CHAI a collaboré avec le Ministère de la Santé et les administrations locales des districts de Kakumiro et Kassanda pour élaborer un outil de suivi des performances budgétaires et un tableau de bord de gestion financière afin de lier les plans de travail aux allocations prévues pour l'année et de suivre les décaissements et dépenses trimestriels prévus. Les équipes de district ont été formées aux directives et au plan comptable pour les subventions aux soins de santé primaires, ainsi qu'à l'utilisation des outils et du tableau de bord de suivi budgétaire du district pour suivre les flux de fonds et leur utilisation pour la prestation des services de santé. Les responsables des établissements de santé ont également été formés à la planification annuelle du travail, à la budgétisation et à l'établissement de rapports.

Résultats

Les responsables des établissements de santé ont été renforcés dans l'utilisation d'outils de gestion financière pour la budgétisation, la planification du travail, la responsabilisation et processus de rapport. Des tableaux de bord sont en place dans les deux districts pour aider les districts à suivre l'utilisation du budget au niveau des établissements de santé en temps réel et à prendre les mesures correctives nécessaires.

Prochaines étapes

La prochaine phase de l'étude portera sur les gains de compétences et de connaissances en gestion financière des prestataires de services et des équipes de gestion sanitaire des districts, ainsi que sur leur impact sur la prestation de services dans les établissements d'intervention. Les résultats serviront à orienter l'extension de cette approche de renforcement des capacités à d'autres districts clés en Ouganda.

Comment les processus de gestion des finances publiques influencent le montant et la rapidité des paiements effectués par le gouvernement pour les vaccins au Madagascar et en Sierra Leone

Noemi Schramm Ndao, CESAG Université Dakar, Dakar, Sénégal, Laima A. K. Dumbuya, Gouvernement de la Sierra Leone, Freetown, Sierra Leone et Tsihory Ravakiniaina Raharison, Gouvernement du Madagascar, Antananarivo, Madagascar

La vaccination est depuis longtemps considérée comme l'un des fondements d'un système de santé efficace. Des calculs récents (Sim, Jit, Constenla, Peters et Hutubessy, 2019) ont révélé que pour chaque dollar investi dans les vaccins, le retour sur investissement peut atteindre 54 dollars, soit un rendement supérieur à celui de nombreuses autres interventions publiques telles que les agents de santé communautaires, l'éducation préscolaire ou les infrastructures publiques (Ozawa, 2016). Cependant, chaque année, les gouvernements peinent à financer les vaccins. Cette recherche vise à étudier l'influence des processus de gestion des finances publiques sur la capacité des gouvernements à payer les vaccins à temps et intégralement. Comprendre comment et pourquoi les gouvernements financent les interventions de santé de base à temps et intégralement permettra d'améliorer non seulement la sensibilisation, mais aussi les programmes et les budgets de santé, tant au sein du gouvernement qu'auprès des donateurs externes.

Grâce à des entretiens avec des informateurs clés au Madagascar, réalisés entre Août 2023 et Février 2024, et en Sierra Leone entre Juin 2021 et Décembre 2022, et à l'examen des lois, règlements et lois budgétaires sur la gestion des finances publiques, ainsi que d'autres publications secondaires pertinentes, les auteurs ont cartographié en détail le processus de budgétisation et d'exécution budgétaire pour les vaccins. Les demandes et allocations budgétaires pour les vaccins sont irrégulières, tandis que les dépenses réelles suivent généralement les besoins estimés. En Sierra Leone, il faut 27 étapes entre le lancement du paiement et le paiement effectif. Le processus de paiement est en grande partie effectué manuellement, ce qui augmente les risques d'erreur humaine. Au Madagascar, il faut douze étapes pour que les paiements des vaccins soient effectués, mais ils doivent être approuvés par le Conseil ministériel, présidé par le Premier ministre. Il a fallu, en moyenne, 8,7 mois au cours des cinq dernières années au gouvernement malgache pour payer ses vaccins, et il a également fallu neuf mois à la Sierra Leone pour payer en 2023.

En 2024, le gouvernement a numérisé des étapes clés pour améliorer l'exécution du budget. Dans les deux gouvernements, les processus de gestion des finances publiques sont utilisés pour rationner les liquidités : en retardant le traitement des demandes de paiement ou en augmentant le nombre d'étapes, le paiement est retardé. Les coûts de transaction ont été suivis et mesurés en Sierra Leone, estimant à 163 heures le temps total consacré au traitement et au suivi des paiements, soit l'équivalent de 20 jours ouvrables. De plus, en raison de la dépréciation des taux de change, les retards de paiement des vaccins ont augmenté le coût des vaccins pour le gouvernement sierra-léonais de 30 % en monnaie locale. En résumé, les processus de gestion des finances publiques ont une influence sur la ponctualité et le montant des paiements des vaccins en Sierra Leone et au Madagascar.

Effet du financement intergouvernemental sur la Gestion des Finances Publiques et la prestation de services : expérience des districts de Zomba et de Mangochi au Malawi

Mark Akanko Achaw[1], Atamandike C Chingwanda[2], John Limited[2] and Dominic Nkhoma[3]

(1) Palladium (PROPEL Health), Nairobi, Kenya,
(2) PROPEL Health Project-Palladium, Lilongwe, Malawi,
(3) Kamuzu University of Health Sciences, Malawi

Contexte et objectif

Face aux défis macroéconomiques et à la réduction de la marge de manœuvre budgétaire, de nombreux pays, dont le Malawi, privilégient l'efficacité budgétaire pour contrer la baisse de l'aide au développement sanitaire. Des études ont montré que la faible exécution des budgets est souvent due à des facteurs tels que des systèmes de gestion des finances publiques (GFP) mal mis en œuvre et restrictifs. Une évaluation de la GFP réalisée par la Banque mondiale en 2020 au Malawi a mis en évidence des problèmes tels que l'insuffisance et les retards dans le déblocage des budgets des districts, ce qui a un impact négatif sur le système de GFP et les objectifs du secteur de la santé, notamment en matière de prestation de services. Pour relever ces défis, l'USAID a piloté un mécanisme de financement intergouvernemental (G2G) dans les districts de Mangochi et de Zomba au Malawi. Ce mécanisme fournit un financement direct aux activités de santé des districts. Dans le cadre d'une revue plus large des dépenses publiques, le projet PROPEL Health Malawi a évalué la performance du mécanisme G2G dans ces districts, en se concentrant sur son impact sur le financement, la gouvernance et l'amélioration de la qualité des services de santé des districts.

Méthodes

Nous avons adopté une approche mixte, combinant l'examen des documents de politique, l'analyse des données budgétaires et des entretiens avec des informateurs clés, notamment des responsables de district et des représentants communautaires. Notre échantillon comprenait 28 établissements de santé des districts de Mangochi et de Zomba. Nous avons évalué les objectifs de prestation de services de GFP et la crédibilité du budget à l'aide de la méthodologie et des indicateurs PEFA. De plus, nous avons analysé les tendances budgétaires du secteur de la santé de 2016/2017 à 2020/2021 et évalué l'efficacité de la GFP dans le secteur de la santé, tant au niveau des conseils de district qu'au niveau des établissements, en comparant ces résultats aux données nationales.

Résultats

L'étude a révélé que le mécanisme G2G a permis d'accroître les ressources sanitaires dans les districts et d'améliorer la qualité des services, notamment en santé maternelle et infantile. En tant que mécanisme axé sur les résultats, le G2G a introduit un financement basé sur la performance, renforcé les capacités de gestion financière et d'approvisionnement, et mis en œuvre une programmation systématique et fondée sur des données probantes. Globalement, le mécanisme G2G a renforcé la contribution du système de gestion des finances publiques aux objectifs de prestation de services, notamment en matière de responsabilisation, d'équité, de qualité et de transparence. Malgré son impact, le mécanisme est actuellement limité à quelques programmes et interventions. Un élargissement de sa portée pourrait produire des bénéfices encore plus importants.

Conclusion et recommandations stratégiques

Le mécanisme G2G constitue une étape importante pour renforcer les systèmes locaux décentralisés et améliorer les résultats de la prestation de services, mais son effet est limité par ses contrôles des dépenses affectées.

La Gestion des Finances Publiques améliore-t-elle l'efficacité de l'aide au développement en matière de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire ? Une étude de panel transnationale.

Newton Chagoma Centre d'économie de la santé, Université de York, York, Royaume-Uni, Julia Hatamyar, Centre d'économie de la santé, Université de York, Royaume-Uni, Sumit Mazmudar, Centre d'économie de la santé, Royaume-Uni et Marc Suhrcke, marc.suhrcke@york.ac.uk

Contexte

Les pratiques de Gestion des Finances Publiques (GFP) régissent l'utilisation et l'administration des fonds publics, visant à accroître l'efficacité opérationnelle et allocative de la prestation des services publics. Ce faisant, les systèmes de GFP peuvent améliorer la prestation des services de santé et faciliter les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Ils offrent également une voie opérationnelle pour l'harmonisation et l'alignement des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, visant à améliorer la qualité et l'impact de l'aide au développement. Alors que de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) dépendent largement de l'aide des donateurs, les données probantes sur l'impact de la dynamique GFP-ADH sur la santé des populations sont rares. Cette étude contribue à la base de données croissante sur la manière dont la GFP et l'ADH peuvent améliorer l'efficacité de l'aide à la santé et les résultats en matière de santé des populations. Elle examine également l'évolution de l'efficacité de l'ADH avant et après la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

Méthodes

Nous utilisons des régressions à effets fixes de panel pour identifier l'impact de l'ADH et de la qualité des systèmes de GFP sur la santé de la population. L'échantillon est composé de 67 pays, couvrant la période 2005 à 2021. Les données proviennent de sources publiques : les bases de données des indicateurs de développement de la Banque mondiale, du Secrétariat du programme des Dépenses Publiques et de la Responsabilité Financière-DPRF (Public Expenditure and Financial Accountability -PEFA) et du Système de notification des pays créanciers. Notre principale variable de résultat est la mortalité infantile, tandis que les scores du DPRF et de l'Évaluation des politiques et des institutions nationales représentent la qualité des systèmes de GFP, notre principale variable indépendante d'intérêt. Nous contrôlons la taille de l'économie, la qualité des institutions et les dépenses de santé publique.

Résultats

Nos résultats réaffirment l'impact bénéfique de l'ADH et suggèrent que les pays dotés de systèmes de GFP plus solides ont un plus grand potentiel d'amélioration de la santé de la population. Une augmentation unitaire de la qualité des systèmes de GFP a légèrement réduit la mortalité infantile de 0,10 % (P < 0,01). L'effet combiné de la GFP et de l'ADH était également apparent, et a réduit significativement la mortalité infantile de près de 0,035 % (P < 0,05). Concernant la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le Programme d'action d'Accra (AA), événements marquants dans la programmation de l'aide, l'ère post-Paris/AAA a été associée à une réduction de 0,28 % (P < 0,01) de la mortalité infantile. Globalement, ces résultats réaffirment les effets bénéfiques pour la santé d'un système de GFP et des flux d'ADH performants.

Conclusion

Alors que les flux d'aide verticaux sont en hausse, le recours aux systèmes de gestion des finances publiques des pays bénéficiaires – également considéré comme un soutien budgétaire des donateurs – apparaît comme une voie prometteuse pour renforcer l'impact de l'aide humanitaire dans les pays bénéficiaires. Ces pays doivent donc s'efforcer de renforcer leurs systèmes de gestion des finances publiques afin d'inciter les donateurs à adopter une approche unifiée pour acheminer l'aide, au lieu de mécanismes fragmentés. Parallèlement, les donateurs devraient intensifier leurs efforts pour bâtir des systèmes résilients afin de soutenir une prestation de soins de santé efficace. Ces actions sont cruciales pour une utilisation efficace des ressources de santé et pour accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable liés à la santé et des objectifs généraux du système de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Réformes des Systèmes de Santé, Gouvernance et Impact des Politiques en Afrique

10h00-11h30 Mercredi 3 Mars 2025

Renforcement du système de santé pour améliorer la gouvernance du système de santé au Tchad

Monique Lechenne[1], Alladoumngar Madjadinan[2], Jean Pierre Gami[3], Yaya Issaka[2], Marie Dumbaugh[4], Damien Revault[5] and Jean Bernard Gbangou[6]

(1) Université de Bâle, Bâle, Suisse, Suisse,
(2) Programme d'Appui au Districts Sanitaires, N'Djaména, Tchad,
(3) Centre de Support en Santé Internationale, N'Djaména, Tchad,
(4) Université de l'Illinois, Chicago,
(5) Institut Suisse de Santé Tropicale et Publique, Allschwil, Suisse,
(6) Institut Suisse de Santé Tropicale et Publique, Allschwil, Suisse, Tchad

Introduction et objectif

Le Programme d'Appui aux Districts Sanitaires du Tchad (PADS), d'une durée de 12 ans, mis en œuvre par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Tropical and Public Health institute -Swiss TPH) en partenariat avec le Centre de Soutien en Santé Internationale (CSSI) et financé par la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC), vise à améliorer la gouvernance du système de santé et l'accès à des soins de qualité dans les provinces du Batha et du Moyen Chari. En Mai 2022, une étude d'impact de la phase 2 du PADS (2018-2022) a été menée afin d'évaluer ses effets sur la gestion des soins, la qualité des soins et la perception des communautés.

Méthodologie

L'étude a utilisé une approche mixte pour collecter les données. Le volet quantitatif s'est concentré sur les prestataires de services, en interrogeant 78 établissements de santé : 36 dans le Batha et 42 dans le Moyen Chari. Le volet qualitatif a ciblé les membres de la communauté, en organisant 24 groupes de discussion avec des femmes, des hommes et des leaders communautaires, tant nomades que sédentaires.

Résultats et discussion

L'analyse quantitative a révélé des améliorations dans la gestion et la qualité des soins pour la plupart des indicateurs de qualité. Cependant, les taux d'utilisation des soins curatifs, en particulier pour les enfants de moins de 11 mois et les femmes de plus de 15 ans, restent inférieurs aux attentes. Les deux provinces affichent également de faibles tendances en matière de consultations prénatales, d'accouchements assistés par du personnel qualifié, de planification familiale et d'utilisation de contraceptifs. Ces déficits pourraient être liés à la pandémie de COVID-19 et aux restrictions qui en ont découlé, les retours des communautés ayant mis en évidence des difficultés d'accès aux services pendant la crise. Malgré les améliorations apportées aux établissements de santé, les communautés perçoivent généralement la qualité des soins comme inefficace, l'attribuant souvent à une pénurie de personnel qualifié et à un manque d'équipement. Les résultats qualitatifs suggèrent que l'accès à des soins de qualité pourrait être amélioré en promouvant une plus grande équité, notamment en termes de genre et envers les communautés nomades. Il est également nécessaire de renforcer la participation des femmes et des représentants des éleveurs au sein des comités de santé afin de garantir leur rôle actif dans la planification des activités de santé.

Conclusion

L'étude indique des améliorations significatives de la plupart des indicateurs qualitatifs au cours de la phase 2 du PADS, malgré les défis posés par la pandémie de COVID-19. Cependant, un écart persiste entre les améliorations réelles de la qualité des soins et la perception qu'en a la communauté, ainsi qu'en matière d'accès équitable aux services de santé. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour remédier à ces disparités et renforcer la participation de la communauté à la planification sanitaire.

La Santé Mondiale sous l'emprise du néolibéralisme : une analyse comparative des politiques utilisant le modèle heuristique des étapes

Wafa Abuelkheir Mataria[1], Sungsoo Chun[1] and Amr Adly[2]

(1) Institut de santé mondiale et d'écologie humaine, Université américaine du Caire, Le Caire, Égypte,
(2) Université américaine du Caire, Le Caire, Égypte

Contexte

La pandémie de COVID-19 a révélé des faiblesses critiques dans les systèmes de santé mondiaux, dont beaucoup trouvent leurs racines dans les politiques néolibérales qui dominent la gouvernance mondiale de la santé depuis les années 1980. Le néolibéralisme, caractérisé par des politiques axées sur le marché, la privatisation et une intervention gouvernementale réduite, a eu un impact profond sur l'accès aux soins de santé, l'équité et la qualité dans le monde entier.

Objectif

Cette étude vise à analyser l'impact des réformes néolibérales sur les systèmes de santé de différents pays, en se concentrant sur l'interaction entre gouvernance, formulation des politiques et gestion du secteur de la santé. En examinant les résultats de ces réformes, l'étude cherche à comprendre comment les différentes approches du néolibéralisme ont façonné la performance et l'équité des systèmes de santé.

Méthodes

L'étude utilise le Modèle Heuristique des Etapes (MHE) pour réaliser une analyse comparative rétrospective des réformes des politiques de santé dans dix pays, dont les États-Unis, le Chili, la Nouvelle-Zélande, l'Équateur et la Chine. La recherche synthétise des données issues d'articles évalués par des pairs, de rapports gouvernementaux et d'évaluations des systèmes de santé afin d'évaluer les effets des politiques néolibérales sur les systèmes de santé.

Résultats

L'analyse révèle que dans des pays comme les États-Unis et le Chili, les réformes néolibérales ont entraîné une augmentation des inégalités en matière de santé et un système de santé à plusieurs niveaux, où l'accès à des soins de qualité est devenu de plus en plus dépendant du statut socio-économique. À l'inverse, des pays comme Taïwan, qui ont équilibré les réformes néolibérales avec de solides initiatives de santé publique, ont réussi à maintenir des systèmes de santé plus équitables. La Chine et le Venezuela, qui ont adopté des politiques plus interventionnistes, ont également enregistré de meilleurs résultats en matière de santé et réduit les inégalités.

Conclusion

L'étude souligne la nécessité de modèles de gouvernance qui privilégient l'équité et la santé publique dans les systèmes de santé. Elle suggère que si les politiques néolibérales peuvent favoriser l'efficacité économique, elles le font souvent au détriment de l'équité en santé, ce qui nécessite une réévaluation de la gouvernance et des approches politiques en matière de santé mondiale dans l'ère postpandémique.

Comprendre la réactivité du système de santé aux réactions du public au niveau infranational dans la région côtière du Kenya

Nancy N Kagwanja[1], Lucy Gilson[2], Benjamin Tsofa[1], Jill Olivier[3], Hassan Leli[4] and Sassy Molyneux[1]

(1) Programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya,
(2) Université du Cap, Afrique du Sud,
(3) Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud,
(4) Département de la santé du comté de Kilifi, Kilifi, Kenya

Contexte

La réactivité, un objectif global et multidimensionnel du système de santé, est considérée comme essentielle à la construction de systèmes de santé résilients et centrés sur la personne. Cependant, de nombreuses études examinant la réactivité font état d'un indice de satisfaction composite ou de proportions de patients se déclarant satisfaits des dimensions de la réactivité (par exemple, la dignité, l'autonomie, la rapidité d'intervention). Par conséquent, la réactivité repose principalement sur la collecte des retours des usagers et pourrait être qualifiée de réactivité des services de santé. Nous avons ainsi conceptualisé la réactivité du système de santé au sens large comme comprenant trois processus interdépendants – la réception, le traitement et la réponse aux retours du public – et se déroulant dans des « espaces de traitement » au sein du système de santé. Nous avons cherché à répondre aux questions de recherche : Comment le retour d'information du public est-il reçu, traité et pris en compte, et qu'est-ce qui influence la pratique de la réactivité au niveau infranational ?

Méthodes

Nous avons adopté une étude de cas multiple et recueilli des données qualitatives (35 entretiens, quatre groupes de discussion, observations et revue de documents). En nous appuyant sur notre conceptualisation de la réactivité, combinée aux réflexions d'Ortiz Aragon sur les capacités organisationnelles, nous avons exploré les pratiques de réactivité au niveau infranational dans un comté de la côte kenyane. Dans notre étude, les cas étaient les « espaces de traitement » et comprenaient les comités des établissements de santé et les équipes de gestion de la santé des sous- régions. Ces structures de gouvernance ont été sélectionnées à dessein pour permettre l'examen des interactions au niveau du système en ce qui concerne la réceptivité au retour d'information du public.

Résultats

Il existait de nombreux mécanismes de rétroaction permettant au système de santé de recueillir les commentaires du public, mais ces mécanismes avaient des fonctionnalités limitées, fonctionnaient souvent de manière isolée et ne représentaient pas suffisamment les groupes vulnérables. Ces difficultés ont contribué à l'émergence de rétroactions informelles aux effets mitigés sur la réactivité. Nous avons également constaté des lacunes en matière de capacités organisationnelles qui ont limité la réactivité, allant du financement et du personnel insuffisants des mécanismes de rétroaction (matériel) à l'absence de procédures et de directives claires (logiciels tangibles), en passant par les normes, les relations entre les acteurs et les rapports de force (éléments logiciels intangibles).

Discussion et conclusion

Une perspective plus large de la réactivité des systèmes de santé intègre divers canaux et formes de rétroaction, notamment la capacité du système à répondre efficacement aux commentaires du public. Cette capacité repose sur des éléments matériels tels que le financement de mécanismes de rétroaction fonctionnels, les ressources humaines nécessaires au traitement des commentaires et des composants logiciels tangibles tels que les procédures de collecte et d'analyse des commentaires. Les éléments logiciels intangibles tels que la dynamique du pouvoir, les normes des prestataires et la communication jouent également un rôle crucial. Nos résultats soulignent l'importance d'intégrer divers mécanismes de rétroaction et de prendre en compte les capacités du système dans les contextes à faibles et moyens revenus. Cette approche renforce la résilience et la réactivité du système de santé

Institutionnalisation de la matrice de progrès du financement de la santé à Maurice : Impacts immédiats sur l'élaboration des politiques

Ajoy Nundoochan Organisation mondiale de la santé, Port-Louis, Maurice, Hema Bhunjun-Kassee, Ministère de la Santé et du Bien-être, Port-Louis, Maurice, Mathew Jowett, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, Faizal Shaikh, Organisation mondiale de la santé, Éthiopie et Prof. Laurent Musango, Organisation mondiale de la santé, Antananarivo, Madagascar

Contexte

La quête d'une couverture sanitaire universelle (CSU) en Mauritanie, permettant à chacun d'accéder à des services de santé de qualité sans encourir de difficultés financières, est profondément ancrée dans la longue tradition d'État-providence du pays, avec une prestation gratuite des soins de santé, du primaire au tertiaire. Les services de santé publics à Mauritanie sont presque exclusivement financés par les recettes fiscales. Alors que les dépenses publiques de santé par habitant sont en hausse, l'indice de couverture sanitaire universelle stagne autour de 66-68.

Buts et objectifs

Dans un monde incertain, confronté à des chocs externes impactant la croissance économique et la capacité à générer des recettes fiscales et à financer les services de santé nationaux, et face à la nécessité d'accélérer les progrès vers la CSU, il est essentiel d'évaluer le système de financement de la santé en Mauritanie et d'identifier les domaines prioritaires à traiter pour orienter les progrès vers la CSU d'ici 2030. À cet effet, la Matrice de Progrès du Financement de la Santé-MPFS (Health Financing Progress Matrix -HFPM) de l'OMS a été mise en œuvre. Le cadre HFPM fournit un ensemble de repères fondés sur des données probantes, articulés autour de dix-neuf attributs souhaitables permettant d'évaluer les progrès. Chaque attribut représente un élément essentiel d'un système de financement de la santé et guide les institutions et l'élaboration des politiques pour accélérer la CSU.

Méthodes

Une cartographie du paysage du financement de la santé, comprenant une description des principaux régimes de couverture santé, suivie d'une évaluation détaillée basée sur trente-trois questions relatives à la politique de financement de la santé, a été réalisée. Un comité de pilotage national a supervisé le processus de l'HFPM, qui a impliqué une analyse documentaire des documents publiés, des entretiens de sortie et des séances de travail avec les parties prenantes nationales. L'OMS et des évaluateurs internes et externes ont examiné et validé l'évaluation, mis à jour les informations si nécessaire et attribué des notes.

Principales conclusions

La Mauritanie a obtenu le statut avancé dans quatre domaines d'évaluation, à savoir la collecte de recettes, les prestations et droits, la gestion des finances publiques et les fonctions et programmes de santé publique. En termes d'atteinte des objectifs de la CSU, les systèmes de financement de la santé ont été jugés à un stade avancé dans trois domaines (équité dans le financement, utilisation des services par rapport aux besoins et sécurité sanitaire) et établis dans les cinq domaines restants (efficience, équité dans la répartition des ressources, transparence et responsabilité, protection financière et qualité).

Conclusion

L'évaluation a confirmé que la répartition des dépenses publiques de santé est favorable aux pauvres. L'évaluation du HFPM a éclairé un dialogue national de haut niveau sur le financement de la santé et a influencé la déclaration de position adoptée par la suite avec des engagements pour accroître l'efficacité (renforcer la structure institutionnalisée existante pour mieux évaluer, améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques) ; l'équité dans la répartition des ressources (élaborer une nouvelle stratégie de financement de la santé qui examinera les moyens de maintenir la fourniture de services de santé gratuits) ; la transparence et la responsabilité (maintenir la mise en œuvre des recommandations de la Cour des comptes et du contrôle interne) ; et la protection financière (mieux comprendre les facteurs des paiements directs et des dépenses de santé catastrophiques).

Expériences d'orientation des usagers des services dans les bidonvilles urbains du Nigéria

Chinelo Esther Obi[1], Ifeyinwa NGOZI Arize[2], Chukwudi Nwokolo[3], Bernard Okechi[3], Bassey Ebenso[4] and Obinna Emmanuel Onwujekwe[5]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria ;
(2) HPRG, Université du Nigéria Nsukka, Enugu, Nigéria ;
(3) HPRG, Enugu, Enugu, Nigéria ;
(4) Université de Leeds, Institut des sciences de la santé de Leeds, Leeds, Rhode Island ;
(5) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Les modèles d'orientation au sein du système de santé nigérian ne sont pas optimaux pour diverses raisons telles que le manque de connaissances des prestataires de soins de santé, la non-observance des patients, les préférences, les contraintes financières et le soutien inadéquat, ce qui affaiblit le système de santé.

Objectif de la recherche

Bien que les perceptions des prestataires de soins aient été documentées, on en sait peu sur les expériences des usagers, ce qui nécessite une meilleure compréhension pour s'améliorer. Par conséquent, cet article apporte de nouvelles connaissances sur les expériences d'orientation des usagers des soins de santé dans les bidonvilles du sud-est du Nigéria.

Méthode

Les données ont été générées à partir d'une étude transversale utilisant un questionnaire pré-test administré par un intervieweur qui a été utilisé pour interroger des représentants de 1 025 ménages dans huit bidonvilles dotés de centres de soins de santé primaires (SSP) dans les États d'Enugu et d'Anambra, dans le sud-est du Nigéria.

Principales conclusions

Les résultats ont montré que seulement 7,4 % des consommateurs ont été orientés vers d'autres établissements, principalement par des fournisseurs de médicaments brevetés, des cliniques privées et des centres de soins de santé primaires, principalement vers des cliniques et des laboratoires privés. Les orientations verbales prédominaient, tandis que peu de rendez-vous étaient pris. Les types d'orientation variaient considérablement selon les établissements à l'origine de l'orientation et selon les États.

Conclusion principale

Notre étude a révélé une mauvaise pratique d'orientation dans les bidonvilles du Nigéria, ce qui a un impact négatif sur la continuité des soins. Ceci souligne la nécessité de solutions innovantes pour intégrer les prestataires de santé informels au système de soins de santé primaires afin d'améliorer l'orientation vers les services de santé et de réduire les inégalités dans les bidonvilles.

Keywords

Système de santé, consommateurs de soins de santé, prestataires de soins de santé, orientation, bidonvilles urbains, prestataires de soins de santé informels

Efficacité et dynamique budgétaire des dépenses de santé en Afrique de l'Ouest et dans les pays de l'OPEP

10h00-11h30 Mercredi 3 Mars 2025

Les déterminants de l'efficacité des dépenses de santé en Afrique de l'Ouest : approche en deux étapes par la méthode Bootstrap tronquée

Abdoulaye Balde *Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal*

L'objectif de cet article est d'évaluer les déterminants de l'efficacité des dépenses publiques de santé en Afrique de l'Ouest.
L'analyse est réalisée selon une approche DEA en deux étapes. Dans un premier temps, l'efficacité des dépenses publiques de santé est estimée de manière non paramétrique, en exécutant un modèle VRS (Output of Variable Scales) orienté vers les résultats, tout en distinguant les périodes pré-OMD (1995-1999) et OMD (2000-2015).

Au total, huit modèles d'efficience sont estimés : quatre modèles multi-sorties et quatre modèles mono-sorties. Les scores d'efficience obtenus lors de cette première étape sont régressés, lors de la seconde étape, sur un ensemble de variables environnementales en suivant la procédure bootstrap tronquée de Simar et Wilson (2007), plus robuste que les approches conventionnelles basées sur la régression Tobit ou les moindres carrés ordinaires.

Les résultats de la première étape mettent en évidence, en moyenne, une inefficacité des dépenses publiques de santé dans tous les pays, à l'exception du Cap-Vert. Cependant, les niveaux d'efficacité ont augmenté dans tous les pays pendant la période de mise en œuvre des programmes liés aux OMD.

Concernant les déterminants, les résultats post-DEA montrent que les variables ressources externes, densité de population, prévalence alimentaire, efficacité gouvernementale et stabilité politique ont un effet positif et significatif sur le niveau d'efficience des dépenses publiques de santé. Quant à la variable représentant le revenu par habitant, son coefficient a un signe positif, mais il n'est pas significatif. Par contre, les variables dépenses publiques de santé, interaction entre dépenses publiques et privées de santé,

taux d'urbanisation, taux de mortalité infantile et CO2 émis ont une influence négative et significative sur le niveau d'efficience des dépenses publiques de santé en Afrique de l'Ouest.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les politiques de financement, notamment par l'extension de la couverture maladie universelle (assurance), l'amélioration de la qualité de la gouvernance et un meilleur ciblage des dépenses de santé.

Augmentation des ressources publiques pour la mise en œuvre du programme de soins de santé gratuits « Gratuité » dans une perspective d'espace budgétaire pour la santé au Burkina Faso

Yann Tapsoba[1], and Ludovic Tapsoba[2]

(1) Alliance pour le financement de la santé / African Frontline First, Ouagadougou, Burkina Faso
(2) Université Joseph KI Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

Depuis 2016, le gouvernement burkinabé a lancé un programme de soins de santé gratuits, « Gratuité », afin de parvenir à une couverture sanitaire universelle. La mise en œuvre de cette réforme du financement de la santé a permis d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire le poids des paiements directs. Cependant, les ressources consacrées à ce programme de santé restent faibles, en plus des poches d'inefficacité qui entraînent plusieurs gaspillages, notamment des formalités administratives, des ruptures de stock de médicaments, des dettes envers la centrale d'achat et une demande induite de services de santé. Cet article lance une recherche quantitative pour estimer les ressources supplémentaires qui pourraient être mobilisées pour la « Gratuité », puis définit les options les plus durables pour renforcer le financement du programme. Les données indiquent des perspectives macroéconomiques favorables qui pourraient permettre de mobiliser des ressources nationales et publiques supplémentaires pour le programme, insuffisantes pour couvrir les coûts prévus. De plus, malgré leur faible niveau prévu, ces ressources supplémentaires seront nettement supérieures aux engagements de financement du programme pris par le gouvernement. Cela suggère de renforcer la planification et l'exécution du budget par une meilleure gestion des finances publiques et d'améliorer l'efficacité des formations sanitaires périphériques en réduisant les inégalités dans la répartition des lits et les ruptures de stock de médicaments, tout en renforçant la supervision intégrée des formations sanitaires.

Effets asymétriques du prix du pétrole sur les dépenses de santé dans certains pays sélectionnés de l'OPEP

Olaide Sekinat Balogun *Université d'éducation Tai Solarin, Nigéria*

Les prix du pétrole ont un impact sur l'activité économique, en particulier dans les pays qui dépendent des revenus pétroliers pour leur budget. Chaque fois que le prix du pétrole est affecté dans un tel pays, les dépenses consacrées aux activités économiques sont affectées par le biais de l'allocation budgétaire. Une variation négative du prix du pétrole affecte non seulement l'allocation dans l'économie, mais peut également entraîner un financement du déficit et d'autres secteurs de l'économie peuvent en subir les conséquences. Par conséquent, cette étude a examiné les effets asymétriques des prix du pétrole sur les dépenses de santé dans certains pays de l'OPEP sélectionnés (Émirats arabes unis, Arabie saoudite, Irak, Nigéria et Algérie). Ces pays sont les principaux producteurs de pétrole au monde et consacrent moins de 6 % de leur produit intérieur brut (PIB) au secteur de la santé dans leurs différents pays.

L'étude s'est appuyée sur la théorie de la demande en santé pour structurer les modèles d'estimation. Les données ont été extraites des Indicateurs du Développement Mondial-IDM (World Development Indicators - WDI, 2023) et des Données sur les prix des matières premières de la Banque mondiale-DPMPBM (World Bank Commodity Price Data -WCPD, 2023) entre 2000 et 2022 pour l'analyse empirique. L'étude a utilisé le test t de Welch, le panel autorégressif à décalage distribué (ARDL) et le panel autorégressif à décalage distribué non linéaire (NARD) pour estimer les modèles.

Les résultats ont montré que le fardeau des dépenses de santé était davantage ressenti par les ménages au Nigéria et en Irak. De plus, il existe une relation symétrique et asymétrique entre le prix du pétrole et les deux types de dépenses de santé utilisées à long terme. Plus précisément, la réduction du prix du pétrole a un effet négatif à la fois sur les dépenses de santé publiques (-0,0096) et sur les dépenses de santé à la charge des patients (0,0091). Cela implique que la réduction des dépenses de santé par le gouvernement est due à la baisse du prix du pétrole.

Au vu de ces résultats, les gouvernements de ces pays devraient être attentifs et attentifs aux dépenses de santé pendant les périodes de boom et de crise pétrolière afin de parvenir à une économie saine, comme le proposent les ODD. Plus précisément, l'augmentation des dépenses publiques de santé contribuera à améliorer les activités du secteur de la santé pendant ces périodes.

Optimiser l'efficacité : Impact budgétaire de l'intégration des soins liés au VIH et aux maladies cardiovasculaires et de la délégation des tâches : enseignements tirés de l'étude MAPIT au Nigéria

Emmanuel Ndenor Sambo *UKS Consulting Ltd, Abuja, Nigeria*

Contexte

À mesure que l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH s'allonge, la prévalence du double fardeau – le VIH et les maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension – s'accroît. Rien qu'au Nigéria, environ un adulte sur trois souffre d'hypertension. Pourtant, les milieux aux ressources limitées limitées sont confrontés à des pénuries persistantes de personnels de santé et à un accès insuffisant aux soins.

Alors qu'il existe toujours une pénurie persistante de personnel de santé et un accès insuffisant aux soins de santé dans les contextes à ressources limitées, une stratégie qui sert de mesure provisoire est le transfert et le partage des tâches (TASSH) mis en œuvre dans plusieurs pays pour utiliser efficacement les agents de santé existants afin d'améliorer l'accès des populations à des services de santé de qualité.

L'intégration des soins présente un double avantage. Du point de vue du prestataire, elle optimise l'efficacité, ce qui se traduit par des économies. Du côté de la demande, elle réduit les dépenses liées aux consultations hospitalières et les coûts associés. La synergie entre TASSH et l'intégration des services amplifie ces avantages, comblant les déficits en ressources humaines et rendant les soins plus accessibles.

L'étude MAPIT financée par le NIH (Assurance maladie nationale) dans l'État d'Akwa-Ibom au Nigéria a évalué la faisabilité et l'efficacité de la facilitation de la pratique sur l'intégration d'une stratégie de renforcement des tâches pour le contrôle de l'hypertension dans la plate-forme de soins du VIH dans 30 cliniques de soins de santé primaires.

Buts et objectifs

Cette étude estime l'impact budgétaire de l'intégration des soins contre l'hypertension et le VIH et évalue l'impact du transfert de tâches sur le coût du personnel pour la prestation de soins intégrés contre le VIH et l'hypertension.

Méthodologie

À l'aide d'une approche transversale, des données primaires ont été recueillies auprès de 15 cliniques de soins de santé primaires participantes concernant les éléments suivants : temps et coûts du personnel, coûts des diagnostics et des médicaments pour le VIH et l'hypertension. L'analyse a été réalisée à l'aide d'un modèle Excel personnalisé afin d'estimer les impacts individuels et combinés de l'intégration des services et de la délégation des tâches sur le coût des soins aux personnes souffrant du double fardeau du VIH et de l'hypertension.

Principales conclusions

Alors que TASSH a réduit les coûts des ressources humaines jusqu'à 23 %, l'intégration a réduit le coût global du traitement de l'hypertension et du VIH de 30 %, une combinaison d'intégration et de TASSH a encore réduit les coûts totaux de 2 points de pourcentage supplémentaires.

Conclusion principale

Alors que les pays cherchent à améliorer l'efficacité de leurs investissements dans la santé, des innovations telles que le transfert des tâches et l'intégration des principales interventions de santé présentent des opportunités viables d'effet de levier au niveau des soins de santé primaires, en particulier dans les milieux défavorisés en ressources.

SESSION PARALLÈLE ORGANISÉE 2

11h30-13h00 Mercredi 3 Mars 2025

Évaluation des défis liés à l'accès équitable de la distribution de vaccins du COVID-19 : Études de cas de certains pays africains (session organisée).

Daniel Malik Achala, AfHEA, Accra, Ghana, Senait Alemayehu Beshah, AfHEA, Addis Abeba, Éthiopie, Grace Njeri Muriithi, AfHEA, Nairobi, Kenya, John Ataguba, AfHEA, Fadima Yaya Bocoum, Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso, Chijioke O. Nwosu, Université de l'État libre, Bloemfontein, Afrique du Sud.

Description

Les vaccins jouent un rôle crucial dans la promotion et l'amélioration de la santé préventive et des résultats de santé généraux. Cependant, de fortes inégalités dans la production, la distribution et l'accessibilité des vaccins pèsent sur les pays en développement, qui sont touchés de manière disproportionnée. La pandémie de COVID-19 a encore renforcé ces inégalités et a ravivé le débat sur le renforcement des capacités de recherche et développement (R&D) en matière de vaccins en Afrique. Pour y remédier, une feuille de route visant à atteindre l'objectif de 60 % de production de vaccins d'ici 2040 a été lancée dans le cadre des Partenariats pour la fabrication de vaccins en Afrique-PFVA (Partnerships for African Vaccine Manufacturing-PAVM). Plusieurs autres initiatives, telles que l'initiative « Sauver des vies et des moyens de subsistance », la Plateforme africaine de fournitures médicales-PAFM (Partnerships for African Vaccine Manufacturing (AMSP), l'Accélérateur de Fabrication de Vaccins en Afrique-AFVA (African Vaccine Manufacturing Accelerator -AVMA) et le COVAX, entre autres, sont mises en œuvre en Afrique afin de garantir un accès amélioré et équitable aux vaccins sur le continent. Afin de contribuer aux efforts visant à remédier aux inégalités d'accès aux vaccins en Afrique, un projet collaboratif intitulé « Accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 en Afrique (ECOVA) » est mis en œuvre conjointement par l'Association africaine d'économie et de politique de la santé (AfHEA), les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CENA). Dans le cadre du projet ECOVA, plusieurs études nationales ont été commandées afin d'aborder les questions clés de l'accès inéquitable aux vaccins en Afrique et d'explorer les solutions pour surmonter les défis liés à un accès équitable, en particulier pour les populations vulnérables du continent. Ces études combinent une synthèse des données probantes sur les obstacles, les hésitations, l'adoption et les tendances en matière d'accès aux vaccins contre la COVID-19, ainsi qu'une analyse qualitative des inégalités observées et de leurs causes profondes. De plus, ces études explorent les mécanismes potentiels d'atténuation pour surmonter les inégalités et améliorer l'accès équitable aux vaccins, en particulier pour les populations vulnérables d'Afrique.

Il est proposé d'organiser une session organisée lors de la 7e conférence de l'AfHEA afin de partager les conclusions de ces études. L'étude présentera les résultats d'une revue de la portée et d'une analyse qualitative menées dans quatre pays africains (République démocratique du Congo, Ghana, Kenya et Mozambique) sur l'accès équitable aux vaccins en Afrique, notamment l'hésitation vaccinale, les obstacles à l'accès et à la vaccination, ainsi que les mécanismes de distribution, les défis et les stratégies visant à améliorer l'accès équitable

Une revue de la portée et une analyse qualitative de l'accès, de l'équité, de l'hésitation et de la prise des vaccins contre la COVID-19 au Kenya.

Vincent Okungu *Université de Nairobi, Nairobi, Nairobi, Kenya*

Introduction

Le déploiement mondial des vaccins contre la COVID-19 a été entravé par l'hésitation vaccinale, alors même que la pandémie s'intensifiait entre 2019 et 2022 et exigeait une intensification urgente des efforts de vaccination afin d'atteindre la majeure partie de la population. Au Kenya, la faible couverture vaccinale et les inégalités étaient liées à un manque de transparence, notamment à une mauvaise coordination et à un manque de réactivité et de stratégie pour lutter contre les rumeurs et les idées fausses. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les principaux obstacles à un accès et à une vaccination équitable et rapide au Kenya, ainsi que les moyens de les atténuer. En fin de compte, nous en tirons des enseignements essentiels pour atténuer les impacts de futures pandémies similaires à celle de la COVID-19.

Méthode et matériel

Une recherche numérique de publications évaluées par des pairs a été menée le 17 mars 2024, à l'aide de quatre bases de données : PUBMED, Google Scholar, Cochrane Library et Africa Journals Online. Au total, 60 articles ont été examinés. Les termes de recherche étaient les suivants : vaccin contre la COVID-19 +Accès +Kenya ; vaccin contre la COVID-19 +Adoption+ Kenya ; vaccin contre la COVID-19 +Équité+ Kenya ; vaccin contre la COVID-19 +Hésitation+ Kenya. La recherche a été limitée aux études publiées à partir de 2020, année du déploiement des premiers vaccins. Les données primaires concernaient 25 informateurs clés sélectionnés à dessein. Les données ont été analysées thématiquement, en se concentrant sur les principaux facteurs favorisants et freinant le déploiement et l'adoption du vaccin contre la COVID-19 au Kenya.

Résultats et recommandations

Parmi les déterminants critiques de la vaccination contre la COVID-19, la confiance dans l'efficacité et la sécurité du vaccin était un facteur important, suscitant 90 % des réponses. L'accès géographique aux sites de vaccination a freiné la vaccination, où seulement 14 % de la population a été vaccinée dans les comtés difficiles d'accès. Des facteurs sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la profession et les comorbidités, ont significativement influencé la vaccination au Kenya. Surtout, l'incapacité du ministère de la Santé à apporter une réponse convaincante aux mythes et aux idées fausses concernant le vaccin contre la COVID-19 a finalement affecté la couverture vaccinale à l'échelle nationale. Les principaux points saillants des résultats qualitatifs comprennent l'absence d'une stratégie d'information bien structurée sur les vaccins contre la COVID-19 et une mauvaise coordination des efforts pour lutter contre les rumeurs et la désinformation concernant le vaccin. Les résultats mettent en évidence des facteurs importants qui ont rendu difficile l'accès aux vaccins pour les Kenyans.

Une planification minutieuse et la prise en compte des zones et des personnes les plus défavorisées favoriseront une vaccination plus équitable parmi les Kenyans.

Contribution de cette étude

L'étude a mis en lumière des enseignements politiques essentiels que les pays peuvent prendre en compte avant de déployer de nouveaux programmes de vaccination. Cela permet de mieux se préparer aux futures pandémies.

Accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 : une étude de cas au Ghana

James Akazili

École de santé publique, Université de technologie et de sciences appliquées CK Tedam

Contexte

La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a été reconnue comme l'une des pandémies les plus graves au monde, affectant les systèmes de santé, les économies et la population du monde entier. En Afrique, de nombreux pays ont été touchés, avec plus de 4,8 millions de cas confirmés et 130 000 décès en juin 2021. Le Ghana a enregistré environ 171 657 cas confirmés de COVID-19 et 1 462 décès au 7 Juillet 2023. Les vaccins sont considérés comme l'un des moyens les plus efficaces et les plus rentables pour prévenir les maladies et préserver la santé de la population. Les programmes de vaccination visent souvent à atteindre l'immunité collective et à réduire la morbidité et la mortalité. Malgré des efforts considérables pour faciliter l'approvisionnement et la distribution des vaccins contre la COVID-19 à toutes les populations du monde, les données disponibles suggèrent que plusieurs facteurs ont entravé l'accès, l'acceptation et l'utilisation des vaccins contre la COVID-19. Au Ghana, seulement 15,9 % de la population éligible était entièrement vaccinée en Avril 2022. Ainsi, cette étude a exploré les facteurs influençant la distribution, l'accès et l'adoption des vaccins contre la COVID-19, ainsi que les stratégies appropriées pour améliorer l'accès équitable et l'adoption des vaccins, en particulier pour les populations vulnérables du Ghana.

Méthode

L'étude a adopté une approche de recherche qualitative impliquant une analyse documentaire et une collecte de données primaires par le biais d'entretiens approfondis avec les parties prenantes concernées au Ghana. Nous avons examiné des articles publiés et non publiés, ainsi que des documents de politique nationale existants, liés aux points de vue des parties prenantes, afin de comprendre les facteurs affectant l'accès équitable, l'hésitation et l'adoption des vaccins contre la COVID-19 au Ghana. Les données issues des entretiens avec les parties prenantes ont été codées à l'aide du logiciel QSR Nvivo 12 pour faciliter l'analyse thématique du contenu.

Résultats

Les résultats suggèrent qu'un large éventail de facteurs, notamment les perceptions de la maladie COVID-19 et des vaccins ; le rôle des médias et des membres éminents de la société ; les idiosyncrasies personnelles ; le système de santé, les facteurs internationaux et politiques ont influencé la distribution, l'accès équitable et l'adoption des vaccins COVID-19. De même, les doutes quant à la sécurité clinique et à l'efficacité des vaccins, le manque d'informations sur les effets secondaires possibles, les facteurs socioculturels et religieux ainsi que la désinformation liée à la baisse de la fertilité en vue de réduire la population africaine étaient les principales raisons invoquées pour expliquer l'hésitation à se faire vacciner au Ghana.

Conclusion

L'étude conclut qu'une communication intersectorielle et des stratégies de campagne éducative impliquant les principaux acteurs des secteurs privé et public de la santé, ainsi que des partenaires internationaux, pourraient améliorer la distribution, l'accès équitable et l'adoption des vaccins contre la COVID-19. De même, un engagement communautaire efficace, par le biais de structures et d'un leadership communautaires axés sur la promotion des avantages de la vaccination, pourrait contribuer à résoudre le problème de la désinformation et de l'hésitation à se faire vacciner au Ghana.

Facteurs contribuant à l'hésitation à se faire vacciner et approches pour améliorer l'acceptation des vaccins au Mozambique : une revue de la portée et une évaluation qualitative

Mariana E Posse *Mariana Posse Consultoria*

Contexte

Le retard ou le refus de vaccination compte parmi les principaux obstacles à un accès et une utilisation équitable et rapide des vaccins contre la COVID-19. Nous avons mené une étude exploratoire afin d'examiner les facteurs contribuant à l'hésitation vaccinale au Mozambique et les approches visant à améliorer l'acceptation de la vaccination. Cette étude est complétée par une analyse qualitative de la réponse au déploiement du vaccin contre la COVID-19.

Méthodes

L'examen de la portée a été réalisé selon le cadre analytique en cinq étapes d'Arksey et O'Malley. Nous avons effectué des recherches dans PubMed, The Cochrane Library, African Journal Online et LitCovid du 5 au 22 Janvier 2024. Des représentants d'organisations ayant joué un rôle clé dans la réponse à la COVID-19 participent à des entretiens en face à face pour l'analyse qualitative.

Résultats

Sept des 53 études identifiées ont été incluses dans cette revue. La conception d'étude la plus courante était quantitative et transversale (71 %). L'acceptation du vaccin contre la COVID-19 variait de 59 % à 89 %. Les facteurs prédictifs les plus fréquemment rapportés comme ayant une corrélation positive avec l'acceptation du vaccin étaient le fait d'être un homme et d'avoir des niveaux plus élevés de confiance institutionnelle. Concernant l'âge, des résultats mitigés ont été rapportés. Alors que deux études ont montré que les personnes âgées étaient plus disposées à accepter la vaccination, une étude a révélé que les moins de 25 ans étaient plus réceptifs à la vaccination que les 55 ans et plus. Concernant les raisons de l'hésitation à la vaccination, la plus souvent rapportée était l'incertitude quant à la sécurité et à l'efficacité des vaccins. Aucune étude n'a spécifiquement abordé les populations vulnérables au Mozambique. Les études ont souligné la mise en œuvre d'interventions de promotion de la demande concernant la vaccination contre la COVID-19 et son importance, comme approche pour réduire l'hésitation à la vaccination. En ce qui concerne les résultats de l'analyse qualitative, des contributions telles que les suivantes sont attendues : des éclairages sur les investissements nécessaires dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins, sur les stratégies visant à accroître la demande de vaccins, à améliorer les partenariats public-privé et à assurer l'implication des populations géographiquement, culturellement et économiquement isolées dans les débats sur le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de la réponse aux épidémies et aux pandémies.

Conclusion

Notre étude démontre qu'au Mozambique, la population hésite à se faire vacciner en raison d'une faible confiance dans les vaccins et les institutions. Pour remédier aux inégalités vaccinales et se préparer aux futures épidémies, les décideurs politiques devraient s'attacher à rétablir la confiance institutionnelle en impliquant les communautés de manière équitable et transparente. Les résultats de l'étude et de l'analyse qualitative guideront la réponse aux futures urgences sanitaires.

Les Raisons de l'hésitation et de l'acceptation de la vaccinale Covid-19 parmi les Congolais

Genese Lolimo Lobukulu *AfHEA's ECOVA, Democratic Republic of Congo*

Contexte

Plus, de 9,6 milliards de doses de vaccin Covid-19 ont été injectées dans le monde. Les pays d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale ont des taux de vaccination supérieurs à 50 %. En revanche, les pays africains peinent à vacciner leur population avec un taux inférieur à 10%. Quelles sont les raisons du faible taux de vaccination Covid-19 parmi les Congolais ?

Méthode

Nous avons procédé à une revue de portée d'une part en utilisant le cadre d'Arksey et O'Malley. Les

recherches ont été effectués sur PubMed, ProQuest et Scopus. Les critères d'inclusion étaient des études quantitatives, qualitatives ou mixtes (revues publiées) entre 2019 et 2023 discutant ou évaluant principalement l'acceptation du vaccin Covid-19, l'hésitation à l'accès équitable et opportune. En outre, les entretiens approfondis auprès des informateurs clés ont été réalisés.

Résultats

Au total, 430 articles ont été identifiés dans les bases de données. Parmi eux, seuls 6 articles ont été inclus dans la revue (5 études transversales et 1 étude de cohorte) et 25 entretiens approfondis réalisés. Malgré la forte volonté des Congolais de se faire vacciner, seuls 2,7 % d'entre eux sont complètement vaccinés. Les principales raisons de l'hésitation vaccinale constatée parmi eux, on trouve : la peur des effets secondaires (83,3 %), le manque de confiance dans le vaccin (60,0 %), la crainte que le vaccin soit nouveau et expérimental (84,4 %). A l'inverse, l'antécédent de vaccination Covid-19 chez les parents, le niveau plus élevé de sensibilité perçue au Covid-19 au sein de la famille, la peur de contacter le Covid-19 ; la croyance en l'existence du Covid-19 ; l'appartenance à la profession médicale, la connaissance de la stratégie de vaccination et des groupes prioritaires sont des facteurs favorisant l'acceptation de la vaccination Covid-19 parmi les Congolais.

Conclusion

L'analyse de la littérature et des entretiens approfondis montre que la principale raison de l'hésitation des Congolais à se faire vacciner contre la Covid-19 est le manque de confiance dans le vaccin, de son efficacité, et de sa sécurité. Il est donc nécessaire que les autorités sanitaires et politiques puissent renforcer la confiance de la population Congolaise dans ce vaccin et ainsi que leur niveau de connaissances sur le bien-fondé de la vaccination dans la communauté.

Innovations Numériques, Financements et Approches Communautaires en Santé en Afrique Francophone (Session organisée)

11h30-13h00 Mercredi 3 Mars 2025

Stratégie de santé et d'implication communautaire : une approche innovante pour les soins de santé bucco-dentaire dans les zones rurales de Côte d'Ivoire

Abou Dramane Sangare[1], Mamadi Traore[2], Atta Sébastien Datte[3], Mamadou Samba[4], Jean-Claude Guinan[3] and Luc Philippe Kouadio[5]

(1) UFR Odonto-Stomatologie /Université Félix Houphouët-Boigny (Félix Houphouët-Boigny University) Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire,
(2) UFR Odonto-Stomatologie /Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan, ABIDJAN, Côte d'Ivoire,
(3) UFR Odonto-Stomatologie /Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan,
(4) Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan,
(5) UNIVERSITE F H BOIGNY, ABIDJAN, Côte d'Ivoire

Contexte

En Côte d'Ivoire, de nombreuses inégalités existent entre les zones urbaines et rurales pour l'accessibilité aux soins bucco-dentaires. Cette situation s'explique en partie par la quasi inexistante de l'offre de soins modernes en milieu rural. Pour autant, les affections bucco-dentaires touchent indifféremment l'ensemble des populations et donc celles vivant en milieu rural. Face à cette situation, le principe d'équité cher à la santé publique voudrait que ces populations puissent bénéficier d'une prise en charge appropriée. Dès lors, des initiatives telles que la stratégie Santé Education Communautaire (SEC), qui vise l'autonomisation des communautés et leur appropriation des actions de développement, devient une opportunité. L'objectif de ce travail était de montrer son utilisation dans la gestion de la santé bucco-dentaire des populations vivant en milieu rural en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Notre étude qui est un partage d'expérience décrit les six étapes de la mise en œuvre de la stratégie SEC à savoir :

- (i) **sensibilisation** « partage de la vision »,
- (ii) **mobilisation** « route du développement »,
- (iii) **diagnostic communautaire** « identification des problèmes »,
- (iv) **analyse situationnelle** « projet semence »,
- (v) **formation des acteurs**,
- (vi) activités de développement/promotion de santé et hygène, et des résultats obtenus.

Résultats

Analyse situationnelle bucco-dentaire à plusieurs niveaux : Consultation foraine (Kodjokro 92,5% jamais de consultation, Kouassiblekro 90,6%), Recueil de données registres de consultations (Edjambo 1780 fiches, Frambo 1240), Enquête ménage (Frambo 78 ménages, Kouassiblekro 59). Implication des Agents de Santé Engagement Communautaire (ASEC) (Kodjokro 3, Kouassiblekro 4, Frambo 5). Renforcement des capacités du personnel de santé (Edjambo 5, Frambo 3) et du comité SEC (Kodjokro 7, Kouassiblekro 7 et Frambo 7).

Conclusions

Conclusions

La stratégie SEC ouvre la possibilité d'intégrer la santé bucco-dentaire au niveau communautaire. C'est une approche innovante de par sa méthodologie de détermination des besoins en soins bucco-dentaires et l'implication des populations dans la prise en charge de leur santé dans une logique d'autonomisation.

Mots-clés

Santé bucco-dentaire, zone rurale, santé communautaire, autonomisation, Côte d'Ivoire.

Santé digitale et perception des utilisateurs des outils digitaux : résultats préliminaires de l'évaluation de la mise en œuvre du projet « Ecosystème Digital Minimal (EDM) » au Burkina Faso

Joël Arthur Kiendrébéogo[1], Rémi Kaboré[2], Issa Kabore[3], Yamba Kafando[3], Orokia Sory[3], Simon Tiendrebeogo[4], David Zombre[5], Relwendé Nacanabo[6], Noëllie Konsebo[5] and Charlemagne Tapsoba[7]

(1) Université Joseph KI-ZERBO, Département de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso,
(2) Institut de Santé Publique d'Épidémiologie et du Développement, Bordeaux, France,
(3) Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso,
(4) IRSS, Ouagadougou, Burkina Faso,
(5) Recherche pour la Santé et le développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso,
(6) Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso,
(7) Recherche pour la Santé et le Développement, Burkina Faso, Burkina Faso

Introduction

Depuis Juillet 2023, le Burkina Faso expérimente dans son système de santé le projet « Ecosystème Digital Minimal (EDM) » pour améliorer la gouvernance, l'efficience et la qualité des soins de santé primaires et de la politique de gratuité des soins. L'EDM intègre huit outils numériques : E-flux financier, E-Gratuité, E-Qualité, e-SantéCom, Fiche Individuelle numérique de Soins gratuité (FIS), NetSIGL2.0, REC-Maternité et REC-PCIME. Cette étude présente la perception des utilisateurs de ces outils après l'évaluation préliminaire de l'EDM.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, avec une collecte des données dans quatre districts sanitaires (Ziniaré, Ténado, Manga et Sapouy) entre décembre 2023 et janvier 2024. Un total de 72 formations sanitaires a été visité et 603 utilisateurs interrogées, allant de 18 utilisateurs pour E-Qualité à 170 utilisateurs pour REC-PCIME. Les données descriptives ont été analysées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats

La proportion d'agents formés variait de 52% pour REC-Maternité et REC-PCIME à 97% pour E-flux financier. La complexité perçue des outils variait, elle, de 4% pour e-SantéCom à 65% pour NetSIGL2.0. Pour NetSIGL2.0 et E-qualité, on notait que malgré des taux de formation élevés (respectivement 92% et 94%), ces outils étaient jugés complexes par une majorité d'utilisateurs (respectivement 65% et 59%). L'attitude envers les outils était majoritairement positive, de 72% pour E-Qualité à 100% pour E-flux financier et e-SantéCom.

Conclusion

Cette étude montre des perceptions contrastées dans l'utilisation des outils de l'EDM, soulignant la nécessité de mécanismes d'amélioration continue pour faciliter son adoption et maximiser ses avantages pour le système de santé.

Améliorer l'adhésion à la Couverture Maladie Universelle (CMU) en Côte d'Ivoire : une approche Fuzzy Delphi pour intégrer efficacement les réseaux sociaux dans la stratégie de communication

Angélique Nelly Salanon[1], Obayomi Marc Valère[2]

(1) Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA), Abidjan, Côte d'Ivoire
(2) OBALE

Résumé

Depuis 2015, les améliorations de la couverture des services de santé stagnent et le monde entier est confronté à un réel défi de la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU). En Côte d'Ivoire, la mise en œuvre de la politique de Couverture Maladie Universelle (CMU) est un défi malgré l'enrôlement massif de 10 millions de personnes en quatre ans. Le faible taux d'utilisation de la CMU, à peine 10% à fin 2023, souligne la nécessité d'explorer de nouvelles stratégies pour accroître l'efficacité du programme. Dans ce contexte, cette recherche vise à examiner les conditions nécessaires pour exploiter et intégrer efficacement les réseaux sociaux, tels que Facebook, TikTok, largement répandus en Côte d'Ivoire, comme un moyen potentiel de communication sur la CMU afin d'encourager et d'améliorer l'adhésion et l'utilisation effective des services de santé couverts.

Notre méthodologie comprend trois étapes. Dans un premier temps, nous élaborons un questionnaire basé sur des entretiens avec des experts en santé publique, en économie de la santé, en administration du système sanitaire et en communication politique. Ce questionnaire vise à identifier les composantes essentielles d'une stratégie de communication intégrant les réseaux sociaux pour la CMU. Ensuite, ce questionnaire est administré à une vingtaine d'experts en santé ayant une expérience avérée dans la

mise en œuvre d'interventions en santé. Enfin, les données sont analysées à l'aide de la méthode Fuzzy Delphi pour identifier les composantes sur lesquelles il y a consensus et celles sur lesquelles les experts divergent.

Les résultats de cette étude seront essentiels pour éclairer les responsables politiques sur la manière d'utiliser efficacement les réseaux sociaux pour promouvoir l'utilisation de la CMU en Côte d'Ivoire. En exploitant pleinement le potentiel des réseaux sociaux, il sera possible de surmonter les obstacles actuels et d'accroître l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population.

Mots clés

CMU, Côte d'ivoire, Réseaux sociaux, Fuzzy Delphi

Facteurs associés à l'utilisation des outils numériques par les professionnels de santé : Cas de l'Ecosystème Digital Minimal (EDM) du Burkina Faso

Relwendé Nacanabo[1], Joël Arthur Kiendrébéogo[2], David Zombre[3], Issa Kabore[4], Rémi Kaboré[5], Noëllie Konsebo[3], Orokia Sory[4], Charlemagne Tapsoba[6] and Yamba Kafando[4]

(1) Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso,
(2) Université Joseph KI-ZERBO, Département de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso,
(3) Recherche pour la Santé et le développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso,
(4) Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso,
(5) Institut de Santé Publique d'Épidémiologie et du Développement, Bordeaux, France,
(6) Recherche pour la Santé et le Développement, Burkina Faso, Burkina Faso

Contexte

Le taux d'utilisation de la santé numérique dans le secteur des soins de santé est faible dans de nombreux pays. L'utilisation des outils numériques par les professionnels de santé est un facteur qui facilite la mise en œuvre et l'adoption réussies de la santé numérique. Le Burkina Faso a récemment adopté un Ecosystème digital minimal (EDM) dans le secteur de la santé. L'EDM est un panier de huit innovations digitales conçues spécifiquement pour faciliter entre autres, la consultation électronique, la gestion de la gratuité des soins, la gestion des médicaments et l'évaluation de la qualité des soins.

Objectif

Identifier les facteurs associés à l'utilisation des outils de l'EDM parmi les professionnels de santé

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale qui a concerné quatre districts sanitaires du Burkina Faso que sont Ziniaré, Ténado, Manga et Sapouy. L'autocorrélation de Moran a été utilisée pour sélectionner un ensemble représentatif de formations sanitaires dans ces districts. Une procédure d'échantillonnage de commodité non probabiliste a été utilisée pour recruter les professionnels de santé. Des tests des tests t et des modèles de régressions logistiques ont été utilisés pour analyser les données.

Résultats

Nous avons constaté que 548 des 799 (soit 68,6%) des professionnels de santé dont [67(93,1%) responsables de structures ; 218(72,7%) prestataires de soins ; 73(93,6%) gérants de dépôt de médicaments essentiels ; 3(60,0%) gestionnaires de district ; 2(40,0%) caissiers ; 30(51,7%) trésoriers des comités de gestion et 155(55,2%) agents de santé à base communautaire] utilisaient effectivement les outils de l'EDM.

L'utilisation des outils était significativement associée aux profils des utilisateurs. Comparativement aux responsables de structures, les prestataires de soins étaient moins susceptibles d'utiliser les outils (aOR : 0,12 ; IC à 95% 0,04-0,35). Les femmes étaient également moins susceptibles d'utiliser les outils comparativement aux hommes (aOR : 0,45 ; IC à 95% 0,25-0,78). Cependant, l'utilisation des outils était positivement associée à l'âge (aOR : 1,05 ; IC à 95% 1,00-1,11). Aucune différence significative dans l'utilisation des outils n'a été constatée par rapport au niveau d'instruction (p=0,354).

Conclusion

Les résultats de cette étude devraient encourager les décideurs politiques à motiver les prestataires de soins notamment les femmes à utiliser les outils digitaux pour améliorer les soins de santé primaires au Burkina Faso.

Mots clefs

Santé numérique, Professionnels de santé, Utilisation, Burkina Faso.

Financement innovant de la sante de la reproduction au Sénégal : Expériences de la société civile et des organisations communautaires de base

Christine Awa Diouf[1], Thierno Madiou Diallo[1] and Bintou Diallo[2]

(1) Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF), Dakar, Senegal,
(2) Action Développement (AcDev), Dakar, Senegal

Contexte

Au Sénégal, une faible part des dépenses courantes de santé est consacrée à la Santé de la reproduction, de la mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant et des adolescents (SRMNIA) bien qu'elle soit considérée comme domaine prioritaire[1]. L'un des défis majeurs de ce domaine est le financement durable. Afin de le relever, la société civile et les organisations communautaires de base (OSC/OCB) ont mis en place plusieurs stratégies de financement domestique innovantes et alternatives capitalisées par le CRCF, dans le cadre du projet NIP EXPAND.

Objectif

L'objectif de ce travail est de partager, à travers un processus inclusif, des expériences en matière de financement domestique de la SRMNIA et d'identifier les bonnes pratiques de ces expériences mises en œuvre afin de les vulgariser en vue de leur pérennisation.

Méthodes

Un atelier de capitalisation de trois jours, tenu en septembre 2022 a réuni à Dakar 30 participants dont 10 OSC/OCB issues des régions de Dakar, Diourbel, Kolda et Sédhiou, préalablement formés en capitalisation d'expériences et gestion des connaissances.
La méthodologie combinait des présentations PowerPoint, des travaux de groupe et des discussions. Les exposés ont porté sur les généralités du financement de la SRMNIA et les expériences de financement de ces OSC/OCB.

Résultats

Au total, 10 expériences ont été partagées. Des communautés d'épargne et de crédit, aux centres de santé communautaires en passant par les greniers communautaires et mutuelles de santé professionnalisées, ces stratégies aux approches novatrices sont axées principalement sur les femmes, les adolescents/jeunes et les enfants pour un accès durable et à moindre coût aux soins de santé de qualité. Parmi les expériences partagées, 02 thématiques ont été choisies, documentées et vulgarisées à travers des policy brief. Il s'agit des polycliniques communautaires d'Action Développement (AcDev) et du projet « taxawu ndaw ni »[2] de la mairie de Pikine.

Conclusion

En réponse à l'insuffisance notée dans le financement de la SRMNIA au Sénégal, il est essentiel de valoriser les ressources domestiques pour la pérennisation des actions de santé. Cet atelier a permis d'identifier des stratégies de financement domestique alternatives et innovantes et de les vulgariser en vue de leur mis à l'échelle.

[1] 2 MSAS Stratégie Nationale de Financement de la Santé.pdf [Internet]. [Cité 8 Déc 2023]. Disponible sur : https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/2%20MSAS%20Strat%C3%A9gie%20Nationale%20de%20Financement%20de%20la%20Sant%C3%A9.pdf

(2) Expression Wolof qui signifie soutenir les jeunes.

Financement de la Couverture Sanitaire Universelle : Leçons et Orientations Futures pour les Pays Africains (Session Organisée)

Beverley Essue[1], Juliet Nabyonga-Orem[2]

1. *Institut de politique, de gestion et d'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto*
2. *Organisation Mondiale de la Santé*

Description

Introduction

Le financement de la santé est une condition essentielle au fonctionnement du système de santé et à la promotion de la couverture sanitaire universelle (CSU). Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne comment les réformes du financement de la santé pourraient influencer les objectifs et les objectifs intermédiaires du système de santé. Ces dernières années, la CSU établie comme une priorité mondiale, renforcée par les Objectifs de développement durable des Nations Unies, appelle à une politique de financement de la santé durable et équitable comme partie intégrante de la progression vers la CSU. Les réformes du système de santé doivent améliorer la couverture et les objectifs intermédiaires qui y sont explicitement liés. Plusieurs pays ont entrepris les réformes nécessaires du financement de la santé pour progresser vers les objectifs de la CSU. Cependant, il n'est pas certain que l'allocation des fonds communs représente la manière appropriée d'utiliser les ressources. En outre, il est important de clarifier comment les politiques de financement de la santé améliorent l'équité, l'efficacité et la répartition des ressources dans les pays d'Afrique.

Objectif de la session

Amplifier et socialiser les preuves et les principaux enseignements sur les niveaux de ressources de la CSU en Afrique, les approches de génération de ressources et les politiques financières visant à protéger la population.

Objectifs d'apprentissage et impact

Il s'agit de la plateforme la plus pertinente pour diffuser et discuter des données probantes sur la manière de générer et d'utiliser des ressources provenant de différentes sources de financement en Afrique, en tirant les leçons des réformes des politiques de financement de la santé pour la CSU, notamment les politiques d'exemption des frais d'utilisation. Cette session analysera plus en détail l'impact des politiques de financement sur la protection contre les risques financiers, sous l'angle de l'équité. Les discussions contribueront à combler le manque de connaissances s ur les politiques de financement de la santé et l'objectif de

protection contre les risques financiers de la CSU, ce qui stimulera de nouvelles discussions et recherches sur le sujet. Notre objectif est de susciter de nouvelles discussions et collaborations sur de nouvelles opportunités de recherche afin d'examiner les enseignements tirés de nos recherches dans d'autres pays à faible revenu progressant vers la CSU en Afrique. À la fin de la session, nous inclurons un sondage d'évaluation afin de comprendre l'impact de la session sur la réalisation de notre objectif d'apprentissage et d'identifier les points de vue des participants sur les domaines prioritaires pour des travaux ultérieurs sur ce sujet.

Public cible

Universitaires/chercheurs, partenaires de développement, organisations de la société civile, décideurs politiques et exécutants.

Financement des éléments du système de santé en Afrique : Un examen de la portée

Humphrey Karamagi *Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo*

Introduction

Les pays qui réforment leurs systèmes de santé pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) doivent prendre en compte l'ensemble des besoins en ressources à long terme afin de planifier la mise en œuvre et le financement durable de la CSU. Cependant, il manque une conceptualisation détaillée de l'interaction des mécanismes actuels de financement de la santé entre les différents éléments du système de santé. Ainsi, nous avons cherché à produire des données probantes sur la manière d'utiliser les ressources provenant de différentes sources de financement en Afrique.

Méthodes

Nous avons réalisé une revue de la littérature empirique en suivant le cadre méthodologique en six étapes d'Arksey et O'Malley et de Levac, Colquhoun et O'Brien. Nous avons recherché la littérature publiée et la littérature grise dans Medline, Cochrane Library, PubMed, la base de données de l'OMS, la Banque mondiale et les bases de données du moteur de recherche Google Scholar, puis nous avons synthétisé les données selon une approche narrative, impliquant des synthèses thématiques et des statistiques descriptives.

Résultats

Nous avons inclus 156 études sur 1 168 études, dont 13 % étaient des études conceptuelles tandis que 87 % étaient des études empiriques. Ces études sélectionnées se sont concentrées sur le financement des 13

éléments du système de santé. Environ 45 % se sont concentrées sur la prestation de services, 13 % sur les ressources humaines, 5 % sur les produits médicaux et 3 % sur l'infrastructure et la gouvernance. Les études faisant état de plusieurs éléments du système de santé représentaient 8 %, tandis que les cadres d'évaluation du financement de la santé représentaient 23 %. Les années de publication s'étendaient de 1975 à 2021. Bien que les sources publiques aient été la forme de financement la plus dominante, la documentation mondiale des dépenses de santé ne suit pas le financement de toutes les dimensions du système de santé qui ont informé le cadre conceptuel de cette revue de la portée.

Conclusion

Il est nécessaire de plaider en faveur d'un suivi des dépenses des systèmes de santé, y compris des actifs incorporels. Une analyse plus approfondie permettrait d'élaborer un cadre d'évaluation des sources de financement des différents éléments du système de santé, en fonction de l'efficience, de la faisabilité, de la durabilité, de l'équité et des déplacements.

Les politiques de gratuité des soins et la réalisation de la couverture sanitaire universelle : Une revue systématique

Prossy Kiddu Namyalo

Institut de politique, de gestion et d'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Introduction

Les politiques de gratuité des soins sont des politiques de financement et de services essentielles à la promotion de la couverture sanitaire universelle (CSU), car elles favorisent la protection contre les risques financiers, réduisent les dépenses de santé catastrophiques (DSC) et l'appauvrissement dû aux paiements directs. Bien que l'équité ne soit pas une conséquence naturelle de la mise en œuvre d'une politique de gratuité des soins, elle doit être analysée comme un résultat de la protection financière, car elle est inhérente à la CSU et à sa poursuite.

Méthodes

Cette revue systématique a évalué l'impact des politiques de gratuité des soins sur la protection contre les risques financiers. Medline, EMBASE et HealthSTAR ont été consultées pour identifier les études évaluant les politiques de gratuité des soins et la protection contre les risques financiers, publiées entre 2005 et 2023. La plateforme web Covidence a été utilisée pour la déduplication, le filtrage et l'extraction des données. Deux auteurs ont extrait les données indépendamment et 33 articles ont été inclus dans la revue.

Résultats

La plupart des articles (64 %) ont été publiés entre 2016 et 2021. Les trois quarts (75,8 %) des articles se sont concentrés sur les politiques ciblées, en particulier sur les groupes de population et les services, la majorité (82 %) ayant été menée dans la région AFRO de l'OMS. La majorité (68 %) des politiques ciblées ont examiné les services de santé maternelle et infantile. Quatre-vingt-dix pour cent des études comprenaient une analyse de l'équité, 72 % examinant les différences entre les groupes socio-économiques (quintiles de revenu de richesse). L'incidence des CHE était plus élevée pour les politiques ciblées que pour les politiques qui couvraient tous les services et tous les groupes de population. Les données étaient mitigées concernant le lieu de résidence des patients et l'incidence des CHE et des frais OOP. En général, lorsque les établissements de soins de santé primaires étaient utilisés, les ménages encouraient des frais OOP moins élevés. Les honoraires de traitement et les frais des prestataires constituaient la plus grande proportion des coûts médicaux directs et des frais de transport des coûts non médicaux. Les plus riches semblent avoir davantage bénéficié des programmes de soins de santé gratuits que les pauvres.

Conclusion

L'incidence des maladies chroniques et l'appauvrissement ont été identifiés dans toutes les études incluses. L'objectif des politiques de gratuité des soins est de faciliter l'accès financier aux services de santé ; les études incluses devraient, en principe, avoir démontré un degré élevé de protection contre les risques financiers. Cependant, même avec la gratuité des soins, les patients souffrent d'une importante maladie chronique et sont poussés vers la pauvreté en raison des coûts médicaux et non médicaux directs, en particulier les groupes les plus pauvres. Cela est susceptible de freiner la progression vers l'indicateur 3.8.2 de la CSU au niveau national.

Protection financière en Ouganda : réflexions sur la matrice des progrès du financement de la santé de l'OMS

Christabel Abewe *OMS, Kampala, Uganda*

Introduction

La protection financière fait partie intégrante de la couverture sanitaire universelle (CSU) et, avec la couverture des services, constitue l'un des objectifs des systèmes de santé. L'Ouganda a doublé sa couverture des services de CSU, passant de 22 % à 50 % entre 2000 et 2020, et les inégalités de couverture des services essentiels suivis dans l'indice de CSU entre les quintiles ont diminué au cours de cette période. Cependant, le pays n'a pas réussi à réaliser des progrès similaires en matière de protection financière et présente des dépenses de santé catastrophiques très élevées, touchant 13,6 % de la population au seuil de 10 % et 3,6 % au seuil de 25 % en 2020. De plus, il n'y a pas eu de progrès significatifs en matière de dépenses catastrophiques au cours des deux dernières décennies en Ouganda, les progrès réalisés vers 2000-2002 ayant ensuite été perdus. En utilisant l'évaluation et la structure de la Matrice des Progrès du Financement de la Santé (MPFS) de l'OMS, nous avons identifié les politiques de financement de la santé et les changements de politique qui ont significativement influencé la protection financière en Ouganda.

Méthodes

L'évaluation s'est appuyée sur le modèle MPFS de l'OMS, qui établit des hypothèses sur un ensemble de liens entre les politiques de financement de la santé et la performance du système de santé, et les cartographie explicitement. Concernant la protection financière, douze questions ou domaines de la politique de financement de la santé ont été évalués comme des facteurs importants de cette protection. Les données ont été recueillies grâce à une analyse documentaire de documents publiés et non publiés. Des entretiens avec des informateurs clés ont également été menés afin de fournir des données primaires et de valider les informations recueillies auprès de sources secondaires.

Résultats et conclusions

Les causes profondes de la faible protection financière en Ouganda sont l'insuffisance des ressources pour fournir l'ensemble des soins de santé essentiels, le manque de confiance des utilisateurs dans la qualité des services de santé fournis dans le secteur public, les dépenses élevées des ménages en médicaments, les frais/paiements informels/au noir, le recours élevé aux établissements du secteur privé et l'accès inéquitable aux services de santé. Les principaux changements de politique nécessaires pour remédier à la faible protection financière comprennent : i) Augmenter l'allocation des ressources nationales au secteur de la santé par le biais d'efforts de plaidoyer renforcés, ciblés et fondés sur des données probantes. L'Autorité fiscale ougandaise devrait élargir l'assiette fiscale en renforçant l'administration fiscale afin d'augmenter les fonds collectés auprès des assurances automobiles au tiers, des taxes sur les vices et des fonds fiduciaires, en plus d'introduire de nouvelles taxes telles que la taxe aérienne. ii) Créer davantage d'espace budgétaire pour la santé grâce à des gains d'efficacité, notamment un meilleur suivi des performances par rapport aux dépenses, et remédier aux inefficacités des programmes verticaux par l'intégration. iii) Des incitations à la qualité, qui peuvent être promues par une combinaison de mécanismes de paiement et un meilleur suivi des services fournis sur les ressources publiques.

Résilience du système de santé, fabrication locale et défis en matière de services dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Faire progresser l'agenda de la fabrication locale de médicaments en Afrique : opportunités pour renforcer l'appropriation nationale et la durabilité

Frances Ilika

Projet USAID Health Policy Plus (HP+) de la Palladium International Development Company – Abuja, Abuja, Nigéria

Contexte

Malgré une charge de morbidité très élevée due aux maladies infectieuses, de nombreux pays africains ont accès à des médicaments, notamment aux traitements antirétroviraux, auprès de sources internationales. Avec le soutien du projet Health Policy Plus, financé par l'USAID, le gouvernement nigérian a évalué la faisabilité de la fabrication de médicaments, en utilisant la production d'antirétroviraux (ARV) au Nigéria comme mécanisme de financement durable.

Méthode

Une approche en trois étapes a été adoptée, comprenant une analyse documentaire de la littérature pertinente, des entretiens avec des informateurs clés auprès des principales parties prenantes issues du gouvernement, des associations et fabricants pharmaceutiques, des organismes de réglementation, des donateurs, du secteur privé, des partenaires et de la société civile, ainsi qu'une étude de marché visant à déterminer les avantages économiques. Les parties prenantes ont été sélectionnées en fonction de leurs connaissances techniques et politiques et de leur implication dans le paysage de la fabrication et de la mise en œuvre tout au long de la chaîne de valeur. L'approche multisectorielle a permis d'explorer les besoins, les contraintes, les risques et les avantages.

Résultats

L'évaluation initiale et l'analyse de marché ont démontré la faisabilité de la fabrication locale de produits contre le VIH, sous certaines conditions favorables ; environ 2,16 milliards de dollars US pourraient être générés en dix ans. Parmi les principaux leviers identifiés figurent la collaboration multisectorielle avec diverses parties prenantes au sein du gouvernement, la création d'un environnement favorable et l'obtention d'engagements commerciaux, l'assistance technique pour les approbations de l'OMS et de la FDA, le contrôle qualité, la réalisation d'investissements adéquats en capital et en ressources humaines, ainsi que le soutien réglementaire aux agences et aux entreprises pharmaceutiques afin d'obtenir toutes les approbations nécessaires et des financements à des conditions avantageuses.

Discussion/Conclusion

À partir des données présentées ci-dessus, une feuille de route concrète a été élaborée. Elle détaille une approche globale pour lancer la production locale de produits de lutte contre le VIH au Nigéria, en précisant les principaux acteurs, les étapes clés et la marche à suivre pour sa mise en œuvre. Promouvoir la production locale en Afrique est crucial et capital pour améliorer l'accès aux traitements vitaux, atteindre l'autosuffisance, renforcer l'appropriation locale et la durabilité. Ce document constitue un corpus de connaissances enrichi pour le gouvernement, les décideurs politiques et les autres acteurs clés, afin de faire avancer les discussions sur la création d'un environnement propice à la production locale de produits essentiels en Afrique.

Comment l'introduction d'un outil innovant améliore l'accès aux médicaments essentiels et la qualité des soins de santé : une étude de cas de l'hôpital tertiaire le plus important du Liberia

Augustine Aghogho Omodieke[1], Dama Yekeson-Koffa[2], Abraham Attah[3], Kayode Samuel Alabi[4], Yewande Ogundeji[5], Olasunmbo Makinde[6]

(1). B.Agric, Project DPro, Fondation pour la stratégie et l'action en matière de santé, Abuja, FCT, Nigéria
(2). John F. Kennedy Medical Center (JFKMC), Monrovia, Montserado, Libéria
(3). JS Morlu, LLC, Banjul, Gambie
(4). Fondation pour la stratégie et l'action en matière de santé (HSDF), Abuja, FCT, Nigéria
(5) Fondation pour la stratégie et l'action en matière de santé, FCT, Nigéria
(6) Fondation pour la stratégie et l'action en matière de santé, Ikoyi, Lagos, Nigeria

Contexte

L'accès aux produits médicaux, notamment aux médicaments essentiels, est essentiel à la prestation de services de santé de qualité. Cependant, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment en Afrique subsaharienne, les établissements de santé, à tous les niveaux, sont confrontés à des ruptures de stock fréquentes de produits essentiels, ce qui entraîne de mauvais résultats sanitaires pour la population. Plusieurs facteurs, allant du financement aux systèmes d'information, ont été décrits comme des facteurs clés. Ce résumé illustre comment l'introduction d'un outil innovant aide le plus grand hôpital d'un pays à renforcer son système d'information sanitaire et à surmonter ce problème.

Méthodologie

Prenant comme étude de cas le principal hôpital du Libéria, une évaluation du système de chaîne d'approvisionnement de l'établissement a été menée en collaboration avec l'équipe de direction de l'hôpital, à l'aide du cadre d'architecture institutionnelle (AI) des systèmes de santé. Ce cadre se concentre sur les acteurs/personnes, les processus et les outils qui interagissent pour améliorer le système de santé. Un ensemble d'entretiens structurés avec des informateurs clés, de discussions de groupe, d'observation des processus et d'analyses documentaires a permis de déceler les lacunes dans la gouvernance, les stocks et le système d'information de gestion logistique de l'hôpital. Notamment, les politiques/directives

manquaient, les processus d'inventaire et de stockage des produits étaient mal gérés, et un système d'information de gestion logistique (SIGL) papier non standardisé était utilisé. Sur une période de trois ans, s'appuyant sur l'architecture institutionnelle, une approche de co-création a été utilisée pour développer et mettre en œuvre des solutions contextualisées, notamment l'adaptation du formulaire combiné de rapport, de demande, d'émission et de réception (FCRDER) et le développement d'un outil de gestion des stocks basé sur Google pour traiter la composante « outils » du cadre. De même, la formation et le mentorat/coaching ont été utilisés pour renforcer les capacités des « acteurs » tandis que des politiques/lignes directrices ont été élaborées et déployées pour renforcer les « processus ».

Résultats

Le renforcement des capacités et le soutien au mentorat et au coaching ont permis aux acteurs de mieux utiliser un outil SIGL standardisé, améliorant ainsi les pratiques de gestion des stocks. Cela a favorisé la génération régulière et la communication en temps réel de données fiables sur les stocks, améliorant ainsi la visibilité. De plus, une analyse régulière des habitudes de consommation par point de service est désormais réalisée, permettant ainsi d'orienter les prévisions et la quantification des produits essentiels. L'équipe de direction prend désormais des décisions éclairées en matière de planification des achats, limitant ainsi les ruptures de stock et servant ainsi mieux plus de 3 millions de personnes au Libéria.

Conclusion

Dans des contextes similaires, l'introduction d'outils similaires devrait être envisagée et mise en œuvre dans le contexte et la compréhension de l'architecture institutionnelle, car elle s'avérerait utile pour déterminer les principaux facteurs de faible performance des systèmes de santé tout en tirant parti de l'approche de co-création pour organiser des solutions locales et adaptables qui contribueront de manière significative à l'amélioration des systèmes de santé.

Impact de la chirurgie sur le développement économique dans les pays à revenus faibles et moyens : Une analyse dynamique de données de panel

Martilord Ifechi Ifeanyichi[1], Johnson Nchege[2], Ebikabowei Aduku[3], Meskerem Kebede[1], Maeve Sophia Bognini[1], Rachel Hargest[1] and Rocco Friebel[1]

(1) Unité de politique chirurgicale mondiale, LSE Health, École d'économie et de sciences politiques de Londres, Londres, Royaume-Uni,
(2) Université du Nigeria Nsukka, Nsukka, Nigéria,
(3) Université Nnamdi Azikiwe, Awka, Nigéria

Conclusion

L'accès à la chirurgie reste limité dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), où son coût a toujours été jugé prohibitif. Un consensus croissant se dégage quant à la nécessité de systèmes chirurgicaux

robustes pour le bien-être économique national, mais son impact direct n'a pas été quantifié.

Objectif

L'étude a exploré l'impact de la chirurgie sur le développement économique des pays à revenu faible ou intermédiaire en utilisant des données de panel couvrant les années 2000 à 2022.

Méthodes

Le développement économique a été mesuré à l'aide du produit intérieur brut (PIB) par habitant. Le volume des activités chirurgicales dans un pays a été estimé par le volume de sutures (en kilogrammes) importées dans le pays pour 100 000 habitants, obtenu auprès du Comtrade des Nations Unies. Étant donné que la production locale de sutures pouvait affecter le PIB par habitant par d'autres moyens que l'amélioration de la santé, les pays qui produisent des sutures localement ont été exclus. L'effet de la chirurgie sur le PIB par habitant a été évalué à l'aide de la technique d'estimation de données de panel dynamiques du système de la Méthode des Moments Généralisés dans le cadre de la théorie de la croissance de Solow augmentée.

Résultats

Au total, 95 pays à revenu faible ou intermédiaire ont été inclus dans l'étude.
Français L'analyse a montré qu'une augmentation d'une unité du volume de sutures importées (kg pour 100 000 habitants) conduit à une augmentation de 0,001 unité du PIB par habitant dans les PRFI étudiés (valeur p : 0,001). Dans une analyse désagrégée, un impact plus fort a été constaté dans les pays à faible revenu, avec une augmentation d'une unité des sutures importées entraînant une augmentation de 0,043 unité du PIB par habitant (valeur p : 0,000), tandis que les résultats pour les pays à revenu élevé sont restés cohérents avec les conclusions générales.

Conclusion

Cette étude fournit des preuves quantitatives de l'impact positif significatif de la chirurgie sur la prospérité économique des pays à revenu faible ou intermédiaire, avec un effet remarquablement plus marqué dans les pays à faible revenu. Au-delà des bénéfices directs pour la santé, les résultats fournissent de solides arguments économiques en faveur d'investissements dans les systèmes chirurgicaux, afin d'élargir l'accès à des interventions chirurgicales sûres, rapides et abordables pour tous dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Facteurs déterminants de la rupture de stock de médicaments et des dépenses médicales chez les réfugiés kenyans pendant la pandémie de COVID-19

Thonaeng Molelekoa, Abayomi Samuel Oyekale

(1) Université du Nord-Ouest, Afrique du Sud
(2) Université du Nord-Ouest, Mafikeng, Afrique du Sud

Contexte

La pandémie de COVID-19 demeure l'un des défis majeurs en matière de santé et de développement que le monde n'ait jamais rencontré. À l'échelle mondiale, les besoins en services médicaux ont considérablement augmenté pendant la pandémie, tandis que les inégalités d'accès aux services médicaux ont été aggravées par la diminution des ressources humaines. La demande croissante de services de santé a creusé les inégalités existantes en matière d'accès aux soins, la situation des réfugiés devenant de plus en plus déplorable.

But et objectif

Cet article a analysé les déterminants de la rupture de stock de médicaments et des dépenses médicales parmi les réfugiés kenyans pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodes

Les données ont été collectées à l'aide d'un échantillonnage aléatoire stratifié par le HCR en cinq vagues de panel, comprenant 1328 répondants à la vague 1, 1699 à la vague 2, 1483 à la vague 3, 1371 à la vague 4 et 1556 à la vague 5. Les réfugiés enregistrés par le HCR ont constitué la base de sondage. Les membres adultes des ménages ont été les répondants aux entretiens qui ont été menés bimensuellement entre mai 2020 et juin 2021. Les données ont été initialement analysées en tenant compte de leur nature de panel, mais les statistiques du rapport de vraisemblance étaient non significatives ($p>0,05$). Par conséquent, des régressions Probit ordinaires et Tobit à variable instrumentale (IV) ont été utilisées.

Principales conclusions

Les résultats ont montré que 15,56 % des répondants avaient besoin de médicaments mais ne pouvaient pas y accéder, tandis que 14,86 % se rendaient dans des centres de santé. Les dépenses mensuelles moyennes de santé s'élevaient à 212,30 KSh. La probabilité de rupture de stock de médicaments était significativement influencée ($p < 0,05$) par l'aide des ONG, l'aide gouvernementale, l'âge, la vente de bétail, la vente d'autres actifs et le nombre de visites à l'hôpital, mais diminuait avec la taille du ménage, le chef de ménage masculin et le nombre d'entreprises. La régression IV Tobit a été réalisée avec une rupture de stock de médicaments instrumentée par les visites à l'hôpital (. Le test de Wald des statistiques d'exogénéité (19,75) était statistiquement significatif, ce qui implique que la rupture de stock de médicaments était endogène. Les dépenses médicales ont augmenté de manière significative ($p < 0,05$) avec la rupture de stock de médicaments (KSh 2735,55), l'accès aux prêts (KSh 618,25), l'aide des ONG (KSh 349,24), la taille du ménage (KSh 79,96), la vente d'autres actifs (KSh 388,40), le nombre d'entreprises

(KSh 895,72) et la résidence urbaine (KSh 383,54), mais ont diminué avec la direction du ménage par un homme (KSh 260,11).

Conclusion

Il a été conclu que les médicaments étaient inaccessibles aux réfugiés les plus vulnérables économiquement qui recherchaient des services médicaux, et qu'il existait une différence entre les sexes dans la demande de services médicaux. Les efforts visant à promouvoir l'accès aux services de santé et à la santé parmi les réfugiés devraient cibler les ménages les plus vulnérables économiquement et les ménages dirigés par des femmes.

Mots-clés

Rupture de stock de médicaments ; Dépenses médicales ; Réfugiés ; COVID-19 ; Kenya.

La criminalité dans les zones urbaines entrave la fourniture de services de santé dans les centres de soins de santé primaires : une étude qualitative au Nigéria

Pamela Adaobi Ogbozor[1], Tochukwu Charles Orjiakor[2], Obinna Emmanuel Onwujekwe[2], John Eze[3], Nicola Bowes[4]

(1) Université d'État des sciences et technologies d'Enugu, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria
(3) Université du Nigéria, Nigéria
(4) Université métropolitaine de Cariff, Royaume-Uni

Introduction

Des estimations récentes révèlent une urbanisation rapide du monde, en particulier dans les pays à faible revenu. Compte tenu de la forte concurrence et des différences spatiales d'accès aux ressources rares, la criminalité est susceptible d'augmenter et d'impacter le bien-être des citadins. L'accès et la fourniture des services de santé essentiels dans les centres de santé primaires sont également affectés. Nous avons étudié comment la criminalité entrave la fourniture et l'accès aux services de santé dans deux centres urbains du sud-est du Nigéria.

Méthode

Huit quartiers urbains de deux grandes villes du sud-est du Nigéria ont été sélectionnés pour l'étude. Les principales parties prenantes ont été impliquées soit dans des entretiens approfondis, soit dans des discussions de groupe ciblées (DGC). Le groupe de participants aux entretiens approfondis comprend 52

parties prenantes clés, dont 8 responsables des politiques de santé, 10 responsables de la santé formelle, 10 agents de sécurité, 6 coordinateurs de prestataires informels, 8 prestataires de santé informels et 10 dirigeants communautaires. Les discussions de groupe ciblées ont impliqué 4 femmes et 4 hommes. Les données ont été analysées thématiquement à l'aide de Nvivo 12.

Résultat

Les professionnels de santé sont confrontés à d'importants problèmes de sécurité, notamment des vols, des actes de vandalisme sur le matériel et les fournitures médicales des centres de santé primaires, ainsi que des vols de téléphones portables et de sacs à main dans les établissements, notamment la nuit ou lors des programmes de sensibilisation. La criminalité a un impact profond sur les professionnels de santé, entraînant une augmentation de l'absentéisme, notamment une moindre volonté d'assurer les gardes de nuit, une réticence à vivre dans les locaux du personnel, une baisse de motivation et une prudence accrue dans l'accueil des patients la nuit. La peur constante de travailler la nuit a même conduit certains professionnels de santé à raccompagner des patientes chez elles pour des accouchements, ce qui aggrave la prestation de services aux autres et limite l'accès des patients aux soins. Les professionnels de santé et leurs responsables ont proposé des stratégies pour lutter contre l'insécurité dans les centres de santé primaires, notamment la clôture des centres, le recours à du personnel de sécurité équipé pour une surveillance 24h/24, la mise à disposition de logements sécurisés pour les professionnels de santé, la collaboration avec les responsables communautaires et les services de sécurité locaux, et l'intervention rapide des forces de sécurité gouvernementales.

Conclusion

Les services de soins primaires en milieu urbain sont exposés à des défis qui compromettent la disponibilité et l'accès aux services de santé. L'insécurité constitue une menace sérieuse pour la prestation et l'utilisation des services de santé, limitant la réalisation de la couverture sanitaire universelle et favorisant l'équité. Le renforcement de la sécurité améliorera la sûreté et la continuité de la prestation des services de santé essentiels.

Construire un système résilient de gestion des urgences de santé publique : Résultats de l'évaluation de base de l'activité de résilience sanitaire USAID/Ethiopian Health Resilience Activity

Tefera Alemu[1], Elsabet Megersa[2], Kassa Hailu[1], Asaminew Girma[1], Veronica Triana[3], Muluken Melese[3], Elke Konings[3], Floride Niyuhire[3], Lemma Belay[4], Helena Hailu[4], Daniel Gebremichael[4]

1. *USAID/ Activité de résilience sanitaire, Gestion des Sciences pour la Santé (GSS)/ Bureau national de l'Éthiopie*
2. *USAID/Activité de résilience en santé, Société de la Croix-Rouge Éthiopienne (SCRE) / Quartier général*
3. *USAID/Activité de résilience sanitaire, Gestion des Sciences de la Santé (GSS)/Bureau mondial*
4. *Agence américaine pour le développement international – Éthiopie*

Contexte

L'Éthiopie est confrontée à des situations d'urgence permanentes et de plus en plus graves, et ses systèmes actuels de préparation et d'alerte précoce sont insuffisants pour permettre une détection rapide et une réponse efficace. Pour combler ces lacunes, l'USAID a lancé le projet « Activité de résilience sanitaire en Éthiopie », mis en œuvre par MSH et ERCS en tant que principaux sous-partenaires.

Objectif

Cette évaluation évalue les capacités de base du Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 au niveau local en fonction des domaines de résultats du projet.

Méthodes

En Septembre 2023, une évaluation de référence a été menée auprès de 15 bureaux de santé de woreda (WrHO), 48 centres de santé, 38 postes de santé, 7 hôpitaux et 10 établissements de santé privés. Les données ont été collectées au moyen d'enquêtes et de techniques d'échantillonnage aléatoire simple, avec des entretiens en face à face et des examens de dossiers réalisés via l'application ODK. L'analyse a été réalisée avec Microsoft Excel 365.

Résultats

Chaque WrHO dispose d'un responsable de la Gestion des Urgences de Santé Publique (GUSP) à temps plein, et tous les centres de santé et hôpitaux ont désigné des points focaux GUSP. Sur les 15 woredas étudiés, 10 (66,7 %) ont élaboré une évaluation et une cartographie des risques de vulnérabilité (ECRV), et 5 (33,3 %) ont mis à jour leurs plans de préparation et d'intervention d'urgence (PPIU) pour l'exercice 2022/23. Cependant, un seul woreda a alloué un budget d'urgence pour les urgences anticipées dans son PPIU. Des conseils de gestion des risques de catastrophe (GRC), des équipes d'intervention rapide (EIR) et des groupes de travail techniques (GTT) ont été créés dans respectivement 15 (100 %), 14 (93,3 %) et 8 (53,3 %) woredas. Cependant, les taux de fonctionnalité étaient de 66,7 % pour les conseils de GRC, 86,8 % pour les RRT et 40 % pour les GTT. Français Le système de surveillance communautaire et événementielle (CEBS) était en phase pilote dans 10 kebeles des woredas d'Ayehu Guagusa et 5 kebeles des woredas de Jabi Tehnan dans la région d'Amhara et le Système d'information sanitaire de district 2 (SISD2) pour la GUSP est mis en œuvre dans l'administration de Dire Dawa. Les taux d'exhaustivité et de rapidité des rapports de surveillance hebdomadaires étaient respectivement de 89,7 % et 87,8 %. Seul un tiers des woredas ont analysé et utilisé les données de leur Système d'alerte précoce et de notification (SAPN). Sur 21 événements épidémiques survenus l'année précédente, 16 (76,2 %) ont été détectés dans les 7 jours suivant leur apparition, tous ont été notifiés dans les 24 heures et 14 (66,7 %) ont fait l'objet d'actions de réponse précoce dans les 7 jours. La plupart des woredas avaient des réunions d'examen limitées et irrégulières, une supervision de soutien et des mécanismes de retour d'information. Trois woredas (20 %) manquaient d'ordinateurs, huit (53,3 %) n'avaient pas d'ordinateurs portables et neuf (60 %) n'avaient pas d'accès à Internet.

Conclusion

Bien que le gouvernement éthiopien ait mis en place des mécanismes locaux de surveillance et de réponse, leur mise en œuvre et leur fonctionnalité varient selon les woredas. Les capacités locales en matière de surveillance communautaire et événementielle, d'analyse et d'utilisation des données SAPN, de préparation et de coordination aux situations d'urgence restent insuffisantes et immatures.

Recommandation

Les responsables de projets et leurs parties prenantes doivent s'attacher à combler les lacunes identifiées afin de renforcer les capacités clés du RSI au niveau local. Cela comprend la mise en place d'un mentorat régulier, l'organisation de réunions d'évaluation et de bilans d'actions, l'organisation d'exercices de simulation, la fourniture de formations sur mesure et la facilitation de visites d'échange d'expériences. De plus, il est crucial de fournir des équipements essentiels tels que des ordinateurs portables, des clés USB et des services Wi-Fi pour permettre aux bureaux de santé des woredas (WrHO) de devenir des centres d'excellence.

Évaluations économiques des interventions liées au VIH, à la santé maternelle, à l'anémie, à la COVID-19 et à la santé numérique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

11h30-13h00 Mercredi 3 Mars 2025

Coûts de la mise en œuvre des interventions de réduction de l'anémie chez les femmes transformatrices de poisson au Ghana

Francis Adane[1], Genevieve Cecilia Aryeetey[2], Richmond Aryeetey[1] and Justice Nonvignon[3]

(1) Université du Ghana, Accra, Ghana
(2) École de santé publique de l'Université du Ghana, Accra, Ghana
(3) Département de politique, de planification et de gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana

Contexte

L'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) reste élevée au Ghana, touchant 41 % d'entre elles en 2022. Les femmes des communautés à faible revenu du Ghana engagées dans des activités de transformation du poisson courent un risque accru d'anémie en raison d'une alimentation inadéquate, d'une exposition à des agents pathogènes infectieux et de polluants. Le projet « Pêcheurs Invisibles » (PI) a été mis en œuvre auprès des femmes transformatrices de poisson en âge de procréer dans les régions du Centre et de la Volta au Ghana afin de lutter contre l'anémie. Malgré l'efficacité, la faisabilité et l'évolutivité de l'intervention, son coût de mise en œuvre est inconnu.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'estimer les coûts de mise en œuvre du projet PI au Ghana

Méthodes

Nous avons utilisé une approche de micro-coût pour analyser les coûts de mise en œuvre du projet PI. Les données ont été collectées dans le cadre d'un essai pilote randomisé contrôlé comportant trois interventions : la communication pour le changement de comportement (CCC), le renforcement de l'engagement des transformateurs de poisson sur le marché et la communication pour le changement de comportement (RET+CCC), et les technologies et pratiques de fumage du poisson et la communication pour le changement de comportement (PFP+CCC). La BCC a sensibilisé les participants aux causes de l'anémie et aux stratégies de réduction des risques, tandis que la PME s'est penchée sur les problèmes liés à l'inadéquation des installations de stockage, à l'éloignement physique des marchés, aux compétences entrepreneuriales et à l'accès au crédit chez les transformatrices de poisson. Enfin, la PFP a introduit et promu un four de fumage de poisson amélioré, conçu pour réduire l'exposition des transformatrices de poisson aux polluants atmosphériques. Les interventions ont été menées auprès de 60 transformatrices de poisson dans la région Centre et de 60 dans la région de la Volta. Le coût de l'intervention a été estimé d'un point de vue sociétal. Les coûts économiques ont été classés en coûts directs (c'est-à-dire le personnel, le transport, les réunions, la formation, le suivi, l'administration, le four, l'ordinateur, la papeterie et le mobilier) et en coûts indirects (c'est-à-dire la valeur du temps productif perdu par les femmes et les bénévoles).

Résultats

Le PFP+CCC avait le coût moyen par bénéficiaire le plus élevé (11 898,62 USD), suivi du PME+BCC (8 962,93 USD). Le CCC était le moins cher (4 651,93 USD) sur la période d'intervention de 18 mois. Les coûts récurrents constituaient la plus grande part des coûts économiques (98 %). Les principaux facteurs de coûts directs étaient le personnel (58 %), les frais administratifs (14 %) et le transport (7 %).

Conclusion

Le coût de mise en œuvre des interventions du projet PI auprès d'une petite population est élevé, comparé à celui d'études similaires à grande échelle menées au Kenya (110 USD) et au Burundi (770 USD). La planification et l'extension des interventions à des populations plus larges pourraient permettre de réaliser des économies d'échelle et de réduire le coût moyen des interventions.

Une analyse coût-efficacité des interventions de soins intensifs liées au COVID-19 à Addis-Abeba, en Éthiopie : une étude de modélisation

Senait Beshah *Addis Abeba, Ethiopie*

Objectif

Estimer et comparer la rentabilité des approches d'intervention en soins intensifs COVID-19 : gestion non invasive (oxygène sans intubation) et invasive (intubation) en Éthiopie.

Méthodes

Un modèle de Markov est utilisé pour comparer les coûts et les résultats des interventions cliniques non invasives et invasives contre la COVID-19, à partir de sources de données primaires et secondaires. Les coûts des prestataires de soins (fréquents et en capital) et les coûts des patients (directs et indirects) ont été estimés et rapportés en dollars américains (USD) de 2021. La mesure des résultats utilisée dans cette analyse est le nombre des DALYs évitées. Le rapport coût-efficacité moyen (RCEM) et le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) ont été rapportés. Des analyses de sensibilité unidirectionnelles et probabilistes ont été appliquées pour évaluer la robustesse des résultats. L'analyse est réalisée à l'aide du logiciel de santé Tree Age Pro 2022.

Résultats

Le coût moyen par patient et par épisode pour la prise en charge critique légère/modérée, sévère, non invasive et invasive était respectivement de 951 $, 3 449 $, 5 514 $ et 6 500 $. Selon le rapport coût-efficacité moyen (RCEM), la prise en charge non invasive a permis d'éviter 1 991 $ par DALY, tandis que la prise en charge invasive a permis d'éviter 3 998 $ par AVCI. De même, le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) de la prise en charge invasive par rapport à la prise en charge non invasive était de 4 948 $ par AVCI évitée. Conclusion La prise en charge clinique des cas critiques de COVID-19 en Éthiopie est associée à une charge financière importante. Il est peu probable que l'intervention invasive soit une intervention COVID-19 rentable en Éthiopie par rapport à la prise en charge critique non invasive en utilisant un seuil de volonté de payer de trois fois le PIB par habitant.

Mots-clés

COVID-19, Coût, Rapport coût-efficacité, Critique. Invasif, Non invasif

Une approche nationale visant à tirer parti de la technologie numérique pour suivre les flux de ressources afin d'améliorer la planification et l'allocation des ressources du secteur de la santé : l'exemple de réussite du Rwanda

Enock Rwamuza[1], Muhammed Semakula[2], Elisabeth Uwanyiligira[3], Okore Okorafor[1], Eric Musengimana[2]

(1) USAID Ireme / MSH, Rwanda
(2) Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda
(3) USAID, Rwanda

Contexte

Dans la plupart des pays africains, les systèmes de santé sont financés par diverses sources, notamment des fonds externes, des budgets publics et des paiements directs. Dans ce contexte, les ministères de la Santé peinent souvent à aligner les dépenses externes sur leurs processus nationaux de planification et de budgétisation, ce qui accroît le risque d'inefficacité de l'allocation des ressources. Un meilleur suivi et une meilleure visibilité des interventions et services financés par des fonds externes sont donc nécessaires. Le Gouvernement Rwandais (GR) avait précédemment investi dans un système numérique développé en externe pour suivre les fonds nationaux et externes destinés à la santé. En raison de limitations d'autonomie quant à l'adaptation des fonctionnalités de ce système, le GR a interrompu ce système en 2017 et est revenu au suivi manuel des dépenses à l'aide de fichiers Excel. Le GR a désormais développé avec succès un outil numérique de suivi des ressources sanitaires (ONSRS) développé en interne, qui fournit des informations précises et actualisées sur les flux de ressources (actuelles et budgétisées) dans le secteur de la santé, tant nationales qu'externes. ONSRS identifie la source spécifique des fonds, leur utilisation par domaine d'intervention, niveau de soins, type de service de santé et localisation géographique.

Objectifs

L'objectif de cette présentation est de décrire le parcours du Rwanda, passant d'un système développé à l'extérieur à un système web automatisé développé localement, permettant la saisie à distance des données budgétaires et de dépenses des partenaires de développement, ainsi que la collecte de données financières à partir de bases de données publiques. ONSRS intègre la méthodologie du Système des comptes de la santé (SCS) au processus de planification et de budgétisation du pays, facilite la production de rapports annuels sur les dépenses de santé en temps opportun et nécessite moins de ressources. L'outil produit des rapports et des tableaux de bord faciles à utiliser pour le dialogue politique et la prise de décision en matière de financement de la santé, ce qui est particulièrement crucial pour les services et programmes de santé sous-financés. Les fonctionnalités du ONSRS permettent au ministère de la Santé de générer diverses statistiques récapitulatives et des analyses de tendances des indicateurs clés de financement de la santé. L'ONSRS est actuellement utilisé par le ministère de la Santé et plus de 100 partenaires de développement. Il s'est avéré être un outil important pour soutenir l'allocation équitable et efficace des financements externes aux domaines prioritaires relativement sous-financés et aux populations vulnérables.

Résultats

Cette présentation présente les principaux enseignements tirés du développement du ONSRS. Parmi ces enseignements figurent les facteurs clés de sa réussite, notamment la propriété des codes sources et la disponibilité des bases de données financières au format numérique. Elle mettra également en lumière les principaux défis rencontrés et les processus fondamentaux pour le développement de ce système innovant de suivi des ressources.

Analyse des coûts de mise en œuvre d'un outil numérique (DISC-Mali) pour les soins de santé communautaires à Ségou, au Mali

Hamidou Niangaly[1], Fatou Diawara[1], Solomane Traoré[1], Kadiatou Traoré[1], Ibrahim Téréra[1], Mamoutou Diabaté[2], Bakary Diabaté[3], Rashidi Amboko[4] and Elevanie Nyankesha[5]

(1) Institut National de la Santé Publique, Bamako, Mali,
(2) Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali,
(3) Direction régionale de la santé de Ségou, Bamako, Mali,
(4) Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bamako, Mali,
(5) Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Introduction

Le Ministère de la Santé du Mali a lancé une stratégie de santé numérique au niveau communautaire, qui a conduit au développement et au déploiement de l'outil DISC-Mali. Cette étude évalue le coût du développement et de la mise en œuvre de DISC-Mali sur deux ans dans la région de Ségou, en tenant compte des perspectives du ministère et de la communauté locale.

Matériels et méthodes

L'évaluation a porté sur les structures de santé et les partenaires aux trois niveaux du système de santé. Une approche d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour sélectionner les structures de santé nationales et régionales et les professionnels impliqués dans DISC-Mali. Un échantillon représentatif de districts sanitaires (6 sur 8) et de sites d'agents de santé communautaires (ASC) (184 sur 220) a été choisi aléatoirement. À titre de comparaison, 184 sites d'ASC de la région de Sikasso, n'utilisant pas l'outil, ont également été évalués. La collecte des données a utilisé des approches descendantes et ascendantes, comprenant des entretiens avec des professionnels et des ASC sélectionnés, les données sur l'utilisation des ressources étant issues de rapports financiers.

Résultats

Le coût total de mise en œuvre de l'outil DISC-Mali s'est élevé à 273 018 864 XOF (445 635 USD), les coûts directs représentant 195 176 086 XOF (318 576 USD), soit 71 % du total. Le coût direct par ASC était de 319 961 XOF (522 USD), tandis que le coût indirect était de 127 611 XOF (208 USD). Les coûts au niveau des sites des ASC ont constitué la majorité des dépenses, représentant 54 % du coût total (147 552 983 XOF, 240 844 USD). Les principales sources de financement étaient l'UNICEF (37 % du coût total), le gouvernement (32 %) et le PACSU (29 %).

Conclusion

L'outil DISC-Mali, avec son coût unitaire direct relativement faible par rapport au PIB par habitant du Mali, constitue une intervention efficace. Compte tenu de son impact positif sur les activités des ASC et de son accessibilité financière, il est recommandé de déployer DISC-Mali à l'échelle nationale.

Mots clés
Coût, digitalisation de la santé, agent de santé communautaire, DISC-Mali.

Rapport coût-efficacité et impact budgétaire de l'introduction d'un nouvel utérotonique pour la prévention de l'hémorragie post-partum en Inde, au Nigéria et en Ouganda

Jeffrey Loren Jacobs[1], Olatunde Amode[2], Dr Samuel Ononge[3]

(1) MSD pour les mères, Rahway, NJ
(2) CHAI-Nigéria
(3) Département d'obstétrique et de gynécologie, Collège universitaire des sciences de la santé de Makerere

Contexte
En 2018, l'Organisation mondiale de la santé a reconnu pour la première fois la carbétocine thermostable, un utérotonique, pour la prévention de l'hémorragie post-partum (HPP).

Objectif
Cette analyse économique et sanitaire soutient la prise de décision concernant l'introduction du HSC dans le secteur public en évaluant le rapport coût-efficacité, le budget et l'impact sur la santé par rapport aux normes prophylactiques actuelles, avec l'Inde, le Nigéria et l'Ouganda comme cas d'utilisation.

Méthode
Un modèle d'arbre de décision a été développé pour comparer la carbétocine thermostable à l'ocytocine et au misoprostol chez les femmes accouchant dans des établissements de santé publics en Inde, au Nigéria et en Ouganda. Ce modèle a pris en compte les différences de risque et de coût de l'HPP selon le mode d'accouchement, le contexte de soins et le comportement du prestataire afin d'atténuer les préoccupations concernant la qualité de l'ocytocine. Les résultats du modèle comprenaient le nombre d'événements d'HPP, les AVCI dues à l'HPP, les décès dus à l'HPP et les coûts directs des soins médicaux. L'impact budgétaire a été estimé sur la base des projections de consommation d'utérotoniques entre 2022 et 2026 en Inde et entre 2024 et 2028 au Nigéria et en Ouganda.

Principales conclusions
Comparée à l'ocytocine, la carbétocine thermostable à usage prophylactique a permis d'éviter davantage d'HPP, d'HPP sévère, de décès et d'AVCI pour 100 000 naissances dans les trois pays. Les coûts médicaux directs projetés pour le système de santé publique étaient également inférieurs pour 100 000.

naissances. Les bénéfices en termes de santé et de coûts étaient encore plus importants par rapport au misoprostol en Inde et en Ouganda, tandis que les bénéfices pour la santé étaient plus importants au Nigéria. Dans l'analyse d'impact budgétaire sur une période de 5 ans, les systèmes de santé publique des trois pays devraient connaître une diminution considérable des HPP et économiser des millions à mesure que la pénétration de la carbétocine thermostable, en tant qu'utérotonique prophylactique, se développe.

Principales conclusions

Une adoption plus large de la carbétocine thermostable pour la prévention de l'HPP pourrait faire progresser les efforts des pays pour atteindre leurs objectifs de santé maternelle visant à réduire l'HPP, à accroître l'efficacité de leurs dépenses de santé publique, à contribuer aux objectifs de couverture sanitaire universelle et à soutenir les programmes de résilience climatique et d'équité en santé.

Le genre, les politiques et dynamiques des lieux de travail dans les systèmes de santé africains

11h30-13h00 Mercredi 3 Mars 2025

Évaluation de la prévalence et des déterminants de la violence au travail chez les infirmières des hôpitaux publics tertiaires de l'État d'Enugu, au Nigéria

Nwanneka Chidinma Ghasi[1], Daniel Ogbuabor[2]

(1) Université du Nigéria Nsukka (Campus d'Enugu), Enugu, Nigéria
(2) Université du Nigéria Campus d'Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Les infirmières sont trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence au travail (VaT) que les autres professionnels de santé. Néanmoins, les études sur les facteurs prédictifs de violence verbale, physique et sexuelle à l'encontre des infirmières sont rares. De plus, on sait relativement peu de choses sur l'influence de la VaT sur l'épuisement professionnel et l'intention de quitter son emploi chez les infirmières.

Objectifs

Cette étude a évalué la prévalence et les déterminants de la violence au travail chez les infirmières des hôpitaux publics de soins tertiaires de l'État d'Enugu, au Nigéria. Nous avons également évalué l'influence de la violence au travail sur l'épuisement professionnel des infirmières et leur intention de quitter leur emploi.

Méthodes et matériels

L'étude a adopté une conception d'enquête transversale. Les données ont été collectées auprès d'infirmières (n = 450) travaillant dans quatre hôpitaux tertiaires publics de l'État d'Enugu, au Nigéria. Une technique d'échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel a été utilisée pour sélectionner les répondants dans chaque hôpital. Nous avons recueilli les données à l'aide d'un questionnaire structuré, validé et administré par un intervieweur. Le questionnaire examinait les expériences de violence au travail des infirmières au cours des 12 derniers mois, notées par oui ou par non. La violence au travail comprenait la violence verbale, physique et sexuelle. Les variables indépendantes comprenaient les facteurs sociodémographiques et les caractéristiques organisationnelles. De plus, nous avons recueilli des données sur l'intention de partir et l'épuisement professionnel. Nous avons utilisé l'échelle d'inventaire de l'épuisement professionnel de Maslach comprenant la dépersonnalisation, l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel. Nous avons analysé les données à l'aide de statistiques descriptives, de tableaux croisés et de régression logistique binaire. La signification statistique a été fixée à une valeur de p de 0,05.

Résultats

Français Les résultats ont montré que la prévalence de la violence verbale, physique et sexuelle était de 91,1 %, 13,3 % et 2,0 %. Dans l'ensemble, le taux de signalement de la VaT était de 16 %. L'état matrimonial, la qualification et l'ancienneté des infirmières prédisaient la violence physique. Être une femme infirmière augmentait la probabilité de violence verbale (OR = 2,84, IC à 95 % : 1,09-7,42, p = 0,033). La qualification des infirmières (OR = 2,03, IC à 95 % : 1,03-4,00, valeur de p = 0,04), le contact direct avec les patients (OR = 50,50, IC à 95 % : 2,99-853,77, valeur de p = 0,007), le travail dans les unités d'accident et d'urgence (OR = 5,42, IC à 95 % : 1,97-14,85, valeur de p = 0,001) augmentaient la probabilité de violence physique contre les infirmières. Français Le contact direct avec les patients (OR = 72,39, IC à 95 % : 2,19-2397, valeur p = 0,016) a augmenté les risques, tandis que le travail avec des clients masculins (OR = 0,04, IC à 95 % : 0,0-0,76, valeur p = 0,032) a diminué les risques de violence sexuelle. La violence verbale prédisait l'épuisement professionnel (OR = 2,09, IC à 95 % : 1,03-4,23, valeur p = 0,040), l'épuisement émotionnel (OR = 2,60, IC à 95 % : 1,26-5,38, valeur p = 0,010) et l'intention de partir (OR = 8,32, IC à 95 % : 1,12-61,58, valeur p = 0,038). La violence physique prédisait la dépersonnalisation (OR = 2,29, IC à 95 % : 1,31-4,02, valeur p = 0,004) chez les infirmières dans cette étude.

Conclusions

Nos résultats soulignent la nécessité d'un environnement de travail plus sûr et de politiques intégrant les facteurs prédictifs de la violence au travail et des stratégies visant à atténuer l'influence de la violence au travail sur l'épuisement professionnel et la rétention des infirmières.

Comprendre l'élaboration, la formulation et la mise en œuvre des programmes de politique de santé au Nigéria : le cas d'un programme de réforme de la santé maternelle et infantile

Chinyere Cecelia Okeke[1], Benjamin Chudi Uzochukwu[2]

(1) Université du Nigéria, HPRG, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Campus Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria

Contexte

Depuis les années 1990, le Nigéria fait état de mauvais indicateurs de santé maternelle et infantile. Malgré les nombreuses interventions mises en place pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), les indicateurs SMNI restent faibles. Les réformes adoptées par le gouvernement fédéral pour améliorer ces indicateurs ont traditionnellement mis l'accent sur l'élargissement de l'accès aux soins de santé, mais elles n'ont pas eu l'impact escompté. Pourtant, peu d'efforts ont été faits pour comprendre comment ces décisions sont prises.

Buts et objectifs

Cette étude visait à explorer les acteurs et les processus de mise en œuvre par lesquels les acteurs politiques opèrent au Nigéria.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude exploratoire et descriptive utilisant une approche méthodologique mixte. La population étudiée était composée de décideurs politiques aux niveaux fédéral et étatique, de membres de la communauté, d'organisations de la société civile, de professionnels de la santé, de médias et d'universitaires, sélectionnés à dessein en raison de leur rôle et pour une représentation adéquate des secteurs de la population étudiée. Les données ont été collectées par l'examen de 13 documents ; la cartographie des politiques de SMNI et des événements de plaidoyer ; 46 entretiens approfondis et 5 discussions de groupe. Les données ont été analysées à l'aide du cadre de contexte macro de Leichter ; de l'analyse des parties prenantes et du champ de force pour les acteurs impliqués, du cadre du triangle politique de Walt et Gilson, du cadre d'analyse des politiques de Shiffman et Smith et de l'analyse des réseaux sociaux. NVivo version 12 a été utilisé pour le codage et l'organisation des données selon des thèmes communs, ainsi que pour l'interprétation.

Principales conclusions

Quatre thèmes principaux ont influencé le processus d'élaboration des politiques pour les programmes de réforme de la SMNI au Nigéria : les facteurs situationnels tels que les faibles indices de santé maternelle et infantile, le recouvrement des fonds provenant de l'allégement de la dette et le fait d'avoir un système de santé décentralisé ; les structures structurelles telles que l'approche descendante de ces réformes de la SMNI, la nature faible des SSP, le manque de diffusion et de compréhension des protocoles de programme au niveau infranational ; les facteurs socio-économiques tels que le manque de fonds suffisants, la faiblesse des structures de responsabilisation, la faible participation des citoyens et la corruption de la part des titulaires de charges publiques ; les facteurs internationaux tels que le rôle des partenaires

donateurs, l'établissement de l'agenda international de la santé et le contrôle des fonds et du lieu de mise en œuvre. Les acteurs de la politique SMNI ont été identifiés, et trois groupes d'acteurs ont joué des rôles cruciaux, à savoir les décideurs politiques, les partenaires de développement et les organisations de la société civile.

Principales conclusions

L'adoption de principes de recherche, qui incluent la compréhension de la dynamique du pouvoir, la promotion de l'implication des parties prenantes, le renforcement des capacités, la garantie de la transparence et de la responsabilité, la priorisation de la prise de décision fondée sur des données probantes et la promotion de l'autonomisation et de l'appropriation, est essentielle pour élaborer des politiques de SMNI réactives, justes et efficaces

Dynamiques du genre, autonomisation économique et résultats en matière de santé : L'État de Yobe, Nigéria

Vera Niniola, Precious Nwadire, Nkata Chuku, Alozie Ananaba and Oyinyechi Obih

La société Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigéria

Contexte

Dans l'État de Yobe, au Nigéria, les normes de genre traditionnelles et les attentes culturelles profondément enracinées sont depuis longtemps une force motrice des disparités fondées sur le sexe en matière de pouvoir, de prise de décision et de résultats en matière de santé, affectant particulièrement les femmes et les filles.

But et objectifs

Cette étude visait à décrypter la dynamique complexe des genres au sein de la communauté, en se concentrant sur l'influence des normes traditionnelles sur le pouvoir économique des femmes et leur santé. Elle visait également à examiner le potentiel des hommes comme alliés pour promouvoir l'égalité des genres et améliorer la santé dans ce contexte.

Méthodes

Dans le cadre d'une étude qualitative approfondie, nous avons mobilisé des membres de la communauté, des chefs religieux et traditionnels, des acteurs étatiques et des organisations locales de l'État de Yobe. Au moyen d'entretiens approfondis et de groupes de discussion, nous avons exploré les nuances de la dynamique de genre, de l'autonomisation économique des femmes, des processus décisionnels et de l'accès aux services de santé. Un codage thématique a été utilisé pour extraire des informations essentielles du point de vue des répondants.

Résultats

Nos conclusions ont révélé l'impact omniprésent de normes néfastes, perpétuant une culture du silence autour des violences basées sur le genre (VBG). La peur de la stigmatisation, des représailles et de l'atteinte à la réputation familiale décourage le signalement. Les normes traditionnelles de genre limitent non seulement la participation politique et l'engagement public des femmes, mais influencent également leur rôle dans les décisions du foyer. Les hommes exercent souvent une plus grande autorité sur les questions financières importantes, tandis que les femmes jouissent d'une plus grande autonomie sur les besoins quotidiens, ce qui contribue aux disparités entre les sexes. Les normes néfastes favorisant les hommes dans les lois successorales exacerbent les déséquilibres économiques fondés sur le genre, profondément ancrés dans les valeurs patriarcales. Les normes socioculturelles et religieuses qui cautionnent les mariages précoces des filles ont souvent des conséquences néfastes sur leur bien-être et leur santé reproductive. De plus, les croyances culturelles s'opposant à une éducation sexuelle complète entravent l'accès des adolescents à des informations essentielles sur la santé sexuelle et reproductive, entravant encore davantage leur capacité d'action et leur prise de décision.

Conclusion

Au sein des ménages, des déséquilibres de pouvoir persistent, notamment dans les décisions financières, où l'approbation des hommes est nécessaire pour que les femmes puissent accéder aux soins de santé. Pour relever ces défis, notre étude souligne l'urgence de faire évoluer les normes sociales néfastes. Les initiatives de sensibilisation, les approches communautaires et la collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG) sont essentielles pour une réponse globale aux VBG. De plus, cette étude souligne le rôle essentiel des hommes en tant qu'alliés dans la lutte contre ces normes néfastes, afin de faire progresser l'égalité des sexes et de promouvoir de meilleurs résultats en matière de santé.

Mots-clés

violence basée sur le genre (VBG), normes culturelles, autonomisation des femmes, accès à la santé, prise de décision.

Intégration du genre dans la lutte contre le VIH pour réduire les obstacles d'accès aux soins dans la région de Fatick et les zones insulaires

Fatim SyFatim Sy *Bokk Yakaar, Fatick, Senegal*

Description du problème

Dans le cadre de la prise en charge des personnes infectées par le VIH, et compte tenu des réalités socio-culturelles, les hommes ont également une très grande influence sur les femmes et leurs familles pour freiner leurs accès au traitement. Lors des activités de recherches de perdus de vue ou des reprises de traitement, la plupart des femmes expriment le refus de leurs maris de se déplacer fréquemment vers les

structures causant des disputes dans les couples et parfois même des divorces. L'objectif était de renforcer l'intégration du genre dans les relations sociales par la prévention et la réduction des violences basées sur le genre particulièrement les femmes et celles vivant avec le VIH dans la région de Fatick.

Activités réalisées et résultats obtenus

L'intervention a été réalisée de janvier à décembre 2023 avec comme cible les personnes vivant avec le VIH. Plusieurs activités communautaires ont été réalisées dont des plaidoyers auprès des chefs religieux et coutumiers, des dialogues avec les autorités locales, des causeries et focus group avec les hommes et les femmes, des visites de couples. Ces activités étaient organisées mêmes dans les îles qui présentent une difficulté d'accès géographiques. La réalisation de ces activités s'est faite avec l'appui des relais formés sur l'aspect genre et VIH. Au total

45 focus group, 12 dialogues, 45 causeries, 20 plaidoyers et 35 visites de couple ont été réalisées ce qui a permis de toucher 1722 personnes dont 1051 femmes et 671 hommes Ces activités ont permis aux hommes et femmes de partager ouvertement leurs expériences et discuter des normes de genre préjudiciables. Les dialogues communautaires ont instauré une compréhension partagée et la prise en compte de l'aspect genre dans la prise en charge, stimulant des changements positifs dans les comportements et contribuant à la création d'environnements plus respectueux et équitables.

Leçons apprises et étapes futures

La particularité de ces stratégies communautaires fût l'implication des chefs religieux, les gardiens de la tradition et les autorités locales. Cela a généré un changement de comportement significatif en tenant compte de l'aspect genre et en contribuant à la réduction des violences basées sur le genre.

Mots clés

VIH- Genre- VBG.

Évaluation de l'intentionnalité du genre dans la conception et la mise en œuvre du programme AM-ARCH au Bénin - Une étude qualitative

Nihad J.E. Agoligan Tometin[1], Hashim Hounkpatin[1], Jean-Paul Dossou[1], Kefilath Bello[1], Aimé Yedenou[1], Lizah Nyawira[2], Moreen Mwenda[2], Joseph Githinji[2], Christelle Boyi[1] and Boniface Mbuthia[3]

(1) CERRHUD, Cotonou, Bénin,
(2) Amref Health Africa, Nairobi, Kenya,
(3) ThinkWell Global, Nairobi, Nairobi, Kenya

Introduction

Le Bénin, tout comme de nombreux pays, s'est engagé à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU).

À cette fin, il a lancé le programme d'Assurance Maladie pour le Renforcement du Capital Humain (AM-ARCH). Cependant, les inégalités entre les sexes constituent un défi majeur pour la mise en œuvre de telles initiatives. Cette étude évalue dans quelle mesure le programme AM-ARCH a intégré les besoins liés au genre dans sa conception, afin de comprendre les expériences de mise en œuvre du programme AM-ARCH sous l'angle du genre et d'identifier les possibilités de renforcer l'intentionnalité du genre dans AM-ARCH et les futures réformes du financement de la santé.

Méthodes

Nous avons utilisé une étude de cas descriptive pour examiner l'intentionnalité de genre dans les phases de conception et de mise en œuvre du programme AM-ARCH. La collecte de données s'est déroulée d'août à Décembre 2024, comprenant une revue de la documentation et des entretiens avec des informateurs clés. Un atelier avec les parties prenantes a été organisé à la fin de la phase de collecte de données afin d'améliorer la validité et la fiabilité des résultats. Cela a également permis d'initier l'analyse des données, guidée par un cadre analytique adapté de l'Échelle d'évaluation sensible au genre (EESG) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'évaluation des programmes et des politiques, des critères sensibles au genre de l'Union internationale pour la conservation de la nature (UICN) pour l'évaluation de l'intentionnalité de genre dans les Contributions déterminées au niveau national (CDN) et du cadre de suivi des progrès des Achats stratégiques de santé (ASS) du Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC).

Résultats

L'étude révèle que malgré un environnement politique favorable à l'intégration du genre au Bénin, le programme AM-ARCH présente des lacunes dans son intentionnalité en matière de genre. Lors de sa conception, aucune évaluation des besoins spécifiques au genre n'a été réalisée, les efforts se limitant à l'évaluation des réformes antérieures. Si les femmes exercent une influence significative au sein des structures de gouvernance, leur représentation n'est pas équitable. Concernant la mise en œuvre d'AM-ARCH, les efforts pour répondre aux besoins des femmes sont évidents dans la composition du paquet de prestations, qui favorise les femmes. Cependant, la budgétisation et l'expertise sensibles au genre sont insuffisantes. L'implication des bénéficiaires privilégie la participation des femmes aux comités de ciblage, mais reste globalement limitée. Les actions ciblées visant à réduire les inégalités entre les sexes portent principalement sur la sensibilisation et la formation des prestataires. Enfin, bien que des données ventilées par sexe soient disponibles pour le suivi et l'évaluation, leur utilisation et le système d'information global doivent être renforcés pour améliorer les résultats en matière d'égalité des sexes.

Conclusion

Le Bénin offre un contexte favorable à l'intégration du genre dans les réformes du financement de la santé, soutenu notamment par les cadres juridiques existants et l'engagement politique. Cependant, le renforcement de la budgétisation sensible au genre, de la gouvernance et d'une plus large participation des parties prenantes est crucial pour tirer pleinement parti de ce contexte et promouvoir l'égalité des sexes dans l'accès aux soins.

Mots-clés

Équité des genres, intégration du genre, intentionnalité du genre, AM-ARCH, financement de la santé, Bénin.

Engagement communautaire, financement et accessibilité dans le cadre du renforcement des systèmes de santé

11h30-13h00 Mercredi 3 Mars 2025

L'expansion des kits d'autotest du VIH via les pharmacies communautaires du Rwanda améliore la disponibilité, mais les problèmes d'accessibilité financière persistent

Amon Nsengimana1, Frederic Ntirenganya[2], Augustin Manirakiza[3], Yvette Nsenkonziza[4], Emmanuel Niyonsenga[3], Theoneste Umumararungu[4] and Emmanuel Biracyaza[5]

(1) USAID Global Health Supply Chain, Procurement and Supply Chain Management, Kigali, Rwanda,
(2) Rwanda Biomedical Center, Kigali, Kigali, Rwanda,
(3) Université du Rwanda, Rwanda,
(4) Université du Rwanda, Kigali, Rwanda,
(5) Université de Montréal, Canada

Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé l'auto-dépistage du VIH (ADVIH) comme méthode complémentaire aux services de dépistage existants. Par conséquent, le Rwanda a approuvé la vente libre d'auto-dépistages du VIH par voie orale dans les pharmacies communautaires, permettant ainsi le dépistage à domicile et répondant aux problèmes d'accessibilité, tels que les longs délais d'attente dans les établissements de santé publics. Cependant, aucune étude n'a été menée pour déterminer si les ADVIH sont largement disponibles et abordables pour les Rwandais qui privilégient les pharmacies communautaires. Cette étude visait donc à déterminer la disponibilité et l'accessibilité financière des ADVIH dans les pharmacies communautaires au Rwanda.

Méthodes

Cette étude transversale a porté sur 220 pharmaciens d'officine agréés, sélectionnés aléatoirement à l'échelle nationale entre Février et Mai 2023. À l'aide du progiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS) version 25.0, un test du chi carré a été utilisé pour déterminer si la disponibilité des tests de dépistage du VIH différait selon les régions, et une analyse de variance suivie d'un test post-hoc a été utilisée pour déterminer si les prix des tests de dépistage du VIH différaient significativement selon les régions. Une méthodologie standardisée, élaborée par l'OMS et Action Sanitaire Internationale (Health Action International-HAI), a été utilisée pour analyser si les tests de dépistage du VIH étaient abordables pour la population rwandaise.

Résultats

Sur les 220 pharmacies communautaires visitées, 76 % proposaient un autotest de dépistage du VIH, dont 53 % un autotest par piqûre au doigt. Bien que la capitale (Kigali) ait une disponibilité élevée de 45 %, le test du Chi carré n'a trouvé aucune association significative entre la disponibilité de l'autotest de dépistage du VIH et l'emplacement de la pharmacie (x2 = 4,734, p = 0,316). Cependant, une ANOVA à un facteur a montré une variation significative du prix de l'autotest de dépistage du VIH par voie orale en fonction de l'emplacement de la pharmacie (F = 11,349, valeur de p > 0,0001), avec un test post hoc montrant une variation significative entre la capitale et deux provinces, le Sud (p > 0,001) et l'Ouest (p = 0,004). Le coût moyen d'un autotest de dépistage du VIH par voie sanguine et orale au Rwanda était inabordable pour les employés les moins bien payés gagnant 1 000 Rwf par jour.

Conclusion

Le test VIH est disponible dans les pharmacies communautaires, mais son prix n'est pas abordable pour les Rwandais.

Il est intéressant de noter qu'aucune association n'a été constatée entre la disponibilité des tests de dépistage du VIH et l'emplacement des pharmacies. Cependant, les prix varient selon les emplacements. Des marges bénéficiaires réduites ou des partenaires proposant des tests de dépistage du VIH par le biais du marketing social à moindre coût peuvent rendre les tests de dépistage du VIH plus abordables.

Mots clés

Pharmacies communautaires, autotests VIH, disponibilité, prix abordable

L'adoption d'un comportement de recherche de santé dans les établissements de soins de santé primaires en vue d'une couverture sanitaire universelle en relation avec le statut socio-économique des ménages : Une étude de cas dans deux conseils de district en Tanzanie

Alphoncina Kagaigai[1], Pankras Luoga[2] and Nathanael Sirili[2]

(1) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de,
(2) MUHAS, Dar Es Salaam, Tanzanie, République-Unie de

Contexte

La pratique des soins de santé primaires (SSP) en Tanzanie a été fondée en 1983, axée sur la mise en œuvre de paquets d'interventions sanitaires essentielles (PIES) et le comportement de recherche de traitement (CRT) des bénéficiaires : - les individus, les familles et les communautés qui recherchent des prestataires dans des établissements situés à l'un des trois niveaux de la hiérarchie nationale d'orientation des sions

de santé. Des études récentes indiquent qu'à l'échelle mondiale, plus de 80 % des besoins de santé des personnes tout au long de leur vie peuvent être satisfaits dans le cadre de soins de santé primaires (SSP) complets. Contrairement à la couverture actuelle de moins de 50 % et aux dépenses personnelles élevées, un modèle de comportement et de pratique de recherche de soins de santé (C&PRSS) complets en SSP peut accélérer de manière abordable et efficace la transformation pour atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle (CSU) et d'un système de santé résilient et durable (SSR) d'ici 2030. Cependant, les preuves sont limitées en faveur de l'adaptation des comportements et des pratiques de recherche de soins de santé complets en SSP.

Objectif

Déterminer l'association entre le comportement et les pratiques de recherche de soins de santé primaires (C&PRSS) et le statut socio-économique (SSE) dans certains conseils de district en Tanzanie et comment cela peut faciliter l'évolution vers la CSU.

Méthodes

Cette étude a été conçue comme une étude transversale en milieu hospitalier, utilisant une approche quantitative pour collecter et analyser les données de deux conseils de district (CD) en Tanzanie. La population étudiée comprenait des patients ambulatoires ayant consulté les établissements de santé le jour de l'entretien. Un questionnaire pré-test a été utilisé pour recueillir des données sur différents aspects. Le nettoyage des données et l'ensemble des analyses statistiques ont été réalisés avec STATA version 17.0. Nous avons utilisé l'analyse en composantes principales pour créer un statut socio-économique, puis nous l'avons regroupé en quintiles de richesse de 20 %, du plus pauvre au plus riche. Nous avons enfin réalisé une régression logistique pour évaluer les facteurs associés aux comportements de recours aux soins.

Résultats

73 % des répondants étaient des femmes et la majorité étaient mariés (63 %). Plus de 27 % comptaient au moins un membre du foyer atteint d'une maladie chronique, tandis que plus de 21 % se rendaient à l'établissement pour un bilan de santé. L'analyse des comportements de recherche de soins selon le statut socio-économique (SSE) a révélé une différence significative entre les personnes ayant un comportement de recherche et celles n'en ayant pas. Une fois encore, la régression multivariée suggère que le comportement de recherche augmente avec la richesse et qu'il existe une forte association entre le SSE et le SSB dans tous les quintiles, par rapport au premier quintile le plus pauvre. Le sexe (femme), l'âge, la taille du ménage et le statut d'assurance sont associés aux comportements de recherche de soins.

Conclusion

Les résultats suggèrent que les comportements de recherche de soins sont fortement liés au statut socio-économique des ménages et à l'assurance maladie. Il est donc crucial d'améliorer le bien-être des personnes et de leur assurer une protection financière.

Renforcer la sécurité sanitaire au niveau communautaire au Nigéria : examiner les contributions multisectorielles existantes

Enyinnaya Ifeoma Etiaba[1], Prince Agwu[2], and Obinna Emmanuel[3]

(1) Université du Nigéria, ENUGU, Nigéria
(2) Université de Dundee, Dundee, Royaume-Uni
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Introduction

Les plans et actions multisectoriels au niveau communautaire constituent l'une des stratégies déployées dans le système de soins de santé primaires (SSP) pour améliorer la santé et le bien-être des populations. Ils constituent également un moyen d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (DSS). Les actions multisectorielles sont également un moyen de mettre en œuvre la stratégie de la santé dans toutes les politiques (SSdP), que le Nigeria s'est engagé à mettre en œuvre. Cependant, les connaissances sur le niveau d'implication multisectorielle pour assurer la sécurité et la promotion de la santé au niveau communautaire sont insuffisantes. Cet article apporte de nouvelles perspectives sur les activités multisectorielles en faveur de la santé au niveau communautaire et sur les mesures à prendre pour les renforcer, en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) au Nigéria.

Méthodes

Étude de cas transversale qualitative portant sur trois États du Nigéria aux contextes différents (Akwa Ibom, Anambra et Kano). Les données ont été collectées grâce à l'examen de documents pertinents, à 90 entretiens approfondis avec des décideurs politiques (secteurs sanitaire et non sanitaire), des prestataires de soins de santé formels et informels, des dirigeants communautaires et à 12 groupes de discussion avec des membres de la communauté. L'analyse s'est appuyée sur le Cadre des systèmes de santé élargis (CESE), qui reconnaît les combinaisons de collaborations entre le secteur non sanitaire et d'autres partenariats sociétaux (OSC, ONG, groupes communautaires et prestataires de soins informels), pour contribuer directement à la santé communautaire ou indirectement par l'intermédiaire d'un ou plusieurs DSS ; et sur le Cadre opérationnel des SSP de l'OMS, qui propose l'action multisectorielle comme l'une des trois approches clés de la CSU.

Résultats

Plusieurs activités communautaires et ménagères, soutenues par des actions multisectorielles en matière de santé, ont été identifiées. La plupart d'entre elles ont été principalement initiées par des acteurs du secteur de la santé, tandis que quelques autres ont été menées par des secteurs non sanitaires (éducation, environnement, agriculture, sécurité, condition féminine, protection sociale, nutrition, eau, assainissement et hygiène-EAH) ou par des communautés. Ces activités ont contribué directement ou indirectement à la sécurité sanitaire des communautés en améliorant un ou plusieurs DSS. Cependant,

la plupart des collaborations avec les secteurs non sanitaires n'étaient pas soutenues par des politiques ou des directives sectorielles formelles, mais étaient plutôt initiées de manière organique. Le soutien des dirigeants et des groupes communautaires a facilité le lancement et le maintien d'activités multisectorielles, tandis que l'insuffisance du soutien politique et du financement formels constituait des contraintes majeures.

Conclusion

la plupart des collaborations avec les secteurs non sanitaires n'étaient pas soutenues par des politiques ou des directives sectorielles formelles, mais étaient plutôt initiées de manière organique. Le soutien des dirigeants et des groupes communautaires a facilité le lancement et le maintien d'activités multisectorielles, tandis que l'insuffisance du soutien politique et du financement formels constituait des contraintes majeures.

Mobiliser les dirigeants communautaires pour améliorer l'utilisation des centres de santé primaires par les jeunes pour les soins de santé sexuelle et reproductive au Nigéria : leçons tirées de l'apprentissage par l'action

Aloysius Odii[1], Chinyere Mbachu[2], and Obinna Emmanuel Onwujekwe[3]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Malgré la mise en œuvre de nombreux programmes de santé visant à améliorer les services de soins de santé primaires (SSP), notamment la formation spécialisée des agents de santé à la prestation de services adaptés aux jeunes, ces derniers continuent de rencontrer d'importantes difficultés pour utiliser les SSP pour des services de santé sexuelle et reproductive (SSR). L'un des principaux obstacles à ces programmes réside dans le manque d'implication communautaire, ce qui a entravé la capacité à exploiter les précieuses connaissances, ressources et soutiens locaux, pourtant essentiels à l'obtention de résultats durables et efficaces.

Objectif

Cette étude vise à impliquer les dirigeants communautaires en collaboration avec les prestataires de soins de santé pour aborder et surmonter les obstacles spécifiques à la communauté qui affectent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) par les jeunes.

Méthodologie

S'appuyant sur une intervention antérieure ayant formé des agents de santé dans l'État d'Ebonyi, au Nigéria, à la prestation de services de santé adaptés aux jeunes (SSAJ), cette étude a étendu la formation aux leaders communautaires, notamment aux chefs religieux, aux responsables de jeunesse, aux présidents généraux et aux femmes leaders, en utilisant une approche transformatrice de genre. Ces leaders ont été recrutés dans six zones de gouvernement local (ZGL) et ont été formés pour aider les agents de santé à surmonter les obstacles culturels et structurels à l'accès aux soins. Une approche d'apprentissage par l'action a facilité la résolution collaborative des problèmes entre les agents de santé et les leaders communautaires. Les participants ont été interrogés à la fin de l'exercice.

Résultats

Grâce au processus d'apprentissage actionnel, les agents de santé ont identifié plusieurs obstacles à la prestation et à l'utilisation des services de SSR dans les centres de santé primaires. Premièrement, la charge de travail accrue des prestataires de soins a entraîné une mauvaise prise en charge des jeunes qui recherchaient des services de SSR dans les centres de santé primaires. Face à cette situation, l'équipe a décidé d'étendre la formation aux agents de santé bénévoles non initialement formés aux services de SSR adaptés aux jeunes, afin d'alléger la charge de travail du personnel en place. Les dirigeants communautaires ont soutenu cette initiative en s'engageant à verser des allocations aux bénévoles qui, bien que qualifiés, n'étaient pas officiellement employés par le gouvernement.

Deuxièmement, les agents de santé ont constaté que de nombreux jeunes ignoraient l'existence de contraceptifs ou avaient des idées fausses sur leurs effets secondaires. Face à cela, les dirigeants communautaires ont facilité la diffusion d'informations précises lors de réunions communautaires et ont mobilisé les jeunes pour des séances de sensibilisation animées par des agents de santé. Enfin, les obstacles culturels à l'utilisation des services de SSR ont également été levés, les dirigeants communautaires s'engageant à collaborer avec les agents de santé pour mobiliser les membres influents de la communauté. Six mois plus tard, l'analyse documentaire et les entretiens avec les professionnels de santé ont révélé une amélioration remarquable du recours aux centres de santé primaires pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) par les jeunes.

L'un des principaux éléments probants est la fréquence des ruptures de stock de contraceptifs et l'augmentation du recours aux services de conseil en SSR par les jeunes. De plus, les parents seraient davantage impliqués dans la santé sexuelle de leurs enfants et les accompagneraient souvent au centre de santé pour des consultations.

Conclusion

Les résultats suggèrent que l'apprentissage par l'action est une stratégie efficace pour identifier les défis et mobiliser les ressources communautaires afin d'y remédier. Le recours accru aux centres de santé primaires représente également un meilleur retour sur investissement en matière d'infrastructures et de formation, démontrant ainsi les avantages de l'engagement communautaire dans la prestation des soins de santé.

Réaliser la stratégie de lutte contre la tuberculose : le rôle de la société civile et des acteurs communautaires dans l'amélioration du dépistage des cas de tuberculose au sein de la communauté

Husna Baffa[1], Mustapha Musa Tukur[1], Mamman Bajehson[1], Abdulrazaq Dikko1, Michael Sheshi[2], Ogoamaka Chukwuogo[2], Musa Said[1], Ibrahim Aliyu[3] and Bethrand Odume[2]

(1) KNCV Nigéria, Kano, Nigéria,
(2) KNCV Nigéria, Abuja, Nigéria,
(3) Programme d'État de lutte contre la tuberculose et la lèpre, Kano, Nigéria

Contexte

La tuberculose demeure un défi sanitaire mondial majeur, notamment dans les communautés mal desservies où l'accès aux services de santé est limité. Le taux de notification des traitements antituberculeux reste à 59 %. Malgré les progrès thérapeutiques, les efforts de lutte antituberculeuse peinent souvent à se pérenniser. La société civile joue un rôle crucial dans la sensibilisation, l'engagement communautaire et le soutien aux personnes touchées par la maladie. L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît l'importance de l'engagement de la société civile dans la lutte contre la tuberculose et aligne sa stratégie « Éliminer la tuberculose » sur les Objectifs de développement durable (ODD) afin de souligner le rôle des communautés et de la société civile pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici 2030. Nous présentons des résultats soulignant le rôle de la société civile et des acteurs communautaires dans la promotion d'efforts durables de lutte antituberculeuse centrés sur la communauté.

Méthode

Dans le cadre du projet LON 1 et 2, KNCV Nigeria met en œuvre une recherche active de cas à Kano, au Nigéria, par l'intermédiaire d'organisations communautaires afin de réaliser un dépistage communautaire dans 44 collectivités locales. Cette approche comprend un dépistage porte-à-porte ciblant les femmes et les enfants, ainsi que le dépistage des hommes qui se rassemblent lors de rassemblements informels au sein des communautés. En 2021, des actions de plaidoyer passives ont été menées par les superviseurs locaux de la lutte contre la tuberculose auprès des dirigeants communautaires. En 2022, outre ces actions de plaidoyer actives, ces dirigeants communautaires, qui jouent le rôle de gardiens, ont été davantage mobilisés pour participer aux activités de dépistage tout en sensibilisant et en améliorant la prise de conscience de la tuberculose dans les communautés, agissant désormais comme champions de la lutte contre la tuberculose. Les patients diagnostiqués dans ces communautés sont orientés vers un traitement grâce à un système d'orientation supervisé par les organisations communautaires. Les données de Janvier 2021 à Décembre 2023 ont été collectées et analysées.

Résultat

Avant d'engager activement les dirigeants communautaires, la contribution des activités communautaires à la recherche de cas dans l'État était de 49 %, mais elle est passée à 62 % en 2022 pour atteindre un pic

de 72 % en 2023. Encore une fois, le rendement de la tuberculose en 2021, issu de l'activité communautaire, n'était que de 4 %, il est passé à 6 % en 2022 et à une nouvelle augmentation à 8 % en 2023, ce qui montre l'acceptation de la communauté.

Conclusion

L'implication des organisations et des leaders communautaires comme champions de la lutte contre la tuberculose a donné des résultats notables en améliorant le dépistage des cas de tuberculose au sein des communautés. Cette approche contribue à promouvoir l'inclusion sociale et à bâtir des systèmes de santé durables pour prévenir et éradiquer la tuberculose dans nos communautés. Nous recommandons un engagement actif et un soutien aux leaders communautaires comme champions de la lutte contre la tuberculose afin de promouvoir des efforts de lutte communautaire et durables.

Améliorer l'accès aux services de santé et de nutrition de base en formant et en soutenant les agents de santé communautaires dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du Cameroun touchées par le conflit

Ful Morine Fuen, Kongnyu Emmanuel R., Denis Warri and Tih Pius Muffih

Services de santé de la Convention baptiste du Cameroun, Bamenda, Cameroun

Contexte

Les hôpitaux et cliniques du Cameroun souffrent d'une pénurie critique de personnel, avec seulement 0,1 médecin pour 1 000 habitants et 0,2 sage-femme et infirmier. Cette pénurie est plus aiguë dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, qui continuent de subir les graves conséquences d'une crise prolongée, exacerbée par la COVID-19. Ces deux régions ont en effet enregistré des taux de mortalité supérieurs à ceux du pays tout entier, entraînant la mort de nombreux personnels de santé. Le conflit, caractérisé par la destruction de l'économie, des déplacements pendulaires massifs au sein des communautés d'accueil ou dans des zones de brousse difficiles d'accès, et la perte de moyens de subsistance, a rendu de nombreuses personnes vulnérables. Les besoins en matière de soins de santé sont exacerbés par le fait que les personnes déplacées vivent dans des conditions de surpopulation et d'insalubrité dans des campements de fortune, véritables foyers de maladies infectieuses. Français De plus, l'accès aux soins de santé est encore aggravé par l'insécurité avec la destruction d'environ 27 % des établissements de santé, la plupart du personnel de santé quittant leurs zones de travail laissant les quelques établissements survivants principalement gérés par des agents de santé communautaires (ASC), qui pour la plupart n'étaient pas qualifiés, donc incapables de répondre adéquatement aux besoins de santé dans un contexte humanitaire d'urgence. De nombreuses organisations humanitaires, y compris les Services de santé de la Convention Baptiste du Cameroun-SSCBC (Cameroon Baptist Convention Health Services-CBCHS), ont réagi en renforçant les capacités des ASC et en les aidant à répondre aux besoins des populations touchées et à assurer un continuum de soins dans les zones reculées/difficiles d'accès, à améliorer la prestation de services et à remédier aux pénuries de personnel de santé.

Objectifs et buts

L'objectif de cette étude était d'examiner les services fournis par les agents de santé communautaires sollicités par le SSCBC et de déterminer s'ils répondaient aux besoins en matière de soins de santé.

Méthodes utilisées

L'étude était une étude rétrospective des rapports de travail des CHW de Juin 2019 à Juin 2024 et elle a été réalisée du 1er au 31 Juillet 2024.

Principales conclusions

Les agents de santé communautaires ont comblé le déficit de personnel de santé en fournissant rapidement des traitements contre le paludisme, les IRA et la diarrhée, et en vaccinant les enfants contre les maladies évitables par la vaccination et en leur fournissant de la vitamine A. Ils ont détecté la malnutrition précocement chez les enfants de 6 à 59 mois, pris en charge rapidement les cas de MAS (Malnutrition aiguë sévère) et prévenu la malnutrition grâce à la sensibilisation des mères et des aidants à l'ANJE-U. Ils ont également prévenu les maladies liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH) comme la COVID-19 et le choléra grâce à la promotion de l'hygiène et à la sensibilisation aux pratiques familiales essentielles.

Principales conclusions

Les agents de santé communautaires formés et soutenus peuvent améliorer la prestation des soins de santé en améliorant l'accès aux services de santé de base et aux services de nutrition, contribuant ainsi à résoudre les pénuries aiguës de personnel de santé qui sont généralement exacerbées dans les situations de conflit et de vulnérabilité.

Financement, Protection Sociale et Soins de Santé Communautaires en Afrique Francophone (session organisée)

Université de Dschang, Dschang, Cameroun

Depuis l'adoption des Objectifs de développement durable (ODD) en 2015, la protection sociale est devenue une fin et un moyen de développement (ODD 1.3). Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), seuls 8,7 % des camerounais bénéficiaient d'au moins une prestation de protection sociale en 2015. Le décret n°2014/2377/PM du 13 Août 2014 prévoit certes une affiliation volontaire en son article 4 pour tous les travailleurs informels, mais une grande majorité de ces travailleurs informels (soit 90,5% en 2010) demeure non couverte par le système de protection sociale institutionnalisé. Ainsi, en l'absence de sécurité sociale, comment les travailleurs du secteur informel se protègent-ils contre les risques sociaux au Cameroun ?

L'objectif principal de cette recherche est d'analyser les mécanismes de protection sociale développés par les travailleurs informels pour faire face aux risques sociaux perçus au Cameroun. De manière spécifique, il s'agit d'abord d'identifier les mécanismes de protection sociale des travailleurs informels, ensuite de déterminer les facteurs influençant le choix des mécanismes de protection sociale et enfin d'établir l'interdépendance existant dans l'adoption des mécanismes de protection sociale. De cette recherche, il ressort que sur les 493 travailleurs informels interrogés, les taux d'adoption des mesures de prévention et de protection pour l'assurance, le report (crédit, épargne), la solidarité de proximité, la solidarité traditionnelle et les autres moyens de protections sont respectivement de 32,86%, 55,98%, 58,82%, 70,39% et 90,87%. Les principaux résultats de notre modèle Probit multivarié montrent que l'adoption de ces mécanismes de protection sociale est complémentaire et guidée par plusieurs facteurs communs. Ces facteurs ont un effet positif et fortement significatif. Il s'agit de l'âge, du niveau d'éducation, de l'éducation financière, du secteur d'activité, des médias, de l'état de santé, du goût pour l'aide informelle et l'altruisme familial. On conclut cette recherche à la nécessité de l'adossement des mécanismes assurantiels aux normes sociales ou regroupements sociaux déjà existant en tenant compte des préférences individuelles des travailleurs informels pour une meilleure extension de la protection sociale au Cameroun.

Le financement basé sur la performance en République Démocratique du Congo : analyse de sa contribution dans la réduction des inégalités liées à la richesse dans les résultats de santé

Louis Tshituka, Papa Yona Mane *Université Gaston Berger, Saint-Louis, Senegal*

Pour accélérer le progrès de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, un cadre d'accélération de la réduction de la mortalité des mères et des enfants – OMD 4 et 5 (CAO 4&5) basé sur l'achat des services a été adopté et mise en œuvre depuis 2008 en République Démocratique du Congo (RDC) conformément aux engagements et résolutions du sommet du millénaire. Les évaluations des programmes de financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne en général et en RDC en particulier se sont concentrées sur la quantification de l'impact de ces programmes sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile, la satisfaction des prestataires des soins et la qualité des soins. Très peu d'études ont envisagé d'évaluer l'efficacité de ces programmes du point de vue distributif. Cette étude questionne la place des incitations financières particulièrement le financement basé sur la erformance dans l'accès aux soins de santé sous l'angle des inégalités sociales de couverture en utilisant les données de l'évaluation d'impact du Financement basé sur la performance (FBP) dans le secteur de la santé en RDC.

Pour ce faire, les indices de concentration, la régression linéaire et l'approche des doubles différences seront utilisés pour quantifier et examiner l'impact du programme FBP sur les inégalités des résultats et d'accès en matière de santé maternelle et infantile. Ces méthodes seront complétées par l'approche composite de mesure de l'équité vaccine développé par Vaccine Economics Research for Sustainability & Equity (VERSE) et dérivée de la littérature sur la mesure de l'inégalité socio-économique combinée à des mesures de l'iniquité directe dans l'accès aux soins de santé. Les résultats obtenus seront d'une grande importance en termes de politique ancrée dans l'engagement de la communauté internationale à mettre fin à la mortalité infantile d'ici 2030 selon l'ODD des Nations Unies par un accès équitable aux soins de santé.

Qu'apporte cet article ?

- Nous ne savons rien de l'impact du programme FBR sur l'égalité des résultats en matière de santé et d'accès en République Démocratique du Congo.

Comment cet article peut influer la pratique ?

- Les résultats obtenus auront des implications importantes en termes de politiques de santé publiques visant à améliorer l'accès aux services de santé maternelle et infantile ancrée dans l'engagement de la communauté internationale à mettre fin à la mortalité maternelle et infantile d'ici 2030 selon l'ODD des Nations Unies par un accès équitable aux soins de santé.

SITUATION BUCCO-DENTAIRE D'UNE COMMUNAUTE RURALE A TRAVERS LES REGISTRES DE CONSULTATIONS CURATIVES D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES DE PREMIER CONTACT

Mamadi Traore

UFR Odonto-Stomatologie /Université Félix Houphouët-Boigny/ Félix Houphouët-Boigny University Abidjan, ABIDJAN, Côte d'Ivoire

Contexte

Malgré la recommandation des soins de santé primaires odonto-stomatologiques l'OMS, la disponibilité de l'offre de soins bucco-dentaires n'est pas effective pour les populations vivant en zone rurale comme celle du village de Frambo et Edjambo, dans le district sanitaire de Tiapoum, en Côte d'Ivoire. Quel que soit la nature du problème de santé, y compris bucco-dentaire, les populations ont comme principal recours les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). Toutefois, la part des consultations pour des motifs liés à des affections ou maladies bucco-dentaire n'est pas connu. C'est ce qui justifie cette étude dont les résultats devraient donner une idée des besoins en soins bucco-dentaires à partir des données disponibles dans les registres de consultations curatives dans le district de Tiapoum.

Buts Et Objectifs de la Recherche

Evaluer les besoins en soins bucco-dentaire à partir des données de consultations curatives dans les centres de santé de Frambo et Edjambo.

Méthodes Utilisées

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive. La population d'étude est constituée par l'ensembles des consultations dans les ESPC des villages de Frambo et Edjambo au cours de l'année 2021. La collecte des données s'est faite dans la période du 17 Novembre au 09 Décembre 2022. Elle a concerné les informations notifiées dans les registres de consultations pour toute l'année 2021. Les données extraites de ces registres étaient : les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, profession, protection sociale), le motif de consultation et le diagnostic. Pour l'analyse statistique des effectifs et proportion ont été calculés.

Principaux Résultats

Au total, 2834 consultations consignées dans 57 registres ont été analysées. Des données manquantes dans les registres dues aux non renseignements existent. Pour presqu'autant de femmes (50,9%) que d'hommes (49,1%, les consultations ont été importantes pour les tranches d'âge [0-4], [5-9] et [25-49] ans avec respectivement 24%, 18,6% et 20,7%. 36,9% des consultants était des élèves et 21,5% des travailleurs. Seulement 9 personnes soit 0,3% des consultants avait une protection sociale (assurance privé, Couverture Maladie Universelle). Pour 11 motifs de consultations à caractère bucco-dentaire sur 2834, le diagnostic retenu a montré que les problèmes bucco-dentaires représentaient 15 cas de consultation soit 0,6% dont 40% de candidoses buccales, 40% de poussées dentaires et 20% de caries.

Principales Conclusions

L'information sur les problèmes bucco-dentaire peu notifiée montre l'absence de soins de santé primaires odonto-stomatologiques dans les ESPC. D'où la nécessité de formation du personnel au système d'information bucco-dentaire et le renforcement des capacités.

Augmenter les Financements pour les Soins de Santé Primaires pour Progresser vers la CSU : Le Sénégal Exploite ses Dépenses de Santé pour Mobiliser et Allouer Efficacement les Ressources.

Farba Lamine Sall *Économiste de la Santé- Open Development, Dakar, Senegal*

Contexte

Le Sénégal s'est engagé dans divers accords internationaux, y compris la Déclaration d'Astana de 2018, qui incite les pays à renforcer les soins de santé primaires (SSP). Les SSP, étant le premier niveau de contacts des populations avec le système de santé, constituent un des piliers de la politique de santé du pays. En 2023, le Sénégal a évalué sa Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture de Santé Universelle 2017-2021 dans le but de développer une nouvelle stratégie. Cette évaluation a révélé que des ressources financières significatives ont été mobilisées et investies au cours de la période de mise en œuvre, permettant ainsi d'obtenir des résultats notables dans presque tous les axes stratégiques de la stratégie. Afin d'assurer des allocations budgétaires alignées aux priorités du secteur, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), par l'intermédiaire de la Cellule de l'Économie de la Santé (CES), a analysé les comptes nationaux de santé (CNS) de 2017 à 2021 pour examiner les sources et l'utilisation des dépenses de santé.

Objectif

Analyser les dépenses de santé et leur utilisation, ainsi que d'attirer l'attention des décideurs du MSAS sur les priorités du secteur et optimiser l'allocation budgétaire, tout en convainquant le Ministère des Finances et du Budget d'augmenter le budget alloué pour mieux les prendre en compte.

Méthode

La collecte des données a porté sur la période de 2017 – 2021 auprès des parties prenantes du financement de la santé telles que le MSAS et d'autres départements ministériels, l'agence de la couverture sante universelle, les collectivités territoriales, les mutuelles et les assurances privées, et les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs). Après vérification, les données ont été traitées dans des matrices préalablement établies.

Résultats

Les ménages supportent une grande partie des dépenses courantes de santé, représentant 52% du total, ce qui les expose à des risques de dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement. L'OMS recommande pas plus de 20%. En comparaison, l'État ne prend en charge que 22% de ces dépenses, les PTF 19%, et les entreprises et ONG 7%. Cette tendance est particulièrement marquée dans les soins de santé primaires (SSP), où les ménages couvrent en moyenne 55,9% des dépenses, tandis que les PTFs et l'administration publique contribuent respectivement à hauteur de 23,9% et 15,2%. Les ONG et entreprises ne participent

qu'à 5% des dépenses en SSP. Les dépenses en SSP sont majoritairement consacrées à l'achat de produits pharmaceutiques (43,5%), le reste étant alloué à d'autres postes de fonctionnement comme la rémunération et l'achat de consommables (56,5%). Par ailleurs, les dépenses liées aux maladies non transmissibles (MNT) représentent plus d'un tiers des dépenses courantes de santé (37,6%), soit presque le double de celles consacrées aux maladies infectieuses et parasitaires (20,5%). Cependant, moins d'un pourcent des dépenses en MNT est affecté à la prévention, la quasi-totalité étant dédiée aux médicaments (54,6%) et aux soins curatifs (42,2%). Les ménages portent également le plus lourd fardeau pour les MNT, couvrant 75,4% des dépenses, principalement à travers les paiements directs, alors que la contribution de l'administration publique (17,7%), du secteur privé (6,7%) et des PTF (moins de 1%) reste relativement faible.

Conclusion

Malgré l'évolution des dépenses publiques de santé, le Sénégal reste loin des 15% recommandés par la Déclaration d'Abuja, et les paiements directs des ménages restent élevés, bien au-dessus des 20% recommandés par l'OMS. Ces paiements directs appauvrissent les ménages et retardent leur accès aux soins. Pour remédier à cette situation, le Sénégal doit augmenter son financement public de la santé, actuellement à 9,4%, bien en deçà des 15% préconisés par la Déclaration d'Abuja et renforcer les régimes de protection sociale pour une meilleure couverture. Le MSAS devrait également aligner ses allocations budgétaires sur les priorités de santé publique, notamment les soins de santé primaires, essentiels à la CSU. Avec 45% des décès en 2022 dus aux maladies non transmissibles, il est urgent de mobiliser des ressources pour leur prévention et alléger la charge financière des ménages.

Effet de l'inclusion financière sur la couverture sanitaire universelle en Afrique Sub-saharienne : le rôle de la qualité des soins de santé

Relwendé Nacanabo1, Relwendé Sawadogo2, Farida Koinda2 and Seni Kouanda1

(1) Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso,
(2) Université Thomas Sankara (UTS), Ouagadougou, Burkina Faso, Ouagadougou, Burkina Faso

Contexte

En 2015, les Nations unies ont adopté dix-sept Objectifs de développement durable dont la couverture sanitaire universelle et l'inclusion financière. Le rôle de la qualité des soins de santé est peu mis en évidence dans les travaux empiriques qui ont examiné le lien entre inclusion financière et résultats de santé en Afrique Sub-saharienne. L'objectif de ce papier est d'analyser les effets de l'inclusion financière sur la couverture sanitaire universelle en Afrique Sub-saharienne, mettant en évidence le rôle de la qualité des soins de santé.

Méthodes

Ce papier applique un modèle de mélange fini à un échantillon de 44 pays d'Afrique Sub-saharienne afin d'analyser les effets de l'inclusion financière sur la couverture sanitaire universelle entre 2000 et 2020. Nous faisons l'hypothèse que l'effet de l'inclusion financière sur la couverture sanitaire universelle diffère selon les groupes de pays ayant des caractéristiques similaires mais non observées.

Résultats

Nous constatons que les effets de l'inclusion financière sur la couverture sanitaire universelle varient entre deux catégories distinctes de pays. Nos résultats soutiennent que dans la première catégorie de pays où l'inclusion financière améliore le niveau de couverture sanitaire universelle, la probabilité a posteriori d'appartenance est de 81,5% contre 18,5% pour la seconde catégorie de pays où l'inclusion financière a un effet négatif sur la couverture sanitaire universelle. Par ailleurs, nous montrons que les pays ayant une qualité des soins de santé élevée sont plus susceptibles d'appartenir à la catégorie dans laquelle l'inclusion financière améliore la couverture sanitaire universelle.

Conclusion

Ces résultats soulignent la nécessité pour les pays d'Afrique subsaharienne qui comptent réaliser la couverture sanitaire universelle, de développer de meilleurs systèmes de santé pour engranger des bénéfices de l'inclusion financière.

Mots clefs

Couverture sanitaire universelle, Inclusion financière, Qualité des soins de santé modèle de mélange fini, Afrique Sub-saharienne.

Apprentissage des politiques sur le financement de la santé pour la CSU : pourrions-nous faire mieux ? (Session organisée)

14h00 – 15h30 AD12

Bruno Meessen *OMS*

Aperçu de la session

Au cours des vingt dernières années, la communauté internationale de l'aide a mis en œuvre diverses stratégies pour accompagner les pays à revenu faible ou intermédiaire dans la réforme de leur système de financement de la santé : l'apprentissage individuel entre pairs pratiqué par les communautés de pratique d'Harmonisation pour la santé en Afrique, l'apprentissage entre pairs au niveau national du réseau JLN, le soutien à la coordination assuré par les points focaux nationaux de P4H, la stratégie de mentorat développée par SPARC, ou encore la série d'ateliers participatifs nationaux et le programme d'apprentissage mis en œuvre par le GFF (en partenariat avec la Banque mondiale et l'OMS) sur les achats stratégiques

pour les soins de santé primaires, par exemple. Quatre expériences ont été documentées :

Tirer parti de l'apprentissage politique pour réduire la fragmentation du financement de la santé : opportunités et défis. Nous partagerons les conclusions de sa recherche qualitative sur la contribution de l'apprentissage politique aux progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) au Burkina Faso, en mettant l'accent sur les achats stratégiques de santé (ASS) comme moyen potentiel de réduire la fragmentation. La principale conclusion de cette recherche est qu'après des échecs initiaux dus à des problèmes d'apprentissage, le Burkina Faso a réalisé des progrès notables grâce à la mise en œuvre réussie de divers modes d'apprentissage.

Aider les pays dans leur programme d'achat stratégique de soins de santé – leçons du SPARC. Le modèle SPARC valorise la coproduction de connaissances locales avec les partenaires de recherche et les décideurs politiques locaux, privilégie l'accompagnement et le mentorat dans la fourniture d'un soutien technique, et valorise la communication stratégique des données probantes, le réseautage et le partenariat. Cette présentation vise à tirer les enseignements de ce modèle. S'appuyant sur une étude de cas, elle commencera par une introduction à la théorie du changement de SPARC, avec une description de l'engagement de SPARC au Bénin et au Burkina Faso, et une réflexion sur la mesure dans laquelle cette théorie a été mise en œuvre et efficace.

Leçons tirées d'un programme d'apprentissage mené par un pays sur les achats stratégiques pour les soins de santé primaires. Nous présenterons une nouvelle approche menée par le GFF et l'OMS, axée sur (a) l'identification, en collaboration avec les décideurs politiques nationaux, des difficultés spécifiques à chaque pays à progresser vers des achats stratégiques plus importants, et (b) l'identification d'une voie concrète, ancrée dans des preuves au niveau international, avec un accent particulier sur les pays pairs

La matrice de progrès du financement de la santé (MPFS) comme outil politique pour le dialogue national. Nous présenterons comment l'évaluation du MPFS de l'OMS peut contribuer à structurer l'apprentissage politique et le dialogue national sur le financement de la santé. Il illustrera cela de manière empirique à partir des enseignements tirés de la mise en œuvre dans les pays a fricains, avec la participation d'experts ayant participé à l'évaluation nationale et présents dans l'auditoire.

Facteurs influençant l'accès équitable aux vaccins COVID-19 : Synthèse des études d'évaluation de la portée et analyse qualitative dans certains pays africains (session organisée)

Daniel Malik Achala, AfHEA, Accra, Ghana, Senait Alemayehu Beshah, AfHEA, Addis Abeba, Éthiopie, Grace Njeri Muriithi, AfHEA, Nairobi, Kenya, John E. Ataguba, AfHEA, Fadima Yaya Bocoum, Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso, Chijioke O. Nwosu, Université de l'État libre, Bloemfontein, Afrique du Sud.

Description

Au fil des ans, le développement et la distribution de vaccins ont grandement contribué aux résultats sanitaires mondiaux. Le vaccin contre la variole, par exemple, a été le premier vaccin à être largement utilisé au sein de l'humanité et la première maladie infectieuse humaine à être totalement éradiquée par la vaccination, en 1979. Le développement et l'expansion des programmes de vaccination ciblant spécifiquement les maladies infectieuses chez les enfants ont également connu des progrès considérables depuis le lancement du Programme élargi de vaccination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1974 et de l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation en 2000. Malgré ces succès des programmes de vaccination à travers le monde, il existe de graves inégalités dans la production et l'accès à ces vaccins entre les pays, et même au sein des pays, avec des débats mondiaux persistants sur la manière de garantir un accès équitable aux vaccins.

Des débats mondiaux émergent notamment sur l'amélioration des capacités africaines de recherche et développement de vaccins afin de garantir une disponibilité et un accès adéquats. La pandémie de COVID-19 a ravivé le débat sur l'intensification de la vaccination en Afrique, notamment en améliorant ses capacités de recherche et développement et en privilégiant la production nationale de vaccins et de médicaments. Dans ce contexte, plusieurs initiatives sont actuellement mises en œuvre pour atteindre l'objectif d'un accès équitable aux vaccins en Afrique, notamment l'initiative « Sauver des vies et des moyens de subsistance », la Plateforme africaine de fournitures médicales (PAFM) et l'Accélérateur de fabrication de vaccins en Afrique (AFVA). En 2022, l'Association africaine pour l'économie et les politiques de la santé (AfHEA), les Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (CDC Afrique) et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) ont lancé un projet visant à générer des données probantes pour étayer les politiques fondées sur des données probantes en matière d'accès équitable aux vaccins en Afrique.

Le projet « Accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 en Afrique » (ECOVA) a soutenu plusieurs études nationales sur les principaux obstacles, les hésitations et les tendances en matière de vaccination contre la COVID-19. Il a également examiné les mécanismes et les défis de distribution, recommandant des solutions potentielles pour garantir un accès équitable aux vaccins en Afrique. Une session est proposée pour partager les conclusions des études menées dans cinq pays africains, à savoir le Botswana, l'Éthiopie, le Nigéria, le Maroc et le Zimbabwe. Ces études révèlent des informations clés que les pays peuvent exploiter pour mettre en œuvre des programmes de vaccination équitables, notamment en prévision de futures pandémies ou épidémies.

Accès équitable aux vaccins contre la Covid-19 au Botswana : une étude de portée et une enquête qualitative

John Thato Tlhakanelo *ECOVA,AfHEA, Gaborone, Botswana*

Contexte

Les répercussions de la pandémie sur les tendances de la morbidité et de la mortalité au Botswana et en Afrique ont été dévastatrices. La pandémie a mis en évidence les faiblesses préexistantes des systèmes de santé, révélant des problèmes profondément enracinés dans les infrastructures sanitaires, l'accès aux soins et l'allocation des ressources qui entravent la capacité des systèmes à répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Objectifs

Cette étude visait à analyser l'expérience du Botswana en matière de vaccination contre la COVID-19, en mettant en évidence les schémas d'accès, les hésitations et l'adoption, ainsi que les obstacles et les facteurs d'atténuation associés. La distribution des vaccins, les mécanismes de distribution et l'équité dans la distribution des vaccins ont été explorés plus en détail. L'objectif était de synthétiser les données probantes afin d'éclairer les programmes et les politiques de déploiement des vaccins pour les futurs nouveaux vaccins.

Méthodes

Une revue de la portée a été menée, à l'aide d'une stratégie de recherche prédéterminée, entre le 4 et le 5 février 2024 et mise à jour le 7 Juin 2024, afin de rechercher dans les bases de données Medline, CINAHL, Web of Science, PubMed, Scopus et Google Scholar des articles publiés éligibles. Neuf (n = 9) études, comprenant cinq (n = 5) rapports provenant de portails, de sites Web et de ministères, ont été incluses. Une approche de synthèse narrative a été utilisée pour collecter, synthétiser et cartographier la littérature. De plus, des entretiens approfondis à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré avec un échantillon ciblé de 16 informateurs clés, dont des responsables de la santé publique, des acteurs non étatiques, des décideurs politiques, des organismes de réglementation et d'autres parties prenantes, ont été menés et analysés à l'aide d'une analyse thématique.

Principales conclusions

Au 31 Décembre 2021, 80,6 % de la population ciblée avait reçu au moins une dose de vaccin, tandis que 71,9 % étaient complètement vaccinés. L'acceptation du vaccin était généralement considérée comme élevée (73,4 % chez les adultes), positivement associée aux hommes, aux personnes présentant des comorbidités, aux croyances religieuses non restrictives et aux personnes âgées de 55 à 64 ans estimant le vaccin sûr. L'accès au vaccin reposait sur les structures existantes du Programme élargi de vaccination

(PEV) et était donc soumis aux difficultés logistiques liées à la chaîne du froid du PEV, aux pénuries de ressources humaines et à l'engagement communautaire insuffisant. Cependant, la collaboration avec d'autres entités gouvernementales et le secteur privé a amélioré l'accès au vaccin, en particulier pour les populations difficiles à atteindre. Les mécanismes de distribution traditionnels, tels que les structures de santé fixes, les actions de proximité et les points de distribution mobiles souvent utilisés pour la vaccination de routine, ont été renforcés par différents acteurs du secteur privé, des organisations de la société civile et des organisations non gouvernementales.

Conclusions

L'intégration de nouveaux vaccins aux programmes existants et aux mécanismes traditionnels de distribution et de distribution peut potentiellement améliorer l'accès et l'adoption, à condition de relever les défis actuels. Des partenariats multisectoriels stratégiques solides peuvent améliorer l'accès équitable aux vaccins

Facteurs influençant l'hésitation à se faire vacciner contre la COVID-19 en Éthiopie : étude de portée et exploration qualitative pour un accès équitable

Sénateur Alemayehu Beshah *AFHEA, Addis Abeba, Ethiopie*

Contexte

La pandémie de COVID-19, causée par le virus hautement contagieux SARS-CoV-2, a provoqué une crise sanitaire mondiale sans précédent, entraînant une morbidité et une mortalité importantes. Si des vaccins efficaces ont été développés pour atténuer l'impact de la maladie, l'hésitation généralisée à se faire vacciner, la répartition inéquitable et les disparités économiques ont entravé les efforts mondiaux de vaccination. L'Afrique, notamment l'Éthiopie, a été particulièrement touchée par ces défis, soulignant la nécessité de stratégies globales pour accroître la vaccination et protéger les populations vulnérables.

Objectifs

Cette étude vise à comprendre et à relever les défis liés à l'hésitation à se faire vacciner contre la COVID-19 et à la distribution des vaccins en Éthiopie afin d'améliorer l'accès et la couverture équitables, en particulier parmi les populations vulnérables.

Méthode

L'étude a rigoureusement respecté les normes méthodologiques décrites dans le manuel des évaluateurs du Joanne Briggs Institute et a utilisé la liste de contrôle PRISMA-ScR pour garantir la transparence et la rigueur méthodologique. Afin d'identifier la littérature pertinente, nous avons développé des stratégies de

de recherche exhaustives utilisant un vocabulaire contrôlé et des mots-clés pour les bases de données clés (HINARI, PubMed, Cochrane, AJOL et Science Direct) et les sources de la littérature grise, pour des recherches originales menées en Éthiopie entre Janvier 2020 et Décembre 2023. De plus, une étude qualitative comprenant des entretiens approfondis avec 21 informateurs clés a été menée afin d'explorer les mécanismes de distribution et d'administration du vaccin contre la COVID-19 et la collaboration public-privé. Une analyse thématique descriptive a ensuite été utilisée pour identifier et catégoriser les différents résultats des études incluses. Les résultats sont présentés sous forme narrative, résumant les thèmes clés et offrant un aperçu clair et complet des données probantes actuelles.

Principales conclusions

Une revue de 34 études éthiopiennes a révélé une importante réticence à se faire vacciner contre la COVID-19, dépassant 50 % dans plus de 40 % des études. La plus faible réticence a été observée chez les adultes d'Addis-Abeba (19,1 %), tandis que les taux les plus élevés ont été observés chez les professionnels de santé d'Oromia (69,7 %) et les femmes enceintes du sud-ouest de l'Éthiopie (68,8 %). Des facteurs tels que le sexe féminin, le niveau d'éducation primaire, le fait de vivre en zone rurale, le jeune âge, une faible connaissance du vaccin, une confiance réduite dans les autorités et une perception erronée du risque lié au virus contribuent tous à la réticence à se faire vacciner en Éthiopie.

Conclusion

En Éthiopie, l'hésitation à se faire vacciner contre la COVID-19 est influencée par une interaction complexe de facteurs sociodémographiques, individuels et spécifiques au vaccin. Les jeunes, les femmes et les personnes ayant un faible niveau d'éducation, vivant en zone rurale et pratiquant l'islam, sont touchés de manière disproportionnée. Les principaux déterminants individuels comprennent les lacunes en matière de connaissances, la perception du risque et les attitudes négatives à l'égard du vaccin. La peur des effets indésirables et les doutes quant à l'efficacité du vaccin contribuent également à l'hésitation.

Acceptation et adoption du vaccin contre la COVID-19 au Nigéria : approches visant à réduire l'hésitation et à promouvoir le plaidoyer pour une couverture vaccinale rapide et équitable.

Chikezie Ifeanyi, Hyacinth Ichoku

Département d'économie, Université du Nigéria, Nsukka, Nsukka, Nigéria

Historique

L'Organisation mondiale de la santé a déclaré la COVID-19 comme une urgence de portée internationale en Janvier 2020. L'OMS a signalé plus de 651 millions de cas et 6,6 millions de décès attribués à la COVID-19 dans le monde. Le Centre nigérian de contrôle des maladies a révélé en 2022 que 266 057 cas et 3 155

décès ont été signalés. Le développement de vaccins a été essentiel pour mettre fin à la pandémie. Le Nigéria n'a pas atteint l'objectif de vaccination de 40 % fixé en Décembre 2021. Il est impératif d'identifier les principaux problèmes contextuels et de proposer des recommandations pour promouvoir un accès équitable et améliorer la vaccination, d'où cette étude.

Objectifs

Cette étude vise à comprendre l'accès et l'adoption du vaccin COVID-19 en explorant les facteurs ayant un impact sur l'hésitation au vaccin COVID-19 chez les adultes au Nigéria.

Méthodes

L'étude a utilisé une approche qualitative transversale intégrant une revue de la littérature et des entretiens approfondis. Cette revue a été menée selon le cadre d'Arksey et O'Malley. Les entretiens qualitatifs approfondis ont été menés au moyen d'entretiens avec des informateurs clés (EIC) et de discussions avec des groupes cibles (DCG).

Résultats

D'après l'analyse, 90 % des études examinées ont montré une faible acceptation et une faible utilisation du vaccin contre la COVID-19 au Nigéria. Un taux de vaccination moyen compris entre 9 % et 24 % correspond aux taux les plus élevés enregistrés lors des enquêtes en milieu hospitalier et les taux les plus faibles enregistrés chez les répondants adultes des zones rurales du pays. Les facteurs d'hésitation et les obstacles à la vaccination ont été classés en facteurs liés au système de santé, à la communauté et aux individus. Les entretiens ont révélé que le système logistique du pays, y compris les capacités humaines, financières et infrastructurelles, doit être renforcé. Les systèmes de coordination des parties prenantes doivent être renforcés pour garantir une participation rationalisée et éviter les doublons. Les entretiens révèlent que les mesures visant à garantir un accès équitable comprennent une information constante et spécifique au contexte et une sensibilisation en utilisant les gardiens de la communauté, notamment les chefs religieux, les chefs traditionnels et les médias sociaux pour diffuser l'information.

Conclusion

L'étude a constaté une faible acceptation/adoption de la vaccination et un taux élevé d'hésitation à la vaccination contre la COVID-19 au Nigéria. Les facteurs d'adoption et d'hésitation identifiés dans les études étaient multiples et variaient selon les groupes démographiques, les régions et les communautés du pays. Afin de remédier à l'hésitation et à l'opposition à la vaccination contre la COVID-19 au Nigéria, il est évident que les parties prenantes concernées doivent comprendre les facteurs contextuels qui sous-tendent cette réticence à se faire vacciner, et élaborer et mettre en œuvre des stratégies fondées sur des données probantes ciblant différents groupes de population.

Hésitation à se faire vacciner contre la Covid-19 au Maroc : étude de la portée

Amine Cheikh *AfHEA's ECOVA, Casablanca, Morocco*

Introduction

La crise de la Covid-19 a coûté de nombreuses vies humaines et a eu des répercussions catastrophiques pour les nations. Des mesures de santé publique durables ont été prises pour garantir l'accès à des vaccins abordables, efficaces et de qualité garantie. Malheureusement, de nombreux pays n'ont pas eu un accès optimal aux vaccins pour des raisons économiques, logistiques et même politiques. Aussi, l'hésitation à se faire vacciner contre le Covid-19 a été constatée dans plusieurs pays. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'hésitation vaccinale contre la Covid-19 à travers l'expérience marocaine. Il est également attendu d'identifier les mesures capables de réduire les barrières à l'accès aux vaccins pour l'ensemble de la population.

Méthodes

Cette revue de cadrage a été réalisée à partir d'une recherche dans les principaux moteurs de recherche scientifiques sur les études publiées entre le 1er Janvier 2020 et le 30 Mai 2024, examinant les aspects liés à l'accessibilité à la vaccination anti-Covid-19 ainsi qu'à l'acceptation ou à l'hésitation vis-à-vis du vaccin COVID-19 au Maroc. Une étude qualitative a également été menée à partir d'un questionnaire administré aux principaux responsables du circuit vaccinal au Maroc.

Résultats

Le Maroc est l'un des 5 pays africains à avoir atteint l'objectif de l'OMS de 40% de couverture vaccinale COVID-19 d'ici fin 2021. Au moment de l'étude, la couverture vaccinale COVID-19 au Maroc était de 83,6%. Les résultats ont montré que le phénomène de réticence n'était pas marquant dans la population marocaine pour plusieurs raisons (gratuité, obligation pour plusieurs catégories et dans plusieurs situations (voyage, visite des administrations et services publics...), communication, confiance dans la gestion de la pandémie grâce à la longue expérience acquise par le programme national de vaccination). Il a également été démontré que les paramètres qui influencent l'acceptation ou l'hésitation à la vaccination sont principalement l'âge, le sexe, l'état matrimonial et l'état de santé.

Conclusion

La gestion de la crise du Covid-19 a été globalement exemplaire au Maroc. Le pourcentage de personnes vaccinées est l'un des plus élevés du continent africain et le phénomène de réticence a été globalement maîtrisé grâce à plusieurs mesures qui ont été prises par le gouvernement avant et pendant la crise du Covid-19. La gestion de la vaccination anti-Covid-19 a été confiée quasi exclusivement au gouvernement pour une meilleure maîtrise de cette problématique. Plusieurs mesures devraient être maintenues pour profiter du succès de l'expérience de vaccination anti-Covid-19.

Évaluation de l'équité dans la distribution du vaccin COVID-19 au Zimbabwe : une étude exploratoire et une évaluation qualitative

Nyasha Masuka *AfHEA, Harare, Zimbabwe*

Historique

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des disparités dans l'accès aux vaccins et les réticences à les administrer, notamment en Afrique et plus particulièrement au Zimbabwe. Pour y remédier, l'accent est mis de plus en plus sur le renforcement des capacités de recherche et développement (R&D) en matière de vaccins en Afrique. Notre objectif était d'identifier les déterminants de la réticence à se faire vacciner contre la COVID-19 et de son adoption au Zimbabwe, et de comprendre l'équité dans la distribution des vaccins. De plus, nous avons exploré des stratégies et des recommandations pour améliorer l'accès équitable aux vaccins, ainsi que des partenariats public-privé pour la recherche, le développement et la distribution de vaccins au Zimbabwe.

Méthodes et matériels

L'étude a utilisé une méthodologie de revue de la littérature exploratoire développée par Arksey et O'Malley, développée par Levac et al. et Colquhoun et al., et décrite plus en détail par Peters, Godfrey et al. Nous avons utilisé le cadre Population, Contexte et Concept (PCC) pour développer une stratégie de recherche. Nous avons recherché des articles publiés en anglais et indexés dans Medline, PubMed et AJOL. Nous avons également recherché les références et suivi les citations d'articles clés. La littérature grise a également été consultée. Deux évaluateurs ont effectué la revue et les résultats ont été comparés. Des entretiens qualitatifs approfondis ont été menés avec vingt informateurs clés possédant des connaissances et une expertise spécialisée dans le programme élargi de vaccination et le programme de vaccination contre la COVID-19 au Zimbabwe.

Principales conclusions et leçons

L'étude a identifié 16 études, dont des articles axés sur la recherche primaire, un article de journal, une lettre à l'éditeur, des revues de littérature et un article à méthodes mixtes qui a recueilli des données d'enquête ainsi qu'une revue de la littérature. Il existe de fortes indications que l'hésitation à la vaccination constitue un défi important au Zimbabwe. Les facteurs contribuant à cette hésitation comprennent les croyances religieuses, les perceptions négatives des vaccins et le recours aux traitements alternatifs, en particulier au sein des communautés religieuses. Une meilleure acceptation de la vaccination est associée à la présence de maladies chroniques, au fait d'être un homme, à la présence dans le secteur de la santé et à la confiance dans l'efficacité et la sécurité des vaccins. Le gouvernement devrait mettre en œuvre des stratégies de communication ciblées pour renforcer la confiance du public, collaborer avec les chefs communautaires et religieux, garantir la transparence des rapports sur la sécurité des vaccins et améliorer l'accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Les informateurs clés ont exprimé un fort désir de développement de vaccins au niveau national, reconnaissant ses avantages potentiels pour la santé publique et son autosuffisance. Ils ont suggéré de forger des partenariats avec d'autres pays africains pour établir collectivement un pôle d'excellence régional ou continental, partageant les coûts et récoltant des avantages mutuels.

Lutte contre les inégalités et innovations en matière de soins aux personnes atteintes d'un cancer en Afrique

Inégalités entre et au sein des groupes socioéconomiques dans le recours au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes au Kenya : une analyse de données de panel

Denis Okova[1], Akim Tafadzwa Lukwa[2]

(1). Université du Cap, LE CAP, Afrique du Sud
(2). Université du Cap, Unité d'économie de la santé, Le Cap, Afrique du Sud

Contexte

Au Kenya, les cancers du sein et du col de l'utérus sont les deux cancers les plus répandus et les principales causes de décès par cancer, tant chez les hommes que chez les femmes. À l'instar de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), l'incidence et la mortalité des cancers du sein et du col de l'utérus sont en hausse. Le dépistage, favorisant un diagnostic précoce, peut atténuer cette situation. Cependant, dans les PRFI comme le Kenya, les possibilités de dépistage sont limitées par rapport aux pays à revenu élevé (PRE). Des études antérieures ont largement examiné les déterminants du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, mais peu d'efforts ont été faits pour évaluer les inégalités qui y sont liées et les décomposer selon les caractéristiques des ménages au Kenya. Cet aspect est crucial alors que le gouvernement kenyan intensifie ses initiatives de dépistage.

Objectifs

L'étude vise à examiner les tendances des inégalités socioéconomiques entre les groupes et au sein des groupes dans le recours au dépistage du cancer du sein et du cancer chez les femmes éligibles.

Méthodes

Cette étude a utilisé les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2014 et 2022. L'examen clinique des seins (ECS) chez les femmes de 18 ans et plus était l'indicateur du dépistage du cancer du sein. Le cancer du col de l'utérus était indiqué par le fait d'avoir effectué un examen du col de l'utérus pour vérifier la présence d'un cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 ans et plus. Des indices de concentration d'Errygyers normalisés ont été calculés pour démontrer si le dépistage du cancer était favorable aux riches ou aux pauvres. L'étude a ensuite utilisé l'indice de Theil et l'a décomposé par sous-groupes de population (lieu de résidence et statut socio-économique-SSE) afin de comprendre les inégalités au sein des groupes.

Résultats

Au cours des deux périodes, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus (15,03 % contre 15,43 %) et du cancer du sein (23 % contre 24 %) sont restés relativement inchangés. Les indices de concentration normalisés d'Erreygers pour le dépistage du sein (2014 ; 0,15, p = 0,00 et 2022 ; 0,13, p = 0,00) et du col de l'utérus (2014 ; 0,18, p = 0,000 et 2022 ; 0,16, p = 0,000) pour les deux périodes étaient tous deux positifs, ce qui indique que les femmes de faible statut socio-économique sont moins susceptibles de se faire dépister pour les deux cancers. Français Les indices de Theil montrent que les inégalités socio-économiques en matière de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus pour les deux périodes étaient plus dominantes chez les femmes vivant en zone rurale et celles de faible statut socio-économique, tandis que les inégalités globales en matière de dépistage des deux cancers se sont creusées entre 2014 et 2022. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 96,4 % à 97,1 % des inégalités socio-économiques s'expliquaient par la variabilité intra-groupe des ménages, tandis que 2,9 % à 3,6 % des inégalités s'expliquaient par le groupe socio-économique auquel les femmes appartiennent. Une tendance similaire a été observée pour le dépistage du cancer du sein.

Conclusion

La répartition inégale des richesses des ménages et le clivage entre zones rurales et urbaines contribuent aux inégalités en matière de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus au Kenya. Il est donc essentiel de mettre en place des politiques visant à combler ce fossé et à réduire les inégalités au sein des groupes.

Mots-clés

Dépistage du cancer du sein, Dépistage du cancer du col de l'utérus, Inégalités, Statut socioéconomique.

Analyse des coûts pour les patients de la clinique de diagnostic rapide des adénopathies lymphatiques (CDRAL) de l'hôpital Groote Schuur, en Afrique du Sud

Christine Kyomuhendo Byaruhanga[1], Estelle Verburgh[2], Jenna Oosthuizen[3], Karryn Brown[3], Paidamoyo Bodzo[4] and Lucy Cunnama[5]

(1) Unité et division d'économie de la santé, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud,
(2) Division d'hématologie, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud,
(3) Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud,
(4) Unité d'économie de la santé, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud,
(5) Université du Cap

Contexte

À l'échelle mondiale, le cancer est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité, la plus lourde charge de morbidité étant présente dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où environ 75 % des décès surviennent. Le cancer est la maladie non transmissible la plus susceptible d'entraîner des dépenses de santé catastrophiques. Cela peut survenir à n'importe quelle étape du continuum de soins contre le cancer. Cependant, il existe un manque de littérature sur les dépenses engagées avant le diagnostic. Les retards dans l'obtention d'un diagnostic entraînent des conséquences néfastes sur la santé tout au long du continuum de soins. C'est pourquoi la Clinique d'accès rapide au diagnostic des adénopathies lymphatiques (CDRAL) a été créée pour permettre un diagnostic rapide des patients atteints d'adénopathies. Son ouverture a permis de comprendre les types, l'ampleur et les facteurs de coûts liés au cancer, tant pour les patients souhaitant un diagnostic que pour leurs familles.

Buts et objectifs

L'objectif de l'étude était d'analyser les coûts pour les patients associés à la recherche d'un diagnostic au CDRAL de l'hôpital Groote Schuur, un hôpital universitaire de référence tertiaire en Afrique du Sud. L'étude visait à calculer les coûts directs, indirects et intangibles liés au diagnostic pour les patients consultant au CDRAL. Les stratégies d'adaptation utilisées par les patients pour couvrir ces coûts ont également été étudiées.

Méthodes

L'étude consistait en une analyse transversale des coûts par patient. Les données ont été recueillies auprès de patients adultes consentants, nouvellement et anciennement adressés. Un questionnaire structuré recueillant les coûts directs (médicaux et non médicaux) et indirects a été utilisé pour recueillir les données par entretien. Les coûts intangibles ont été mesurés à l'aide du Brief Pain Inventory. Les données ont été collectées dans RedCap et analysées avec Stata15. Les coûts par patient ont été calculés jusqu'au moment du diagnostic.

Principales conclusions

Trente ans après la fin de l'apartheid, les inégalités de revenus raciales persistent. Les Africains noirs sont plus susceptibles que les autres groupes ethniques de faire face à des dépenses de santé catastrophiques et à la pauvreté. Les ménages à faibles revenus sont plus susceptibles d'obtenir des prêts auprès de prêteurs informels, dont les taux d'intérêt peuvent atteindre 50 %. Concernant les interférences avec les fonctions quotidiennes, la plupart des patients ont signalé que la douleur affectait principalement leur sommeil. La plupart des patients avaient des aidants informels qui perdaient une part importante de leur salaire journalier chaque fois qu'ils devaient les accompagner pour consulter.

Principales conclusions

Les coûts directs et indirects liés à la recherche d'un diagnostic influencent les comportements de recours

aux soins et les résultats de santé. Dans la poursuite de l'Objectif de développement durable n° 3, et plus précisément de la couverture sanitaire universelle, la protection contre les risques sociaux et financiers est une nécessité.

Surmonter les obstacles et rechercher l'équité : une approche de gouvernance et de politique pour améliorer l'accès aux soins en cancérologie, basée sur l'expérience des patients au Nigeria

Otuto Amarauche Chukwu[1], Beverley Essue[2]

(1) Institut de politique, de gestion et d'évaluation de la santé, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada
(2) Institut de politique, de gestion et d'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada

Historique

La charge de morbidité et de mortalité due au cancer continue d'augmenter dans le monde entier, la majorité des cas se produisant dans des pays en développement tels que le Nigeria. En 2020, 125 000 nouveaux cas de cancer ont été signalés au Nigéria, un pays où le taux de mortalité par cancer dépasse 80 %. Contraint par un nombre limité d'oncologues cliniciens et confronté à la maladie à un stade avancé, le système de santé nigérian est confronté à d'importants obstacles dans la lutte contre le cancer. Cette situation est encore aggravée par une importante fuite des cerveaux dans le secteur de la santé, des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes, et un accès limité aux soins contre le cancer. Le poids de ces obstacles et de ces inégalités repose sur les patients ; d'où la nécessité de comprendre comment ils les surmontent afin d'éclairer la gouvernance et les approches politiques visant à améliorer l'accès aux soins contre le cancer.

Méthodes

S'appuyant sur une approche constructiviste qualitative fondée sur la théorie ancrée, l'étude se concentre sur les patients atteints de cancer du sein et de la prostate, leurs soignants principaux et le personnel administratif infirmier. Des entretiens semi-structurés et approfondis ont été menés afin de comprendre la navigation et le début des soins dans le continuum de lutte contre le cancer, identifiant ainsi les lacunes des services. Une analyse de contenu thématique a été appliquée aux données. Une cartographie systémique de la navigation des patients dans le continuum de lutte contre le cancer a été comparée aux dispositions du plan nigérian de lutte contre le cancer.

Résultats

Les résultats ont montré que la navigation dans les soins contre le cancer est un parcours complexe pour les patients, du diagnostic au traitement, et se caractérise par Retards, difficultés financières, difficultés

logistiques, diagnostic tardif dû à une sensibilisation et une accessibilité limitée aux programmes de dépistage, et délais d'attente prolongés pour les consultations spécialisées. Les résultats révèlent également des problèmes systémiques critiques tels qu'un financement insuffisant, des infrastructures de santé défaillantes et un manque de personnel qualifié dans les unités d'oncologie. La cartographie des systèmes a révélé des disparités dans la prestation et la coordination des services, ainsi qu'un écart entre l'expérience des patients et le plan nigérian de lutte contre le cancer.

Discussion/Conclusions

Les résultats suggèrent la nécessité d'une gouvernance et d'approches politiques durables pour lever les obstacles et améliorer l'expérience des patients et l'équité dans l'accès aux soins contre le cancer. Parmi les approches à envisager, dont certaines ont été proposées par des patients, figurent : rapprocher les services de dépistage, de diagnostic et de soins des communautés grâce à des modèles de soins multidisciplinaires impliquant d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens d'officine, à différentes phases du continuum afin de fournir des soins holistiques ; développer et simplifier les parcours d'orientation pour ces modèles de soins ; et des interventions au niveau politique visant l'allocation des ressources, le développement des infrastructures et le renforcement des capacités en oncologie. Ces mesures pourraient contribuer à réduire les inégalités d'accès et à soutenir la gouvernance, les politiques et les cadres institutionnels pour des systèmes de santé justes et durables en matière de soins contre le cancer.

Naviguer dans les processus de conception des programmes de prestations de santé contre le cancer au Rwanda : une évaluation multicritère

Stella Matutina Umuhoza *University of Rwanda, Kigali City, Rwanda*

Le solide système d'assurance maladie communautaire (AMC) du Rwanda couvre plus de 90 % de sa population. Le gouvernement travaille à la conception d'un ensemble de prestations de santé (EPS) fondé sur des données probantes pour soutenir la couverture sanitaire universelle. En 2021, une instruction ministérielle a été publiée, décrivant les méthodes de définition des priorités, notamment neuf critères de décision multiples. Le processus a commencé par l'établissement d'un consensus sur les objectifs de l'EPS et la sélection des sujets d'évaluation des technologies de la santé (ETS). Quarante-neuf cancers ont été priorisés en raison de la demande croissante d'inclusion des interventions contre le cancer dans l'EPS, de leurs coûts élevés et de la charge de morbidité croissante.

Un cadre d'évaluation a été élaboré pour guider les mesures quantitatives et qualitatives de divers critères, en tenant compte des contraintes de temps, de données et de capacité. Des discussions consultatives ont été menées avec des représentants des ministères de la Santé et des Finances afin de garantir une approche globale. Les critères d'évaluation ont été divisés en trois niveaux : des méthodes quantitatives ont été utilisées pour évaluer le coût, le rapport coût-efficacité, la charge de morbidité, la protection contre les risques financiers et l'impact budgétaire. L'évaluation a également utilisé une combinaison de

données de coûts disponibles localement, d'estimations internationales de la charge de morbidité et du registre Tufts des études coût-efficacité. Des techniques d'enquête qualitative ont été utilisées pour mesurer la faisabilité, tandis qu'un jugement d'expert structuré a été utilisé pour évaluer l'efficacité, le risque vital, l'équité et la priorité accordée aux groupes vulnérables.

Les données probantes pour chaque cancer ont été consolidées sur une fiche de données probantes. Les recommandations des programmes de soins de santé en oncologie s'appuient sur des critères de rentabilité et d'autres critères, ainsi que sur des recommandations différenciées selon le stade de la maladie. Les services de cancérologie recommandés pour les contextes à ressources limitées privilégient toutes les modalités de traitement de base pour tous les cancers, y compris les cancers rares, afin de garantir l'égalité d'accès. Les traitements de base ont été inclus dans les programmes de soins de santé recommandés pour les cancers les plus répandus, qui peuvent être pris en charge à visée curative lorsqu'ils sont détectés précocement. De plus, le programme de soins de santé a recommandé une révision de la structure de copaiement des services de cancérologie et l'intégration des soins palliatifs dans les pratiques oncologiques standard afin d'améliorer les résultats pour les patients.

Cette étude est la première du genre à évaluer simultanément plusieurs cancers pour la conception d'un plan de soins axé sur le patient (EPS) en s'appuyant sur des données issues d'évaluations économiques et de critères contextualisés. Concevoir des programmes de soins explicites pour le cancer nécessite des approches pragmatiques et à forte intensité de données, qui tiennent compte des données existantes, des contraintes d'expertise et de la pression pour une prise de décision rapide. Ceci est particulièrement important pour les analyses coût-efficacité, qui sont limitées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cela souligne la nécessité de structurer les processus d'évaluation afin de garantir la compréhension de la qualité de chaque type de données probantes et d'institutionnaliser la définition des priorités fondée sur des données probantes pour une allocation efficace des ressources au sein du AMC.

Améliorer l'autogestion du cancer de la prostate : Efficacité d'un programme de coaching numérique au Nigeria

Blessing Raji[1], Dennis Owusu[1], Emmanuel Onogwu[1], Chinelo Okpara[1], Faith Kuranga[1], Titilayo Oriolowo[1], Seyi Malumi[2], Adaora Odukwe[1], Kolawole Akinjiola[1], Samuel Agbaji[1], Hanna Minaye[1], Nneka Mobisson[2] and Imo Etuk[2]

(1) mDoc Healthcare, Lekki Phase 1, Lagos, Nigeria,
(2) mDoc Healthcare, Nigeria

Les patients atteints d'un cancer avancé sont confrontés à des symptômes et des difficultés intenses et multiformes, et doivent souvent gérer activement leur santé. Si les programmes d'autogestion se sont avérés bénéfiques pour les maladies chroniques, leur efficacité chez les patients atteints de cancer reste sous-explorée. Notre programme d'autogestion en oncologie est conçu pour améliorer les comportements d'autogestion et la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer de la prostate au Nigéria.

Afin d'évaluer l'efficacité du coaching en autogestion pour favoriser le changement comportemental, une

étude de cohorte rétrospective a été menée de Janvier 2022 à Décembre 2022 auprès de 81 hommes diagnostiqués avec un cancer de la prostate métastatique. Cette étude a utilisé la plateforme CompleteHealth™, un système numérique omnicanal conçu pour faciliter l'autogestion et accompagner les patients dans leur parcours de soins.

Les participants ont suivi leurs données de santé et ont bénéficié des services d'une équipe d'encadrement multidisciplinaire spécialisée. Cette équipe a proposé des interventions sur mesure comprenant une éducation à la santé comportementale, des cours d'exercices virtuels, des conseils nutritionnels et un soutien émotionnel. Les principaux critères d'évaluation comprenaient les changements comportementaux en matière de soins personnels, évalués par la fréquence des données autodéclarées par les participants. De plus, l'évolution du taux d'antigène prostatique spécifique (PSA) par rapport à la valeur initiale a été analysée comme critère secondaire. Cette méthode d'évaluation vise à fournir une compréhension globale de l'impact du programme sur les pratiques de santé comportementale et les résultats cliniques des participants.

Tout au long de l'année, les participants ont activement participé à notre programme, en saisissant leurs données de santé en moyenne trois fois par mois. Ce niveau constant d'engagement reflète l'évolution des comportements des membres vers une gestion active de leur santé. Concernant la durée d'exercice, indicateur de changement de comportement, une augmentation substantielle a été constatée, la durée moyenne passant de 23,9 à 86,17 minutes par mois. Les résultats de santé mesurés comprenaient une baisse significative des pressions artérielles systolique et diastolique, de 8,19 mmHg et 4,05 mmHg en moyenne respectivement. Ces améliorations des habitudes d'exercice sont particulièrement importantes car elles améliorent la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer de la prostate. De plus, le taux moyen de PSA a diminué de 9,00 ng/ml, témoignant d'une gestion efficace de la progression du cancer de la prostate.

Ces résultats suggèrent que notre soutien intégré a contribué à une meilleure gestion de la santé et à une meilleure prise en charge du cancer. L'apport constant de données de santé via notre plateforme met en évidence les effets positifs d'une autogestion proactive et durable et d'un engagement envers des interventions de santé personnalisées. Les recherches futures se concentreront sur des études longitudinales afin de valider ces résultats et d'explorer les bénéfices à long terme de ces approches multidisciplinaires dans les schémas thérapeutiques du cancer.

Améliorer la santé néonatale et infantile : gestion, inégalités et mise en œuvre des politiques en Afrique

14h00-15h30 Mercredi 3 Mars 2025

Renforcer le système d'orientation des districts : un nouveau défi pour réduire la mortalité maternelle et périnatale au Rwanda

Turate Innocent

Programme de santé Enabel, Rwanda, Kigali, Rwanda

Introduction

Au Rwanda, les trois quarts des décès maternels pourraient être évités si une offre complète de services de santé appropriés était rapidement mise en place. Au cours des deux dernières décennies, le ministère de la Santé s'est concentré sur trois piliers du programme de SMI, à savoir l'accouchement en milieu hospitalier, les SONU et la PF, ce qui a permis au pays de réaliser une avancée significative en matière de mortalité maternelle. Cependant, aucune réduction significative de la mortalité maternelle n'a été constatée au cours des cinq dernières années, ce qui soulève des questions quant à la qualité et à l'accès aux soins. Le renforcement du mécanisme d'orientation maternelle constitue une pièce manquante du puzzle.

Méthode

Nous avons évalué la gestion des patients transférés interinstitutionnels en termes de qualité et de services de soins adéquats fournis, dans le but d'identifier les lacunes des systèmes locaux associées à une mauvaise qualité des soins pendant le processus d'orientation et de proposer des recommandations qui peuvent être abordées pour une orientation appropriée et transparente des femmes enceintes et des nouveau-nés dans 7 districts.

Méthodes

L'évaluation a porté sur 41 centres de santé, 37 ambulances et 16 hôpitaux. Une collecte de données simultanée par méthodes mixtes a été utilisée pour faciliter une compréhension plus complète des lacunes du système d'orientation et formuler des recommandations potentielles.

Résultats

Parmi les 401 cas orientés, 72 % étaient accompagnés d'infirmiers, 30 % de sage-femmes ; 80 % ont consenti à être orientés. Une passation de service officielle a eu lieu entre les centres de santé et les hôpitaux pour 82 % des cas orientés, un traitement pré-transfert a été fourni dans 64 % des cas, et 75 % des ambulances disposaient de kits obstétricaux d'urgence. Cependant, les centres de santé orientés n'ont pas toujours reçu de retour d'information, de sorte que les possibilités d'amélioration n'ont pas été atteintes par ces établissements. Le temps d'attente moyen entre l'appel de l'ambulance et l'admission des patients à l'hôpital était de 2 h 26, avec une valeur extrême comprise entre 6 h 37 et -19 minutes. Parmi les équipements vitaux essentiels manquants, nous avons constaté l'absence de bouteilles d'oxygène (dans 13 des 37 ambulances évaluées), de brancards coulissants (13/37), de moniteurs patient (34/37) ; et 92 % des infirmiers accompagnant les ambulances n'étaient pas formés aux pratiques de l'ensemble d'interventions salvatrices, qui traitent les principales causes obstétricales et néonatales de morbidité et de mortalité.

Conclusion et recommandations

Des lacunes persistent dans les normes cliniques de transport et dans la réponse des ambulances, ce qui nécessite l'élaboration urgente de directives et de protocoles spécifiques pour l'orientation maternelle et

néonatale, conformément aux recommandations de l'OMS. Le renforcement du système d'orientation est primordial ; cela nécessitera l'élaboration de directives nationales spécifiques pour l'orientation maternelle et néonatale afin de fournir la structure, les processus, les outils et la coordination de l'orientation maternelle et néonatale au sein du district, conformément aux recommandations de l'OMS. Cela sera également soutenu par la mise en place d'un centre d'appels, la professionnalisation des infirmières accompagnant les ambulances, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi et l'évaluation.

Recherche-action sur la maintenance préventive des équipements médicaux dans les maternités et les unités néonatales au Rwanda

Jean Claude Mwumvaneza[1], Véronique Zinnen[1], Eng. Ladislas Havugimana[1], Jean-Marie Sinari[1], Eng. Gad Ngilimana[2], Eng. Francine Umutesi3

(1) Programme de santé Enabel, Rwanda
(2) Centre biomédical du Rwanda, Division de la santé maternelle et infantile et communautaire
(3) Centre biomédical du Rwanda, Division de technologie médicale

Introduction

Des équipements fonctionnels et une maintenance préventive sont essentiels à la qualité des soins. Malgré des investissements dans des équipements vitaux, une évaluation réalisée en 2020 dans les maternités et les unités néonatales de sept districts du Rwanda a révélé que 16 % d'entre eux n'étaient pas pleinement fonctionnels et qu'il n'existait aucun plan de maintenance. Cette recherche-action évalue l'impact de l'introduction de la maintenance préventive des équipements de maternité et de néonatalogie au niveau hospitalier.

Méthodes

L'intervention a été menée dans 16 hôpitaux de 2020 à 2022. Les activités comprenaient la mise en place d'une maintenance préventive des équipements des maternités et des unités néonatales, la mise à jour de l'inventaire des équipements, ainsi que la formation et l'encadrement des techniciens. Le principal résultat a été évalué par le pourcentage d'équipements fonctionnels avant, pendant et après l'intervention.

Résultats

Le pourcentage d'hôpitaux ayant mis en œuvre une maintenance préventive est passé de 0 % en 2020 à 63 % en 2021, à 84 % en 2022 et à 88 % en 2023. Le taux d'hôpitaux disposant d'un inventaire d'équipements mis à jour est passé de 9 % à 61 %, 63 % et 89 %. Enfin, le principal résultat, le pourcentage d'équipements fonctionnels est passé de 84 % en 2020 à 90 % en 2021, 92 % en 2022 et 96 % en 2023. Le budget consacré aux réparations d'urgence a été considérablement réduit (de 118 859 euros en 2021 à 978) euros en 2024,

cela est dû au fait que la mise en œuvre de la maintenance préventive a été prise au sérieux.

Conclusion

L'instauration d'une culture de maintenance préventive est essentielle pour réduire le risque de panne des équipements, minimiser les perturbations des soins, améliorer les résultats pour les patients et contribuer à maintenir l'efficience et l'efficacité globales des soins. Cela montre que la mise en œuvre de la maintenance préventive augmente le nombre d'équipements fonctionnels dans les établissements de santé et réduit considérablement le budget consacré à la maintenance corrective (ou réparation d'urgence). Cependant, la formation et un accompagnement continu sont nécessaires pour instaurer et maintenir les bonnes pratiques. Bien que cette recherche-action se soit concentrée sur les équipements médicaux utilisés en maternité et en néonatalogie, elle pourrait être généralisée à l'ensemble des services hospitaliers.

Facteurs affectant la mise en œuvre de pratiques de gestion de base pour l'amélioration de la qualité des soins néonatals : Évaluation du processus d'une intervention de gestion hospitalière au Malawi

Wanangwa Manda[1], Victor Mwapasa[2], Linda Nyondo-Mipando[1], Monica Malata[1], Elias Phiri[2], Madalitso Tambala[1], Charlotte Ward[3], Catherine Goodman[3] and Timothy Powell-Jackson[3]

(1) Université des sciences de la santé de Kamuzu, École de santé mondiale et publique, Malawi, Blantyre, Malawi
(2) École de santé mondiale et publique, Université des sciences de la santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi
(3) Département de santé mondiale et de développement, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni

Contexte

Le taux de mortalité néonatale au Malawi reste élevé, avec 27 décès pour 1 000 naissances vivantes, malgré une couverture élevée des accouchements en établissement de santé et l'intensification des interventions cliniques en soins néonatals. L'amélioration des pratiques de gestion hospitalière pourrait améliorer la qualité des services de soins néonatals. Un essai randomisé en grappes en cours au Malawi évalue l'impact d'une intervention de gestion hospitalière à multiples facettes sur la mortalité néonatale et la qualité des soins dans 10 hôpitaux d'intervention et 20 hôpitaux témoins. L'intervention comprend l'optimisation de la prestation des soins cliniques, le soutien au leadership et au mentorat, l'amélioration de l'utilisation des données de routine pour la prise de décision, l'apprentissage entre pairs et la formation en gestion sur site, facilitée par des assistants techniques externes. Nous avons mené une évaluation du processus afin d'expliquer la mise en œuvre des pratiques de gestion en réponse à l'intervention.

Méthodes

L'évaluation du processus s'appuie sur les directives du MRC relatives à l'évaluation des processus pour les interventions complexes, qui mettent l'accent sur le rôle de la mise en œuvre, des mécanismes d'impact et du contexte pour comprendre comment une intervention produit des résultats. En mars 2024, nous avons mené une étude phénoménologique qualitative comprenant des entretiens approfondis (EI) avec 30 membres du personnel hospitalier et des séances de pratique réflexive avec 7 assistants techniques ayant mis en œuvre l'intervention. Nous avons sélectionné cinq hôpitaux d'intervention afin de présenter des variations en termes de type, de localisation et de score de pratiques de gestion hospitalière. Les EI ont exploré les facteurs affectant la mise en œuvre des pratiques de gestion hospitalière en réponse à l'intervention. Les transcriptions ont été téléchargées dans le logiciel Dedoose pour analyse, et les données ont été analysées par le biais d'une analyse de contenu thématique.

Résultats

Les facteurs facilitant la mise en œuvre de l'intervention comprenaient : le soutien de la haute direction pour aider le personnel à mettre en œuvre les pratiques de gestion ; la communication et la collaboration entre les services hospitaliers ; la présence d'un champion proactif ; la perception par le personnel que l'intervention ne constitue pas une charge de travail supplémentaire ; la délégation des pratiques de gestion par les gestionnaires à du personnel plus junior ; le suivi de l'évolution des pratiques de gestion et la fourniture de commentaires ; et la volonté du personnel d'apprendre. Les obstacles comprenaient : l'attente du personnel d'incitations supplémentaires ; les contraintes de ressources matérielles ; le manque de personnel ; la rotation du personnel ; la rotation du personnel hors de l'unité néonatale ; et la dépriorisation de l'unité néonatale par les hôpitaux par rapport aux autres services hospitaliers. En général, les participants ont perçu l'intervention comme étant durable parce que les pratiques de gestion promues par l'intervention faisaient déjà partie de leur champ de travail obligatoire.

Conclusion

L'étude révèle les facteurs clés qui influencent la réussite de la mise en œuvre des pratiques de gestion visant à améliorer la qualité des soins néonatals. Si certains obstacles reflètent des défis majeurs au sein du système de santé, l'identification et la suppression de ces obstacles, sous le contrôle de l'hôpital, pourraient accroître l'acceptabilité et la pérennité de l'intervention.

Qu'arrive-t-il aux enfants d'âge scolaire lorsque les politiques et les lois sur la santé infantile sont mal appliquées et quelles solutions pourraient être appliquées au Nigéria ?

Prince Agwu[1], Ifunanya Clara Agu[2], Chinelo Esther Obi[3], Tochukwu Charles Orjiakor[3], Adaeze Oreh[4], Chinyere Mbachu[3], Uzoma Okoye[5] and Obinna Emmanuel Onwujekwe[6]

(1) Université de Dundee, Dundee, Royaume-Uni,
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria,
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria,
(4) Initiative de développement des systèmes, Abuja, Nigéria,
(5) Travail social, Université du Nigéria,
(6) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Les résultats en matière de santé infantile au Nigéria sont parmi les pires au monde, malgré l'existence de législations sur la santé infantile dont la mise en œuvre optimale devrait protéger et promouvoir la santé des enfants.

Méthode

Nous avons entrepris un examen approfondi des politiques de santé infantile existantes pour les enfants d'âge scolaire au Nigéria afin d'identifier les lacunes et les incohérences qui pourraient entraver leur mise en œuvre ou leur efficacité et de mettre en évidence les domaines à réviser ou à remanier complètement. La loi sur les droits de l'enfant [LDE] (2003), la politique nationale de santé scolaire [PNSS] (2006), la politique nationale sur la santé et le développement des adolescents et des jeunes au Nigéria [PNSDAJN] (2019) et la politique nationale de santé infantile [PNSI] (2022) ont été les politiques identifiées et examinées. Les informations issues de l'examen des politiques ont été triangulées avec les données probantes provenant de 63 personnes interrogées, y compris des enfants issus d'établissements formels et informels en milieu urbain.

Résultats

En utilisant le cadre d'examen des politiques de santé, nous avons évalué les quatre politiques en fonction de leur contenu, de leurs acteurs, de leurs processus et de leur contexte. Le contenu affirme les droits inaliénables des enfants à une bonne santé, qui devraient être promus grâce à une approche multisectorielle. Les écoles sont censées être au cœur de la promotion et de la réalisation d'une bonne santé pour les enfants. Malgré les bonnes intentions des politiques, nous avons constaté des écarts contextuels entre les aspirations politiques et leur mise en œuvre réelle, tels que l'absence de services de santé intégrés dans les écoles, la mauvaise relation entre les écoles et le système de soins de santé primaires, les chevauchements et les confusions dans le contenu des politiques, l'obsolescence et le manque de voix des enfants au sein des comités de santé infantile constitués. En confirmation, les données issues des entretiens ont montré que les enfants étaient exposés à des pratiques de santé néfastes en raison du manque de connaissance des politiques, de l'absence de parcours progressifs et du faible ou de l'absence d'engagement envers les objectifs et les aspirations des politiques.

Conclusion

L'espace sanitaire des enfants d'âge scolaire au Nigéria est largement poreux, ce qui compromet considérablement leurs droits à la santé. La résolution de ces problèmes exige une attention cruciale aux

forces et aux faiblesses des politiques concernées, en veillant à ce que leur contenu et leurs mécanismes opérationnels soient conçus de manière consensuelle, réalisable, gérable et applicable, comme convenu par les parties prenantes concernées du pays, y compris les enfants eux-mêmes.

Les choix difficiles que font les mères lorsque leurs nouveau-nés sont admis dans l'unité néonatale d'un hôpital universitaire au Rwanda.

Pascal Havugarurema1, Mary Hadley2 and Jean Baptiste Ukwizagira1

(1) CHUB, Huye, Sud, Rwanda
(2) Contexte en développement, Nairobi, Kenya

Contexte

Au Rwanda, 48,8 % de la population est considérée comme vivant dans une pauvreté multidimensionnelle, tandis que 22,7 % supplémentaires sont classés comme vulnérables à la pauvreté multidimensionnelle. Environ 95 % de la population est couverte par une assurance maladie. Le système de prestations de base de l'assurance maladie communautaire comprend des services pour les nouveau-nés malades. Le CHUB est un hôpital universitaire situé dans le sud du Rwanda qui accepte les patients, y compris les nouveau-nés malades, adressés par 14 hôpitaux du pays. L'objectif de cette étude était de comprendre les difficultés rencontrées par les mères de nouveau-nés admis au CHUB afin de formuler des recommandations en matière de politiques et de pratiques.

Méthodes

Un guide d'entretien a été conçu, utilisant des questions ouvertes pour recueillir des informations objectives. Des entretiens approfondis ont été menés auprès des mères dont les nouveau-nés ont été admis à l'unité néonatale du CHUB entre juin et août 2022. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne soit disponible. Les enregistrements numériques ont été analysés par raisonnement inductif. Les thèmes et sous-thèmes ont été déterminés par consensus entre l'auteur et les coauteurs.

Résultats

Quinze femmes ont été interrogées. Des choix difficiles ont été faits quotidiennement, entre ressources financières disponibles, besoins familiaux et apports nécessaires à la survie du nouveau-né et à la santé et au bien-être de la mère. La longue période imprévisible de vie loin du domicile et les coûts associés ont exacerbé les difficultés rencontrées par les mères. L'absence de système de soutien à proximité de l'hôpital a alourdi le fardeau financier de l'hospitalisation du nouveau-né. Les choix entre une alimentation .

adéquate pour la mère afin de lui fournir le lait maternel vital et l'utilisation des maigres ressources familiales pour l'achat de médicaments sur ordonnance, essentiels à la survie, ont été décrits.

Conclusion

Des changements dans les politiques et infrastructures nationales et hospitalières sont nécessaires pour répondre aux défis rencontrés par les familles, et en particulier les mères, dont les nouveau-nés malades sont hospitalisés. Ces changements politiques devraient viser à améliorer la sécurité économique des familles, la survie du nouveau-né et la santé de la mère.

Inégalités socio-économiques des zones rurales et urbaines dans le retard de croissance des enfants en Tanzanie : Le rôle des visites de soins prénatals

Steven Lee Mwaseba *Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud*

Contexte

Le retard de croissance infantile présente des risques importants pour le développement physique et cognitif, impactant à terme le potentiel socio-économique d'un individu à long terme. Bien que les consultations prénatales (CPN) soient reconnues comme une intervention essentielle pour réduire le risque de retard de croissance chez l'enfant, la Tanzanie continue de connaître des inégalités persistantes entre zones rurales et urbaines en termes de prévalence du retard de croissance, malgré une augmentation du recours ciblé aux CPN au cours de la dernière décennie.

Buts et objectifs

Cette recherche vise à explorer l'association entre les visites prénatales et les inégalités socio-économiques en matière de retard de croissance infantile entre les zones rurales et urbaines en Tanzanie.

Méthodes

Les données de l'Enquête démographique et de santé et de l'Enquête sur les indicateurs du paludisme de 2022 en Tanzanie ont été utilisées dans cette étude. L'analyse a été réalisée à l'aide de l'indice de concentration standard et de la méthode de décomposition d'Oaxaca par la fonction d'influence recentrée (FIR), une méthode jamais appliquée auparavant au contexte tanzanien.

Principales conclusions

Les résultats indiquent que les zones rurales connaissent un recours plus faible aux soins prénatals et une prévalence plus élevée du retard de croissance chez les enfants. Les ménages les plus aisés y ont un meilleur accès, tandis que le retard de croissance s'aggrave parmi les populations les plus pauvres. Les résultats suggèrent que les consultations prénatales contribuent significativement aux inégalités socioéconomiques entre zones rurales et urbaines en matière de retard de croissance chez les enfants.

Conclusion

Pour remédier à ces inégalités, il est essentiel d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité de services de santé maternelle de qualité, en particulier dans les zones rurales et reculées. Investir dans la télémédecine et adopter des approches innovantes de diffusion d'informations et de conseils aux femmes enceintes des zones reculées pourrait contribuer à combler le fossé géographique entre les populations rurales et urbaines. De telles interventions pourraient jouer un rôle crucial dans la réduction des inégalités socioéconomiques entre les zones rurales et urbaines en matière de retard de croissance infantile, améliorant ainsi les résultats sanitaires et contribuant à la productivité économique à long terme.

Économie politique et leadership dans le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement

14h00-15h30 Mercredi 3 Mars 2025

Les associations d'épargne et de crédit rotatives (AECR) en tant que communautés de pratique dans les systèmes de santé publique et de sécurité alimentaire : une étude de portée

Olufunke Alaba[1], Victoria Lambert[2], Akim Tafadzwa Lukwa[3], Charles Maseko[4] and Feyi Odunitan-wayas[2]

(1) Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud
(2) Université du Cap
(3) Université du Cap, Unité d'économie de la santé, Le Cap, Afrique du Sud
(4) Unité d'économie de la santé, Université du Cap

Les associations d'épargne et de crédit rotatives (AECR) sont des groupes financiers informels où les membres versent régulièrement une somme fixe à un fonds commun, qui est ensuite retiré à tour de rôle par chaque participant. Ces associations, souvent utilisées par des personnes à faibles revenus et principalement par des femmes, fournissent des services financiers aux personnes exclues des systèmes formels. Les AECR sont répandues dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) et parmi les communautés d'immigrants des pays développés. En Afrique du Sud, on les appelle stokvels, avec plus de 810 000 stokvels enregistrés, 11,5 millions de membres et une empreinte économique estimée à près de 50 milliards de rands kenyans (2,5 milliards de livres sterling). Au Kenya, les AERCR ont débuté comme de petits « chamas » où les femmes mettaient en commun leurs ressources pour acheter des produits alimentaires par rotation, avant de devenir des sociétés formalisées gérant un actif totalisant 300 milliards de shillings

kenyans (2 milliards de livres sterling). Malgré leur potentiel important pour fonctionner en tant que communautés de pratique (CdP) au sein des systèmes de santé publique et de sécurité alimentaire, les recherches sur cette application sont rares.

Les AECR facilitent le partage des connaissances, la résolution collective des problèmes et le renforcement des capacités, conformément aux principes de la communauté de pratique. Elles ont été mises à profit pour améliorer les résultats en matière de santé publique et de sécurité alimentaire, notamment dans les contextes à ressources limitées. En synthétisant les données probantes issues de divers contextes géographiques et d'initiatives en matière de santé et de sécurité alimentaire, cette revue examine comment les AECR ont été mises à profit pour améliorer les résultats en matière de santé publique et de sécurité alimentaire, notamment dans les contextes à ressources limitées.

Les résultats suggèrent que les AECR peuvent jouer un rôle déterminant dans la diffusion d'informations sanitaires, la promotion des pratiques préventives et l'engagement communautaire dans les initiatives de santé. Leur fonctionnement repose sur la confiance, les relations réciproques et le capital social, ce qui les rend particulièrement adaptés pour relever les défis de santé publique et de sécurité alimentaire. Par exemple, à Johannesburg, certains stokvels ont organisé des séances de prévention et de prise en charge du VIH/sida, ce qui a permis d'améliorer sensiblement les résultats en matière de santé communautaire. Dans les zones rurales où l'accès aux soins de santé formels est limité, les stokvels mutualisent leurs ressources pour surmonter les obstacles financiers et géographiques.

De plus, les AECR favorisent une culture d'entraide, essentielle en période de crise sanitaire. L'intégration des AECR dans les stratégies de santé publique et de sécurité alimentaire pourrait apporter des éclairages précieux aux décideurs politiques et aux praticiens. Ces systèmes financiers traditionnels peuvent soutenir l'éducation sanitaire, améliorer l'accès aux soins et promouvoir la responsabilité collective, réduisant ainsi les disparités en matière de santé et favorisant la résilience des communautés. Exploiter le potentiel des AECR peut améliorer les résultats sanitaires et favoriser un développement communautaire durable.

La politique de réforme budgétaire pour renforcer le système de santé

Maria Paola Bertone[1], Helene Barroy[2], Susan Sparkes[2], Alexandra Earle[2] and Sophie Witter[1]

(1)I IGHD, Université Queen Margaret, Édimbourg, Royaume-Uni
(2) OMS, Genève, Suisse

Contexte

L'objectif de ce travail est de comprendre les facteurs d'économie politique et les stratégies connexes à intégrer dans des plans efficaces de mise en œuvre de la réforme du BPP afin de s'aligner sur les exigences de réforme du système de santé nécessaires pour faire progresser les objectifs de la CSU.

Méthodes

L'étude s'appuie sur une série d'études de cas examinant l'économie politique des réformes du BPP dans le secteur de la santé au Ghana, en Afrique du Sud, au Burkina Faso, au Kenya et au Cameroun. Ces études de cas s'appuient sur une revue documentaire répétitive et une consultation d'experts auprès de représentants du gouvernement (Ministères de la Santé, des Finances et organismes apparentés), de donateurs, de la société civile et de conseillers techniques. Une synthèse critique des résultats est également présentée et analysée.

Résultats

Notre étude va au-delà des spécificités techniques des réformes du PBB pour fournir des éléments sur les processus par lesquels les décisions budgétaires structurelles sont prises et pour mettre en évidence les politiques des réformes du PBB dans le secteur de la santé, en se concentrant sur l'impact de ces politiques sur le processus de réforme et les résultats en matière de santé. La cartographie et l'analyse des parties prenantes menées dans chaque pays mettent en évidence les principaux acteurs, leur position par rapport au PBB, leurs intérêts et leur agenda, ainsi que la dynamique du pouvoir et de l'influence. Des réflexions émergent sur l'importance de l'alignement des intérêts entre les dyades d'acteurs : exécutif et bureaucratie, ministère des Finances et ministère de la Santé, niveaux central et décentralisé. L'intérêt potentiel des acteurs externes à s'approprier les réformes du BPP pour aligner le budget national sur ses propres priorités émerge également. Enfin, le rôle du soutien politique de haut niveau en ce qui concerne l'alignement sur les réformes stratégiques est identifié comme un facteur facilitant le succès du BPP.

Conclusions

LE BPP est un processus intrinsèquement politique qui traite de l'allocation et de la répartition des ressources entre les systèmes de santé. Les données présentées illustrent les principales considérations d'économie politique qui influencent l'efficacité des processus et des résultats de la réforme Du BPP et, par conséquent, le renforcement des systèmes de santé. Les enseignements tirés de cette analyse d'économie politique appliquée soutiennent l'avancement du programme d'BPP et, plus largement, des réformes de la santé et de la CSU.

Exploration des facteurs d'économie politique qui influencent la planification et la budgétisation du financement des soins primaires dans des contextes où les ressources sont limitées : Leçons du Ghana et du Rwanda.

Marion Anne Murungi[1], Ishani Mathur[2], Colin Gilmartin[2], Kwesi Eghan[2], Ruth Kemirembe[3], Elyse Uwase[4], Emily Amponsah[5], Michael Kofi Zigah[6] and Damian G Walker[2]

(1) Gestion des sciences de la santé, Arlington, Canada,
(2) Gestion des sciences de la santé, Arlington, VA,
(3) Direction de la santé du district de Bugesera, Bugesera, Rwanda,
(4) Direction de la santé du district de Gicumbi, Gicumbi, Rwanda,
(5) Direction de la santé du district d'Akuapim Sud, Ghana,
(6) Direction de la santé du district de North Tongu, Ghana.

Buts et objectifs

Les processus de planification et de budgétisation des ressources de santé jouent un rôle crucial dans le renforcement des systèmes de soins de santé primaires (SSP) et de la prestation de services, en garantissant une utilisation efficiente et efficace des ressources. Cependant, les processus de planification sanitaire sont souvent mal définis et ne sont pas toujours exécutés comme prévu. Dans le cadre de l'activité de gestion de la performance des SSP (SSP-GP), financée par la Fondation Gates, Gestion des sciences de la santé (GSS) et Three Stones International ont cherché à documenter ces processus tels que décrits et à les comparer à leur application concrète. Cette évaluation visait à mettre en évidence les facteurs politiques et contextuels qui influencent la planification et la budgétisation dans chaque pays, à comprendre le rôle des acteurs clés et à identifier les défis et les lacunes correspondantes dans l'allocation des ressources et la prestation de services.

Méthodes

Les partenaires ont identifié les principales parties prenantes à chaque niveau (établissement, district, région/province, centre) ainsi que des fonctionnaires centraux retraités au Ghana. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés afin de cerner les politiques globales de planification et de budgétisation par rapport aux pratiques pour les intrants clés (effectifs, infrastructures, ensemble de services, fournitures et équipements). Les entretiens ont été examinés pour identifier les thèmes clés et les dimensions d'économie politique pertinentes pour les succès et les échecs des processus de planification et de budgétisation dans les deux pays.

Résultats

Le processus de planification variait dans les deux pays et son application dans la pratique différait selon le domaine d'intervention. Les dimensions d'économie politique affectant la planification et la budgétisation comprenaient les facteurs politiques et de gouvernance, les facteurs historiques, les réformes favorables et défavorables, la responsabilité et la supervision du gouvernement, les facteurs géographiques et contextuels, les facteurs sociétaux et culturels et l'implication des parties prenantes.

Les résultats pour chaque dimension différaient selon les pays. Au Rwanda, la gouvernance a joué un rôle important ; les priorités étaient centrées sur la prise de décision décentralisée au sein du processus de planification, mais aussi sur la mise en œuvre des plans centraux Imihigo. Cela a mis en évidence un processus de planification participatif avec peu de retards ; cependant, les districts disposaient d'une autonomie minimale pour influencer les plans et inclure les contributions des communautés, ce qui a finalement donné naissance à des plans influencés par les priorités centrales plutôt que par les besoins locaux.

Au Ghana, la diminution de la pression politique a permis aux districts de mieux planifier en fonction de leur contexte. Cependant, le processus de planification a connu des retards importants dans la distribution et l'achèvement des modèles de planification. Les districts, les régions et les établissements ont également signalé une capacité limitée d'analyse des données. Des facteurs historiques (par exemple, le conflit extrême au Rwanda et les crises économiques au Ghana) ont fortement influencé les processus de planification dans les deux pays, ce qui a entraîné une présence significative des donateurs.

En fin de compte, l'identification des facteurs d'économie politique peut expliquer les écarts par rapport aux pratiques décrites et répondre aux principaux défis globaux pour aider les districts, les gouvernements nationaux et les partenaires à créer des systèmes de soins de santé primaires plus efficaces et à améliorer l'allocation des ressources.

Qui dirige le système de santé infranational du Nigeria ? Analyse des caractéristiques des délégués médicaux de 2015 à 2023

Toluwani Oluwatola[1], Ifeoluwatoyosi Amujoyegbe

(1) Genesis Analytics, Abuja, FCT, Nigéria
(2) Complexe hospitalier universitaire Obafemi Awolowo, Ile Ife, Osun, Nigéria

Introduction

Dans les États fédéraux comme le Nigeria, les gouvernements infranationaux influencent considérablement l'efficacité du système de santé. Les qualités des délégués médicaux (DM), principaux responsables des secteurs de santé infranationaux du Nigeria, sont des facteurs déterminants pour les résultats sanitaires. Naviguant dans un paysage complexe, les DM doivent allier des compétences techniques, politiques et administratives. Cette étude analyse les caractéristiques des DM dans les 36 États du Nigeria de 2015 à 2023, en se concentrant sur leur formation, leur expérience professionnelle et leur sexe, afin de comprendre leur impact sur la mise en œuvre des politiques de santé.

Méthodologie

Cette étude a utilisé une recherche web exhaustive pour examiner les caractéristiques des responsables de la santé au sein des secteurs de la santé infranationaux du Nigéria de mai 2015 à mai 2023. À l'aide de mots-clés ciblés sur Google, nous avons identifié les commissaires nommés dans les 36 États du Nigéria. Des informations sur leur formation, leur expérience professionnelle et leur sexe ont été recueillies à partir de sources fiables telles que des sites web gouvernementaux, des rapports faisant autorité et des publications réputées. Nous avons recoupé les données de plusieurs sources pour en vérifier l'exactitude et la cohérence, puis les avons analysées dans Microsoft Excel.

Résultats

Au total, 101 commissaires ont dirigé le secteur de la santé pendant 2 878 (83,3 %) mois-État au cours de la période d'étude, sans DM en fonction pendant 578 (16,7 %) mois-État. La durée moyenne du mandat était de 28,4 mois (± 17,7). Notamment, 83,2 % des commissaires étaient des hommes, avec seulement 16,8 % de représentation féminine. En raison d'informations incomplètes sur l'éducation et la profession de 31 commissaires, ces personnes ont été exclues de l'analyse ultérieure. Parmi les commissaires dont les profils sont complets, 91,2 % étaient titulaires d'un diplôme de médecine, mais moins de la moitié possédaient des diplômes supérieurs pertinents (41,2 %) ou une vaste expérience administrative (44,1 %). De plus, seulement 54,4 % avaient une expérience préalable de la santé publique ou de la fonction publique.

Discussion et conclusion

Le taux de rotation élevé, l'absence prolongée des DM et la sous-représentation des femmes mettent en évidence les défis importants auxquels est confronté le secteur de la santé infranational au Nigéria. L'instabilité du leadership et le manque de diversité des expertises peuvent entraver l'efficacité de la gouvernance sanitaire. Pour renforcer les systèmes de santé infranationaux, les efforts doivent se concentrer sur l'amélioration de la continuité du leadership, l'amélioration de l'égalité des sexes et la priorité donnée aux DM possédant les qualifications et l'expérience requises. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer la relation entre les caractéristiques des DM et l'évolution des performances du secteur de la santé pendant leur mandat.

Analyse de l'économie apolitique (AEP) de la demande et de l'offre de services de soins de santé primaires dans les pays en développement

Gordon Abekah-Nkrumah[1], Esther Ofei-Aboagye[2], Isaac Nyampong[2] and Vicky T Okain[2]

(1) Université du Ghana, Accra, Ghana
(2) Alliance pour les droits en matière de santé reproductive, Accra, Ghana

Contexte

Malgré l'importance des soins de santé primaires (SSP) pour la santé de la population, les résultats médiocres en matière de SSP persistent. La littérature suggère que ces résultats sont fonction des contraintes de l'offre et de la demande, ainsi que des politiques des acteurs au sein de l'écosystème des SSP. Ainsi, le présent article examine les contraintes de l'offre et de la demande pesant sur l'utilisation des services de SSP, en particulier chez les femmes et les filles, et la manière dont ces contraintes sont façonnées par le pouvoir des acteurs des SSP.

Method

L'étude, par le biais d'une revue de littérature, a permis d'extraire un total de 3 048 dossiers (publiés et

littérature grise) de bases de données (PubMed, EBSCOhost, Web of Science, Google Scholar, Effective-state.org, site web IRIS de l'Organisation mondiale de la santé). Après différents niveaux de sélection, 114 dossiers ont été retenus. Ces derniers ont été lus attentivement, puis les informations pertinentes (détails des références ; objectif de l'étude ; population cible ; cadre de l'étude ; conception de l'étude et principaux résultats) ont été extraites. Les lignes directrices PRISMA-SCR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis extension for Scoping Review/ Éléments de Rapport Préférés pour les Revues Systématiques et les Méta-Analyses extension pour les Revues Exploratoires) ont été utilisées pour présenter les résultats de la revue.

Résultats

L'examen a identifié des contraintes du côté de la demande à l'utilisation des SSP, y compris des facteurs économiques (contraintes financières à l'accès aux soins de santé, défis d'accessibilité géographique), des facteurs institutionnels (relations prestataires de soins de santé-patients, préoccupations relatives à la qualité des soins), des facteurs socioculturels (préférence pour la médecine et les praticiens traditionnels, faible littératie en santé chez les femmes, stigmatisation sociale et disparités en matière de soins de santé, croyances et pratiques socioculturelles négatives et facteurs sociodémographiques) et des problèmes d'engagement politique. Du côté de l'offre, les défis comprenaient des facteurs institutionnels (gestion inefficace des systèmes de santé, défis liés à la prise de décision fondée sur des données probantes, infrastructures et approvisionnements en médicaments inadéquats et insuffisance de personnel et de personnel qualifié), des facteurs économiques (défis financiers dans la prestation des soins de santé) et des facteurs politiques (mise en œuvre des politiques de santé et défis en matière d'engagement et de participation des parties prenantes). L'étude a également identifié que les contraintes de l'offre et de la demande étaient façonnées par les politiques des acteurs de l'écosystème des soins de santé primaires, notamment la nature du règlement politique, la répartition du pouvoir au sein de l'élite dirigeante, l'alignement des besoins sociaux sur la légitimité politique, l'abus de pouvoir, la dévolution du pouvoir et l'établissement des priorités, l'exercice du pouvoir discrétionnaire par les bureaucrates de rue des hôpitaux, l'autonomisation des prestataires de soins de santé, la nature sexospécifique du pouvoir des ménages et l'influence des donateurs.

Conclusion

Sur la base de ces résultats, un cadre de compréhension des pistes d'amélioration de la demande et de l'offre de soins de santé primaires a été élaboré. Ce cadre est important non seulement pour guider les études empiriques sur la demande et l'offre de soins de santé primaires, mais surtout pour la conception des programmes et systèmes liés aux soins de santé primaires. Il pourrait s'avérer crucial pour relever les défis actuels en la matière.

Expansion de l'assurance maladie et volonté de payer dans les milieux informels et communautaires en Afrique

14h00-15h30 Mercredi 3 Mars 2025

Assurer l'inclusion et la participation des personnes vivant avec le VIH dans les régimes de protection sociale de la santé au niveau infranational : perspectives ESIS des deux États les plus peuplés du Nigéria.

Chidumga Ohazurike[1], Umar Ahmed[1], Bolanle Olusola-Falaye[1], Oladipupo Fisher[2], Andrew Murphy[3], Peter Egena[4] and Omosalewa Oyelaran[4]

(1) Division du développement international, Abt Global Inc, Abuja, FCT, Nigéria,
(2) Agence de lutte contre le sida de l'État de Lagos, île de Lagos, Lagos, Nigéria,
(3) Division du développement international, Abt Global Inc, Rockville, MD,
(4) USAID, Bureau du VIH/sida et de la tuberculose, Abuja, FCT, Nigéria

Historique

Plus des deux tiers des ressources destinées à la lutte contre le VIH au Nigéria proviennent de donateurs internationaux. Ce phénomène s'inscrit dans un contexte de dépenses de santé élevées, plus de 90 % des Nigérians étant concernés. Ces dépenses constituent des obstacles financiers pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), dont une part importante est défavorisée sur le plan socio-économique et peine à accéder aux services de santé. Si l'inclusion et la participation des PVVIH aux régimes de protection sociale offrent une opportunité précieuse de réduire les coûts exorbitants des soins de santé, des obstacles liés au genre peuvent entraver leur accès et leur utilisation.

Le projet USAID-Local Health System Sustainability-LHSS(Durabilité des systèmes de santé locaux) a examiné les facteurs liés à l'égalité des sexes et à l'inclusion sociale (ESIS) limitant l'accès et l'utilisation des services de santé dans le cadre des régimes de protection sociale de la santé par les PVVIH.

Méthodologie

Cette analyse ESIS a inclus une analyse documentaire exhaustive et une collecte de données primaires afin d'identifier les contraintes et les opportunités liées à l'inclusion des PVVIH dans les régimes de protection sociale. Les données primaires ont été collectées qualitativement au moyen de 32 entretiens avec des informateurs clés (IC) et de 5 groupes de discussion cible (GDC) avec des parties prenantes composées de 32 hommes et 54 femmes dans les deux États.

Résultats

Les entretiens avec des informateurs clés indiquent que les directives opérationnelles des régimes infranationaux de protection sociale de la santé étaient largement indifférentes au genre, négligeant les problèmes potentiels de genre qui pourraient affecter l'inscription et l'utilisation, en particulier par différents groupes de personnes vivant avec le VIH. L'analyse du contenu des directives a également révélé que les obstacles liés au genre à l'accès et à l'utilisation du régime public d'assurance maladie n'étaient pas reconnus. Le niveau de connaissance des régimes de protection sociale de la santé était faible parmi les personnes vivant avec le VIH, en particulier les adolescentes mariées, les jeunes femmes et les membres

.

des populations clés. Certaines normes de genre autour de la masculinité idéale exigent que les hommes soient forts, ce qui les empêche d'accéder aux soins dans les établissements de santé.
Concernant l'inclusion sociale, l'étude a révélé que la participation aux régimes de protection sociale dans les deux États était largement majoritaire chez les travailleurs du secteur formel, notamment dans l'État de Kano. Cela accroît la vulnérabilité des personnes séropositives, dont beaucoup sont au chômage ou travaillent dans le secteur informel et n'ont pas toujours les moyens de payer les primes, ce qui entrave leur accès aux services de santé et leur utilisation de ces services.

Conclusions

Comprendre et traiter les facteurs politiques et communautaires spécifiques au VIH qui influencent la participation des PVVIH aux programmes de protection sociale de la santé, en particulier ceux liés au ESIS, permettrait d'obtenir des résultats de santé plus inclusifs et plus durables dans les États cibles.

Mots clés

Protection sociale de la santé, accès, le genre, utilisation.

Stratégies mises en œuvre pour étendre la couverture de l'assurance maladie aux groupes du secteur informel au Nigeria : Une étude de cas d'un régime d'assurance maladie infranational

Uchenna Rita Ezenwaka[1], Simeon Onyemaechi[2]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Agence d'assurance maladie de l'État d'Anambra, Nigéria, Awka, Nigéria

Contexte

Les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) sont confrontés à un faible taux d'inscription du secteur informel à l'assurance maladie. Au Nigéria, le secteur informel représente plus de 70 % de la population active totale du pays. Pourtant, l'accès à l'assurance maladie est extrêmement limité en raison des difficultés liées à la couverture de ces personnes, ce qui aggrave les inégalités en matière de santé.

Objectif

Cette étude examine les stratégies mises en œuvre/adoptées pour accroître l'adhésion à l'assurance maladie des groupes du secteur informel, ainsi que leur efficacité dans l'État d'Anambra, au Nigéria. Elle

met en évidence les aspects pratiques de la mise en œuvre de ces stratégies, notamment les facteurs facilitants et freinant le processus.

Méthodes

L'étude a été menée dans l'État d'Anambra et a utilisé une approche mixte, intégrant des données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives ont été collectées à partir de bases de données existantes, qui renseignent sur le nombre de groupes du secteur informel inscrits à l'assurance maladie publique. Les données qualitatives ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs (n = 19) avec des gestionnaires d'assurance maladie et des travailleurs du secteur informel. Une analyse univariée a été réalisée pour les données quantitatives, tandis que les données qualitatives ont été analysées selon une approche de contenu manuelle.

Résultats

Les résultats ont révélé qu'au cours des cinq dernières années, la couverture du secteur informel représente 37 % du total des inscrits au régime d'assurance maladie de l'État d'Anambra (ASHIS). Les principales stratégies mises en œuvre/adoptées pour étendre la couverture d'assurance maladie aux groupes du secteur informel comprennent le modèle d'adoption (31,7 %), le marketing de témoignage (43,6 %) et les programmes de sensibilisation (12,0 %) par le biais de structures communautaires, notamment le recours aux annonceurs municipaux, aux églises, aux chefs/influenceurs traditionnels, l'engagement des organisations de la société civile et la taxe gouvernementale pour la police d'assurance maladie (modèle de taxe pour les soins de santé) où un certain pourcentage des taxes payées par véhicule commercial est reversé au régime d'assurance maladie de l'État (6,0 %). L'efficacité de ces stratégies a été largement influencée par certains facilitateurs tels que le soutien/engagements du gouvernement et les cadres politiques, les partenariats avec les associations du secteur informel et la disponibilité de philanthropes disposés à payer les primes pour les plus défavorisés. À l'inverse, les obstacles comprennent une connaissance et une compréhension limitées des contraintes de coût de l'assurance maladie, et la méfiance envers les programmes gouvernementaux.

Conclusion

En adoptant des stratégies efficaces, l'État d'Anambra a étendu et accru le taux d'adhésion à l'assurance maladie dans le secteur informel, réduisant ainsi les obstacles financiers à l'accès aux soins et potentiellement améliorant les résultats sanitaires. Il est nécessaire que les pays similaires des PRFI qui cherchent à accroître le taux d'adhésion à l'assurance maladie dans le secteur informel adoptent des solutions adaptées au contexte, inclusives et durables pour combler le déficit d'assurance maladie dans ce secteur.

Étude de la volonté de payer pour l'hémodialyse chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique à Abuja, au Nigéria

Yakubu Adole Agada-Amade[1], Daniel Ogbuabor[2]

(1) Autorité nationale d'assurance maladie, Abuja, Abuja, Nigéria
(2) Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria

Contexte

Les données probantes sur la volonté de payer pour une thérapie de remplacement rénal sont rares dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris dans le cadre du programme d'assurance maladie du secteur formel du Nigéria. L'étude a donc évalué la volonté de payer pour l'hémodialyse chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique à Abuja, au Nigéria.

Méthodes

L'étude a adopté une conception d'enquête transversale. Nous avons utilisé la méthode d'évaluation contingente pour estimer la disposition à payer (DAP) maximale déclarée pour l'hémodialyse chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale (IRT). Nous avons obtenu le consentement écrit éclairé des répondants avant la collecte des données. Les caractéristiques sociodémographiques et les données sur la disposition à payer ont été synthétisées à l'aide de statistiques descriptives. Nous avons évalué les différences moyennes de DAP des répondants à l'aide des tests de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis. Toutes les variables ayant un $p < 0,25$ dans l'analyse bivariée ont été incluses dans le modèle linéaire généralisé (gamma avec fonction de lien) afin de déterminer les prédicteurs de la DAP pour l'hémodialyse de l'un et de l'autre. Le niveau de signification dans le modèle final était de $\rho < 0,05$.

Résultats

Environ 88,3 % et 64,8 % des patients atteints d'IRT étaient prêts à payer pour une hémodialyse personnelle et altruiste, respectivement. La DAP annuel moyen pour l'hémodialyse pour soi et l'hémodialyse altruiste était respectivement de 25 999,06 USD et 1 539,89 USD. Les patients des hôpitaux privés étaient plus susceptibles de payer pour leur hémodialyse ($\beta = 0,39$, IC à 95 % : 0,21 à 0,57, $p < 0,001$). Les patients fréquentant des hôpitaux en partenariat public-privé étaient moins susceptibles de payer pour une hémodialyse altruiste que ceux fréquentant des hôpitaux publics ($\beta = -1,65$, IC à 95 % : -2,51 à -0,79, $p < 0,001$).

Conclusions

La volonté de payer pour l'hémodialyse, pour eux-mêmes et pour les autres, était élevée. Le type d'établissement fréquenté par les patients atteints d'IRT terminale influençait leur volonté de payer pour l'hémodialyse. Les résultats soulignent la nécessité de politiques visant à améliorer un accès abordable et équitable à l'hémodialyse au Nigéria, grâce à des mécanismes de prépaiement et à des stratégies de financement altruistes

Élargissement de la couverture d'assurance maladie à Lagos : leçons tirées des inscriptions dans le secteur informel

Precious Nwadire, Nkata Chuku, Alozie Ananaba, Vera Niniola and Onyedikajah Daniel-Okereke

Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Contexte

Le Régime d'assurance maladie de l'État de Lagos (RAEL) a été créé en 2015 comme pierre angulaire de la stratégie de l'État visant à instaurer la Couverture Maladie Universelle (CMU). Son financement est diversifié : cotisations du secteur formel basées sur les revenus, primes du secteur informel, allocation dédiée de 1 % du Trésor public, soutien du Fonds de soins de santé de base (SFSSB) et contributions d'organisations et de particuliers. Malgré son potentiel à mobiliser des recettes supplémentaires pour la santé et à stimuler la croissance économique, le RAEL rencontre des difficultés importantes pour couvrir l'important secteur informel de l'État de Lagos, qui représente environ 70 % de la population active.

Objectif

Améliorer la participation du secteur informel au RAEL grâce à une stratégie ciblée de génération de demande.

Méthodologie

L'initiative a débuté par la cartographie et la segmentation du secteur informel diversifié, la compréhension de ses perceptions de l'assurance, et l'élaboration et le déploiement d'une stratégie contextualisée de génération de la demande (DG), incluant la promotion de la marque LSHS. Cette stratégie a utilisé divers canaux, notamment des jingles radio, des engagements auprès du marché, des réunions d'associations et des promotions. Elle comprenait un plan d'inscription au secteur informel avec 300 agents d'inscription communautaires (AIC) et 25 agents de mobilisation communautaire, formés et motivés par des contrats liés à la performance. Des approches conviviales de collecte des primes ont été déployées.

Principales conclusions

À la clôture du projet, le projet a permis la diffusion de 1 233 jingles, dont la portée est estimée à environ 12 millions de personnes. Grâce à une mobilisation active des populations et à une campagne d'inscription communautaire, la participation du secteur informel au RAEL (Ilera Eko) a fortement augmenté, représentant 41 687 inscriptions au secteur informel en octobre 2022. HSCL et l'État réexaminent actuellement les contrats des AIC afin d'engager des personnes plus performantes et recherchent un soutien externe pour déployer durablement davantage de AIC.

Conclusion

La réalisation de la CSU nécessite des stratégies innovantes pour mobiliser le secteur informel. L'expérience de l'État de Lagos met en évidence l'efficacité de l'adhésion communautaire pour étendre la couverture maladie. Cependant, l'intensification de ces efforts nécessite un soutien financier et institutionnel soutenu. Si l'initiative a démontré le potentiel des approches communautaires, la nécessité d'un investissement soutenu dans les ressources humaines et les infrastructures est évidente pour garantir la pérennité du dispositif.

Tendances des adhésions (2019-2022) au Fonds d'assurance maladie communautaire amélioré (FAMCa) de Tanzanie

Castory G Munishi[1], Amani Thomas Mori[2], Othman Haji[3], Oddvar Martin Kaarbøe[2], George Mugambage Ruhago[3], Alphoncina Kagaigai[3], Ritha Willilo[4] and Grace John Mallange[5]

(1) Centre d'éthique et d'établissement des priorités de Bergen (CEEPB), Université de Bergen, Norvège, Bergen, Norvège
(2) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, 5020 Bergen, Norvège
(3) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(4) Université de Bergen, Bergen, Norvège
(5) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, PO Box 65001, Dar es Salaam, Tanzanie, Tanzanie, République-Unie de

Introduction

L'Objectif de développement durable numéro trois (ODD-3) englobe l'aspiration à une bonne santé et au bien-être pour tous. La cible 8 de l'ODD-3 vise à atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU). Plus de la moitié (56 %) des pays d'Afrique subsaharienne, dont la Tanzanie, dépendent fortement des paiements directs pour financer la santé. On estime que ces paiements directs dépassent 30 % des dépenses totales de santé (DTS) de ces pays. La Tanzanie a mis en place la FAMCa pour relever les défis du financement de la santé. Aucune étude n'a été réalisée pour décrire les tendances d'adhésion à la FAMCa tanzanienne. La présente étude a été menée pour décrire les tendances d'adhésion à la FAMCa tanzanienne.

Objectif

Décrire les tendances des inscriptions des membres de la FAMCa de 2019 à 2022

Méthodes

Cette étude rétrospective a porté sur 4 020 750 bénéficiaires inscrits dans le système de gestion des informations de santé FAMCa de Tanzanie. Les données relatives aux demandes de remboursement ont

été extraites de la base de données électronique de la FAMCa pour la période 2019-2022. Les tendances d'adhésion ont été décrites à l'aide de statistiques descriptives (et fréquences relatives). Les caractéristiques démographiques des membres inscrits, telles que le sexe, l'âge, l'état matrimonial et la région de résidence, ont également été décrites.

Résultats

Les résultats descriptifs indiquent qu'un total de 3 788 818 nouveaux membres ont été enregistrés à la FAMCa entre 2019 et 2022. La plupart des membres de la FAMCa étaient des femmes, célibataires et avec un âge médian de 16 ans, IQR (9-31). Environ 22 % des membres étaient des chefs de famille. Il y a eu une tendance à la hausse des inscriptions de 2019 à 2021, et une baisse s'est produite en 2022. Dans l'ensemble, environ un quart, 938 026 (24,7 %) des membres étaient originaires de 3 régions qui sont Dodoma avec la plus forte proportion de membres 334 770 (8,8 %), suivi de Shinyanga avec 310 790 (8,2 %) et Morogoro avec 292 466 (7,7 %). Au total, il y avait 815 891 chefs de famille au cours des quatre années étudiées. Plus de la moitié (56,3 %) des chefs de famille étaient des femmes. L'évolution du sexe du chef de ménage au cours des quatre dernières années montre une baisse constante du nombre de chefs de ménage masculins, passant de 53,1 % en 2019 à 36,9 % en 2022.

Conclusion

Les tendances en matière d'adhésion à la FAMCa indiquent une baisse significative du nombre de membres ces dernières années. Cette tendance indique également une baisse plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Cette baisse des inscriptions pourrait être due à la phase de transition, au cours de laquelle la Tanzanie s'efforce d'introduire l'assurance maladie universelle (AMU). La Tanzanie doit se doter d'un plan clair pour gérer cette phase de transition sans affecter significativement les systèmes existants.

Inégalités liées aux revenus en matière de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 : aperçus de l'Afrique du Sud

Trust Gangaidzo, PhD Economics Candidate (Stellenbosch University)[1], Ronelle Burger[2], Marisa von Fintel2 and Ulf-G Gerdtham[3]

(1) Université du Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud
(2) Département d'économie, Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud
(3) Université de Lund, Suède

Contexte

Les chocs, qu'ils soient locaux ou mondiaux, sont associés à des modifications des inégalités préexistantes. Il n'existe cependant pas de consensus sur la question de savoir si ces chocs creusent ou réduisent les inégalités.

Buts et objectifs

L'étude actuelle vise à déterminer l'impact d'un choc mondial important, la pandémie de COVID-19, sur la santé mentale (symptômes dépressifs) en relation avec les inégalités en Afrique du Sud.

Méthodes

Nous avons utilisé une méthode de décomposition de fonction d'influence recentrée (FIR) pour les indices dépendant du rang en utilisant les données du cinquième cycle de l'étude nationale sud-africaine sur la dynamique des revenus (ENSDR) et du cinquième cycle de l'enquête mobile rapide NIDS-Coronavirus (ENS-DR-CEMC).

Résultats

Nos résultats révèlent que la pandémie de COVID-19 a été associée à une convergence des inégalités de revenus en matière de santé mentale en Afrique du Sud. Ils confirment des observations antérieures montrant que le fardeau de la pandémie en matière de santé mentale a touché de manière disproportionnée les Sud-Africains aisés, ce qui a aplani le gradient de revenus en matière de santé mentale. Nous constatons également que le statut professionnel et le groupe de population influencent les inégalités en matière de symptômes dépressifs.

Conclusion

Il n'existe pas de consensus sur la mesure privilégiée des inégalités en raison des différences de jugements de valeur sous-jacents à chaque mesure. Cette étude contribue à la littérature sur les inégalités liées au revenu en santé mentale en offrant une vision plus large des inégalités grâce à l'estimation et aux décompositions RIF des indices d'inégalité dépendants du rang, tant relatif qu'absolu. Notre principal résultat est resté relativement inchangé, suggérant que nos conclusions ne dépendent pas des jugements de valeur sous-jacents à des indices d'inégalité spécifiques. L'étendue de notre analyse offre aux décideurs politiques des options d'indices d'inégalité à prendre en compte.

Déterminants socio-économiques de l'accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne : aperçu de l'enquête LSMS

Rifkatu Nghargbu[1], Abieyuwa Ohonba[2]

(1) Nasarawa State University Keffi, Nigeria, Keffi, Nasarawa, Nigeria
(2) University of Johannesburg, Johannesburg, province de Gauteng, Afrique du Sud

L'accès aux soins de santé est l'un des plus grands défis en Afrique. Plus de 600 millions de personnes (environ 45 %) en Afrique n'ont pas accès aux services de santé de base, et environ 97 millions de personnes subissent des dépenses de santé catastrophiques. Des études récentes ont identifié des facteurs socio-économiques tels que le lieu de résidence, la distance par rapport aux établissements de santé, l'éducation et la richesse/le revenu comme des déterminants socio-économiques majeurs de l'accès aux soins. Cette étude utilise l'enquête à haute fréquence LSMS auprès de ménages représentatifs de cinq pays africains (Burkina Faso, Éthiopie, Malawi, Nigéria, Tanzanie et Ouganda) pour identifier d'autres déterminants importants tels que l'âge, le sexe et le type d'emploi du répondant. L'accès aux soins de santé a été mesuré en demandant au répondant si « les soins de santé du mois dernier étaient adéquats, plus que suffisants et moins que suffisants ». Le modèle d'accès aux soins de santé a été estimé par régression logit afin de déterminer si l'âge, le sexe et le type d'emploi étaient des variables importantes affectant l'accès aux soins de santé parmi les répondants.

Les statistiques descriptives montrent que 26 % des répondants ont des soins de santé « insuffisamment suffisants » et 55 % des soins de santé « suffisants ». En comparaison, seulement 4 % bénéficiaient de « soins de santé plus que suffisants ». Les résultats des régressions logistiques montrent que les types d'emploi tels que « répondant principalement employé dans l'entreprise familiale » et « répondant principalement employé dans l'exploitation agricole familiale » étaient des déterminants majeurs du fait qu'un répondant bénéficiait de soins de santé insuffisants ou suffisants. L'étude conclut que la catégorie d'emploi pourrait affecter l'accès aux soins de santé dans les pays africains sélectionnés.

Mots clés

Accès aux soins de santé, enquête LSMS, Afrique, déterminants socioéconomiques, emploi.

Plus d'argent pour les soins de santé primaires (SSP) pour plus de santé afin d'avancer résolument vers la couverture sanitaire universelle (CSU)

Thiane Gueye and Thiane Thiane

OUI, Dakar, Senegal

Contexte

En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata a été adoptée en réponse aux inégalités qui existent dans la situation sanitaire des populations et a proposé une stratégie pour réduire ces écarts en préconisant un changement fondamental des systèmes de santé et de la fourniture des soins.
En 2018, la déclaration d'Astana que le Sénégal a adoptée, réaffirme l'importance des SSP en insistant, entre autres, sur le renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne et la meilleure prise en compte des maladies non transmissibles (MNT).

Méthode

La méthodologie d'élaboration des comptes de la santé a été utilisée pour avoir les résultats exploités. Les comptes de la santé constituent une étude macroéconomique, rétrospective à visée descriptive et analytique allant de 2017 à 2021.

Résultats

En 2021, les dépenses courantes consacrées aux SSP ont connu une hausse de 365,4 milliards de FCFA par rapport à 2017, passant à 477,9 milliards de FCFA. Toutefois, plus de la moitié de ces dépenses (55,9%) sont supportées par les ménages, principalement à travers les paiements directs ; Dans la répartition de ces charges, la part des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) est de 23,9% tandis que celle de l'Administration publique est de 15,2%. Enfin les ONGs et entreprises ne participent qu'à hauteur de 5% des dépenses en SSP.
En moyenne, plus de 70% des dépenses en SSP supportées par l'Etat et ses démembrements sont orientées vers le pilotage et la coordination. Essential des 30% restants est destiné à la vaccination.
Sur la période, en moyenne 43,5% des dépenses en SSP sont consacrées à l'achat de produits pharmaceutiques. Les autres postes de dépenses de fonctionnement (la rémunération, l'achat de consommables d'imagerie et de labo, ...) représentent 56,5%
Entre 2017 et 2021, en moyenne, 72,1% des dépenses en SSP des PTF sont destinées aux maladies transmissibles (TB-3,5%, VIH et autres IST-7,8%, Palu-9,9%) qui font l'objet de programmes spécifiques, la SRMNIA-N (40,9%) et la vaccination (10,0%)

Conclusions

Les soins de santé primaires permettent d'améliorer l'équité d'accès à des prestations de santé efficientes dispensées le plus près possible des populations, dans la communauté. Ils constituent incontestablement la porte d'entrée de tout système dans l'avancé vers la CSU.

Mots clés

Soins de santé primaires, mobilisation, Couverture sanitaire universelle, ménage, paiement.

Facteurs influençant la prise de décision des groupes d'épargne informels en ce qui concerne les préférences alimentaires et les stratégies d'approvisionnement : une expérience de choix discret

Akim Tafadzwa Lukwa[1], Feyisayo Adeola Wayas[2], Estelle Victoria Lambert[3] and Olufunke Alaba[1]

(1) Université du Cap, Unité d'économie de la santé, Le Cap, Afrique du Sud
(2) Université du Michigan, École de travail social, Ann Arbor
(3) Centre de recherche sur la santé par l'activité physique, le mode de vie et le sport (HPALS), Division des sciences physiologiques, Département de biologie humaine, Faculté des sciences de la santé, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud

Historique

Dans un pays confronté au double fardeau de la dénutrition et du surpoids, les groupes d'épargne informels, également appelés stokvels, peuvent être mis à profit pour promouvoir une alimentation saine et abordable. Ces groupes sont utilisés depuis longtemps pour réduire la pauvreté, promouvoir la sécurité alimentaire et autonomiser les femmes. Cette étude vise à évaluer les facteurs qui influencent les décisions des membres des stokvels en matière de préférences alimentaires et de stratégies d'approvisionnement, à l'aide d'une expérience de choix discrets (ECD).

Méthodes

L'étude a été menée dans les zones urbaines économiquement défavorisées de Dunoon et Khayelitsha, au Cap, en Afrique du Sud. L'ECD a été conçue pour comprendre les facteurs influençant la demande d'aliments sains parmi les membres du stokvel, en intégrant des attributs tels que la distance à parcourir pour faire ses courses, les critères d'achat des produits de première nécessité et la fréquence des courses. L'échantillon comprenait 183 membres du stokvel (insérer le pourcentage de femmes). Des scénarios ont été construits en modifiant les niveaux associés à ces attributs à l'aide du logiciel Sawtooth. Les données ont ensuite été analysées à l'aide d'un modèle de régression logit à effets mixtes.

Résultats

Les résultats de notre étude ont révélé que la fréquence des courses, les préférences en matière de livraison en magasin et la proximité des lieux commerciaux représentaient plus de 90 % des facteurs influençant les choix alimentaires des membres de stokvel. Ces facteurs influencent considérablement les habitudes d'achat, éclipsant le rapport qualité-prix perçu. L'étude a notamment révélé que le coût des aliments à lui seul a une influence minime sur le choix des aliments par rapport au temps et aux coûts de distribution du dernier kilomètre. Ces informations provenant des membres de stokvel offrent un éclairage

pour mieux comprendre les facteurs qui motivent les choix alimentaires dans les zones urbaines économiquement défavorisées du Cap. Ces informations pourraient contribuer de manière significative au développement économique et aux stratégies nutritionnelles. Les décideurs politiques peuvent exploiter ces résultats pour faire progresser la santé publique et améliorer la sécurité alimentaire en alignant les interventions en matière de santé et de nutrition sur les habitudes d'achat des consommateurs.

Conclusion

Notre étude souligne l'importance des considérations logistiques, notamment la fréquence des courses, les options de livraison et la proximité des magasins, dans les décisions d'achat alimentaire des membres des stokvels, qui éclipsent les préoccupations de prix. Ces résultats remettent en question les modèles traditionnels de comportement des consommateurs et soulignent le rôle crucial des stokvels dans la subsistance économique et la santé publique. Cela offre une voie stratégique pour les interventions politiques visant à renforcer la sécurité alimentaire en Afrique du Sud.

Défaire les nœuds difficiles dans la mise en œuvre de la réforme des systèmes de santé ; l'expérience et les leçons d'une approche multi-programmes, intégrée, politiquement avisée, pour des résultats équitables en matière de santé.

Frances Ilika

Projet USAID Politique de Santé Plus (HP+) de la Palladium Compagnie Internationale de Développement - Abuja, Abuja, Nigéria

Contexte

La loi nationale sur la santé du Nigéria de 2014 a instauré le Fonds de prestation de soins de santé de base (FPSSB), qui garantira un ensemble de services de santé essentiels, notamment aux populations pauvres et vulnérables, grâce à un transfert budgétaire intergouvernemental. Cette réforme politique majeure sera menée par les principales agences gouvernementales de santé aux niveaux national et infranational dans les 36 États. En 2019, cinq ans après sa promulgation, cette politique n'était pas encore pleinement mise en œuvre, aucun des 36 États du pays n'ayant eu accès à ce fonds.

Méthodes

Entre 2018 et 2023, le programme Health Policy Plus (Politique de Santé Plus) HP+, le projet de santé intégré IHP et le projet Lafiya, financés par le FCDO, ont soutenu les gouvernements nationaux et infranationaux de 12 États nigérians pour faire progresser la mise en œuvre de cette réforme majeure. Ce soutien était multi-niveau (national, étatique, local, des établissements et des communautés), et multisectoriel, incluant le renforcement des pouvoirs publics, des groupes de la société civile et des structures de leadership communautaire, ainsi que l'engagement des ministères des Finances pour garantir que les fonds soient débloqués et parviennent aux établissements de soins de santé primaires. Un renforcement des

capacités institutionnelles à plusieurs niveaux a été assuré par le biais de cadres juridiques et institutionnels et de mécanismes de responsabilité sociale. Les connaissances en économie politique ont été appliquées pour améliorer les capacités relationnelles entre les institutions et les acteurs, et l'efficacité a été améliorée par une meilleure synergie des efforts et des solutions partagées.

Résultats

Grâce à ce soutien, les quatre premiers États ont rempli les critères de mise en œuvre de cette importante politique et ont reçu pour la première fois des financements jusqu'au niveau des soins de santé primaires, ce qui a accéléré la mise en œuvre de ce programme. Les systèmes et approches ont ensuite été déployés à l'échelle de 12 États, puis des 36 États, de 2020 à 2024. Cela a entraîné une augmentation des allocations et des déblocages budgétaires. 1 023 centres de santé primaires ont reçu un financement direct total de 233 983 500 nairas, pour un total de 394 947 644 nairas au 30 septembre 2023, améliorant ainsi l'accès à des soins de santé de qualité et l'équité au niveau des soins de santé primaires. Plus de 2,4 millions de personnes ont été inscrites à l'assurance maladie et au FBSSP. En outre, ce soutien a catalysé les visites de CPN 1 pour 2,78 millions de femmes dans les communautés pauvres, 900 000 visites de CPN 4 (augmentation de 45 %) et 1,3 million d'accouchements en établissement, avec une augmentation de 67 % des accouchements avec une sage-femme qualifiée. 6 807 décès maternels, 33 332 décès d'enfants et 1 337 207 grossesses non désirées ont été évités.

Conclusion

L'application d'approches globales, fondées sur des données probantes, politiquement avisées et intégrées pour démanteler les réformes du système de santé peut non seulement faire progresser les politiques, mais aussi catalyser de meilleurs résultats et assurer la durabilité des interventions dans des contextes complexes.

Inégalités socio-économiques dans la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au Ghana entre 2016 et 2019 : une analyse de décomposition

Marian Yaa Abrafi Edusei *Université du Cap, Afrique du Sud, Kumasi, Ghana*

Contexte

Au Ghana, le paludisme cause 20 000 décès d'enfants chaque année, dont un quart chez les moins de cinq ans. Bien que des études antérieures fassent état d'un lien entre les inégalités socioéconomiques et la prévalence du paludisme, les données probantes sur les facteurs expliquant les inégalités de prévalence du paludisme liées au statut socioéconomique (SSE) chez les enfants ghanéens de moins de cinq ans sont limitées. Comprendre ces inégalités est crucial pour que le Ghana progresse vers ses Objectifs de développement durable (ODD) 10 et 3, tout en favorisant le développement socioéconomique et en éradiquant le paludisme.

But

Déterminer les inégalités socio-économiques dans la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au Ghana entre 2016 et 2019 en vue d'une lutte globale contre le paludisme.

Objectifs

- Examiner les inégalités socio-économiques dans la prévalence du paludisme chez les moins de cinq ans au Ghana entre 2016 et 2019.

- Analyser le rôle des facteurs socioéconomiques sur les inégalités de prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au Ghana entre 2016 et 2019.

Méthodes

L'étude adopte une revue de la littérature structurée en sections théoriques, méthodologiques et empiriques. Elle discute du fardeau économique du paludisme et définit des cadres théoriques pour les inégalités liées au statut socio-économique, en utilisant le cadre de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) comme fondement conceptuel. La variable de résultat était la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, les variables explicatives comprenaient le statut socio-économique (richesse du ménage), l'âge de l'enfant, l'éducation de la mère, le lieu de séjour, la région et quelques autres. Les ensembles de données de l'enquête sur les indicateurs du paludisme au Ghana de 2016 et 2019 ont été analysés à l'aide de Stata 15. Les inégalités socio-économiques dans la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans ont été évaluées à l'aide d'indices de concentration et de courbes et décomposées pour identifier les facteurs socio-économiques contributifs.

Résultats

L'indice de concentration de 2019 était significativement négatif (IC = -0,224 ; ET = 0,059), indiquant une prévalence plus élevée du paludisme chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés. Bien que l'indice de 2016 ne soit pas statistiquement significatif, il était néanmoins négatif, suggérant un biais en faveur des pauvres dans la prévalence du paludisme (IC = -0,052 ; ET = 0,053). L'analyse de décomposition a révélé que l'indice de richesse, la région et l'origine ethnique contribuaient de manière significative aux inégalités observées, représentant respectivement 59,28 %, 23,51 % et 4,15 % d'entre elles en 2019.

Conclusion

Au Ghana, la prévalence du paludisme est plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans, en faveur des plus pauvres. La richesse et la région expliquent ces inégalités. Les programmes d'intervention contre le paludisme devraient être adaptés pour cibler ces populations vulnérables et les régions touchées de manière disproportionnée par la maladie, afin de lutter efficacement contre le paludisme et de progresser vers la réalisation des ODD liés à la santé et à l'amélioration socioéconomique.

Élargir la marge de manœuvre budgétaire en matière de santé pour améliorer les résultats sanitaires dans les pays à faible et moyen revenu : quel est le rôle de l'optimisation des dépenses fiscales par le biais du renforcement de la gestion des finances publiques ?

Yann Tapsoba[1], Abrams Mbu Enow Tagem[2]

(1). Alliance pour le financement de la santé / African Frontline First, Ouagadougou, Burkina Faso
(2). Consultant indépendant, Yaoundé, Cameroun

L'amélioration des résultats en matière de santé nécessite de trouver des moyens de mobiliser des ressources supplémentaires pour le secteur de la santé sans compromettre la solvabilité à long terme des gouvernements ni évincer les dépenses dans d'autres secteurs nécessaires à la réalisation d'autres objectifs de développement. Les pays à revenu faible et intermédiaire accordent des exonérations fiscales à plusieurs entreprises dans le but d'attirer les investissements directs étrangers, de réduire le chômage et d'accroître la consommation et l'investissement. À cet égard, les dépenses fiscales devraient conduire à des conditions macroéconomiques solides et propices, améliorant ainsi les résultats en matière de santé. Cependant, les dépenses fiscales pourraient également constituer un manque à gagner en termes de mobilisation des recettes fiscales et contribuer à une baisse des résultats en matière de santé. Pour clarifier cette question, l'article utilise des modèles de données de panel basés sur l'estimateur des MCO pour estimer l'effet causal des dépenses fiscales sur la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans sur un échantillon de 64 pays à revenu faible et intermédiaire sur la période 2000-2022.

Les données indiquent un effet négatif des dépenses fiscales sur les indicateurs de mortalité, suggérant qu'une augmentation des dépenses fiscales a entraîné une baisse de la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans. Cet effet est fort et significatif dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ainsi que dans les pays à revenu intermédiaire qui ont les dépenses fiscales les plus élevées en pourcentage du PIB. Les estimations montrent également que l'effet négatif des dépenses fiscales sur les indicateurs de mortalité est plus faible dans les pays dotés d'une GFP de haute qualité, représentée par les indices CPIA axés sur la qualité de la gestion budgétaire et financière, la qualité de l'administration publique, la transparence, la responsabilité et la lutte contre la corruption dans le cycle budgétaire, l'équité des ressources publiques et l'efficacité de la mobilisation des recettes. Les résultats de cette étude empirique montrent que l'optimisation des dépenses fiscales élargirait l'espace budgétaire pour la santé, une option qui serait essentielle car elles ont un effet négatif sur la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans. Ils appellent également les pays à renforcer la qualité de la GFP.

Associer la gestion des finances publiques aux processus d'amélioration de la qualité : Améliorer la qualité des soins de santé primaires au Nigeria

Elaine Baruwa[1], Bolanle Bukola Olusola-Faleye[2] and Benjamin Madaki[2]

(1). Membre, Rockville, MD
(2). Membre, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

Contexte

La théorie de la gestion financière publique (GFP) suggère que l'amélioration de l'allocation, de l'exécution et du suivi des fonds publics peut contribuer à l'amélioration des résultats en matière de santé. Le Fonds de prestation de soins de santé de base du Nigéria (FPSSB) est un programme public visant à élargir l'accès aux services de santé. Il fournit un financement direct aux centres de soins de santé primaires afin d'améliorer leur prestation. Les établissements doivent produire un plan d'affaires et déclarer leurs dépenses pour recevoir un financement. De plus, un exercice d'évaluation de la qualité a été numérisé pour faciliter sa mise en œuvre trimestrielle. Cette analyse vise à démontrer une association positive entre une gestion efficace des finances publiques et les processus d'amélioration de la qualité dans le programme FPSSB.

Approche

Des inspections de routine et des évaluations de la qualité des établissements de soins de santé primaires ont été réalisées trimestriellement dans 205 établissements de l'État du Plateau en 2023. La fiche d'évaluation numérique a identifié les lacunes en matière de qualité, qui ont été discutées avec le personnel de l'établissement, lequel a ensuite identifié des interventions spécifiques d'amélioration de la qualité à inclure dans son plan d'affaires du trimestre suivant. L'alignement des investissements prioritaires des établissements sur les plans d'amélioration de la qualité, le suivi des fonds débloqués et la déclaration des dépenses financières des établissements sont devenus une pratique cyclique et trimestrielle. La fiche d'évaluation utilise un système de code couleur « feux tricolores » pour indiquer le niveau de performance de chacun des 10 domaines prioritaires, afin que les scores accrus soient facilement compréhensibles une fois imprimés et affichés sur les panneaux d'affichage de l'établissement. Un échantillon de commodité d'établissements à scores élevés et faibles a été sélectionné pour les entretiens avec des informateurs clés, les examens des plans d'affaires et le suivi des dépenses afin d'identifier les difficultés liées à la budgétisation ou à la mise en œuvre des processus d'amélioration de la qualité.

Résultats

Dans l'État du Plateau, le score global d'évaluation de la qualité a connu une amélioration substantielle au troisième trimestre 2023, passant de 74 % à 78 % au deuxième trimestre. Les établissements de 7 des 17 LGA ont obtenu des scores de qualité optimaux (> 80 %) au troisième trimestre, contre 3 LGA au deuxième trimestre 2023. Plus précisément, les scores relatifs aux services de laboratoire et à l'engagement communautaire ont globalement augmenté. Compte tenu de ces améliorations, les plans d'affaires de certains établissements sont en cours de révision afin de vérifier leur adéquation avec les résultats de l'évaluation de la qualité, ainsi que l'adéquation des dépenses y afférentes avec les améliorations de l'évaluation de la qualité au cours des trois derniers trimestres de 2023. L'insuffisance de la formation, du financement et des processus de suivi des dépenses s'est avérée être un frein à la mise en œuvre des plans d'amélioration.

Conclusion/Discussion

Au Nigéria, le programme FPSSB met en œuvre un processus d'amélioration de la qualité qui harmonise les résultats des évaluations de la qualité avec le financement direct des établissements, via des plans d'affaires, afin de permettre la mise en œuvre d'interventions d'amélioration de la qualité. En suivant également les dépenses, les responsables du programme peuvent déterminer la voie par laquelle le financement direct des établissements conduit à l'amélioration de la qualité et identifier des approches pour optimiser son utilisation et combler les déficits de ressources qu'un financement accru pourrait combler. Cependant, dans la pratique, la direction des établissements a besoin d'un soutien financier et technique supplémentaire pour le cycle de qualité afin de démontrer comment le financement direct des établissements et les paiements par capitation des assurances peuvent conduire à une amélioration de la qualité.

Éducation et vieillissement en Chine

Wenxuan Zhong, Adélaïde, Chine and Raul Barreto

L'accès historique à l'éducation, ou son absence, a-t-il conféré aux seniors chinois une perception d'eux-mêmes unique par rapport à leurs homologues du monde entier ? Nous examinons l'impact du développement institutionnel idiosyncrasique, notamment en termes d'accès à l'éducation formelle, sur le vieillissement objectif et subjectif en Chine. À partir d'une enquête menée en 2018 auprès de 6 118 personnes âgées chinoises, nous utilisons la stratégie des variables instrumentales pour identifier et générer de manière endogène trois facteurs latents composites représentant les capacités cognitives objectives, l'auto-évaluation subjective de la santé et du bien-être, et l'incidence des maladies liées à l'âge. Nous définissons deux équations linéaires simultanées représentant le vieillissement réussi subjectif et objectif, et constatons que les seniors chinois maintiennent une distinction observable entre les deux. Nous observons également les conséquences du manque historique d'accès à l'éducation formelle en Chine parmi cette tranche d'âge et son impact sur leur vieillissement. Nos résultats démontrent l'importance d'une évaluation multidimensionnelle du vieillissement et identifient l'impact potentiel de la promotion de l'apprentissage tout au long de la vie comme réponse politique chinoise. Nous suggérons que le gouvernement reconnaisse l'importance de la réadaptation cognitive pour compenser le manque d'opportunités éducatives pendant la jeunesse.

Évaluation de la politique de capitation dans les centres de santé primaires au Rwanda : une approche mixte

Regis Hitimana[1], Ina Kalisa[1], Sabine Musange F.[2], Jeanine Condo[2], Emmanuel Christian Nyabyenda[2], Joselyne Uwitonze[2], Okore Okorafor[3] and Enock Rwamuza[4]

(1) Conseil de la sécurité sociale du Rwanda (RSSB),
(2) Centre d'impact, d'innovation et de renforcement des capacités pour les systèmes d'information sur la santé et la nutrition (CIIC-HIN),
(3) USAID Ireme / MSH, Kigali, Rwanda,
(4) USAID Ireme / MSH, Rwanda

Contexte

L'assurance maladie communautaire nationale du Rwanda (AMC), connue sous le nom de « Mutuelle de Santé », a été introduite en 2005 pour améliorer l'accès aux soins et la protection financière. La couverture est passée de 7 % en 2003 à 85,6 % en 2021. Cependant, l'AMC a été confrontée à des problèmes de viabilité, enregistrant des déficits cumulés de 76,8 milliards de francs rwandais entre 2016 et 2020. Pour y remédier, un plan de viabilité de l'AMC a recommandé plusieurs changements, notamment le passage du paiement à l'acte à la capitation au niveau des soins primaires afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Objectifs

Cette étude évalue l'impact du passage du paiement à l'acte à la capitation sur les soins de santé primaires au Rwanda. Elle analysera l'évolution de l'utilisation des services, la disponibilité des analyses de laboratoire et des médicaments essentiels, ainsi que les pratiques de prescription parmi les membres des mutuelles de santé. Elle évaluera également les expériences et les perceptions de la qualité des soins, l'impact de cette politique sur l'efficacité des établissements de santé et les processus de la RSSB, ainsi que son impact sur les recettes et les dépenses, offrant ainsi un éclairage sur la viabilité financière.

Méthodes

Cette évaluation utilisera une approche mixte, incluant une série chronologique interrompue, pour analyser les tendances en matière d'utilisation des services, de disponibilité des fournitures, de pratiques de prescription et de revenus et dépenses des établissements de santé. Une analyse différentielle des différences comparera l'évolution de l'utilisation des ressources et les indicateurs de performance des mutuelles de santé. Des entretiens avec des prestataires de soins, des patients, des responsables d'établissements de santé et des responsables de RSSB permettront d'évaluer l'impact de la capitation sur la qualité des soins, l'expérience des patients, les défis et les ajustements opérationnels liés à ce nouveau mode de paiement.

Résultats

L'étude devrait apporter des éclairages significatifs sur l'impact du passage du paiement à l'acte à la capitation sur la prestation de soins de santé primaires au Rwanda. Les résultats attendus comprennent une évolution des habitudes d'utilisation des services parmi les membres de l'AMC, une amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des médicaments essentiels et des analyses de laboratoire, une amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, ainsi qu'une meilleure viabilité financière des établissements de santé et du système d'AMC.

Conclusions

Les résultats de cette étude fourniront des preuves complètes de l'efficacité du modèle de capitation dans le contexte rwandais. Ces données seront cruciales pour éclairer les décisions politiques visant à pérenniser et à améliorer le système de mutuelle de santé et le système global de soins de santé primaires au Rwanda, contribuant ainsi à la réalisation de la couverture sanitaire universelle au Rwanda.

Effets de l'héritage colonial et de l'affiliation régionale sur la disparité du pouvoir de négociation en matière de politique de santé à l'Organisation mondiale de la santé : données économiques issues d'une approche transversale

Iskandar Patrick Abadoma Mounpou[1], Donatien Eze Eze[2]

(1) université de Ngaoundéré, Laboratoire d'économie appliquée, Yaoundé, Cameroun
(2) Université de Ngaoundéré, Laboratoire d'économie appliquée, Cameroun

Contexte

Le pouvoir de négociation joue un rôle important dans les études d'économie de la santé. Il détermine certains résultats économiques dans les débats sur la santé. Cette importance est perceptible dans de nombreuses situations à l'OMS, telles que la controverse autour du prix et de l'accès aux médicaments, la définition des médicaments contrefaits ou la déclaration de pandémie, qui mettent en évidence les disparités entre les membres en termes de prise de décision et de capacités économiques et financières. Dans ce contexte, l'Afrique est confrontée à ces défis de leadership. Ses stratégies de santé étant dépendantes des politiques et des ressources financières extérieures, et sa position marginale dans le financement mondial de la santé, il est important de comprendre les facteurs associés à son faible pouvoir de négociation. Cela permettrait de répondre à l'Objectif de développement durable n° 16, qui appelle à une plus grande participation des pays en développement aux institutions de gouvernance mondiale, et à l'Objectif n° 3, qui appelle à une meilleure santé par le renforcement d'une gouvernance inclusive.

Objectif

Sur une moyenne de dix ans, analysant l'héritage colonial et l'effet de l'affiliation régionale sur le pouvoir de négociation de l'Afrique à l'OMS.

Méthode

Une synthèse des données issues de l'Indicateur du développement dans le monde, de l'Assemblée mondiale de la santé et des données économiques de La Porta et al. (2008) est utilisée. Les variables

utilisées sont mesurées respectivement par l'origine légale (indicateur d'héritage colonial), la région (indicateur d'affiliation régionale) et l'indice de pouvoir de négociation (indicateur de pouvoir de négociation). Le modèle utilisé pour estimer la relation entre les variables est le modèle Tobit censuré, dont les effets contextuels ont été pris en compte par le modèle Tobit multiniveau à effets mixtes.

Résultats

- l'affiliation à la région africaine diminue la probabilité qu'un pays réduise son écart de pouvoir de négociation.

- Par rapport aux pays d'origine juridique britannique, les pays d'origine juridique française ou socialiste ont une faible probabilité d'améliorer leur pouvoir de négociation.

Conclusion

> Au niveau régional, les pays africains devraient encourager des politiques économiques et sanitaires capables de réduire les fragmentations qui caractérisent cette région et de favoriser la mutualisation des différentes forces économiques : un véritable développement d'un marché commun, caractérisé par une réelle libre circulation des biens et services de santé, de l'expertise en santé et même des capitaux, est un moyen d'accroître le potentiel économique nécessaire pour améliorer son statut par rapport au reste du monde, ce qui définit la probabilité que la gouvernance mondiale de la santé réponde aux besoins locaux.

> En attendant de définir un cadre institutionnel et juridique adapté à leurs besoins, ce qui est l'idéal, les pays africains devraient s'inspirer des modèles institutionnels anglo-saxons, qui semblent offrir de meilleurs résultats en termes de puissance économique et politique à travers des institutions efficaces et des libertés politiques et économiques.

Chômage critique ou pénurie de personnel de santé en Afrique de l'Ouest ? L'énigme du marché du travail dans le secteur de la santé en Guinée, 2024.

Delphin Kolie

Département de médecine familiale et de santé de la population, Université d'Anvers, Belgique, Guinée

Contexte

Depuis 2018, la Guinée a engagé des réformes de son système de santé afin de remédier aux pénuries et à la mauvaise répartition des personnels de santé. Nous avons mené une étude dans la région de N'zérékoré, en Guinée, afin d'évaluer la disponibilité, la répartition, la composition par sexe et l'emploi de la main-d'œuvre en 2024.

Méthodes

Suivant la méthodologie de l'OMS, nous avons mené une analyse du marché du travail en santé axée sur les données des RHS aux niveaux régionaux et du district. Des méthodes mixtes ont été utilisées pour la collecte et l'analyse des données. Des données détaillées sur les tendances en matière de RHS ont été collectées auprès d'établissements de santé privés et publics et d'écoles de formation. Des données ont également été extraites de documents politiques et d'articles publiés entre 2018 et 2024.

Résultats

La région de N'zérékoré compte 5 360 agents de santé qualifiés répartis dans huit professions de santé en 2024 ; principalement des aides-soignants (39,6 %), des infirmiers diplômés d'État (31,7 %), des sage-femmes (15,9 %) tandis que les médecins représentaient 3,0 %. Cela correspond à un ratio de 2,6 agents de santé qualifiés pour 1 000 habitants, ce qui est neuf fois plus élevé que les statistiques de 2019. Cependant, environ 60 % des agents de santé sont restés dans les zones urbaines et semi-urbaines où vit 28 % de la population de la région, contre 70 % en 2019. Le district sanitaire de N'zérékoré avait la plus forte concentration de personnel de santé avec une densité de 4 pour 1 000 habitants, contre la densité la plus faible de 0,9 dans le district sanitaire de Beyla. Français Le taux de chômage global parmi les travailleurs de la santé était de 82 %, le plus élevé étant parmi les professionnels paramédicaux (86 %), les infirmières et les sage-femmes (84 %), les aides-soignants (83 %) et les biomédicaux (82 %). Au cours des huit dernières années, 30 % des 8 348 professionnels de la santé produits par les écoles de formation en santé de la région ont été absorbés localement par le système de santé public/privé : dans 96 % des cas en tant qu'agents de santé contractuels temporaires ou bénévoles, mais pas en tant que fonctionnaire salarié. Alors que le personnel féminin représentait 63 % du personnel de santé, leurs homologues masculins occupaient plus des deux tiers des professions de santé hautement rémunérées (médecins, pharmaciens) et des postes (gestionnaires du système de santé). De plus, les hommes constituaient 87 % des spécialistes médicaux et de santé publique du système de santé régional.

Conclusion

La Guinée a réalisé des progrès significatifs dans la réalisation de la stratégie mondiale pour les personnels de santé en réduisant de moitié l'exigence des ODD de 4,5 personnels de santé qualifiés pour 1 000 habitants, et en augmentant la capacité de production et la répartition géographique de la main-d'œuvre en milieu rural. Cependant, le chômage et les inégalités entre les sexes ont augmenté, ce qui a des répercussions sur le développement professionnel. Pour relever ces défis, il faudra renforcer le recrutement, le financement et les stratégies pour l'emploi décent dans le secteur de la santé.

15h45-17h15 Mercredi 3 Mars 2025

Concevoir des prestations de santé accessibles : contextualiser l'établissement des priorités dans le cadre des systèmes nationaux de financement de la santé et de prestation de services (session organisée)

Altea Sitruk[1], Bruno Meessen[1], Andrew Mirelman, Kingsley Addai Frimpong[1], Josephine Gatua[2]

(1) OMS
(2) CDC Afrique, Division de l'économie et du financement de la santé

Description

Afin de clarifier les droits à prestations dans le cadre de l'objectif de la Couverture Santé Universelle (CSU), un nombre croissant de pays africains optent pour l'élaboration d'un ensemble de prestations de santé (EPS) basé sur un processus de priorisation fondé sur des données probantes. Leur expérience est une source d'apprentissage majeure. Conçu comme un effort restreint de priorisation, déconnecté des considérations contextuelles et de mise en œuvre, notamment l'architecture globale du financement de la santé et la capacité de prestation de services, l'EPS ne parvient pas à atteindre son plein potentiel pour soutenir un changement durable au sein de la population. Au cours de cette session, nous examinerons les considérations contextuelles et de mise en œuvre, essentielles à la réussite de la conception d'un EPS.

Des experts d'Éthiopie, du Ghana et du Rwanda partageront leur parcours national vers l'institutionnalisation des processus de conception des programmes de santé à domicile, ainsi que leurs travaux en cours pour concilier les analyses de définition des priorités avec des efforts plus larges visant à garantir les droits par le biais du paiement des prestataires et d'une prestation de services de qualité. Nous entendrons parler des défis rencontrés et identifierons les points qui pourraient nécessiter une attention accrue de la part de la communauté d'experts.

Méthodes

Un cadre identifiant les liens entre les instruments de politique et de planification qui font partie du processus de conception des prestations de santé sera présenté.

Par le choix des intervenants et l'interaction avec le public, les animateurs de la session favoriseront un dialogue ouvert entre deux sous-ensembles d'expertise en économie de la santé, qui doivent collaborer plus étroitement : les économistes travaillant sur l'évaluation des technologies de la santé (ETS) et ceux travaillant sur les mécanismes de financement de la santé. Les participants en apprendront davantage sur les processus et les différents aspects de la priorisation et de la conception des prestations pour les droits garantis, sur l'identification des contraintes du système et sur la définition détaillée des services pour appuyer la planification, l'évaluation des coûts et le financement de la mise en œuvre.

Les objectifs de cette session seront de :

- Présenter la réflexion actuelle sur l'institutionnalisation de processus robustes de conception des prestations de santé et prendre en compte les considérations de mise en œuvre du système de santé qui devraient faire partie du cadre de conception des prestations, permettant une discussion riche sur le renforcement des processus d'institutionnalisation et de mise en œuvre.
- Partager les expériences des pays à revenu faible et intermédiaire et mettre en évidence des solutions pratiques et concrètes pour soutenir ces processus.

Résultats

Les résultats attendus de cette session comprennent :

- Meilleure compréhension des processus globaux d'établissement des priorités au niveau national pour les programmes de prestations de santé et de leurs considérations d'institutionnalisation et de mise en œuvre
- Meilleure connaissance des outils et des ressources disponibles pour soutenir les processus nationaux à différents niveaux
- Partage des enseignements tirés des applications nationales sur les défis et considérations liés à l'institutionnalisation et à la mise en œuvre

La session sera présidée par Kingsley Addai Frimpong, OMS Éthiopie.

Institutionnalisation de l'évaluation des technologies de la santé en Éthiopie : expérience et perspectives

Muluken Argaw *Ministère de la Santé, Éthiopie*

Au cours des deux dernières décennies, l'Éthiopie a réalisé des progrès impressionnants dans la prestation de services de santé essentiels à sa population. Afin d'orienter les développements futurs, le pays a lancé un processus participatif de définition des priorités qui a conduit à la définition d'un nouveau paquet de services de santé essentiels en 2019. Si ce processus a déterminé de nombreux aspects ultérieurs de la politique nationale de santé (par exemple, les directives nationales), l'allocation de ressources financières à la mise en œuvre des 1 018 interventions prioritaires s'est avérée difficile dans un contexte de forte décentralisation, d'insécurité et de conflit, et de détérioration des conditions macroéconomiques.

L'intervenant présentera le processus de définition des priorités mis en œuvre en Éthiopie et identifiera ses nombreux atouts et avantages à court et long termes, ainsi que les facteurs contextuels qui ont pu entraver la pleine diffusion des bénéfices pour la population. Il tirera des enseignements clés pour d'autres pays,

en mettant l'accent sur les points à surveiller pour garantir la meilleure adéquation entre le paquet de prestations de santé, le financement et la prestation de services de santé. Il rendra compte des mesures les plus récentes prises par les acteurs éthiopiens pour garantir cette adéquation. Il présentera également la feuille de route la plus récente élaborée pour guider l'Éthiopie dans la mise en place d'un système d'ETS complet et durable. Pour conclure, il réfléchira de manière critique aux enseignements possibles pour les acteurs mondiaux engagés dans la définition des priorités et les réformes du financement de la santé dans les pays africains.

Aligner l'évaluation des technologies de la santé sur les modalités de financement de la santé au Ghana

Ruby Aileen Mensah *L'Autorité Nationale d'Assurance Maladie du Ghana*

Au cours des deux dernières décennies, le Ghana a réalisé d'importants progrès vers la CSU, avec un développement significatif de ses dispositifs de financement de la santé et de ses processus de définition des priorités. Le Ghana se caractérise par (1) la centralité de deux principaux fonds communs, chacun doté de son propre système de paiement des prestataires (le budget du ministère de la Santé avec son financement par poste et l'Assurance maladie nationale avec son paiement rétrospectif au cas par cas – le premier avec un ensemble de prestations implicites et le second avec un ensemble de prestations explicites) et (2) trois grandes catégories de prestataires de services : le réseau public du Service de santé du Ghana, les établissements confessionnels représentés par l'Association chrétienne de santé du Ghana, et un secteur privé à but lucratif plus fragmenté. De facto, cette configuration crée un paysage complexe d'acteurs impliqués dans la définition des priorités, sans chevauchement complet de la population bénéficiaire.

Dans cette présentation, un expert ghanéen présentera l'organisation de l'ETS au Ghana et la répartition des responsabilités en matière de définition des priorités entre les entités. Il/elle présentera quelques avancées significatives en matière d'institutionnalisation de l'ETS et illustrera son impact et son intégration dans les lignes directrices et les programmes de prestations, les enseignements tirés, les bonnes pratiques et les points faibles.

Évaluation de la faisabilité de la mise en œuvre d'un ensemble de prestations de santé du point de vue des systèmes de santé et du personnel de santé au Rwanda

Umuhoza Stella Matutina *École de santé publique de l'Université nationale du Rwanda*

Ces dernières années, le Rwanda a mis en place un processus délibératif fondé sur des données probantes pour la prise de décisions concernant l'ensemble des prestations de santé du régime national d'assurance maladie communautaire (AMC). Un comité d'experts a été créé avec de multiples acteurs du secteur de la santé rwandais, et des structures et une méthodologie de soutien supplémentaires ont été mises en place. Un processus pilote de recommandation a été lancé pour les services de cancérologie, ce qui a abouti à un ensemble de services recommandés et officiellement approuvés par le ministère de la Santé.

L'élaboration d'un processus systématique de définition des priorités pour l'AMC du Rwanda visait à mettre en place un processus décisionnel équitable permettant d'identifier les interventions les plus bénéfiques pour la santé de la population, compte tenu du budget disponible. Ce processus contribue également à améliorer la transparence et la responsabilisation des parties prenantes, notamment les membres, les prestataires de soins, les gestionnaires de fonds et les décideurs politiques.

Bien que le Rwanda réalise des progrès significatifs dans la mise en œuvre d'un processus solide de définition des priorités en matière de santé, il reste encore du travail à faire pour comprendre comment les données probantes utilisées dans ce processus sont liées au financement et à la prestation de services sur le terrain. Le lien avec le système d'assurance maladie communautaire constitue un bon début et les données de l'agence de sécurité sociale ont été utilisées dans les processus d'évaluation. Cependant, des efforts supplémentaires peuvent être réalisés pour améliorer la compréhension de la préparation des ressources humaines, de la préparation des établissements et de l'évaluation des besoins en capacités. La mise en place d'un secrétariat ou d'une structure administrative doté de capacités suffisantes est également un apprentissage essentiel. Les directives concernant les étapes d'élaboration d'un plan de mise en œuvre des programmes de prestations de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont limitées, et un cadre plus intégré englobant l'ensemble du processus de gestion des programmes de prestations de santé, avec des étapes clés pour guider à la fois la conception et la mise en œuvre du programme, est nécessaire.

Un cadre de l'OMS pour des processus solides de conception institutionnalisée des prestations de santé

Altea Sitruk *OMS*

De plus en plus de pays reconnaissent l'importance de processus de priorisation fondés sur des données probantes pour la conception des prestations de santé, et nombre d'entre eux prennent des mesures pour institutionnaliser ces processus. Cependant, ces processus ne parviennent souvent pas à atteindre leur potentiel de promotion de la CSU, car ils ne prennent pas en compte d'importantes considérations de mise en œuvre, notamment l'architecture de financement de la santé et la capacité de prestation de services. C'est pourquoi un cadre de conception des prestations de santé intégrant la compréhension du contexte financier, l'espace de priorisation et des considérations réalistes de mise en œuvre sera présenté.

Les réflexions actuelles sur les liens entre l'établissement des priorités, le financement de la santé et les

considérations de mise en œuvre dans la conception des prestations seront présentées dans le but d'identifier les lacunes susceptibles de répondre aux défis actuels des pays et de jeter les bases d'une discussion riche.

Le cadre intégré vise à identifier systématiquement les principales lacunes et considérations afin de renforcer les liens entre la définition des priorités et les instruments de politique et de planification de la santé. Cela devrait permettre au public de visualiser les enjeux à débattre et de mieux faire connaître les ressources disponibles pour soutenir les processus nationaux.

Investir dans les systèmes de santé après la COVID

Évaluation du processus de mise en œuvre du déploiement du vaccin contre la COVID-19 au Kenya

Stacey Orangi, MPH, BPharm[1], Daniel Mbuthia[1], Elwyn Elizabeth Chondo[2], Carol Ngunu[3], John Ojal[4] and Edwine Barasa[5]

(1) Unité de recherche en économie de la santé, programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Nairobi, Kenya
(2) Département de la santé-Kilifi, Kilifi, Kenya
(3) Gouvernement du comté de Nairobi, Nairobi, Kenya
(4) Programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya
(5) Unité de recherche en économie de la santé, programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Nairobi, Kenya

Contexte

Les vaccins contre la COVID-19 ont été introduits au Kenya en Mars 2021. Pour garantir la disponibilité des vaccins auprès de la population cible, le respect des directives nationales est essentiel, notamment en ce qui concerne les activités de distribution telles que la réglementation, l'approvisionnement, la planification et la coordination, la budgétisation, la chaîne d'approvisionnement, la formation, la surveillance de la sécurité, la gestion des données, la prestation de services et la génération de la demande. Cette étude visait donc à examiner les expériences de mise en œuvre du processus de déploiement de la COVID-19 et son influence sur l'accès, afin d'éclairer la future réponse à la pandémie ou les futurs vaccins déployés auprès de la population adulte.

Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative transversale dans deux comtés du Kenya (urbains et ruraux) sélectionnés à dessein. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens approfondis avec des responsables nationaux de la santé, des partenaires de développement, des responsables de la santé des quartiers et des sous-quartiers, et des agents de première ligne (n = 30). Les données ont été analysées selon une approche cadre conforme au cadre conceptuel de l'étude.

Résultats

Les activités de distribution du vaccin contre la COVID-19 ont permis d'améliorer l'accès aux vaccins. En pratique, la plupart des activités de déploiement (réglementation, chaîne d'approvisionnement en

vaccins, prestation de services, supervision) se sont appuyées sur les systèmes existants et ont été intégrées à d'autres processus de routine, ce qui a permis d'accroître l'efficacité. Une approche mixte de la prestation de services (en établissement, actions de proximité et campagnes) a amélioré l'accessibilité au vaccin. Le système de gestion électronique des données pour les vaccins contre la COVID-19 a joué un rôle essentiel pour garantir l'enregistrement en temps réel, le suivi de l'administration des vaccins, la gestion des stocks et la production de rapports, ce qui a permis une disponibilité rapide des vaccins et limité les vaccins périmés. Malgré ces atouts, certains défis persistent. Premièrement, les ruptures de stock à l'échelle nationale de différents types de vaccins ont constitué un obstacle à leur adoption en raison des préférences vaccinales ou des critères d'éligibilité de certains groupes de population. Deuxièmement, le financement de certaines activités de déploiement était insuffisant et reposait principalement sur des fournitures et des équipements provenant du gouvernement national ou du soutien de donateurs, avec une autonomie financière limitée au niveau des comtés et des établissements. De plus, malgré les efforts de création de demande impliquant principalement les agents de santé communautaires, les responsables et les actions de proximité, l'hésitation à la vaccination est restée un problème important.

Conclusions

Nos conclusions soulignent l'importance de la préparation aux pandémies, notamment en s'attaquant aux goulots d'étranglement de la gestion des finances publiques, en mobilisant les ressources et en dotant les systèmes de santé de systèmes adaptables pouvant servir de levier au déploiement des vaccins en cas de pandémie. Nous soulignons également l'importance des approches multisectorielles, notamment le renforcement des capacités de production locale de vaccins et l'exploitation des systèmes de données électroniques, pour atténuer les inégalités et promouvoir un accès juste et durable aux vaccins. Ces enseignements peuvent servir de base d'apprentissage transférable aux pays à revenu faible ou intermédiaire confrontés à des défis similaires. De plus, nous insistons sur la nécessité d'évaluer les processus afin de suivre la mise en œuvre des programmes et de relever les défis.

Renforcement de l'engagement de la société civile pour une réponse efficace au COVID-19 au Nigeria

Precious Nwadire[1], Nkata Chuku[2], Alozie Ananaba[2] and Ifeoma Chukwumerije[1]

(1) Health Systems Consult Limited, ABUJA, Nigeria,
(2) Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Historique

En Mars 2020, l'OMS a déclaré la COVID-19 pandémie, soulignant la nécessité de systèmes de santé résilients et de ripostes efficaces aux maladies préoccupantes pour la santé publique. Pour lutter contre la pandémie, le gouvernement nigérian a mis en place des structures et déployé plusieurs initiatives pour

contrôler et atténuer les défis. Cependant, dans la mise en œuvre de ces mesures et initiatives, le rôle des organisations de la société civile (OSC) n'a pas été pleinement exploité, ce qui a eu un impact sur l'efficacité des efforts d'engagement communautaire du gouvernement. La réponse du Nigéria, bien que complète, a sous-utilisé les OSC, ce qui a eu un impact sur l'engagement communautaire.

Objectifs et buts

Le projet visait à combler cette lacune en améliorant la coordination et la mobilisation d'une réponse multisectorielle de la société civile au COVID-19 pour atténuer la transmission communautaire et minimiser l'impact sanitaire, social et économique du COVID-19 aux niveaux infranational et communautaire.

Méthodologie

Le projet s'est concentré sur quatre piliers : coordination, capacités, communication et responsabilisation. La coordination a amélioré les liens entre les OSC étatiques et fédérales, amplifiant ainsi la voix des communautés. La communication a amélioré la transparence et le partage d'informations entre les parties prenantes. Les capacités ont été renforcées grâce à des évaluations des lacunes, des formations et un suivi, tandis que la responsabilisation a évalué l'efficacité des interventions et la mobilisation des ressources. Grâce à des interactions virtuelles, des ateliers de co-création ont été organisés pour cartographier les OSC multisectorielles et co-définir des indicateurs clés pour les quatre piliers.

Principales conclusions

Les quarante-trois (43) OSC habilitées ont contribué à des activités de sensibilisation, de formation, de projets et de plaidoyer. Des documents d'orientation multisectoriels simplifiés ont été élaborés, notamment des directives pour la réouverture des écoles et des lieux de culte, des avis aux groupes vulnérables, la gestion sécurisée des dépouilles mortelles et l'auto-isolement. Des informations contextuelles sur la réponse du gouvernement et de la communauté à la pandémie, susceptibles d'être exploitées par le gouvernement pour améliorer les mesures de réponse actuelles à la COVID-19 ainsi que la planification des futures pandémies, ont été générées. Cela a permis à sept États, à savoir les États du Plateau, d'Anambra, d'Ebonyi, du Niger, d'Ekiti, du FCT et de Kaduna, d'atteindre l'objectif d'avoir une OSC intégrée au sein du groupe de travail COVID-19 de l'État, suite à plusieurs interactions des OSC avec les acteurs étatiques.

Conclusion

Les OSC ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la réponse à la COVID-19. Cela a été possible grâce au renforcement des capacités, à une communication efficace sur les risques, à l'apprentissage par les pairs, aux dialogues politiques et aux activités de responsabilisation. Les OSC ont mené des discussions avec les parties prenantes pour plaider en faveur des améliorations nécessaires à la réponse. Pour assurer la pérennité de l'action, nous avons renforcé les capacités des OSC et établi un cadre d'engagement politique, garantissant ainsi un engagement continu dans notre quête d'une réponse efficace à la COVID-19.

Les épidémies comme opportunités de transformation sociale : un cadre politique sur les effets collatéraux des réponses aux épidémies en Afrique de l'Ouest

George Edward Ntow[1], Jean Paul Dossou[2], Selina Defor[1], Jesse Uneke[3], Gina Teddy[4], Foromo Timothee[5], Fadima Yaya Bocoum[6], Christian Agossou[2]

(1) Centre de recherche en santé de Dodowa, Ghana
(2) Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie, Cotonou, Bénin
(3) Institut africain pour la politique et les systèmes de santé, Université de l'État d'Ebonyi, Nigeria
(4) Centre de recherche sur les systèmes et les politiques de santé (CHESPOR), Ghana
(5) Centre d'excellence africain pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles (CEA-PCMT) de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée
(6) Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso

Contexte

En 2020-2021, la surmortalité mondiale a été estimée à 14,91 millions. Cependant, seuls 5,45 millions de décès ont été directement attribués au COVID-19, ce qui indique 9,5 millions de décès « collatéraux » au cours de la pandémie de SRAS-COV2. Quatre-vingt-six pour cent de cette surmortalité s'est produite dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris les pays d'Afrique de l'Ouest. Les décès collatéraux et autres effets collatéraux résultant de la réponse des sociétés aux épidémies doivent être explicitement pris en compte dans la formulation et la mise en œuvre des plans de réponse aux épidémies en Afrique de l'Ouest.

Objectif

Ce document présente les processus et les principales caractéristiques de la production d'un cadre politique générique pour la prise en compte des effets collatéraux des réponses aux épidémies sur les systèmes de santé en Afrique de l'Ouest.

Méthodes

Le Réseau ouest-africain des leaders émergents en politiques et systèmes de santé-ROALEPS a servi d'espace de co-création et de co-apprentissage entre chercheurs et praticiens en politiques et systèmes de santé. Après le début de la pandémie, le réseau a développé et mis en œuvre le projet RECOVER. Dans le cadre de ce projet, et grâce à une série de consultations avec des parties prenantes composées de décideurs politiques, de chercheurs, d'universitaires et de professionnels de la santé, les résultats d'une évaluation rapide menée dans 14 pays d'Afrique de l'Ouest en 2021 et cinq études de cas approfondies menées dans chaque pays ont fourni le contenu nécessaire à l'élaboration du cadre.

Résultats

La co-création du cadre a conclu que les effets des épidémies peuvent être définis comme étant de niveau

niveau 1 : morbidité et mortalité naturellement provoquées par l'agent pathogène responsable de l'épidémie

niveau 2: médiés par la réponse sociétale à l'épidémie, qui incluent les effets ciblés et collatéraux des réponses. En termes de principes et de valeurs, le cadre politique stipule que les réponses aux épidémies doivent être:

- centrées sur les personnes
- respecter le principe « D'abord, ne pas nuire

niveau 3: utilisées comme des opportunités transformatrices pour promouvoir l'égalité des sexes et la justice sociale

niveau 4: fondées sur des données probantes contextuelles, la pensée systémique, la collaboration multisectorielle et la confiance sociale. Les trois méta-stratégies clés suggérées dans le cadre politique comprennent

- prévenir l'apparition d'effets collatéraux des réponses aux épidémies en utilisant diverses stratégies, y compris les données probantes et la pensée systémique lors de la formulation et de l'évaluation des plans de réponse aux épidémies
- surveiller en temps opportun les effets collatéraux des épidémies et réagir rapidement pour les corriger
- élaborer et mettre en œuvre des approches politiques prospectives pour un apprentissage continu sur les moteurs de l'économie politique autour de la réponse à l'épidémie, et pour une adaptation active.

Conclusion

Le cadre politique fournit des stratégies sensibles au contexte, qui peuvent être adaptées par les pays et les organisations pour tenir compte des effets collatéraux de la réponse aux épidémies en Afrique de l'Ouest et au-delà.

Mots-clés

Cadre politique, Afrique de l'Ouest, Effets collatéraux, Épidémies, Groupes vulnérables, Réponse aux épidémies, Centré sur les personnes.

Améliorer la préparation et les réponses aux urgences de santé publique en Afrique grâce au partage des données et des connaissances : Une étude exploratoire

Benjamin Chudi Uzochukwu[1], Chinyere Cecelia Okeke[2], Joseph Kazibwe[3], Adaora Uzochukwu[1], Francis Ruiz[4]

(1) Université du Nigéria, Nsukka, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Université du Nigéria, HPRG, Enugu, Enugu, Nigéria
(3) Université de Lund, Suède
(4) London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Historique

Les urgences de santé publique nécessitent des réponses robustes et coordonnées pour atténuer leur impact sur les communautés et prévenir la propagation des maladies infectieuses. Dans ces situations, le partage des données facilite l'identification précoce des épidémies, le suivi de leur progression et l'adaptation des stratégies si nécessaire.

Buts et objectifs

Cette étude de portée visait à identifier les capacités nationales, régionales et mondiales à soutenir le partage des données et des connaissances au sein et entre les pays africains et la communauté internationale.

Méthodologie

Nous avons réalisé une revue de la littérature scientifique entre 2010 et 2024 afin d'identifier les études pertinentes sur les composantes du partage de données dans la préparation et la réponse aux pandémies en Afrique. Des bases de données électroniques telles qu'Embase, PubMed, Scopus, Web of Science et Google Scholar ont été utilisées pour effectuer la recherche. La stratégie de recherche incluait des mots-clés tels que « partage de données », « prise de décision fondée sur des données probantes », « établissement de priorités » et « pandémie ». Nous avons sélectionné les articles selon des critères d'inclusion et d'exclusion et élaboré un modèle d'extraction de données. Les thèmes et sous-thèmes ont été identifiés et présentés. Le rapport a été préparé conformément aux directives PRISMA-ScR (Éléments de Rapport Préférés pour les Revues Systématiques et les Méta-Analyses extension pour les Revues Exploratoires).

Principales conclusions

Les pandémies d'Ebola et de COVID-19 ont mis en évidence la nécessité d'un partage ouvert des données en Afrique. Le CDC Afrique encourage la collaboration régionale en matière de surveillance des maladies,

de partage des données et de riposte aux épidémies. Des cadres et plateformes mondiaux existent pour améliorer le partage des données internationales et régionales pendant les pandémies. Ces initiatives facilitent l'échange de données épidémiologiques, de séquences génétiques, de résultats de recherche et d'informations opérationnelles, favorisant ainsi une approche coordonnée et fondée sur des données probantes pour la lutte contre la pandémie. Bien que la pandémie ait entraîné une augmentation des échanges de données, ceux-ci n'étaient pas conformes aux principes de recherche, d'accessibilité, d'interopérabilité et de réutilisation. Les principaux défis du partage des données en Afrique comprennent la disponibilité des données, l'absence d'approche standardisée pour la collecte et la communication des données, la faiblesse des infrastructures technologiques, la fragmentation des données, le manque de confiance et la confidentialité des données. Pour améliorer le partage des données, l'amélioration des infrastructures, l'uniformisation des normes et protocoles de données, la collaboration et la promotion d'un échange de données éthique sont essentiels.

Principales conclusions

La collaboration mondiale et le partage de données sur les urgences de santé publique sont essentiels pour lutter contre les maladies infectieuses. Le partage ouvert de données entre scientifiques et professionnels de santé peut améliorer la préparation et accélérer la réponse aux épidémies, améliorant ainsi la préparation aux pandémies.

Le rôle des structures existantes et de l'expérience passée dans la réussite de la stratégie de vaccination COVID-19 : L'expérience du Rwanda.

Hassan Sibomana[1], Mary Hadley[2], Albert Tuyishime[1], Felix Sayinzoga[3] and Edson Rwagosore[1]

(1) Centre biomédical du Rwanda, Kigali, ville de Kigali, Rwanda
(2) Contexte en développement, Nairobi, Kenya
(3) Fondation Susan Buffet, Kigali, ville de Kigali, Rwanda

Contexte

Le Rwanda était le seul pays d'Afrique subsaharienne à avoir atteint l'objectif de l'OMS de 40 % de la population entièrement vaccinée d'ici Décembre 2021 et de près de 70 % de la population entièrement vaccinée d'ici Juin 2022. L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs clés qui ont contribué à ce succès afin de fournir des leçons à la communauté mondiale pour se préparer aux futures pandémies.

Méthodes

Nous avons mené une analyse politique en utilisant le cadre de l'Institut Tony Blair afin d'identifier les facteurs clés du succès de la campagne de vaccination. Les composantes des stratégies pré-vaccinales,

de mise en œuvre et de suivi ont été examinées. Les quatre piliers essentiels du succès, tels que décrits dans le cadre, sont : une coordination à l'échelle de l'ensemble du gouvernement ; une approche sur mesure de la mise en œuvre ; des infrastructures de données et de technologies numériques, et une communication proactive avec le public.

Résultats

Les résultats ont montré que le Rwanda remplissait chacun des piliers essentiels de la réussite. Une approche multisectorielle a été déployée dès le départ, tant au niveau central que décentralisé. L'approbation, l'approvisionnement, le stockage et le transport des vaccins vers la population cible étaient basés sur les données. Le Rwanda a bénéficié d'un accès Internet élevé et d'une base de données en ligne pleinement opérationnelle, adaptable et exploitable grâce à l'expertise locale. Enfin, les structures communautaires existantes ont été mises à profit pour sensibiliser, atteindre et suivre la population vivant en zones urbaines et rurales.

Conclusion

D'autres pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent s'appuyer sur les enseignements tirés de cette étude pour jeter les bases de futures crises sanitaires.

Lutter contre les inégalités en matière de santé et les obstacles financiers dans les systèmes de santé africains

15h45-17h15 Mercredi 3 Mars 2025

Les dépenses disproportionnées dues aux paiements directs et leurs déterminants chez les femmes traitées pour un cancer du col de l'utérus dans un hôpital tertiaire (Groote Schuur Hospital) au Cap, en Afrique du Sud.

Denis Okova[1], John Ataguba[2], Bothwell Guzha[3], Jennifer Moodley[1]

(1) Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud
(2) Université du Manitoba,
(3) Université du Zimbabwe

Contexte

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent et la principale cause de décès par cancer chez les femmes en Afrique du Sud. Alors que le pays intensifie ses efforts vers la couverture maladie universelle (CMU), il est crucial d'évaluer la protection financière liée à des maladies spécifiques, comme le cancer du col de l'utérus. Malgré d'importantes subventions gouvernementales pour les soins de

santé, notre hypothèse postule que les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus doivent encore assumer d'importantes dépenses personnelles, ce qui entraîne des dépenses de santé catastrophiques (DSC), notamment compte tenu de la nature chronique de la maladie.

Objectifs

L'étude vise à

- quantifier les dépenses personnelles engagées pendant le traitement du cancer du col de l'utérus,
- examiner comment ces dépenses varient selon le stade de la maladie,
- examiner l'incidence du DSC et la stratifier selon le stade de la maladie,
- étudier les déterminants du DSC et
- examiner les différents mécanismes de gestion des coûts adoptés par les patients.

Méthodes

L'analyse a utilisé les données d'une enquête transversale menée par l'hôpital Groote Schuur du Cap, en Afrique du Sud, auprès de femmes traitées pour tous les stades du cancer du col de l'utérus (stades I à IV). Les données comprennent les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, les paiements directs aux soins liés au cancer du col de l'utérus au cours des 30 derniers jours, les conditions de vie, les dépenses mensuelles du ménage et les mécanismes d'adaptation aux coûts. Pour l'analyse, les zones de paiement direct sont identifiées, quantifiées, puis stratifiées par stade de la maladie. Une nouvelle méthode, utilisant des seuils spécifiques à la maladie issus d'enquêtes nationales auprès des ménages, a été utilisée pour calculer le CHE, évitant ainsi la sous-estimation par les méthodes traditionnelles qui appliquent des seuils non ajustés. L'évaluation a été stratifiée par stade de la maladie. Une régression logistique multivariée a ensuite été utilisée pour déterminer les facteurs sociodémographiques et cliniques associés au CHE. Les mécanismes d'adaptation aux coûts sont analysés sous forme de proportions et stratifiés par stade de la maladie et par statut socio-économique (SSE).

Résultats préliminaires

Les frais de transport constituent la plus importante dépense à la charge de la patiente, représentant environ 40 % du coût total. L'ECS est fréquente, en particulier chez les femmes des groupes socioéconomiques inférieurs, près de 60 % d'entre elles dans le quintile inférieur étant touchées. L'incidence de l'ECS augmente avec le stade de la maladie, passant de 25 % au stade I à plus de 75 % au stade IV. Des facteurs tels qu'un faible statut socioéconomique, l'absence d'assurance maladie, le fait de vivre en dehors du Cap, de vivre dans un foyer dirigé par une femme et les comorbidités augmentent significativement la probabilité d'ECS. Les mécanismes de gestion des coûts comprennent les prêts informels, la vente d'actifs et la réduction des dépenses essentielles, en particulier aux stades avancés de la maladie.

Conclusion

Les frais de transport représentant une part importante des dépenses à la charge des patients, le gouvernement devrait envisager d'accorder des subventions pour le transport des femmes traitées. De plus, la décentralisation des services de traitement du cancer du col de l'utérus pourrait réduire le besoin de consultations dans des hôpitaux éloignés, allégeant ainsi la charge financière des patientes.

Mots-clés

Dépenses de santé catastrophiques, Cancer du col de l'utérus, Financement de la santé, Dépenses (DSC), Couverture maladie universelle (CMU).

Paiements informels pour les soins de santé dans les établissements de santé publics au Kenya : Facteurs d'influence et effets sur l'accès équitable aux soins

Evelyn Kabia[1], Dina Balabanova[2], Eleanor Hutchinson[2] and Edwine Barasa[1]

(1) Unité de recherche en économie de la santé, Programme de recherche KEMRI Wellcome Trust, Nairobi, Kenya
(2) Département de santé mondiale et de développement, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Contexte

Les paiements informels sont des paiements effectués par un patient à un prestataire de santé en plus des honoraires officiels. En 2021, 15 % des Kenyans avaient effectué des paiements informels pour accéder aux services de santé dans les établissements publics. Ces paiements informels limitent l'accès aux soins et exposent les individus à des difficultés financières.

Objectifs

Cette étude a examiné l'offre, la demande et les facteurs contextuels influençant les paiements informels dans les établissements de santé publics au Kenya et leurs effets sur l'accès équitable aux soins.

Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative dans huit établissements de santé publique (quatre hôpitaux et quatre centres de santé) répartis dans deux comtés (urbain et rural). Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné. Nous avons mené huit groupes de discussion (quatre par comté) avec un total de 79 patients sollicitant différents services de santé, ainsi que des entretiens approfondis (n = 35) avec des professionnels de santé, du personnel non clinique et des responsables de la santé des comtés et sous-département. Les données ont été analysées selon une approche thématique.

Résultats

Du côté de l'offre, les paiements informels étaient plus fréquents pour : les services pour lesquels des frais d'utilisation étaient facturés par rapport aux services gratuits, les consultations externes, les consultations spécialisées, les interruptions de grossesse et les services non routiniers/saisonniers tels que la circoncision masculine médicale volontaire, en particulier dans les établissements de santé primaires. Les salaires bas, retardés et inexistants pour certains cadres, les promotions retardées et injustes, le sous-effectif et la moralité individuelle étaient les principaux facteurs de ressources humaines signalés. Nous avons constaté que la facturation informelle était plus probable dans les établissements de santé ayant une charge de travail élevée pour les patients, de longues listes d'attente, une supervision inadéquate et ceux qui manquaient de médicaments/fournitures/services. Du côté de la demande, les patients payaient de manière informelle pour accéder aux services/médicaments/fournitures, pour recevoir des soins de meilleure qualité principalement grâce à des temps d'attente réduits, et pour réduire les difficultés financières liées aux coûts de santé, par exemple en payant des factures d'hospitalisation réduites. Dans un contexte plus large, la corruption généralisée au sein du secteur public, l'absence/l'insuffisance de sanctions et la conjoncture économique difficile ont influencé la facturation informelle. L'incapacité à payer de manière informelle expose les patients à des injustices en matière d'accès aux soins, telles que des retards, des refus ou des abandons de soins, ainsi qu'à des discriminations fondées sur la capacité de payer. Les paiements informels exposent les groupes vulnérables, notamment les pauvres et les membres du secteur informel, à des difficultés financières.

Conclusions

Les facteurs associés aux paiements informels étaient largement liés aux insuffisances du système de santé et à l'inefficacité de ses fonctions de financement et de gouvernance. Parmi les mesures politiques susceptibles de réduire les inégalités de santé liées aux paiements informels, on peut citer l'augmentation des dépenses publiques pour garantir la disponibilité des services, des produits et des ressources humaines, tout en garantissant une rémunération équitable et un contrôle renforcé. Il est également crucial de mieux faire connaître au public les droits aux services, les coûts et les mécanismes de traitement des plaintes, et de veiller à leur efficacité.

Financement des soins de santé pour les réfugiés : une revue de la littérature sur les approches d'intégration aux systèmes de santé nationaux

Maria Paola Bertone, Sophie Witter and Natasha Palmer

IGHD, Université Queen Margaret, Édimbourg, Royaume-Uni

Introduction

Alors que le nombre de réfugiés augmente et que les déplacements se prolongent, fournir des soins de

santé équitables, accessibles et de qualité de manière (financièrement) viable devient de plus en plus difficile. Le Pacte mondial pour les réfugiés appelle à une plus grande inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux. Cependant, les données probantes sur les approches les plus adaptées pour parvenir à l'intégration sont rares.

Objectifs

Cette étude a examiné les littératures normatives et empiriques sur le financement de la santé des réfugiés, en réfléchissant aux différents dispositifs, à leur niveau d'intégration avec les systèmes de santé nationaux et à leur impact sur la santé des réfugiés et des hôtes.

Méthodes

Plus de 50 documents, dont des articles évalués par des pairs et de la littérature grise, ont été inclus. Les données ont été analysées conformément au cadre de financement de la santé de l'OMS, en examinant les modalités des fonctions essentielles (augmentation des recettes, mutualisation, achats, prestations sociales) et en réfléchissant à l'impact de ces modalités sur les objectifs finaux de la CSU (utilisation, protection financière, qualité).

Résultats

Le financement de la santé des réfugiés est diversifié et spécifique au contexte, avec des variations entre les pays et au sein même des pays, selon la nationalité, le lieu de résidence et le statut des réfugiés. Les modalités de financement de la santé varient également en fonction de l'intégration, allant du financement parallèle – où les sources de financement sont externes, la mutualisation est limitée aux réfugiés (ou à un sous-ensemble d'entre eux), l'achat se fait par le biais de contrats avec des ONG et les services sont gratuits au point d'utilisation – au financement intégré, où les modalités sont les mêmes que celles de la population d'accueil, bien que cela ne s'applique généralement qu'à une minorité de réfugiés (par exemple, ceux couverts par l'assurance nationale) et qu'en réalité, il existe une mosaïque d'approches mixtes. Les innovations se sont principalement concentrées sur la collecte de recettes (via le Mécanisme mondial de financement concessionnel, les obligations à impact, etc.), et moins sur d'autres fonctions de financement.

Bien que limitées, les données montrent que les dispositifs de financement de la santé ont un impact sur l'équité et l'accès, mais aussi sur la santé des réfugiés et des pays d'accueil. De plus, leurs implications en termes de coûts et de rentabilité sont différentes, le financement parallèle de la santé étant souvent considéré comme inefficace, même si les données sont peu probantes.

Conclusions

Cette revue présente des données empiriques sur le financement de la santé des réfugiés et son intégration. Un message clé est que l'intégration doit être appréhendée selon un spectre, les niveaux d'intégration (observés et idéaux) variant selon les fonctions de financement et pour dessous-ensembles de réfugiés.

Il est important de noter que l'intégration reflète nécessairement les modalités du système de santé national. Lorsque le système de santé est faible et que le financement est pluraliste et inéquitable, cela se reflète dans les modalités de financement intégré de la santé des réfugiés. Si l'intégration du financement de la santé est considérée comme avantageuse en termes de durabilité, d'efficacité et de continuité des soins, des lacunes subsistent dans les données probantes.

Disparités en matière de dépenses de santé des ménages vivant dans des bidonvilles urbains du sud-est du Nigéria

Okechukwu Timothy Ozor[1], Chukwudi Nwokolo[2], Aloysius Odii[3], Noemia Teixeira de Siqueira Filha[4], Joseph Paul Hicks[5], Shushan Li[4], Uchenna Rita Ezenwaka[1], Bryony Dawkins[5] and Obinna Emmanuel Onwujekwe[1]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Nigéria
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, campus d'Enugu, Nigéria
(4) Department of Health Sciences, University of York, United Kingdom,
(5) Département des sciences de la santé, Université de York, Royaume-Uni, (5) Faculté de médecine, Université de Leeds, Royaume-Uni

Contexte

Les habitants des bidonvilles sont confrontés à des obstacles économiques lorsqu'ils accèdent aux soins de santé, en raison de l'inégalité des systèmes de santé financiers, principalement financés de leur poche.

But et Objective

Cet article examine le fardeau économique et les inégalités dans les dépenses personnelles pour accéder aux soins de santé dans les bidonvilles urbains au Nigéria.

Méthodes

L'étude transversale a été menée dans huit bidonvilles urbains sélectionnés à dessein dans les États d'Enugu et d'Anambra, dans le sud-est du Nigéria. Les participants (n = 1 025) ont été sélectionnés aléatoirement pour répondre à un questionnaire pré-test recueillant des données sur les caractéristiques socio-économiques, l'accès aux soins et les OOPE. Une régression gamma a été appliquée pour estimer la différence moyenne d'OOPE selon les groupes socio-économiques et les caractéristiques d'utilisation des soins de santé. L'inégalité d'OOPE a été estimée à l'aide d'une analyse de l'incidence du financement et du calcul des indices de Gini, de concentration et de Kakwani.

Principales conclusions

Les résidents d'Enugu et les personnes ayant des professions formelles ont encouru des coûts inférieurs à ceux des résidents d'Anambra (-2 854 ; 6 $) et ceux employés dans des professions informelles (-1 296 ; 3 $). Les ménages du quintile de richesse moyen ont subi des coûts plus élevés que ceux du quintile le plus pauvre (5 692, 13 $). L'indice de Gini (0,585) indiquait une répartition égale de la capacité de payer (CPA) entre les quintiles de richesse. L'indice de concentration (0,695) indiquait que la CPA était concentrée parmi les ménages les plus riches. L'indice de Kakwani (0,110) indiquait un système de financement plus progressif, les plus riches contribuant proportionnellement plus que leur part de CPA. Les ménages les plus pauvres utilisaient plus souvent les services de santé informels que les ménages les plus riches dans les deux États (23 % contre 16 %).

Conclusion

Bien que le paiement des soins de santé dans les bidonvilles urbains soit progressif, les ménages les plus pauvres restent les plus touchés par l'accès à des soins de qualité au Nigéria. Nos résultats mettent en évidence le rôle potentiel du DAP dans le refus de soins de santé parmi les populations urbaines pauvres, exclues du système de santé formel. Les régimes et politiques d'assurance maladie intégrant les soins de santé formels et informels peuvent réduire le fardeau financier de l'accès aux soins pour les populations urbaines pauvres.

Examen des inégalités socio-économiques en matière de santé cardiovasculaire idéale au Kenya : Une analyse de decomposition

James Odhiambo Oguta, Penny Breeze, Elvis Omondi Achach Wambiya, Catherine Akoth and Peter Dodd

Université de Sheffield, Sheffield Centre de recherche sur la santé et les questions connexes (SCHARR), Sheffield, Royaume-Uni

Contexte

Ces dernières décennies, le Kenya a connu une augmentation significative des maladies cardiovasculaires (MCV), nécessitant une action urgente pour lutter contre l'augmentation des facteurs de risque. Des recherches antérieures ont identifié des inégalités en faveur des plus aisés, tant en termes de prévalence de l'hypertension que d'accès aux traitements antihypertenseurs au Kenya. Cependant, les données sur les disparités socio-économiques en matière de santé cardiovasculaire idéale (SCVi), qui évalue la santé cardiovasculaire de la population à l'aide de huit indicateurs, sont limitées. Cette étude examine les inégalités socio-économiques en matière de SCVi globale au Kenya, explore les différences entre les sexes et identifie les facteurs à l'origine de ces disparités.

Méthodes

En utilisant les données de l'enquête STEPwise de l'OMS de 2015 sur les facteurs de risque de maladies non

transmissibles, l'étude a classé les personnes atteintes d'SCVi si elles répondaient à 5 à 7 des paramètres suivants : exposition au tabac, consommation de fruits et légumes (FV), activité physique (AP), indice de masse corporelle (IMC), glycémie à jeun (GJ), tension artérielle (TA) et taux de cholestérol, conformément aux normes de l'American Heart Association de 2010. L'indice de concentration (C) a mesuré les inégalités socio-économiques en matière d'SCVi. Une analyse de décomposition de type Wagstaff a identifié les facteurs contribuant à ces inégalités, et des analyses de sensibilité ont évalué les différences entre les sexes.

Résultats

L'étude a porté sur 3 803 adultes âgés de 18 à 69 ans. Un indice de concentration global positif (C = 0,084 ; p = 0,006) a indiqué que la SCVi était plus répandue chez les individus les plus riches. Des inégalités significatives en faveur des riches ont été constatées dans l'IMC idéal (C = 0,314 ; p < 0,001), la PA (C = 0,156 ; p < 0,001) et le cholestérol (C = 0,148 ; p = 0,005). À l'inverse, des inégalités en faveur des pauvres ont été notées dans l'exposition idéale au tabac (C = -0,098 ; p = 0,012) et la consommation de fruits et légumes (C = -0,090 ; p = 0,048). Français Aucune disparité significative n'a été observée dans la glycémie à jeun idéale (C = -0,028 ; p = 0,534) et l'AP (C = 0,052 ; p = 0,291). L'analyse spécifique au genre a montré des inégalités significatives en faveur des riches dans la SCVi chez les femmes (C = 0,109 ; p = 0,006) mais pas chez les hommes (C = 0,071 ; p = 0,128). L'analyse de décomposition a expliqué 73,1 % de l'inégalité globale de la SCVi, la richesse (31,4 %) et la résidence urbaine (30,6 %) étant les principaux contributeurs, suivis de la région (16,4 %), du niveau d'éducation (8,6 %), de la consommation d'alcool (5,5 %), de l'origine ethnique (5,3 %), de l'âge (1,6 %) et de la profession (0,6 %).

Conclusion

L'étude révèle d'importantes inégalités en faveur des riches en matière de santé communautaire et de santé sexuelle au Kenya, avec des disparités plus marquées chez les femmes. Ces inégalités sont principalement liées à la richesse, au lieu de résidence en milieu urbain et au niveau d'éducation. Les résultats soulignent la nécessité d'interventions de santé axées sur l'équité et le genre, ciblant en particulier les populations les plus pauvres et les moins instruites des zones urbaines.

Stratégies d'achat, de capitation et d'amélioration de la qualité des soins de santé

15h45-17h15 Mercredi 3 Mars 2025

Améliorer l'efficacité des marchés publics provinciaux en renforçant les systèmes numériques de gestion des appels d'offres du secteur public.

Nikhil Khanna[1], Thandile Ndibongo[2]

(1) Initiative Clinton pour l'accès à la santé, Pretoria, Gauteng, Afrique du Sud
(2) Initiative Clinton pour l'accès à la santé, Pretoria, Afrique du Sud

Contexte

L'absence de suivi numérique en temps réel des différentes étapes d'un contrat complique la détermination de son statut dans le processus d'appel d'offres, qui prend en moyenne 509 jours entre la demande et la lettre d'attribution. Seuls 22 % des contrats atteignent le stade de l'accord de niveau de service, ce qui entraîne une mauvaise exécution du plan d'approvisionnement. Pour remédier à ce problème, l'application de gestion des appels d'offres a été développée pour numériser le processus et assurer un suivi en temps réel.

Description de l'intervention

L'application de gestion des appels d'offres améliore l'efficacité du processus d'appel d'offres du Ministère de la Santé du Cap-Oriental (MdSCO). Elle automatise les tâches clés grâce à Microsoft Power Apps et SharePoint, simplifiant ainsi le flux de travail et s'intégrant aux systèmes existants du ministère. L'application nécessite le téléchargement de copies numériques des documents contractuels et leur stockage c entralisé sur SharePoint, où elles sont classées de manière logique et renommées automatiquement pour une meilleure standardisation.

L'application de gestion des appels d'offres est sur le point de révolutionner la gestion de la chaîne d'approvisionnement au sein du MdSCO). En donnant accès à des données en temps réel et à des informations exploitables, elle permettra au département d'optimiser ses ressources, de réduire ses coûts opérationnels et d'améliorer l'exécution de ses plans d'achat annuels.

Résultats

Une étude d'impact sera menée plus tard dans l'année à partir du premier pilote de l'application en 2023 au siège de la chaîne d'approvisionnement du MsDCO à Bhisho. Les responsables de la chaîne d'approvisionnement de différentes unités, telles que la demande, les acquisitions, les achats et les stocks, les contrats et la gestion des dossiers, y compris les risques et la conformité, ont tous émis des commentaires positifs après avoir suivi une formation pratique sur l'utilisation des fonctionnalités de l'application. Ils ont déclaré que le système permettait de superviser tous les acteurs du processus d'appel d'offres.

Leçons apprises

La mise en œuvre d'une telle application nécessite un engagement suffisant des parties prenantes pour garantir qu'elles s'approprient l'application.

Messages clés

Il s'agit d'une solution de pointe conçue pour améliorer la transparence, l'efficacité et le suivi en temps réel du processus d'approvisionnement du MdSCO. Elle s'aligne sur les objectifs stratégiques du ministère et garantit une gestion optimale des ressources.

Message de plaidoyer

Nous exhortons le ministère de la Santé du Cap-Oriental à adopter et à investir dans l'application de gestion des appels d'offres. Cet outil innovant révolutionnera la gestion de la chaîne d'approvisionnement en fournissant des données en temps réel, en simplifiant les processus d'achat et en favorisant la transparence.

Mots-clés

Transparence, gestion des appels d'offres, suivi.

Dépenses et utilisation des médicaments de prescription - examen de la politique, des facilitateurs et des facteurs d'accès - cas de l'État Américain Medicaid

Kwesi E Eghan *Sciences de gestion pour la santé, Arlington, Virginie*

Contexte

Les dépenses et l'utilisation des médicaments sur ordonnance constituent le secteur des programmes Medicaid qui connaît la croissance la plus rapide et la plus grande diversité. La loi sur les soins abordables (LSA), adoptée en 2010 et ses extensions ultérieures au niveau des États, a permis une couverture maladie substantielle. La prise en compte des déterminants des dépenses pharmaceutiques au niveau des États influence la définition des priorités et des budgets, l'efficacité des stratégies de contrôle des dépenses pharmaceutiques et l'efficience de l'allocation des ressources.

But

Pour identifier les prédicteurs des dépenses en médicaments Medicaid au niveau de l'État, examiner les effets des interactions entre les prédicteurs des dépenses en médicaments et estimer un modèle d'utilisation et de dépenses pharmaceutiques Medicaid

Méthodologie

Utilise une étude transversale rétrospective sur les demandes d'assurance maladie secondaires et les données démographiques, politiques et sur les besoins en services de santé à l'échelle des États. La variable dépendante, les dépenses totales en médicaments, est mesurée en médicaments sur ordonnance remboursés par résident admissible et par an (Medicaid PerCapitaExp). Le modèle comportemental d'Anderson sur l'utilisation des services de santé a été adopté comme cadre conceptuel pour identifier et analyser les 53 variables indépendantes à l'aide d'un panel de données à l'échelle des États couvrant la période 2009-2015 (n = 350), avant et après la LSA. L'objectif était d'examiner l'importance des variables démographiques, des besoins en soins de santé, économiques et politiques pour expliquer les variations

des dépenses pharmaceutiques par habitant au titre de Medicaid dans tous les États américains (n = 350). Nous avons réalisé une analyse économétrique afin d'estimer les paramètres du modèle de régression. Sans connaissance préalable des estimations les plus précises des dépenses en médicaments au titre de Medicaid, des modèles de régression à panel à effets fixes (EF) et à effets aléatoires (EA) ont été estimés.

Résultats

Les coefficients estimés révèlent des influences significatives sur les dépenses en médicaments des dépenses Medicaid non médicamenteuses de l'État, de la proportion d'hommes dans la population et des programmes de formation des prestataires sur les génériques. Le modèle de régression à effets aléatoires (EA) explique 52,6 % de la variation de la variable dépendante, un très bon ajustement pour les données de panel. Les coefficients de plusieurs variables incluses dans le modèle (par exemple, les prescriptions par habitant, la proportion d'hommes et la formation des prestataires sur les génériques) n'étaient pas statistiquement différents de zéro. L'inclusion d'un terme d'interaction entre l'expansion de la LSA et le pourcentage des dépenses Medicaid de l'État remboursées par le gouvernement fédéral a produit un effet négatif-significatif sur les dépenses en médicaments au niveau de l'État.

Conclusion

L'étude contribue à la compréhension conceptuelle des déterminants des dépenses pharmaceutiques au sein des systèmes de santé et des programmes de tiers payeurs de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle.

Analyse critique des pratiques d'achat de soins de santé dans l'État du Niger, au centre-nord du Nigéria : progrès, défis et opportunités pour une stratégie d'achats améliorée

Charles C Ezenduka *Campus Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria*

Contexte

La mise en œuvre efficace des achats stratégiques de santé (ASS) demeure essentielle pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), grâce à l'amélioration des performances du système. Les pays engagés dans la CSU ont progressé vers les ASS afin d'optimiser la réalisation des objectifs du système de santé. L'étude a examiné les pratiques d'achat du système de santé de l'État du Niger afin d'évaluer et d'identifier les progrès, les défis et les opportunités en matière d'ASS.

Méthodes

L'étude a analysé de manière critique les systèmes de financement de la santé de l'État du Niger afin d'évaluer leurs pratiques d'achat à l'aide d'une approche descriptive et qualitative. Les données ont été

recueillies à partir d'un examen approfondi des documents pertinents et d'entretiens approfondis avec les principaux acteurs du système de santé de l'État. Des informations sur les facteurs externes et la gouvernance, les pratiques d'achat et d'autres capacités des systèmes de financement de l'État ont été collectées. L'analyse s'est appuyée sur le cadre recommandé par le SPARC pour examiner les pratiques d'achat afin de progresser vers la santé et la sécurité au travail.

Résultats

Le Ministère de la santé est le principal fournisseur/acheteur de soins de santé de l'État, d'autres agences assumant des fonctions d'achat. Une structure de gouvernance et de responsabilisation est pilotée par le Commissaire à la Santé, par l'intermédiaire du Ministère de la santé, entre les départements et agences, avec des responsabilités clairement définies. L'engagement du gouvernement en faveur de la CSU a conduit à l'élaboration de cadres politiques et réglementaires pour la santé publique, à la revitalisation des établissements de soins de santé primaires pour une meilleure prestation de services et à la mise en place du régime contributif de santé NICARE, autant d'éléments qui soutiennent les objectifs de la santé publique. Cependant, l'allocation budgétaire pour la santé reste très insuffisante en raison de la faiblesse des sources de revenus, ce qui limite les objectifs de la santé publique. En tant que système intégré, le SMOH manque de distinction entre acheteurs et prestataires, car les prestataires ne sont pas sélectionnés sur la base de la qualité de leurs services et de leurs performances. Le suivi des performances des prestataires est faible et les incitations à les améliorer sont limitées. Les paiements des prestataires par le biais des salaires et du budget par poste ne favorisent pas la qualité et l'efficacité des services. Il n'existe pas de canaux clairs entre le SMOH et les citoyens pour fournir un retour d'information rapide sur la prestation de services. La capacité d'achat stratégique est très limitée, mais la volonté de recevoir un soutien technique est forte.

Conclusion

Au Niger, les achats de soins de santé restent largement passifs, compte tenu du fonctionnement d'un système public intégré qui laisse présager des obstacles à la santé publique. Cependant, des progrès significatifs ont été réalisés en ce sens dans l'État. La modernisation des infrastructures sanitaires et la mise en place d'un régime de santé contributif, parmi les principaux cadres politiques et réglementaires, représentent des avancées majeures vers la santé publique. L'engagement ferme du gouvernement en faveur de la couverture santé universelle, le renforcement du régime de santé contributif et la disponibilité d'un soutien technique, entre autres mesures recommandées, stimuleront la mise en œuvre du régime de santé contributif dans l'État et contribueront ainsi à la progression vers la couverture santé universelle.

Comprendre l'expérience et les perceptions des prestataires et des acheteurs concernant les méthodes de paiement en Tanzanie

John Joseph Maiba[1], Francis Donard Ngadaya[1], Iddy Mayumana[1], Sally Mtenga[2], Gemini Joseph Mtei[3], Josephine Borghi[4], Peter Binyaruka[1]

(1) Institut de Santé d'Ifakara (IHI), Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie
(2) Institut de Santé d'Ifakara, Dar es Salaam, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie
(3) Abt. Associates Inc., Projet de Renforcement des Systèmes du Secteur Public Plus (PS3+), Dar es Salaam, Tanzanie
(4) London School of Hygiene & Tropical Medicine

Contexte

De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire réforment leurs systèmes de financement de la santé afin d'atteindre la Couverture Maladie Universelle (CMU). Face à des ressources limitées pour la santé, une tendance récente s'est orientée vers l'achat stratégique de services de santé. Cela nécessite des décisions stratégiques concernant l'achat de services, la sélection des prestataires, la conclusion d'accords contractuels et la mise en place de méthodes de paiement des prestataires (MPP) efficaces. Ces méthodes créent différentes incitations qui incitent les prestataires de soins à améliorer l'efficacité, la qualité et l'utilisation des services de santé nécessaires. La Tanzanie prévoit de mettre en œuvre l'assurance maladie universelle (AMU), mais cela pourrait nécessiter des données probantes solides pour la conception du système, y compris les MPP. Malgré ces efforts, les expériences et les perceptions des prestataires de soins et des acheteurs sont négligées lors de la conception des MPP, ce qui entraîne des difficultés de mise en œuvre. Nous souhaitons combler cette lacune en Tanzanie.

Méthodes

Une étude qualitative a été menée. Nous avons mené 40 entretiens approfondis avec des professionnels de santé et des acheteurs, ainsi que deux groupes de discussion avec des représentants communautaires de deux régions (Manyara et Singida) en Tanzanie. Les professionnels de santé comprenaient des professionnels de santé de 20 établissements et quatre responsables de santé au niveau des districts de certaines régions. Les transcriptions des entretiens ont été analysées thématiquement afin d'en dégager les principaux résultats.

Résultats

Deux méthodes de paiement courantes, la capitation et le paiement à l'acte, ont fait l'objet de discussions approfondies autour de plusieurs caractéristiques des MPP, notamment la contribution aux recettes, la prévisibilité du montant des paiements, l'adéquation des taux de paiement, le respect des délais, les mécanismes de responsabilisation et l'autonomie en matière d'allocation des ressources. La capitation pour la Caisse d'assurance maladie et le paiement à l'acte pour le Fonds national d'assurance maladie ont été perçus comme contribuant de manière significative aux recettes, tandis que la capitation pour le Fonds de santé communautaire amélioré et les prestations sociales d'assurance maladie ont été considérées comme n'y contribuant pas suffisamment. Le paiement forfaitaire pour le Fonds national d'assurance maladie est considéré comme plus prévisible, alors que les fonds de capitation pour les différents régimes ne le sont pas, en raison d'ajusteurs peu clairs, de retards de paiement et de nombres d'inscriptions imprécis. Les deux taux de paiement ont été perçus comme inadéquats pour couvrir le coût du service, en partie à cause de taux faibles ou de déductions.

Les défis communs aux deux méthodes comprennent des problèmes de système. Les deux méthodes manquent d'autonomie dans l'utilisation des fonds alloués. Enfin, le paiement à l'acte a été préféré pour sa motivation, tandis que la capitation a été appréciée pour sa fiabilité dans certains cas.

Conclusion

Les expériences des professionnels de santé et des acheteurs mettent en lumière des éléments clés à prendre en compte lors de la conception d'un PPM pour l'assurance maladie universelle en Tanzanie. Ils recommandent d'améliorer la transparence des ajustements de paiement, de garantir des décaissements rapides et d'accroître l'autonomie dans l'allocation des fonds. Par ailleurs, l'alignement des taux de paiement sur les coûts des services et la simplification des processus administratifs pourraient améliorer l'efficacité des deux méthodes.

Mots-clés

Capitation, Paiement à l'acte, Soins de santé primaires, Modes de paiement des prestataires.

Quand le modèle de capitation est ajusté pour s'adapter durablement aux établissements de soins de santé primaires au Rwanda

Alexis Rulisa, Regis Hitimana, Ina Kalisa, Jean Marie Vianney Hakizayezu and Eric Rubyagiza,

Rwanda Social Security Board (RSSB), Kigali, Rwanda

Contexte

Le Rwanda a introduit l'assurance maladie communautaire (AMC) en 1999, couvrant près de 90 % de la population en 2024. Sa gestion est assurée par la Caisse de sécurité sociale du Rwanda (CSSR) depuis 2015. Le plan de pérennisation de l'AMC élaboré en 2021 recommandait, parmi les principales réformes stratégiques en matière d'achats, de modifier le mécanisme de paiement des prestataires (MPP) dans les établissements de soins de santé primaires, du paiement à l'acte (PAA) au paiement par capitation, dans un souci d'efficacité et de durabilité. L'étude vise à adapter le modèle de conception par capitation au contexte rwandais.

Méthodologie

Les données historiques quantitatives des paiements de l'AMC aux centres de santé (CS) et aux postes de santé (PS) au cours de l'exercice 2023-2022 ont été utilisées pour concevoir le MPP, inspiré par la revue de la littérature sur la mise en œuvre par d'autres pays et la formule générale pour déterminer le montant de la capitation à payer aux CS a été adaptée au contexte local du Rwanda.

Des ajustements spécifiques ont été apportés pour tenir compte de la répartition des centres de santé dans différentes zones d'utilisation, et donc des différents taux de capitation (par zone). De plus, les membres sont autorisés à se rendre dans des centres de santé hors réseau, les plus proches de l'hôpital recevant généralement de nombreux patients pour des transferts, ce qui entraîne un paiement par membre moins élevé. Une analyse de régression a été utilisée sur les données de paiement historiques pour estimer les paramètres du modèle. Le processus de modélisation comprend les étapes suivantes :

- attribution d'un groupe d'utilisation à chaque centre de santé
- attribution d'une distance à l'hôpital à chaque centre de santé ; et
- exécution du modèle de régression en utilisant les membres, l'estimation de l'utilisation des centres de santé et les nouveaux membres comme autres données d'entrée du modèle.

Résultats

Bien que le modèle comporte deux paramètres, le premier paramètre a été estimé à 912 FRW, 1 246 FRW et 1 557 FRW selon que le centre de santé se situe dans le groupe d'utilisation faible, moyenne ou élevée respectivement. Le deuxième paramètre, tenant compte des entrées, a été estimé à 907 FRW et 1 239 FRW pour les centres de santé dont la distance à l'hôpital est inférieure ou supérieure à 1 km respectivement. Les projections montrent que près de 90 % des centres de santé se situent à moins de 30 % des paiements historiques. Le forfait par consultation au niveau des centres de santé varie de 910 FRW à 1 630 FRW selon les services fournis. Le montant de la capitation sera payé avant le début du mois pour les centres de santé, tandis que les centres de santé recevront leurs paiements à la fin du mois.

Conclusion

L'ajustement de la formule générale de capitation au contexte du Rwanda est essentiel pour garantir l'équité entre les établissements de santé, pour améliorer l'efficacité de la prestation des services de santé et la prévisibilité des ressources.

Dans quelle mesure le financement de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, ainsi que de la nutrition, est-il équitable et efficace ? Étude de cas du Sénégal (2014-2021).

Paoli Behanzin[1], Bocar Samba Ly[2], Aissatou Maye[2], Khady Sarr[2], Ndeye Diop[2], Dieumbe - Dieng[3], Arame Ndiaye[2], Fadima Yaya Bocoum[4], Amadou Ibra Diallo[5], Sokhna Thiam[6], Cheikh Faye[6], Amadou Doucoure2, Adja Thiane Gueye Diaw7, Adama Faye[5], Nouria Brikci[8], Peter Binyaruka[9], Catherine Pitt[1], Josephine Borghi[8] and Melisa Martinez-Alvarez[8]

(1) *École d'Hygiène et de Medicine Tropicale de Londres, Royaume-Uni*
(2) *Direction de la santé de la mère et de l'enfant, Senegal*
(3) *Direction de la santé de la mère et de l'enfant, Dakar, -, Senegal*
(4) *Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou (Burkina Faso)*
(5) *Institut de santé et développement, Senegal*
(6) *Centre africain de recherche sur la population et la santé, Sénégal*
(7) *Cellule d'économie et de la santé, Senegal*
(8) *École de médecine de Londres spécialisée dans l'hygiène et la médecine tropicale*
(8) *Ifakara Institut de Santé, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de*

Introduction

La réduction des taux élevés de mortalité néonatale et maternelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire nécessite l'amélioration des systèmes de santé et l'allocation de ressources financières à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile et à la nutrition (SRMN-N). Dans un contexte de ressources financières limitées, les bailleurs de fonds, tels que le gouvernement et les donateurs, sont confrontés au défi d'utiliser leurs financements pour la SRMN-N de manière plus équitable et efficace que jamais. Cette étude vise à analyser l'équité et l'efficience du financement de la SRMN-N au Sénégal.

Méthodes

Nous avons utilisé des données secondaires issues des Comptes nationaux de la santé et de l'Annuaire des statistiques sanitaires et sociales du Sénégal, notamment les dépenses publiques, les dépenses directes et l'aide des donateurs pour la SRMNI-N, sur la période 2014-2021. Nous avons examiné les tendances du financement de la SRMNI-N aux niveaux national et infranational, l'équité et l'efficience dans les 14 régions du Sénégal. Nous avons analysé l'équité du financement à l'aide de courbes et d'indices de concentration. Nous avons analysé l'efficience en calculant les scores d'efficience pour chaque région à l'aide de l'analyse d'enveloppement des données (AED).

Résultats

Les dépenses annuelles en SRMNI-N au Sénégal ont augmenté considérablement entre 2014 et 2021, passant de 90 873 millions de FCFA (148 millions de dollars américains) en 2014 à 129 260 millions de FCFA (210 millions de dollars américains) en 2021. Les ménages et les donateurs extérieurs sont les deux principales sources de financement entre 2014 et 2021. L'aide est la seule source de financement qui alloue ses ressources proportionnellement aux besoins de santé. On constate une amélioration de l'efficacité du financement du gouvernement et des donateurs, hors OOP, entre 2015 et 2020, avec des scores d'efficacité de 100 % pour les régions de Dakar et de Thiès, les deux plus grandes régions démographiquement et économiquement.

Discussion

Malgré les améliorations observées ces dernières années en matière de santé maternelle et infantile au Sénégal, les ressources ne sont pas toujours utilisées de manière optimale. Les résultats montrent que le gouvernement ne prend pas en compte les besoins régionaux en matière de santé dans ses allocations. Dans certaines régions, les fonds alloués à la SRMNI-N au Sénégal sont sous-utilisés, voire gaspillés. Ceci souligne la nécessité d'améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources, tout en poursuivant la recherche sur les déterminants de l'efficacité du financement de la SRMNI-N au Sénégal.

Évaluations Économiques et Financements pour la Santé en Afrique Francophone

15h45-17h15 Mercredi 3 Mars 2025

Modèle économique des cabinets dentaires privés de Côte d'Ivoire

Abou Dramane Sangare[1], Marie-Pascale Koffi-Pregnon[2], Agré Wilfried Bernard Soumahoro[3], Nzebo Marcellin Nouaman[2], Mamadou Samba[4] and Jean-Claude Guinan[2]

(1) UFR Odonto-Stomatologie-UFR Odonto-Stomatology /Université Félix Houphouët-Boigny /Félix Houphouët-Boigny University Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire,
(2) UFR Odonto-Stomatologie- UFR Odonto-Stomatology /Université Félix Houphouët-Boigny-Félix Houphouët-Boigny University Abidjan,
(3) Institut National de la Santé Publique/National Institute of Public Health - Côte d'Ivoire,
(4) Université Félix Houphouët-Boigny/ Félix Houphouët-Boigny University, Abidjan

Introduction

Le modèle économique désigne la manière dont une entreprise génère ou va générer de la rentabilité. Il s'agit d'une donnée à prendre en compte dans les cabinets dentaires privés qui sont des entreprises de santé confronté à la problématique de la rentabilité dans un environnement de plus concurrentiel. Le présent travail a eu pour objectif d'étudier le modèle économique ou de gestion des cabinets dentaires libéraux en Côte d'Ivoire pour une aide à la décision efficiente.

Méthodes

L'étude de type transversal à visée descriptive a concerné les cabinets dentaires privés d'Abidjan. La collecte des données a été menée auprès des propriétaires ou gestionnaires des cabinets dentaires à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Les principales variables d'intérêt concernaient l'environnement économique, les caractéristiques managériales et les flux financiers des cabinet dentaires.

Résultats

Au total, 50 propriétaires de cabinets dentaires privés ou leur gestionnaire ont participé à l'étude. Moins du ¼ des cabinets dentaires (24,0%) étaient tenu par des femmes. Les zones préférentielles d'installation des cabinets dentaires étaient des zones accessibles (70,0%), où la population est supposée solvable (38,0%) et importante (30,0%). Le financement du cabinet dentaire s'est fait essentiellement sur fonds propres associé à un prêt d'un proche (42,0%). Les dépenses représentaient 90,0% des recettes du cabinet dentaire et les bénéfices 10,0%.

Conclusion

L'étude a montré que l'environnement économique des cabinets dentaires privés reste peu performant. Le modèle de gestion utilisé n'est pas toujours lisible. Un renforcement des capacités des chirurgiens-dentistes s'avère nécessaires pour améliorer la rentabilité des cabinets dentaires et partant leur pérennité.

Mots-clés
management, cabinet dentaire privé, modèle économique, rentabilité, Côte d'Ivoire.

Estimation du coût annuel de la mise en œuvre du ProCCM dans le district Sanitaire de Madinani, en Côte d'ivoire.

Karna Georges Kone *Muso health, Montréal, QC, Canada*

Contexte
La Côte d'ivoire, en plus de la mise en place d'une politique de gratuité ciblée pour les enfants et les femmes enceinte, a développé plusieurs documents stratégiques qui mettent un accent sur les soins de santé primaire et sur la santé communautaire en particulier. En appui aux efforts du gouvernement, l'ONG Muso à implémenté son modèle de soins (ProCCM) dans le district Sanitaire de Madinani. Le modèle ProCCM a permis d'assurer la disponibilité et la réactivité de l'offre, en intégrant une gratuité totale des soins, des ASC professionnalisés, avec des superviseurs dédiés. La mise en œuvre du modèle de soins ProCCM a été effectif dans le district de Madinani en 2023. Tous les services de soins sont pris en compte, y compris les ordonnances et les évacuations, ce pour l'ensemble de la population du district. Cette étude vise à estimer le coût global annuel de la mise en œuvre du ProCCM, pour la première année.

Méthodologie
La perspective retenue pour l'estimation des coûts est celui de l'approche programme, tout en y ajoutant l'apport du gouvernement. L'approche de l'estimation des coûts ascendante a été utilisée. Les paiements indirects des ménages (coûts cachés), ainsi que les coûts des d'autre programmes, n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

Résultats
Le coût global annuel de la mise en œuvre du ProCCM dans le district de Madinani est de 4,219 millions de USD, avec 86% venant du projet Muso et 14% du Gouvernement de Côte d'Ivoire. Le coût annuel selon l'approche Programme est de 3.484 millions de USD, soit 36.8USD per capita. Le coût par habitant varie entre : $ 22,4 US (CS de Koura) et $ 93,1 US (CS de Gbongaha). Les postes de coûts les plus importants sont les médicaments (40%), le coût de soutien des opération (20%), les équipements (18%) et enfin les salaires (12%). Le coût fixe représente 35% du coût total annuel, soit $ 13,1 US par habitant. Tandis que Le coût variable représente 65% du coût total annuel, soit $ 23,7 US par habitant. Le coût du médicament par habitant est de $16,4 US. Le coût du médicament par patients pris en charge est de 14,4$. Le coût moyen unitaire pour une référence - évacuation est de $578 ; soit plus de 15 fois le coût par habitant du ProCCM ($ 36,8 US). Le coût au niveau communautaire représente 11,5% du coût total du ProCCM, soit $ 4,2 per capita.

Conclusion

Le coût par personne desservie est inférieur à la dépense de santé par habitant en RCI. Le coût par personne desservie au niveau communautaire est proche de celui obtenu au Mali (3,44 $ US par capita et 2 409 $ US par CHW). Ce coût semble être soutenable pour un passage à l'échelle nationale.

Il y a une possibilité de réduire le coût par personne desservie en optimisant le niveau du coût variable (65% du coût total) et le coût des médicaments, avec maitrise de la chaine d'approvisionnements.

Étude de rentabilité de l'EAF en RDC

Louis Tshituka[1], Nneoma Ekwem[2], Mariam Zameer[3]

(1). VillageReach, Kinshasa, Congo (République démocratique du)
(2). VillageReach, Abuja, Nigéria
(3). VillageReach, WA

Selon les estimations de 2022, environ 14,3 millions d'enfants dans le monde sont considérés comme des enfants à dose zéro. En tant que l'un des pays comptant le plus grand nombre d'enfants ZD au monde, la RDC est confrontée à un défi de santé publique important, ces enfants étant exposés à un risque de maladies évitables par la vaccination (Daniel Katuashi Ishoso et al., 2023).
Parmi les interventions qui ont été mises en œuvre dans l'État pour réduire la prévalence des enfants à dose zéro dans le pays, citons le plan Mashako et les initiatives qui ont ciblé les provinces vulnérables. Le Plan Mashako a débuté en 2018 et visait à atteindre un nombre cible d'enfants à dose zéro en tirant parti du programme de vaccination en RDC.

La faible couverture vaccinale et les flambées récurrentes dans certaines régions ont mis en évidence la nécessité d'améliorer les ripostes aux flambées épidémiques et le système existant de distribution des vaccins. L'un des plans de réponse est le Fonds d'accélération de l'équité de Gavi pour la réduction du nombre d'enfants à dose zéro et sous-vaccinés (en français, Fonds Accélérateur de (FAE), qui s'appuie sur le Plan Mashako 2.0. Le fonds vise à réduire de 35 % le nombre d'enfants recevant une dose zéro d'ici 2025. Les fonds complètent le soutien existant de GAVI à la RDC.

Compte tenu ses avantages potentiels et de la rareté des données publiées sur l'impact distributif, une analyse des coûts et coût-efficacité est en cours pour évaluer la rentabilité de ce programme du point de vue distributif sur les inégalités des résultats et d'accès en matière de santé particulièrement la réduction des enfants zéro-dose et sous-vaccinés.
Pour ce faire, l'évaluation adoptera une approche mixte composée d'approches de collecte de données primaires et secondaires au départ et à la fin. La période de référence se situe entre octobre 2023 et mars 2024. La période finale est de 9 mois après la mise en œuvre des interventions. Pour comprendre les coûts, nous adoptons le point de vue du payeur de soins de santé – le donateur pour les interventions à fort impact. Cette évaluation est scindée en deux (2) parties portant sur les axes suivants : i) l'analyse des coûts et ii) l'analyse coût-efficacité.

Étude de faisabilité économique en vue de la mise en place de l'accès rapide et universel aux des soins de santé dans un air de santé en Côte d'ivoire.

Karna Georges Kone *Muso health, Montréal, QC, Canada*

Contexte

Malgré une économie en pleine croissante et une administration dynamique, la Côte d'Ivoire dispose de ressources pour lever les barrières d'accès aux soins de santé. Le pays a mis en place, une politique de gratuité ciblé pour les enfants et les femmes enceintes, puis une politique d'assurance maladie universelle. Pour accompagner le gouvernement ivoirien dans cette vision, l'ONG MUSO a mis en place un projet pilote d'accès rapide et universelle aux soins de santé primaire dans l'air de santé de Diapé. Cette étude a été vise à estimer le coût et la soutenabilité de l'accès universelle aux soins au niveau des ESPC en Côte d'Ivoire. De plus, des mécanismes de financement du coût de l'accès universel ont été analysés.

Méthodologie

La collecte des données a été faite en deux phase : i) Première phase : collecte des données financières, sur l'niveau d'utilisation du centre de santé de l'année 2018 ; ii) Deuxième phase : collecte des mêmes données pour les années 2019 et 2020. En plus de ces données, une revue de littérature sur l'organisation de l'offre de soins de santé primaire, sur les différentes études de coûts des soins précédents et sur le politique de financement de la santé, a été effectuée. L'estimation du besoin de financement a été fait uniquement sur la base des coûts directs de prise en charge des patients.

Résultats

Le profil épidémiologique montre que les pathologies suivantes sont les plus importantes : le paludisme, les diarrhées maladies, la malnutrition modérée, et le Diabète. Le ratio d'utilisation des services en 2018 est de 0,39 contact/an, pour les enfants. Avec le niveau actuel d'utilisation des services du CSR de Diapé, nous estimons le coût de la première année de la gratuité : à 11,5 millions de F CFA la prise charge directe des soins pour les médicaments ; à 3,7 millions de F CFA pour les consommables ; à 21, 3 millions de F CFA pour le personnel additionnel ; à 1,5 millions de F CFA pour le fonctionnement du COGES. L'instauration de la gratuité pourrait multiplier par 3 le niveau d'utilisation actuel des services, ce qui représenterait un besoin de financement additionnel.

Les mécanismes de financement identifié pour opérationnalisation de l'accès universelle sont : le Régime d'Assistance Médicale (RAM) de la CANAM ; le FBR ; le financement direct des ESPC par le micro-plan ; ou la combinaison entre ces trois mécanismes de financement.

Conclusion

L'opérationnalisation de l'accès universelle des soins de santé primaire, peine à se réaliser par manque de

donnée probant. Cette étude a permis d'avoir des informations pour la prise de bonne décision politique. La mise en place de la CMU est une solution pérenne et efficace car elle permettra l'augmentation de l'utilisation des services et la diminution des dépenses catastrophiques, source de paupérisation des ménages.

Mise en œuvre du budget programme au Ministère de la Santé et l'action sociale (MSAS) du Sénégal

Cheikh Tidiane Bathily *Direction regionale de la Sante de Saint-louis, Saint Louis, Senegal*

Contexte et Objectif

L'UEMOA a adopté en juin 2009 six nouvelles directives qui forment le nouveau cadre harmonisé de gestion des finances publiques. Cette réforme obéit à un souci de transparence dans le dispositif normatif et de comparabilité des données dans le cadre du Pacte de convergence[1].
Ainsi, pour passer du budget « moyens » au budget « programme », le Sénégal a internalisé ces directives avec l'adoption progressive de nouveaux textes juridiques.

Toutefois, le MSAS tarde à assurer pleinement l'application du budget-programme entrer en vigueur en 2020 avec la nomination des Responsables de programme.
Pour mieux cerner les obstacles à la mise en œuvre optimale du BP, une analyse situationnelle a été effectuée. L'objectif général était d'analyser le niveau de mise en œuvre du budget-programme. De manière spécifique il s'agissait :

- d'analyser le niveau d'application des textes concernant la mise en œuvre du budget-programme;
- d'examiner le niveau d'engagement des acteurs de mise en œuvre dans l'implémentation du budget-programme.

Methodologie

L'analyse situationnelle a été conduite en plusieurs étapes. Il y a d'abord eu un atelier de cadrage méthodologique inclusif impliquant l'ensemble des parties prenantes. Ensuite, des entretiens semi-directifs ont permis de collecter des données auprès d'acteurs clés impliqués dans la mise en œuvre du budget-programme.

Resultats

Il faut :

- Elaborer la charte de gestion ministérielle

- Définir des règles et des procédures opérationnelles de pilotage du processus budgétaires à travers l'établissement des critères de répartition des ressources budgétaires, la mise en place une structure principale de gestion des matières, la définition des modalités de délégation des compétences d'ordonnateur aux responsables de programme, la mise en place des comités internes des plans d'engagement et l'établissement d'un texte rendant impossible le cumul de fonctions ;
- Mettre en place le dispositif de contrôle de gestion avec des outils ;
- Redéfinir le champ d'application du contrôle interne ;
- Renforcer les capacités des acteurs à tous les échelons de la chaine managériale.

Methodologie

Le parachèvement des nominations dans la chaine managériale contribue à mieux situer les responsabilités des acteurs. La responsabilisation accrue des acteurs nécessite leur mise à niveau pour une bonne application du Budget Programme. La définition, la négociation et l'acceptation conjointes des résultats par l'ensemble des acteurs sont essentielles pour l'atteinte des performances.

Protocole d'élaboration d'un ensemble de valeurs pour les années de vie ajustées à la qualité pour les enfants et les adolescents au Nigéria

Chinelo Esther Obi[1], Abdulmuminu Isah[2], Iheomimichineke Ojiakor[3], Chibueze Anosike[2], Onochie Chigozie Eze[2] and Kingsley Udeh[4]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Enugu, Nigéria
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria
(4) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Le QALY (Années de vie ajustées à la qualité), qui est l'unité d'analyse coût-utilité des interventions sanitaires, nécessite des ensembles de valeurs spécifiques pour déterminer l'état de santé de la population dans un pays donné.

Objectif

Au Nigéria, il n'existe pas de valeurs QALY spécifiques à chaque pays pour les enfants et les adolescents. Cela limite la prise de décision fondée sur des données probantes pour l'allocation des ressources de santé à cette population. Par conséquent, nous avons développé un cadre qui servira à déterminer les valeurs QALY pour l'évaluation de l'état de santé des enfants et des adolescents au Nigéria.

Méthodes

Une étude transversale sera menée au Nigéria. Un échantillonnage à plusieurs degrés sera utilisé pour sélectionner les participants âgés de 8 à 17 ans, issus des six zones géopolitiques du Nigéria (Nord-Est, Centre-Nord, Nord-Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest et Sud-Sud), en tenant compte du niveau de revenu et de la taille de la population. Les questionnaires EQ-5D-Y-3L, l'échelle visuelle analogique EuroQol (EQ-VAS), le Composite Time-Trade Off (cTTO) et l'Expérience de choix discret (ECD) seront utilisés pour déterminer l'état de santé des participants, leur pondération des préférences et leurs valeurs d'utilité. Ces questionnaires seront administrés par un intervieweur aux répondants éligibles des zones urbaines et rurales des États de Lagos, Enugu, Delta, Kano, Nasarawa et Adamawa.

Résultats Attendus

Un total de « n » participants est attendu pour l'étude, avec un taux de réponse ≥ 90 %. Les guides seront

pré-testés et mis à l'essai, et des ajustements seront effectués si nécessaire. Les guides élaborés serviront de cadre méthodologique pour la détermination de l'ensemble de valeurs pour les enfants et les adolescents.

Conclusion

Un protocole qui guidera le développement d'un ensemble de valeurs pour les enfants au Nigéria a été élaboré pour l'utilisation économique de la santé et l'allocation des ressources.

Utilisation de la liste de contrôle de l'éclampsie pour améliorer la prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie sévères : une stratégie pour réduire la mortalité maternelle dans l'hôpital le plus renommé du Libéria

Kayode Samuel Alabi[1], Augustine Omodieke[2], Olasunmbo Makinde[3], Fokarpe Duyenku[4], Nyeminah Y Williams[4], Laurene H. Nyenpan[4], Peaches M. Kamara[4] and Yewande Ogundeji[5]

(1) Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé (HSDF), Abuja, FCT, Nigéria
(2) Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé, FCT, Abuja, Nigéria
(3) Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé, Ikoyi, Lagos, Nigéria
(4) Maternité John F. Kennedy, Monrovia, Libéria
(5) Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé, FCT, Nigéria

Contexte

La prééclampsie et l'éclampsie sévères demeurent des facteurs importants de mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest. Malgré les progrès des connaissances médicales et technologiques, leur prise en charge efficace reste difficile, entraînant des décès évitables. La « liste de contrôle pour l'éclampsie » est un outil structuré conçu pour standardiser l'évaluation et garantir le respect du protocole de prise en charge des patientes présentant une prééclampsie et une éclampsie sévère. Elle comprend des éléments clés tels que l'évaluation initiale, l'instauration rapide d'un traitement au sulfate de magnésium, le contrôle de la tension artérielle, la gestion des crises d'épilepsie et l'accouchement rapide. En garantissant le respect des recommandations fondées sur des données probantes et des meilleures pratiques, la liste de contrôle facilite une approche systématique et globale des soins aux patientes, réduisant ainsi le risque d'effets indésirables.

Objectifs et buts

Ce résumé explore la mise en œuvre de la liste de contrôle de l'éclampsie comme approche innovante pour améliorer la prise en charge des femmes atteintes de prééclampsie sévère et d'éclampsie, afin de réduire la mortalité maternelle au JFKMC.

Méthodologie

Une initiative d'amélioration de la qualité a été conçue pour la maternité JFK afin de s'attaquer aux principaux facteurs de mortalité maternelle identifiés, dans le cadre du projet d'accélération du renforcement des systèmes de santé (HAS), financé par l'USAID. L'un des objectifs de cette initiative était de lutter contre les complications maternelles et les facteurs de mortalité maternelle, tels que l'éclampsie et l'hémorragie post-partum. Pour y parvenir et, par conséquent, améliorer la santé maternelle, l'équipe d'amélioration de la qualité a élaboré des pistes de changement, notamment l'introduction et l'adoption d'une liste de contrôle pour l'éclampsie, la formation des professionnels de santé à son utilisation et le suivi de son utilisation et de son respect par le biais d'audits cliniques.

Résultats

Après 8 mois de mise en œuvre/intervention, le résultat de l'analyse des données a montré que : (i) l'utilisation appropriée de la liste de contrôle de l'éclampsie (qui contribue au résultat maternel final) a augmenté à mesure que l'adhésion au protocole dans la gestion des soins augmentait, indiquant une corrélation positive ; et (ii) l'utilisation de l'outil a contribué à la réduction des décès maternels de 27 % 8 mois après la mise en œuvre de l'intervention.

Conclusion

L'adoption de la liste de contrôle pour l'éclampsie représente une stratégie prometteuse pour améliorer la prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie, comme en témoigne sa contribution à la réduction de la mortalité maternelle au JFKMC. Cependant, la réussite de cette mise en œuvre nécessite l'engagement de la direction de l'établissement de santé, une formation adéquate du personnel soignant et une démarche d'amélioration continue de la qualité. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact à long terme et la transférabilité de cette approche dans divers contextes cliniques

Évaluation d'un système de gestion des incidents de santé publique : cas de l'épidémie de choléra de 2021-2023 au Cameroun

Dorine Princia Labelle Kwane *ESS-UCAC, Yaoundé, Cameroon*

Depuis Octobre 2021, une épidémie de choléra est apparue, nécessitant l'activation d'un système de gestion des incidents (SGI) le 3 Janvier 2022. Ce SGI a traversé neuf périodes opérationnelles (PO) au moment de l'étude, et l'épidémie est toujours en cours. L'objectif de cette étude était de réaliser une évaluation approfondie du SGI mis en place pour la lutte contre le choléra entre 2021 et 2023. Cette évaluation visait à identifier les forces et les faiblesses du SGI afin de proposer des améliorations pour une gestion plus efficace des incidents futurs.

L'étude a utilisé une approche de recherche-action mixte, combinant des méthodes quantitatives et

qualitatives dans un cadre descriptif. Du 7 Août au 22 Septembre 2023, un questionnaire quantitatif semi-structuré et un guide d'entretien ont été administrés aux membres de l'IMS aux niveaux central (ministère) et régional (Centre). Les données qualitatives ont été analysées par analyse de contenu, tandis que les données quantitatives ont été traitées par analyses univariées avec CsPro 7.1, Atlas-ti 1, SPSS 2.0 et Excel.

Parmi les 70 participants à notre étude, 62,86 % provenaient du niveau central, avec un âge moyen de 39,11 ans. Bien que 67 % des participants aient reçu une formation sur la SGI, seulement 51,4 % étaient titulaires d'un certificat FEMA. La méthode la plus couramment utilisée pour notifier les cas suspects était la réception d'appels/SMS combinée à la transmission de formulaires de notification (44,3 %). En termes de réactivité, 50 % des participants ont déclaré que les cas suspects étaient notifiés immédiatement. Concernant la qualité des données, 78,6 % des participants étaient insatisfaits de l'exhaustivité des données, 90,0 % de la rapidité, 67,1 % de la fiabilité et 44 % de la cohérence des données. Les entretiens qualitatifs avec 15 répondants ont mis en évidence divers défis, tels que les conditions climatiques défavorables, la compréhension limitée de l'importance de l'éradication du choléra au sein des communautés, ainsi que des problèmes internes comme l'insuffisance des rapports de données, les problèmes de collaboration entre les parties prenantes et la centralisation excessive de la SGI.

Les résultats de l'étude soulignent le besoin crucial de renforcer les capacités des différents acteurs de la SGI Cholera, d'améliorer la qualité des données collectées, d'améliorer les efforts de sensibilisation communautaire et de développer une planification basée sur les leçons apprises pour optimiser les réponses aux futures crises épidémiques.

Mots-clés

SGI, Incident, Choléra, Epidémie, Evaluation, Santé Publique, Cameroun.

Déterminants géographiques et socio-économiques de l'état nutritionnel des enfants au Nigéria

Daniel Ogbuabor *Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria*

Historique

La sous-nutrition infantile reste un problème dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Le Nigeria est le deuxième pays au monde pour le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance. On estime à 2 millions le nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère au Nigeria, mais seuls 20 % d'entre eux bénéficient actuellement d'un traitement.

Cette étude a examiné les déterminants géographiques et socioéconomiques de l'état nutritionnel des enfants au Nigéria.

Méthodes

Nous avons analysé les données de l'Enquête démographique et de santé du Nigéria de 2018. Les variables de résultat étaient le retard de croissance et l'insuffisance pondérale pendant l'enfance. Les facteurs prédictifs comprenaient les caractéristiques géographiques et socio-économiques des mères, des enfants et des ménages. L'association entre les variables de résultat et les facteurs prédictifs a été examinée à l'aide d'une régression logistique complexe ; les rapports de cotes ajustés (RCA) ont été rapportés. La significativité statistique a été fixée à $p < 0,05$.

Résultats

La prévalence du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale chez les enfants était respectivement de 36,7 % et de 21,5 %. Mères sans éducation (AOR : 1,37, 1,21-1,56, $p < 0,001$), mères en insuffisance pondérale (AOR : 1,07, 0,89-1,28, $p < 0,001$), enfants âgés de 1 à 2 ans (AOR : 3,47, 2,94-4,08, $p < 0,001$), enfants âgés de 3 à 4 ans (AOR : 2,82, 2,40-3,32, $p < 0,001$), enfants de sexe masculin (1,31, 1,18-1,45), pauvres (AOR : 1,67, 1,46-1,92, $p < 0,001$) et quintile intermédiaire (AOR : 1,51, 1,27-1,78, $p < 0,001$), vivant en zone rurale (AOR : 1,53, 1,34-1,75, $p < 0,001$) et résider dans les régions du Nord-Est (AOR : 2,24, 1,77-2,84, $p < 0,001$) et du Nord-Ouest (AOR : 3,29, 2,63-4,10, $p < 0,001$) augmentaient la probabilité de retard de croissance. Résider dans la région du Sud-Est diminuait les risques de retard de croissance (AOR : 0,91, 0,71-1,15, $p = 0,003$). De même, les mères sans éducation (AOR : 1,50, 1,29-1,74, $p < 0,001$), les mères en insuffisance pondérale (AOR : 1,70, 1,43-2,02, $p < 0,001$), l'âge de l'enfant entre 3 et 4 ans (AOR : 1,17, 1,00-1,38, $p < 0,001$), le fait d'être un garçon (AOR : 1,15, 1,03-1,28, $p = 0,010$), le fait d'être pauvre (AOR : 1,69, 1,43-2,00, $p < 0,001$) et le quintile moyen (AOR : 1,43, 1,15-1,78, $p = 0,001$), le fait de vivre en zone rurale (AOR : 1,40, 1,21-1,62, $p <$ Français 0,001) et résidant dans les régions du Nord-Ouest (AOR : 2,28, 1,75-2,96, $p = 0,001$), du Sud-Est (AOR : 1,02, 0,76-1,37, $p = 0,008$) et du Sud-Ouest (AOR : 1,49, 1,11-2,00, $p = 0,008$) ont augmenté la probabilité d'insuffisance pondérale chez les enfants. Les femmes en surpoids (AOR : 0,69, 0,58-0,82, $p < 0,001$) et résidant dans la région du Centre-Nord ont diminué les risques de retard de croissance (AOR : 0,96, 0,73-1,28, $p = 0,002$).

Conclusion

La prévalence de la dénutrition est élevée au Nigéria. L'étude met en évidence les variations géographiques, de genre, d'éducation et économiques de la dénutrition infantile, qui peuvent éclairer les politiques et les programmes visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants au Nigéria.

Approche médicale et approche sociale du handicap : au-delà des clivages

Mohamadou Lamine Gaye, *Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar, Senegal*

Le concept de handicap est apparu au XVIème siècle en Angleterre. Littéralement, « Hand in cap », ou « Main dans le chapeau », il désigne un jeu de troc, ou l'un des protagonistes introduit sa main dans son chapeau pour exprimer son désaccord. Au fil du temps et des circonstances, le terme a beaucoup évolué.

Au XIXéme, il est repris dans le domaine médical pour désigner la conséquence de la maladie. Dans cette optique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a produit en 1980, un rapport intitulé « Classification internationale des déficiences, incapacités, et handicaps (CIDIH) », inspiré des travaux de Philippe Wood. Le document est axé sur le triptyque : déficience – Incapacité – Handicap. En 2000, une autre typologie voit le jour sous l'influence de l'école québécoise. C'est la « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ». Dorénavant, l'orientation n'est plus fondée exclusivement sur le médical. Souvent, la perception du handicap, engendre un antagonisme, entre le médical et le social, car le premier « accuse », le second de mettre l'accent, sur la « pathologie » au détriment du « potentiel. »

D'ailleurs, cette perspective médicalisante a poussé les associations de personnes en situation de handicap à interpeller l'Organisation des nations unies (ONU). Ce qui a amené, l'institution internationale a décrété la période 1983 – 1992 « décennie de la personne handicapée », dédiée à la promotion de leurs droits. En outre, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), adoptée en 2006, va faire de l'éducation inclusive, une
nouvelle orientation pédagogique mondiale.

Ainsi donc, cette étude qualitative a pour objectif de transcender les clivages disciplinaires entre le médical et social afin de créer une synergie dans la prise en compte du handicap. Au centre hospitalier et universitaire de Fann dans la région de Dakar, une analyse de contenu a été effectuée sur les catégories les plus pertinentes, issues des entretiens semi-directifs menés auprès des groupes stratégiques, constitués de personnes en situation de handicap, de
travailleurs sociaux, de psychologues et de kinésithérapeutes. Au bout du compte, Il en résulte une dynamique de complémentarité, et de mutualisation, entre les deux pôles, dans la prise en charge transversale du handicap.

Mots-clés
Handicap – OMS – modèle médical – modèle social – Transcender.

Innovative Healthcare Delivery in Conflict Settings: Pseudo Hubs for TB Treatment in Kaduna, Nigeria

Steven Batur[1], Temitope Adetiba[2], Temitope Adetiba[2], Betrand Odume[3], Olupitan Mary[2], Okoh Adakole[4] and Michael Sheshi[1]

(1) KNCV Nigéria, Abuja, Nigéria,
(2) IHVN,
(3) KNCV,
(4) KNCV Nigéria

Contexte
La prestation de soins de santé en zone de conflit représente un défi complexe, notamment en raison des

problèmes de sécurité, des infrastructures perturbées et de l'accès limité aux établissements de santé. Ceci est particulièrement crucial dans le contexte du traitement de la tuberculose, où la cohérence des soins et l'observance thérapeutique sont cruciales. Kaduna, État du Nigéria confronté à des problèmes de sécurité, nécessite des stratégies innovantes pour garantir la continuité des soins aux patients tuberculeux. L'une de ces stratégies est la mise en place de « panneaux virtuels ». Ce résumé explore la mise en place de ces « panneaux virtuels » comme stratégie innovante pour améliorer la couverture du traitement de la tuberculose dans ces circonstances difficiles.

Objectifs

- Établir des pseudo-centres comme centres alternatifs de traitement de la tuberculose dans les zones de Kaduna où la sécurité est précaire.
- Évaluer l'impact des pseudo-hubs sur la détection des cas de tuberculose et les résultats du traitement.
- Favoriser l'engagement et la confiance des communautés dans les régions touchées par les conflits grâce à des prestations de soins de santé fiables.

Méthodes

- **Identification des emplacements des pseudo-hubs :**

Les zones à forte prévalence de tuberculose et présentant des problèmes de sécurité importants ont été identifiées grâce à l'analyse des données et aux consultations communautaires.

- **Engagement communautaire :**

Collaboration avec les dirigeants locaux, les organisations communautaires (OC) et les partenaires du secteur public-privé (PPM) pour gagner la confiance et la participation de la communauté.

- **Renforcement des capacités :**

Formation des professionnels de santé et des bénévoles à la gestion de la tuberculose, aux protocoles de sécurité et à la collecte de données.

- **Prestation de services :**

Mise en œuvre de services de diagnostic et de traitement de la tuberculose, garantissant l'accessibilité et la continuité des soins grâce à des cliniques mobiles et des agents de santé locaux.

- **Suivi et évaluation**

Mise en place de systèmes robustes de collecte et de surveillance des données pour suivre la détection des cas de tuberculose, l'observance du traitement et les résultats.

Résultats

- **Augmentation de la détection des cas de tuberculose :**

Les données préliminaires indiquent une augmentation de 30 % des taux de détection des cas de tuberculose dans les zones desservies par des pseudo-pôles.

- **Amélioration des résultats du traitement :**

L'observance du traitement s'est améliorée de 25 % grâce à l'accessibilité et à la fiabilité des services du pseudo hub.

- **Confiance communautaire :**

Une confiance et une coopération renforcées avec les communautés locales, comme en témoignent l'augmentation des orientations des patients et la participation de la communauté aux activités de sensibilisation à la tuberculose.

Conclusion

Les pseudo-centres représentent une solution viable et innovante pour la prise en charge de la tuberculose en contexte de conflit. En exploitant les ressources locales, en mobilisant les communautés et en s'adaptant aux défis sécuritaires, ils ont considérablement amélioré la prise en charge de la tuberculose à Kaduna. Ce modèle peut être reproduit dans d'autres régions touchées par le conflit afin de garantir une prestation de soins de santé ininterrompue.

Principes et pratiques du renforcement des systèmes de santé dans les environnements fragiles : réflexions conceptuelles et perspectives opérationnelles grâce à PhotoVoice

Maria Paola Bertone[1], Jieun Lee[2], Ezinne Peters[3] and Sophie Witter[1]

(1) IGHD, Queen Margaret University, Edinburgh, United Kingdom
(2) World Vision UK, United Kingdom,
(3) International Rescue Committee, Nigeria

Contexte

Malgré son importance, le renforcement du système de santé (RSS) demeure un concept difficile à appréhender – encore plus dans les milieux fragiles et touchés par les conflits (MFTC), où les efforts en matière de RSS sont compliqués par une gouvernance faible et une réponse fragmentée. À ce titre, il est nécessaire d'étendre la compréhension conceptuelle actuelle du RSS au MFTC en particulier et de discuter des répercussions opérationnelles sur la programmation et l'évaluation du RSS, du point de vue des praticiens.

Objectifs

Cette présentation examine les principes et les pratiques du RSS dans les situations de conflit et de fragilité, en combinant réflexion conceptuelle, photos et témoignages de personnes impliquées dans le RSS sur le terrain. L'objectif ultime est d'influencer les pratiques des ONG et des donateurs en matière de programmes de RSS dans les situations de conflit et de fragilité afin de garantir des systèmes de santé solides et équitables pour tous.

Méthodes

Cette étude a adopté une approche hautement consultative et participative, avec deux éléments principaux : (i) une consultation itérative d'experts et une revue documentaire, menées afin de saisir la compréhension conceptuelle actuelle du RSS et les éléments clés qui remettent en question les points de vue actuels en matière de contextes fragiles. Les experts comprenaient des universitaires, mais aussi des professionnels travaillant au sein d'organisations internationales, de gouvernements et d'ONG (y compris humanitaires) ; et (ii) un exercice PhotoVoice avec des images et des récits partagés par des acteurs travaillant sur le RSS dans les situations de conflit et de fragilité, tels que des responsables de programmes d'ONG et de district.

Résultats

Les résultats combinent des images et des récits d'acteurs de terrain dans des contextes fragiles, en particulier dans les pays africains (Somalie, RD Congo, Nigéria, entre autres), avec des réflexions conceptuelles. Ils soulignent l'importance du RSS pour garantir une réponse robuste qui réponde aux besoins de santé, mais va au-delà de la réponse d'urgence en renforçant le système de santé à long terme, avec des impacts potentiels sur la paix et la consolidation de l'État. Les résultats soulignent également les défis du RSS dans les situations de conflit et de fragilité, où les efforts sont compliqués par des facteurs tels qu'une gouvernance faible, la présence d'acteurs non étatiques pour la prestation de services, ainsi que des réponses externes cloisonnées et fragmentées (y compris les acteurs d'urgence et la programmation verticale), autant de facteurs qui contribuent à un système de santé inefficace et inéquitable.

Conclusion

L'étude propose des réflexions conceptuelles de haut niveau sur le RSS dans les situations de conflit et de fragilité, mais elle recueille également des points de vue importants des praticiens sur le terrain, souvent négligés, sur la mise en œuvre du RSS. Cela a des implications importantes pour la réflexion sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de RSS, et sur leur soutien dans les situations de conflit et de fragilité.

Renforcer les soins de santé primaires pour une couverture sanitaire universelle : une perspective économique et politique de la santé

Nyongesa Duncan *Cabinet de conseil en recherche Guidepoint, Nairobi, Kenya*

En 2025, la conférence de l'AfHEA à Kigali, au Rwanda, offrira donc l'occasion de débattre de nouvelles méthodes pour créer des systèmes de santé africains robustes et performants. Le thème de la conférence, « Renforcer les soins de santé primaires (SSP) pour la couverture sanitaire universelle (CSU) », met l'accent sur les SSP, qui contribuent à garantir l'accès à des soins de santé de qualité pour tous, quel que soit leur milieu socio-économique.

Contexte

Les soins de santé primaires constituent la base de tout système de santé, car c'est là que les services de santé fondamentaux et multidisciplinaires sont dispensés à tous, quelles que soient leur situation ou leur origine culturelle. Cependant, plusieurs États membres africains sont confrontés à des défis importants en matière de prestation de soins de santé primaires dans la mise en œuvre de leurs plans de couverture universelle des soins de santé.

Objectif

Ce résumé souligne le rôle que jouent les SSP en tant que fondement de la réalisation de la CSU à partir de documents intellectuels issus de la recherche en économie de la santé et en politique de santé.

Méthodes

S'appuyant sur des études, des politiques et des études de cas existantes, la présentation passera en revue les différentes techniques de renforcement de la santé des personnes âgées et les réalités de la CSU. Les principales orientations portent sur les mécanismes financiers, la prestation de services et les infrastructures viables, la création de main-d'œuvre, les modèles démocratiques et l'engagement communautaire.

Résultats

La séance présentera des données probantes sur les soins de santé primaires, ainsi que des exemples d'interventions réussies pour le développement des soins de santé primaires et l'accès à des services de santé pour tous. Elle présentera l'utilisation de politiques, de programmes et d'investissements innovants, dont l'efficacité a été prouvée à deux reprises pour améliorer les résultats en matière de santé, réduire les disparités et renforcer la résilience du système de santé.

Implications

La présentation explorera comment l'économie de la santé et la recherche sur les politiques publiques renforcent les soins de santé primaires et vise à susciter la contribution des décideurs politiques, des

praticiens, des chercheurs et des parties prenantes. Elle soulignera le caractère indispensable des demandes fondées sur les données, des partenariats intersectoriels et des investissements permanents dans la planification familiale pour parvenir à des systèmes de santé synergiques et efficaces en Afrique.

Conclusion

Renforcer les soins de santé primaires est une étape nécessaire pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et renforcer le système de santé en Afrique. La présentation présentera des mesures pratiques et discrètes de contrôle de la qualité, ainsi que des approches actives spécifiques, fondées sur des données probantes issues d'études économiques et politiques de la santé, pour aider les États à mettre en œuvre le programme de couverture sanitaire universelle.

Financement des soins de santé primaires et promotion de l'assurance maladie communautaire à Madagascar (session organisée)

Laurent Musango *Organisation Mondiale de la Santé*

Description

Le sous-développement du système de santé publique malgache, notamment dans les zones rurales où réside 80 % de la population à faible revenu, rend les soins de santé financièrement inaccessibles, entravant les efforts visant à réduire la morbidité et la mortalité, notamment chez les enfants et les femmes enceintes. Le financement de la santé est crucial et compromet l'accessibilité et la qualité des services. Depuis 2015, Madagascar s'est engagé dans la Couverture Maladie Universelle (CMU), mais le Fonds National de Solidarité Santé (2018-2020) a rencontré des difficultés juridiques et de qualité. Le projet pilote d'assurance maladie communautaire de 2022 est prometteur pour améliorer la protection financière.

Buts et objectifs de la session

Cette session explore les résultats de discussions approfondies entre les acteurs du ministère de la Santé publique et les partenaires techniques sur la réforme des soins de santé primaires, en identifiant des programmes de soins essentiels adaptés aux besoins de la population. Elle examine également l'impact du financement de la santé sur les progrès de Madagascar vers la CSU, en mettant l'accent sur les domaines dans lesquels des ajustements financiers pourraient améliorer les résultats sanitaires grâce à une allocation plus équitable des ressources. Par ailleurs, l'étude recherche des données probantes sur les défis et les enseignements tirés de la mise en œuvre d'un système d'assurance maladie communautaire (AMC) dans le district sanitaire de Sainte-Marie.

Méthodes utilisées

Entre Mars et Juillet 2024, une revue des politiques et stratégies de soins de santé primaires, ainsi que des consultations avec les parties prenantes, ont été menées afin de redéfinir les programmes de soins essentiels. Des présentations thématiques d'organisations internationales ont éclairé l'élaboration de programmes équitables. L'analyse des données a utilisé la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé (2021), l'Observatoire intégré de la santé en Afrique de l'OMS et les données de l'Observatoire de la santé de Madagascar. Une analyse comparative du Sénégal et du Rwanda a fourni des indications sur une éventuelle adaptation à Madagascar. La faisabilité et la mise en œuvre dans le district de Sainte-Marie ont été analysées à l'aide d'une méthode descriptive comparative.

Principales conclusions et résultats clés

Le financement de la santé dépend de l'imprévisibilité des financements des donateurs, qui représentent 63 % des dépenses totales de santé. Les paiements directs sont élevés (34 % des dépenses de santé) et l'allocation budgétaire est insuffisante (7 % en 2023, en deçà de l'objectif de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja).

L'évaluation des SSP à Madagascar révèle des faiblesses importantes, avec de faibles scores aux niveaux stratégique et opérationnel, et un indice de CSU de 35, bien en deçà de l'objectif de 85 % pour 2030. Des taux élevés de mortalité maternelle (335/100 000 naissances vivantes) et une faible couverture vaccinale (49 % des enfants entièrement vaccinés) persistent. Les défis du financement de la santé, notamment la couverture minimale de l'ICCH (moins de 1 %), entravent les progrès de la CSU. Les études recommandent d'accroître la mobilisation des ressources nationales, les achats stratégiques, le paiement par capitation et la promotion de l'assurance maladie nationale pour une meilleure protection financière

Approches pour la revitalisation des soins de santé primaires au Madagascar : processus de mise en œuvre, défis et perspectives

Maurice Ye[1], Virgile PACE[2], Rija Niaina Ramarolahy[3], Celestin Tara[3], Yemdame Bangagne[4], Sylvie Luketa[5], Vololona Eva Raobela[3], Henri Martin Andrianteranagna[5], Issa Ahmat Outman[5] and Prof. Laurent Musango[6]

(1) OMS, Antananarivo, Analamanga, Madagascar
(2) OMS, Antananarivo, Madagascar
(3) MINISTERE SANTE PUBLIQUE, Direction Générale Fournitures de Soins, Antananarivo, Madagascar
(4) UNICEF, Antananarivo, Madagascar
(5) UNICEF, Antananarivo, Madagascar
(6) Organisation Mondiale de la Santé, Antananarivo, Madagascar

Contexte

Le système de santé publique malgache est sous-développé et la couverture sanitaire est limitée, notamment dans les zones rurales où vit environ 80 % de la population à faible revenu, ce qui rend les soins de santé financièrement inaccessibles. Cette situation compromet les objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le Madagascar a participé à des ateliers internationaux visant à évaluer la performance des soins de santé primaires (SSP) en Afrique. Ces évaluations visaient à mesurer les progrès dans la mise en œuvre des SSP et à harmoniser la compréhension des indicateurs de la CSU.

But et objectifs

Cette étude vise à présenter les résultats de discussions globales et inclusives menées entre les acteurs du ministère de la santé publique et les partenaires techniques pour la réforme des SSP, en identifiant les ensembles de soins essentiels qui répondent aux besoins de la population à différents niveaux du système de santé.

Méthodes utilisées

Entre Mars et Juillet 2024, une revue des politiques et stratégies liées aux soins de santé primaires a été menée, ainsi que des consultations auprès des parties prenantes afin de redéfinir les programmes de soins essentiels. Des présentations thématiques d'organisations internationales sur les soins de santé primaires et les mécanismes de financement ont guidé les choix visant à élaborer des programmes de soins équitables qui protègent les populations des dépenses de santé catastrophiques. Des évaluations de la mise en œuvre des soins de santé primaires, fondées sur des composantes clés et des leviers stratégiques et opérationnels, ont permis de mesurer la performance du système de santé.

Résultats clés

L'évaluation des SSP à Madagascar révèle des faiblesses dans la mise en œuvre des éléments du cadre opérationnel, avec des indices faibles pour les leviers stratégiques (50/100), les leviers opérationnels (53/100) et la capacité du système de santé (54,50/100). L'indice de CSU est de 35, bien en deçà de l'objectif de 85 % d'ici 2030. Les taux de mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans restent élevés, et seulement 49 % des enfants de 12 à 23 mois sont entièrement vaccinés. Le système de santé est sous-financé, avec seulement 7 % du budget de l'État alloué à la santé. Des propositions de programmes de soins essentiels et de mécanismes de financement sont nécessaires pour atteindre les objectifs de CSU et les ODD d'ici 2030.

Impact du financement des soins de santé sur les résultats sanitaires à Madagascar

Virgile PACE[1], Maurice Ye[2], Diana Ratsiambakaina[3], Chrystelle Temah Tsafack[4], Dr Vatsiharizandry Mandrosovololona[5] and Prof. Laurent Musango[5]

(1) OMS, Antananarivo, Madagascar
(2) OMS, Antananarivo, Analamanga, Madagascar
(3) MD, MPH, Anatananarivo, Madagascar
(4) UNICEF, Antananarivo, Madagascar
(5) Organisation mondiale de la santé, Antananarivo, Madagascar

Contexte

Le financement de la santé a un impact profond sur les résultats sanitaires à Madagascar, influençant à la fois l'accessibilité et la qualité des services de santé. Le système de santé malgache est fortement dépendant des financements des donateurs. Cette dépendance crée une vulnérabilité au sein du système de santé, car les fonds externes sont souvent imprévisibles et peuvent ne pas correspondre aux priorités nationales. De plus, les paiements directs représentent un fardeau financier important pour les individus, pouvant entraîner des dépenses de santé catastrophiques. Le financement public reste insuffisant, malgré une augmentation du budget du secteur de la santé de 6 % en 2019 à 8 % en 2023. Cette allocation reste bien inférieure à l'objectif de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja.

Buts et objectifs de la recherche

Cette recherche vise à examiner l'impact du financement de la santé sur les résultats sanitaires à Madagascar, en se concentrant sur la manière dont la structure financière actuelle favorise ou entrave les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et les Objectifs de développement durable (ODD). Elle vise à identifier les domaines clés dans lesquels des ajustements des mécanismes de financement pourraient améliorer les résultats sanitaires, notamment grâce à une allocation des ressources plus équitable et plus durable.

Méthodes utilisées

L'analyse des données a été réalisée à partir de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé pour 2021, de l'Observatoire intégré de la santé en Afrique de l'OMS, des données de l'OMS sur les tendances de la mortalité maternelle et des données de l'Observatoire de la santé de Madagascar. De plus, une analyse comparative des modèles de financement de la santé de pays comme le Sénégal et le Rwanda a permis de mieux comprendre l'adaptation potentielle de ces modèles au contexte malgache.

Principales conclusions et résultats clés

Cette recherche souligne le rôle crucial du financement de la santé dans l'évolution des résultats sanitaires à Madagascar. La forte dépendance aux financements des donateurs, conjuguée à des paiements directs élevés, a un impact négatif sur l'accès aux soins, en particulier pour les populations les plus vulnérables. La couverture limitée des régimes actuels d'assurance maladie communautaire (AMC), qui touchent moins de 1 % de la population, aggrave encore ce problème, rendant difficile la progression vers la CSU. Des exemples du Sénégal et du Rwanda montrent que même les régimes bien établis peuvent avoir du mal à atteindre leurs objectifs, soulignant les limites du recours exclusif à l'AMC pour atteindre la CSU.

L'étude suggère que Madagascar pourrait améliorer ses résultats en matière de santé en augmentant la mobilisation des ressources nationales pour les soins de santé primaires (SSP) et en réduisant sa dépendance aux financements extérieurs. L'introduction de modèles d'achats stratégiques et de paiement par capitation pourrait améliorer l'efficacité des dépenses de santé, garantissant ainsi que les ressources soient orientées vers les interventions ayant le plus grand impact sur les résultats sanitaires.

Mise en œuvre de l'assurance maladie communautaire dans un district pilote au Madagascar : défis et enseignements tirés

Diana Ratsiambakaina[1], Eulalie Noeliarisoa[2], Henintsoa RATOV Rabarijaona[3], Cyria Hatozomila[2], Virgile PACE[4], Maurice Ye[5] and Prof. Laurent Musango[3]

(1) MD, MPH, Anatananarivo, Madagascar,
(2) MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, CACSU, Antananarivo, Madagascar,
(3) Organisation Mondiale de la Santé, Antananarivo, Madagascar
(4) OMS, Antananarivo, Madagascar
(5) OMS, Antananarivo, Analamanga, Madagascar

Contexte

Les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont entendus sur des engagements et des objectifs nationaux solides en matière de couverture sanitaire universelle (CSU). Depuis 2015, le Madagascar s'est engagé à mettre en œuvre cet objectif mondial en élaborant la Stratégie Nationale de CSU 2015-2022. De 2018 à 2020, la création du Fonds National de Solidarité pour la Santé s'est heurtée à des vides juridiques et à des difficultés pour fournir des services de qualité. À partir de 2022, la mise en place d'une assurance maladie communautaire dans un district pilote a constitué l'une des stratégies prometteuses pour développer des mécanismes de protection financière de la santé dans le pays.

Objectifs et buts de la recherche

Cette étude vise à partager des données probantes sur les défis et les leçons tirées de la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie communautaire dans le district sanitaire de Sainte Marie.

Méthodes utilisées

Une méthode descriptive comparative a été utilisée pour analyser les étapes : l'étude de faisabilité de la mise en œuvre, puis la mise en œuvre effective dans le district de Sainte-Marie, en s'appuyant sur une approche axée sur les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités. Le choix de ce district est motivé par plus de quinze ans de soutient de la Principauté de Monaco au renforcement du système de santé, et par la collaboration entre la communauté, les autorités politico-administratives locales, la société civile et les partenaires techniques et financiers intervenant dans ce district. La période d'étude s'étend de 2021 à Juillet 2024.

Principales conclusions

L'étude de faisabilité a révélé une qualité insuffisante des services, des ressources humaines inadéquates, l'indisponibilité de matériel et d'équipements fonctionnels et des pénuries de fournitures médicales. La motivation salariale figurait parmi les besoins exprimés par 95 % des agents de santé. Après deux ans de mise en œuvre, 26 % des personnes vulnérables et des membres bénévoles étaient couverts en 2023, et 12 % au total en juillet 2024. La stratégie de sensibilisation communautaire pour l'adhésion à des groupes d'intérêt commun a été envisagée en 2024, après qu'une étude de faisabilité a montré que les cotisations des membres devraient passer de 1,18 $ par an et par personne dans un ménage à 1,71 $ par famille et par mois. La séparation des fonctions, à savoir les acheteurs, les fournisseurs et le régulateur, est bien définie. L'offre proposée se limite à un forfait d'activités minimum. Le personnel de santé est motivé par une activité génératrice de revenus grâce à la location d'une chambre froide pour la conservation du poisson. Le projet se heurte encore à un manque de qualité des soins, de ressources humaines qualifiées et de moyens financiers pour que la population puisse adhérer, entre autres défis.

En conclusion, un cadre juridique pour définir l'ensemble de services minimum de soins de santé attractif et un système obligatoire de protection financière de la santé pour accélérer la réalisation de l'ODD pour 2030 en matière de CSU.

Dispositions en matière de gouvernance pour le financement public de l'engagement du secteur privé dans les systèmes de santé mixtes des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : Qu'est-ce qui fonctionne et pour qui ? (Session organisée).

Grace Achungura[1], Jaidev Singh Anand[1], Brendan Kwesiga[2], Maulik Chokshi[3], and Kingsley Addai Frimpong[4]

(1) Bureau de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Inde
(2) Groupe de programme UNICEF – Santé
(3) Access Health International
(4) Bureau de l'OMS pour l'Éthiopie

Contexte

Le rôle crucial du secteur privé dans la prestation de services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) offre l'occasion de combler les lacunes en matière d'accès aux soins et de renforcer les capacités de l'État. Cependant, le décalage entre les motivations des payeurs publics et celles des acteurs privés peut potentiellement menacer les objectifs du système de santé. Les comportements de gouvernance, mis en œuvre par le biais de leviers de financement public, sont essentiels à un engagement efficace. Dans cette session, nous souhaitons comprendre et comparer les expériences de l'Ouganda et de l'Inde en matière d'engagement du secteur privé pour les services de santé financés par l'État, en évaluant l'efficacité de cet engagement sur les objectifs du système de santé et en identifiant les facteurs qui influencent la performance, en nous concentrant sur les modalités de gouvernance.

Approche

Nous présentons trois études, menées en Ouganda (impliquant des établissements de santé privés à but non lucratif (ESPBNL) dans le cadre du Partenariat public-privé pour la politique de santé du ministère de la Santé) et en Inde (intégrant des hôpitaux privés au régime national d'assurance maladie financé par l'État et contractant des compagnies d'assurance privées pour soutenir les achats de soins de santé). Ces études adoptent des approches mixtes d'études de cas et visent à fournir aux décideurs politiques un premier aperçu de l'efficacité de ces initiatives.

Résultats

Les études offrent un large éventail d'expériences dans différents contextes nationaux. Les subventions

au financement de la santé mises en place par le gouvernement ougandais pour soutenir les ESPBNL ont amélioré l'alignement des activités du secteur privé sur les priorités nationales et ont accru l'utilisation des services de santé dans les établissements ESPBNL. Ces établissements représentent également une proportion plus élevée de prestations de services ambulatoires et hospitaliers. En Inde, les prestataires privés affichent des réactions mitigées aux incitations publiques. Les structures de marché et d'incitation ont montré que si la responsabilité sociale et les facteurs économiques motivent les prestataires, des taux de remboursement non viables réduisent l'attrait du régime pour les prestataires privés.

La faiblesse des capacités institutionnelles à gérer efficacement le fonctionnement du régime a également entravé les délais de paiement et la satisfaction des prestataires à l'égard du régime. Dans les États où des compagnies d'assurance privées ont été engagées pour soutenir l'acheteur public, des clauses contractuelles appropriées et leur application ont été jugées efficaces pour prévenir les rejets injustifiés de demandes d'indemnisation et améliorer l'utilisation du régime. Cependant, le potentiel de rentabilité du régime a créé des incitations perverses chez les assureurs privés, les incitant à proposer des taux de prime excessivement bas pour remporter des contrats, ce qui a ultérieurement eu un impact sur le fonctionnement du régime et a affecté les relations entre le payeur public et les prestataires privés.

Discussions

Ces études indiquent les succès et les défis de l'engagement public-privé dans les systèmes de santé mixtes, en décrivant les modalités de gouvernance et la dynamique de l'offre qui déterminent l'efficacité de ces modalités et en offrant des enseignements pour guider d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire dans leurs réformes du financement de la santé

Financement public des établissements de santé privés à but non lucratif (ESPBNL) en Ouganda : modalités de gouvernance et effets sur la prestation de services

Christabel Abewe *Bureau de pays de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Ouganda, Ouganda*

Introduction

L'Ouganda est l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à adopter une politique de partenariats public-privé (PPP) transposée au secteur de la santé, avec un projet de directives de mise en œuvre pour les établissements de santé privés à but non lucratif (ESPBNL). Le gouvernement ougandais a mis en place le cadre politique et le dispositif institutionnel nécessaires à l'engagement du secteur privé. Le gouvernement a mis en place les institutions nécessaires, notamment l'Unité des partenariats public-privé (PPP) du ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique (MdFPDE), le Pôle PPPS du Ministère de la Santé (MdS) et les points focaux du Partenariat public-privé pour la santé (PPPS) au niveau des districts, pour mobiliser le secteur privé.

Objectif

L'objectif principal était d'évaluer les modalités de financement public et leur impact sur la prestation de services pour les ESPBNL, par rapport aux établissements de santé privés à but lucratif qui ne reçoivent pas ces subventions.

Méthodologie

Une analyse documentaire de la conception de la recherche qualitative a été réalisée, complétée par des données quantitatives. Les données ont été recueillies à partir de la littérature publiée et de la littérature grise. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés auprès de responsables clés du ministère de la Santé afin de valider les conclusions de l'étude.

Principales conclusions

La subvention pour les soins de santé primaires (SSP) versée aux ESPBNL par le gouvernement a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie et une évaluation du secteur privé a noté que la subvention conditionnelle pour les SSP couvrait environ 9 % des coûts d'un établissement de santé ESPBNL. En plus de la subvention pour les SSP, le budget du ministère de la Santé a officialisé une subvention salariale pour les établissements ESPBNL afin de payer les médecins détachés ; et le gouvernement a introduit une ligne de crédit pour les médicaments permettant aux hôpitaux et centres de santé ESPBNL d'acheter des médicaments et des fournitures à crédit. Au cours de l'exercice 2022/23, la ligne de crédit pour les ESPBNL s'élevait à 13 638 120 137 UGX pour 545 établissements ESPBNL. Les subventions de financement de la santé que le gouvernement ougandais a mises en place pour soutenir les ESPBNL ont amélioré l'alignement des activités du secteur privé sur les priorités nationales et ont entraîné une utilisation accrue des services de soins de santé dans les établissements ESPBNL. Au cours de l'exercice 2022/23, les établissements de santé privés à but lucratif ont assuré 14 % des consultations externes et 27 % des hospitalisations. En revanche, les établissements de santé privés à but lucratif, qui ne bénéficient pas de ces subventions publiques, ont contribué à hauteur de 7 % des consultations externes et de 6 % des hospitalisations.

Discussion

En Ouganda, le financement public des établissements de santé privés à but non lucratif a été utilisé comme outil pour : (a) accroître l'utilisation des services dans le secteur privé et (b) améliorer la gouvernance du secteur privé en alignant les comportements, les capacités et les instruments du secteur privé sur les priorités nationales en matière de santé.

Déterminants de l'engagement des prestataires privés et de délivrance d'autorisations dans le cadre du régime d'assurance maladie Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PMJAY) financé par l'État indien

Arun Bahuleyan Nair *Accès à la santé internationale, New Delhi, Inde*

Introduction

En 2018, le gouvernement indien a lancé l'Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (AB-PMJAY), un régime national d'assurance maladie visant à couvrir 100 millions de familles. Ce régime a été conçu pour alléger le fardeau financier des personnes démunies en cas de séjours hospitaliers catastrophiques, garantir des services de santé de qualité et accroître la disponibilité et le choix des établissements de santé. L'une des réussites de ce régime a été la mobilisation d'un important secteur privé non réglementé pour permettre l'accès aux services aux ménages vulnérables, dans le cadre des contraintes financières et réglementaires du régime. Cette étude explore les déterminants qui influencent les décisions des hôpitaux privés concernant leur affiliation au PMJAY et identifie les défis auxquels sont confrontés les hôpitaux participants.

Objectif

Comprendre les processus décisionnels des hôpitaux privés concernant l'inscription au PMJAY et étudier leurs expériences de collaboration avec le payeur public. En examinant ces facteurs, l'étude vise à fournir des éclairages susceptibles de renforcer l'engagement du secteur privé et d'optimiser la mise en œuvre du programme.

Méthodologie

Une étude qualitative a été adoptée. Des entretiens ont été menés auprès de 48 parties prenantes, dont l'Autorité nationale de santé, les agences sanitaires des États, des administrateurs tiers, des hôpitaux privés et des représentants d'associations hospitalières. Une analyse thématique des données a été réalisée afin d'identifier les motivations et les contraintes du secteur privé quant à sa décision de s'engager ou non dans le programme PMJAY, ainsi que ses perspectives de pérennisation de cet engagement.

Principales conclusions

Les processus opérationnels des hôpitaux ont révélé des problèmes importants, tels que des procédures d'inscription complexes et des difficultés de gestion des demandes de remboursement, notamment des rejets de demandes après autorisation préalable et de longs délais de traitement des demandes entraînant des retards de paiement. Les structures de marché et d'incitation ont montré que si la responsabilité sociale et les facteurs économiques motivent les prestataires, les faibles tarifs forfaitaires et les procédures réservées aux hôpitaux publics réduisent l'attractivité des programmes. Les mécanismes de paiement des prestataires ont mis en évidence la non-viabilité des tarifs forfaitaires en raison de la hausse des coûts des intrants et de l'inflation, sans révision appropriée des tarifs. L'engagement institutionnel était variable, certains États faisant preuve de mécanismes de communication efficaces tandis que d'autres étaient confrontés à des défis importants. Les problèmes technologiques et de gestion des données comprenaient la lenteur des réponses des systèmes de gestion des transactions (SGT) et la complexité des processus de bio-authentification.

Discussion

Une architecture institutionnelle favorable est nécessaire, favorisant la collaboration grâce à une plate-forme inclusive pour discuter des décisions politiques concernant le programme et des griefs en suspens. Il est essentiel de relever les défis opérationnels, économiques et techniques identifiées pour améliorer l'engagement du secteur privé et garantir la réussite de la mise en œuvre du PMJAY.

Inciter les compagnies d'assurance privées à soutenir les fonctions d'achat de soins de santé pour le contribuable public : leçons tirées du programme Ayushman Bharat - Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana de l'Inde

Kheya Melo Furtado *Institut de gestion de Goa, Poriem, Goa, Inde*

Introduction

Vers la fin de 2018, l'Inde a lancé le régime national d'assurance maladie Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana, financé par l'impôt, ciblant 500 millions de bénéficiaires issus des couches socio-économiques les plus défavorisées. Les États pouvaient soit acheter directement des soins par l'intermédiaire d'une fiducie publique (modèle de fiducie), soit faire appel à des compagnies d'assurance privées (CAP) comme intermédiaires pour acheter des services lorsque les capacités de l'État étaient insuffisantes (modèle d'assurance).

Objectifs

Cette étude visait à

- comparer la performance des États adoptant le modèle de fiducie ou d'assurance en matière d'utilisation du régime et de gestion des réclamations ; et
- décrire les dispositifs de gouvernance public-privé contribuant à la performance.

Méthodes

Une approche mixte a été utilisée, sélectionnant six États (trois avec l'un ou l'autre modèle). La performance a été analysée à l'aide de trois années de données de réclamations issues du Système de gestion des transactions. Les modalités de gouvernance ont été analysées au moyen d'examens documentaires des directives du régime, des clauses contractuelles et d'entretiens avec des informateurs clés, 34 répondants d'organismes de mise en œuvre publics et privés. Des statistiques descriptives sont présentées pour l'analyse quantitative et une analyse de contenu a été réalisée pour la communication thématique des données qualitatives.

Résultats

Les taux d'hospitalisation étaient similaires entre les modèles (assurance 2,8 %, confiance 2,5 %). Les États avec le modèle d'assurance ont traité un volume plus élevé de demandes malgré un effectif plus réduit (475 contre 274 demandes pour 10 000 bénéficiaires inscrits, $p < 0,05$). Les demandes ont été traitées plus rapidement dans les États d'assurance (médiane de 14 jours contre 48 jours, $p = 0,000$), bien que les prestataires dans les États de confiance étaient satisfaits des délais de remboursement. Contrairement aux attentes, les IC avaient des taux de rejet de demandes plus faibles que les États de confiance (2,3 % contre 4,8 %, $p = 0,000$). La mise en œuvre des conditions contractuelles entre le payeur public et l'IC a contribué à ce résultat en maintenant un plafond sur les frais administratifs retenus par les CAP et en révoquant les demandes rejetées à tort. Dans deux États, les ratios de paiement des demandes dépassaient les 100 %, ce qui indique des primes inadéquates facturées au payeur public par rapport aux taux d'utilisation du régime. Cela a provoqué des perturbations opérationnelles et des relations tendues entre les hôpitaux, les CAP et le payeur public.

Discussion

Le recours à des assureurs privés dans les États aux capacités d'achat public limitées a démontré des gains d'efficacité, avec des remboursements rapides et des effectifs réduits. Des clauses contractuelles efficaces et la surveillance des organismes payeurs publics ont permis d'éviter des rejets de demandes inutiles. Cependant, le potentiel de rentabilité du système a incité les assureurs privés à proposer des taux de primes excessivement bas pour remporter des contrats, ce qui a affecté la stabilité opérationnelle. Cela souligne la nécessité de critères techniques rigoureux pour la sélection des assureurs privés comme intermédiaires. Des études complémentaires sont nécessaires pour garantir un audit de qualité des demandes et une prévention de la fraude par les assureurs privés.

Renforcer les systèmes de soins de santé primaires pour une couverture sanitaire universelle en Afrique

Exploiter le modèle EMBRACE pour combler les lacunes en matière de ressources humaines pour la santé dans les établissements de soins de santé primaires nigérians : une étude de cas des sage-femmes qualifiées

Oluwadamilare Olatunji[1], Hilda Ebinim[1], Saheed Dipo Isiaka[2], Toluwani Oluwatola[1], Hilary Okagbue[3], Sidney Sampson[4], Olugbemisola Samuel[5], Sunday Atobatele[6], Terver Orbunde[1], Miriamtherese Omanukwe[1] and Emediong Otu[1]

(1) Initiative Sydani pour le développement international, Groupe Sydani, Abuja, FCT, Nigéria
(2) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, FCT, Abuja, Nigéria
(3) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, FCT, Nigéria
(4) Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
5) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(6) Initiative Sydani pour le développement international, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

Contexte

Les ressources humaines pour la santé (RH) demeurent un défi majeur au sein du système de soins de santé primaires au Nigéria. Les résultats empiriques révèlent que différents modèles de RH traitent des éléments spécifiques de la chaîne de valeur, mais qu'ils ne sont pas totalement exhaustifs. Par conséquent, pour relever les défis liés aux RHS des accoucheuses qualifiées (AQ) dans le système de soins de santé primaires nigérian, il faut soit intégrer plusieurs modèles, soit les déployer progressivement.

Buts et objectifs

Cette étude a donc tenté de combler l'écart entre la AQ et les RH au niveau des soins de santé primaires au Nigéria, en utilisant un modèle de solutions RH repensé.

Méthodes

Une approche stratégique à trois niveaux a été adoptée pour concevoir le modèle de solutions RH dans cette étude. L'approche de premier niveau était une revue de portée pour identifier les modèles RH existants dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). L'approche de deuxième niveau était l'adoption du Cadre d'action de l'OMS pour analyser les modèles RH sélectionnés dans l'étude, ce qui a conduit à l'élaboration d'un modèle de solutions RHS contextualisé appelé le modèle EMBRACE. Neuf (9)

modèles pour améliorer la planification et la mise en œuvre des RH en santé publique ont été examinés, et ceux-ci comprennent; le modèle de transfert et de partage des tâches (TPT), le modèle de sage-femme communautaire (MSFC), le modèle de financement basé sur la performance (FBP), le modèle de planification basé sur les besoins, le modèle de planification des RH basé sur les installations, le modèle de planification des RH basé sur l'utilisation, le modèle des besoins en personnel des indicateurs de main-d'œuvre, le modèle USAID - Financement des innovations pour la nutrition (FINPN) et le modèle de micro-apprentissage. Alors que l'approche de troisième niveau impliquait des consultations et des opinions d'experts par le biais de séances d'entretiens avec des informateurs clés, pour affiner le développement du modèle.

Résultats clés

Le modèle EMBRACE peut être adopté pour combler plusieurs lacunes en matière de RHS, permettant ainsi une approche holistique pour résoudre le défi AQ-RH au niveau des centres de santé primaires. Il est plus utile et applicable dans les contextes à faibles ressources.

Conclusion

Le modèle EMBRACE propose un plan directeur pour combler le déficit persistant de sage-femmes dans les établissements de soins de santé primaires au Nigéria. En présentant ce modèle, cette étude améliore la compréhension de la dynamique des RH et propose des recommandations pragmatiques aux parties prenantes pour renforcer les services de soins de santé primaires au Nigéria.

Mise en œuvre des réseaux de soins primaires au Kenya : Que savez-vous ? Que ne savons-nous pas ?

Kandie Geredine *Alliance pour le financement de la santé, Kenya*

Contexte

Les réseaux de soins primaires (RSP) se sont révélés être une stratégie prometteuse pour remédier à la fragmentation des systèmes de santé en améliorant la coordination et l'intégration des services. L'adoption des RSP par le Kenya vise à améliorer son système de soins primaires et à progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Si les RSP visent à améliorer la prestation des soins grâce à une meilleure coordination et à l'optimisation des ressources, d'importantes lacunes subsistent en matière de préparation des services, notamment des infrastructures inadéquates, un manque de personnel, la faiblesse des systèmes d'information sanitaire, le financement de la santé et l'inefficacité des services d'urgence.

Objectifs

Cette étude évalue les lacunes et les opportunités pour la mise en œuvre réussie des RSP en service au Kenya.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant l'analyse des publications et des publications sur ce sujet afin de comprendre les enjeux et les opportunités. De plus, nous avons interrogé des informateurs clés de cinq comtés sélectionnés à dessein. L'analyse s'est concentrée sur l'état de préparation, la disponibilité et la gestion financière des services dans les comtés à différents stades de mise en œuvre du RSP.

Résultats

Cette étude a révélé que sur les 315 RSP prévus dans les 47 comtés depuis Août 2023, seuls 172 RSP (54 %) ont été créés et que 5 comtés n'en avaient encore lancé aucun en Juillet 2024. De plus, parmi ces 172 RSP, beaucoup n'étaient pas encore officiellement enregistrés et ne sont pas pleinement opérationnels. Malgré cela, la plupart dépendent de financements externes fournis par des partenaires de développement. Par conséquent, des difficultés liées à la disponibilité et à l'état de préparation des services de santé ont été observées, ainsi que des problèmes de financement. De plus, de graves lacunes ont été identifiées dans plusieurs domaines de la prestation de services de santé. Telle que, le manque d'équipements de base, associé à des systèmes d'orientation irrationnels, à l'absence de soins de maternité et de néonatalogie adaptés, aux services de radiologie en raison des problèmes de pharmacie dus à des ruptures de stock, aggravant ainsi l'épuisement professionnel du personnel, a freiné l'opérationnalisation efficace des RSP dans toutes les communes. Ces déficiences compromettent les résultats des patients, augmentent les taux d'infection et tous les problèmes de qualité des soins de santé, un point qui est très important pour la CSU.

Conclusion

Cette étude propose plusieurs recommandations, notamment la priorisation des investissements dans des domaines critiques tels que les infrastructures, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, les ressources humaines et la numérisation des systèmes d'information sanitaire, tant au niveau des établissements que des communautés. De plus, l'étude suggère que l'augmentation du financement national et le renforcement de la gestion des finances publiques dans les réseaux de soins primaires seront essentiels à leur mise en œuvre réussie et à la promotion de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Effet du premier contact avec les prestataires de soins de santé sur les dépenses personnelles au Nigeria : Aperçu de l'enquête nationale sur les niveaux de vie 2021

Oluwafisayomi Aanuoluwapo Patrick[1], Toluwani Oluwatola[2]

(1) Centre pour l'économie de la santé et le développement (CHECOD), FCT, Nigéria
(2) Centre pour l'économie de la santé et le développement (CHECOD), FCT, Nigéria

Contexte

Le premier point de contact dans le système de santé détermine souvent le parcours de soins, influençant le type et le coût des services utilisés. Au Nigéria, bien que les centres de santé primaires soient désignés comme le point de départ principal des soins, la plupart des premiers contacts, ou contacts uniques, se font par des voies informelles. Dans un contexte de dépenses directes élevées, pouvant entraîner des coûts de santé catastrophiques, il est crucial de comprendre l'impact du premier point de contact sur ces dépenses. Cette étude examine la relation entre le premier point de contact avec le système de santé et les dépenses directes totales.

Méthodes

À partir des données d'une cohorte de 116 262 ménages issues de l'Enquête nationale sur le niveau de vie au Nigéria de 2021, nous avons utilisé des modèles de régression linéaire multiple pour évaluer la relation entre les DDE total (variable dépendante) et le premier point de contact avec le système de santé (variable indépendante). Le point de contact a été divise en prestataires formels de haut niveau, prestataires formels de bas niveau et prestataires informels. Les prestataires formels de haut niveau ont une formation hautement spécialisée, les prestataires formels de bas niveau sont agréés avec des qualifications inférieures, et les prestataires informels ne disposent pas de la formation et des autorisations requises. Le type de maladie a été identifié comme un facteur de confusion potentiel et ajusté dans notre modèle.

$$DDEEi = \beta 0 + \beta 1\ HighFormali + \beta 2\ LowFormali + \beta 3\ Informal + \beta 4\ ChronicIllnessi + je$$

Résultats

La majorité des ménages (97 756 ; 84,1 %) ont consulté des prestataires informels comme premier point de contact, 14,1 % ont consulté des prestataires de niveau inférieur et 1,9 % ont consulté des prestataires formels de niveau élevé. Une analyse de régression linéaire multiple a montré que les ménages consultant des prestataires formels de niveau élevé avaient un DDE significativement plus élevé que ceux consultant des prestataires formels de niveau inférieur et des prestataires informels (valeur de $p < 0,05$). Plus précisément, les prestataires formels de niveau élevé étaient associés au DDE le plus élevé, suivis des prestataires formels de niveau inférieur, puis des prestataires informels, qui avaient le DDE le plus faible. Ces résultats sont restés significatifs après ajustement pour le type de maladie, indiquant que l'impact financier du premier point de contact variait selon le type de prestataire.

Conclusions

Le premier point de contact avec les prestataires de soins influence considérablement le DDE au Nigéria. Les prestataires formels de haut niveau supportent les coûts les plus élevés, suivis des prestataires formels de niveau inférieur, les prestataires informels supportant les coûts les plus faibles. Le type de maladie modifie encore cette relation, soulignant la nécessité d'interventions ciblées pour atténuer les obstacles financiers. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer le contrôle d'accès au système de santé

nigérian afin de garantir que les soins soient dispensés par des professionnels de santé qualifiés mais plus rentables.

Financement de la prestation de services de soins de santé primaires par le biais d'un mécanisme de financement direct et d'une gouvernance communautaire au Malawi

Lalit Sharma[1], Joe Zonda[2], Precious Chitsulo[2], Moses Zuze[3], Stephanie Heung[1], Bejoy Nambiar[4], Westain Nyirenda[5], Briony Pasipanodya[6], Mihereteab Teshome[1], Eoghan Brady[7], Joe Collins Opio[8], Dominic Nkhoma[2], Emily Chirwa[3], Gerald Manthalu[3] and Andrews Gunda[1]

(1) Clinton Health Access Initiative, Lilongwe, Malawi,
(2) Kamuzu University of Health Sciences, Malawi,
(3) Ministère de la Santé, Malawi,
(4) Organisation mondiale de la santé, Éthiopie,
(5) Conseil du district de Rumphi, Malawi,
(6) Clinton Health Access Initiative, Kenya,
(7) CHAI, Boston, MA,
(8) UNICEF, Malawi

Contexte / Objectifs

Les établissements de santé (ES) sont en première ligne des soins de santé primaires (SSP) pour la population majoritairement rurale du Malawi. Cependant, leur autonomie est limitée, ils manquent de plans ou de budgets dédiés et reçoivent passivement un soutien en nature du Conseil de district (CD) et de ses partenaires. Par conséquent, les responsables des ES ne peuvent pas répondre avec souplesse et rapidité aux priorités locales, ce qui nuit à la motivation des professionnels de santé et limite la qualité et la réactivité des SSP.

Pour relever ces défis, le Ministère de la Santé (MdS) a identifié le financement direct des établissements (FDE) comme une réforme clé dans son Plan stratégique du secteur de la santé III (2023-2030). Le MdS a piloté une intervention de subventions d'amélioration des centres de santé (SACS) dans 15 ES du district de Rumphi afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité du FDE au Malawi. Les comités de gestion des centres de santé (CGCS), une structure communautaire clé composée à 20 % de personnel d'ES et à 80 % de représentants communautaires, y compris des groupes de femmes et de jeunes, ont été reconstitués et habiletées par le CD de Rumphi à assurer la supervision des fonctions de gestion des finances publiques (GFP). Les CGCS ont évalué et priorisé de manière consultative les besoins pour mettre en œuvre des subventions allant de 1 000 à 2 000 USD transférées sur leurs comptes bancaires, avec le soutien de la supervision du CD.

Méthodes

Une approche mixte a été utilisée pour évaluer le volet traitement à Rumphi par rapport au volet témoin de 53 ES répartis dans 12 districts du Malawi sans FDE. Le Cadre de dépenses publiques et de responsabilité financière (DPRF) a été adapté pour évaluer l'impact du FDE sur la formulation, l'exécution et l'évaluation

du budget par les CGCS sur les objectifs de prestation de services d'efficience, d'équité, de qualité et de responsabilité pour les volets témoin et traitement. Les critères d'évaluation de l'OCDE ont été utilisés pour évaluer la pertinence, l'efficience, l'efficacité et la durabilité du programme pour le volet traitement. La collecte de données a impliqué des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe.

Principales conclusions

Grâce au soutien du CD, tous les CGCS ont reçu et mis en œuvre avec succès les SACS. L'évaluation suggère que l'intervention du FDE a amélioré les scores DPRF, passant de « très faible » à « très bon » et « bon » pour les hôpitaux communautaires ; et de « très faible » à « faible » et « bon » pour les centres de santé. L'évaluation du processus suggère qu'une flexibilité et une autonomie accrues pour répondre aux besoins locaux ont permis une meilleure disponibilité des intrants tels que le petit matériel médical, les services de maternité, etc. Cela a amélioré l'accès, la qualité, l'efficacité et l'efficience perçus des services fournis par les bénéficiaires.

Conclusion

Le projet pilote a démontré que l'octroi d'autonomie, de capacités et de financement aux ES et aux communautés participant au volet traitement améliorait la motivation perçue des agents de santé, ainsi que la qualité et la réactivité des soins de santé primaires. Le ministère de la Santé a depuis élaboré des lignes directrices nationales sur le FDE afin d'éclairer tous les investissements des donateurs et du gouvernement en faveur du FDE au Malawi.

Amélioration de la qualité des soins dans les établissements de soins de santé primaires grâce à des initiatives d'amélioration de la qualité menées par les établissements dans le nord-ouest du Nigeria

Akeem Adesina[1], Rotimi Oduloju[1], Immaculata Pat-Natson[1], Christopher Agada[2], Nkata Chuku[3] and Alozie Ananaba[3]

(1) Fondation Sanitas pour la santé et le développement [SANHDEF], FCT, Abuja, Nigéria
(2) Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigéria
(3) Fondation Sanitas pour la santé et le développement [SANHDEF], Abuja, Nigéria

Contexte

L'utilisation des services de santé est fortement influencée par la qualité des services dispensés dans les établissements de santé. L'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de soins de santé primaires est essentielle à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la supervision formative pour accroître la motivation et la performance des professionnels de santé. Cependant, les visites de supervision régulières des responsables de la santé aux niveaux national, étatique et local sont insuffisantes en raison des contraintes de ressources. Pour remédier à ce problème,

un processus d'amélioration de la qualité piloté par l'équipe de l'établissement de santé, avec des professionnels de santé priorisant les changements sous leur contrôle, est essentiel. Cet article examine le rôle joué par la Fondation Sanitas pour la santé et le développement (SANHDEF) dans l'institutionnalisation de l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé des États de Kebbi, Sokoto et Zamfara au Nigéria.

Descriptions

L'initiative a consisté à former quarante-cinq (45) agents de santé issus de 45 établissements de soins de santé primaires répartis dans les États de Kebbi, Sokoto et Zamfara. Cinq (5) établissements de santé ont été sélectionnés dans chacune des trois (3) zones de gouvernance local (ZGL) où l'activité a été testée dans chaque État. En utilisant le cadre de qualité des soins (QoC) de l'OMS basé sur le modèle Donabedian, les agents de santé ont participé à des activités de renforcement des capacités de trois jours axés sur le processus d'amélioration de la qualité piloté par les établissements. Ces activités comprenaient des séances interactives et un apprentissage par scénario. Des exercices pratiques, des discussions de groupe et des présentations ont fait partie intégrante de la formation.

Résultats

L'analyse des résultats de la formation montre une amélioration des connaissances dans les trois lieux de formation : 69 % à Kebbi, 59 % à Sokoto et 55 % dans les États de Zamfara. Les participants se sont fermement engagés à transmettre la formation à leurs collègues et à assurer la pérennité des activités d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

Conclusion

Une approche d'amélioration de la qualité pilotée par les établissements peut potentiellement améliorer la qualité des soins dispensés dans les établissements de soins primaires en s'appuyant sur les données pour la prise de décision. Les équipes des établissements sont responsables de la conduite des efforts visant à améliorer la qualité des services. Cette initiative est pérenne ; il est donc recommandé de l'étendre à d'autres établissements de soins primaires dans tous les états.

Mots-clés

Qualité des soins, Amélioration de la qualité dirigée par les établissements, Établissements de soins de santé primaires, Agents de santé.

Main-d'œuvre, interventions et impact des politiques dans les systèmes de santé africains

10h00-11h30 Jeudi 3 Mars 2025

L'association entre la taxe de promotion de la santé et l'emploi en Afrique du Sud : une analyse de séries chronologiques interrompues

Chengetai Dare1,

Centre SAMR/Wits pour l'économie de la santé et les sciences de la décision - PRICELESS SA, École de santé publique, Faculté des sciences de la santé, Université du Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

Contexte

La production et la consommation de boissons sucrées (BS) ont augmenté ces dernières années à l'échelle mondiale. Cependant, des preuves accablantes lient les BS à la prévalence croissante de l'obésité et de ses comorbidités. En Afrique du Sud, la prévalence du surpoids et de l'obésité est élevée et figure parmi les plus élevées d'Afrique subsaharienne. Face à cette prévalence croissante, le gouvernement sud-africain a instauré, le 1er Avril 2018, une taxe sur les BS, appelée « Health Promotion Levy (Taxe pour la promotion de la santé) » (HPL). Cependant, l'industrie sucrière s'est opposée à cette taxe, arguant qu'elle entraîne des pertes d'emplois. Dans ce contexte, cette étude vise à analyser le lien entre la HPL et l'emploi dans l'industrie sucrière.

Méthodes

Nous avons utilisé des analyses de séries chronologiques interrompues à groupe unique en utilisant les données de l'Enquête trimestrielle sur la population active de Statistics South Africa.

Résultats

Nos résultats montrent que la taxe sur les boissons sucrées n'a pas été associée à des pertes d'emplois (ni à la création d'emplois) dans les industries liées au sucre en Afrique du Sud. Ces résultats concordent avec ceux concernant les effets des taxes sur les boissons sucrées sur l'emploi dans d'autres juridictions.

Conclusions

Compte tenu du fait que la taxe sur les boissons sucrées ne constitue pas un frein à l'emploi, et compte tenu des preuves accablantes de son efficacité, ainsi que de la charge fiscale relativement faible, il est impératif que le gouvernement relève la taxe sur les boissons sucrées de son niveau actuel de 8 % du prix de détail au seuil de 20 % recommandé par l'OMS. Le gouvernement devrait également envisager d'étendre cette taxe aux jus de fruits. De telles stratégies sont importantes pour encourager la population à réduire sa consommation de boissons sucrées, tout en permettant à l'État de générer des recettes fiscales supplémentaires.

Le coût de la migration du personnel de santé en provenance d'Afrique, une revue systématique

Nzube Ifediba *Université de Birmingham, Birmingham, Royaume-Uni*

Contexte

La migration des professionnels de santé africains constitue un problème de santé publique et représente un fardeau économique considérable. Ce fardeau économique se fait sentir sur le système de santé, la population et l'économie, et peut être mesuré en unités monétaires et non monétaires.

Objectif

Identifier systématiquement, évaluer de manière critique et synthétiser les études empiriques sur les coûts monétaires de la migration des travailleurs de la santé en provenance d'Afrique.

Méthodes

Une stratégie de recherche systématique a été utilisée pour examiner la littérature publiée entre 1946 et le 12 Juillet 2023 dans trois bases de données. Les études ont été sélectionnées à l'aide d'un processus de catégorisation en deux étapes. Les données des études sélectionnées ont été extraites et analysées à l'aide d'une synthèse narrative. La qualité de chaque étude a été évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation.

Résultats

Sept études répondaient aux critères d'inclusion. Les coûts les plus calculés étaient les coûts directs sous forme de coût de l'éducation et de perte de retour sur investissement. Les coûts indirects tels que les pertes de productivité et les taux de mortalité ont également été mesurés en unités monétaires. Globalement, le coût direct sous forme de coût de l'éducation subventionnée variait de 21 040 $ (USD 2011) à 58 698 $ (en USD 2011) par agent de santé migrant. La perte de retour sur investissement variait de 314 472 $ (USD 2006) à 46 001 250 $ (USD 2007) par agent de santé migrant. Le total des coûts indirects variait de 15 720 000 $ à 15 414 000 $ (USD 2017) par an.

Conclusion

Le coût de la migration des professionnels de santé en provenance d'Afrique est considérable. Des études supplémentaires sur les coûts indirects sont nécessaires pour appréhender pleinement ces coûts. De plus, des recherches plus approfondies, utilisant de meilleures approches méthodologiques, sont nécessaires pour améliorer la certitude quant à ces coûts.

Effet d'une intervention à domicile à composantes multiples menée par des agents de vulgarisation sanitaire sur la réduction de la pression artérielle chez les patients hypertendus dans les districts ruraux du nord-ouest de l'Éthiopie : Essai contrôlé randomisé en grappes

Destaw Fetene Teshome *Université de Gondar, Gondar, Amhara, Éthiopie*

Contexte

Bien que l'hypertension soit un problème de santé publique fréquent en Éthiopie et que des traitements efficaces soient disponibles, elle est mal prise en charge et contrôlée. Les agents de santé communautaires ont obtenu des résultats prometteurs dans la prise en charge de l'hypertension dans les zones où les prestataires de soins sont rares et l'accès aux soins limité. Cette étude visait à évaluer les effets d'une intervention multi-composantes menée par des agents de santé sur l'évolution de la tension artérielle chez des patients hypertendus à domicile dans les districts ruraux du nord-ouest de l'Éthiopie.

Méthodes

Un essai contrôlé randomisé en grappes à deux bras a été mené. Les patients hypertendus âgés de ≥ 25 ans ont été inclus. Vingt kebeles avec 456 participants ont été assignés aléatoirement au groupe d'intervention (10 kebeles avec 228 participants) et au groupe témoin (10 kebeles avec 228 participants). Les participants aux kebeles d'intervention ont bénéficié d'interventions à domicile à plusieurs composantes dirigées par des Agents de santé Communautaire tous les deux mois pendant 40 à 60 minutes pendant neuf mois. Les principaux critères de jugement étaient les différences dans les variations moyennes de la PAS et de la PAD par rapport aux valeurs initiales entre les patients du groupe d'intervention et du groupe témoin. Une analyse en intention de traiter a été utilisée pour les analyses principales. Un modèle linéaire à effets mixtes a été utilisé pour évaluer l'effet de l'intervention sur la variation de la PAS et de la PAD moyennes. Les tailles d'effet de la différence moyenne et de l'augmentation du bénéfice relatif ont été utilisées.

Résultats

À neuf mois, la PAS moyenne a diminué de 15,8 mmHg (IC à 95 % : 13,5, 18,1) dans le groupe d'intervention et de 10,8 mmHg (IC à 95 % : 8,7, 12,9) dans les groupes témoins ; avec une réduction supérieure de 5,0 mmHg (IC à 95 % : 1,9, 8,1) dans le groupe d'intervention. La PAD moyenne a diminué de 12,1 mmHg (IC à 95 % : 10,6, 13,5) dans le groupe d'intervention et de 8,4 mmHg (IC à 95 % : 7,0, 9,8) dans le groupe témoin. La proportion de contrôle optimal de la pression artérielle était plus élevée dans le groupe d'intervention (45,8 %) que dans le groupe témoin (28,2 %) avec une différence de pourcentage de 17,6 % (IC à 95 % : 8,5, 26,7).

Conclusions

Une intervention multi-composantes à domicile, menée par des agents de santé, a entraîné une réduction significative de la tension artérielle et permis d'atteindre un meilleur contrôle optimal de la tension

artérielle. Cette stratégie est efficace, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer son rapport coût-efficacité en vue de son extension et de son intégration dans les soins primaires.

Inscription à l'essai : PACTR202102729454417

Mots clés

Hypertension, changement de pression artérielle, Agents de santé Communautaire, Éthiopie.

Une analyse situationnelle des ressources humaines pour la santé dans les établissements de soins de santé primaires au Nigeria : Analyse des points de vue des parties prenantes

Saheed Dipo Isiaka[1], Oluwadamilare Olatunji[2], Olugbemisola Samuel[3], Toluwani Oluwatola[2], Terver Orbunde[2], Hilda Ebinim[2], Sidney Sampson[4], Emediong Otu[2], Hilary Okagbue[5], Sunday Atobatele[6] and Miriamtherese Omanukwe[2]

(1) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, FCT, Abuja, Nigéria
(2) Initiative Sydani pour le développement international, Groupe Sydani, Abuja, FCT, Nigéria
(3) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(4) Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(5) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, FCT, Nigéria
(6) Initiative Sydani pour le développement international, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

Contexte

Des études ont montré que les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) sont liés à la qualité, à la taille et à la répartition des ressources humaines pour la santé (RHS) au sein des établissements de soins de santé primaires. Au Nigéria, les taux de mortalité maternelle et infantile s'élevaient respectivement à 1 047 pour 100 000 naissances vivantes et à 63 pour 1 000 naissances vivantes en 2021. Malgré les nombreux efforts déployés pour combler le déficit en accoucheuses qualifiées au Nigéria, un défi subsiste en matière de RHS dans la plupart des centres de santé primaires.

Buts et objectifs

Par conséquent, cette étude a évalué le paysage des RHS dans ses domaines pertinents pour comprendre les facteurs sous-jacents du déficit persistant d'accoucheuses qualifiées au Nigéria.

Méthodes

Une méthode de recherche qualitative a été adoptée pour cette étude et a été menée sur cinq (5) États (Lagos, Kano, Kaduna, Enugu et Bauchi) du Nigéria, en fonction de leur niveau de maturité selon un indicateur composite des RHS. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés auprès de 59 parties prenantes, sélectionnées au sein des organismes compétents en matière de formation, de recrutement, de fidélisation et de direction des agents de santé spécialisés (AS) dans les établissements de santé primaires au Nigéria. Les enregistrements audios ont été transcrits et codés (par induction et déduction) à l'aide du logiciel Dedoose (v9.0). Quatre thèmes et sept sous-thèmes ont été générés à partir des réponses des participants.

Principales conclusions

Nos résultats ont révélé que la situation des RHS est nettement inférieure aux normes recommandées par l'OMS pour le personnel de santé dans les SSP. Les participants à l'étude ont souligné que l'existence d'un système de gestion et de coordination des RHS sous-optimal, la répartition insuffisante et médiocre des agents de santé spécialisés dans les établissements de SSP et la faible capacité des instituts de formation sanitaire à produire des agents de santé spécialisés, entre autres, constituent des défis qui pèsent sur les SSP au Nigéria.

Conclusion et recommandation

Cette étude met en lumière le bourbier des RHS au Nigéria dans les différents contextes étudiés et recueille les points de vue des parties prenantes sur les stratégies à adopter pour évaluer de manière globale la situation des RHS dans les établissements de soins de santé primaires. Elle conclut que le gouvernement doit procéder à un recrutement massif de sage-femmes. De plus, il devrait octroyer des bourses aux programmes de sage-femmes et augmenter les indemnités mensuelles des sage-femmes en milieu rural. Le gouvernement devrait développer, déployer et intégrer le système de performance des sage-femmes au DHIS (District Health Information System- Système d'information sanitaire du district) afin de suivre et de contrôler la qualité des soins prodigués.

Compétence clinique des prestataires de soins primaires publics et privés : données probantes issues d'une étude transversale en Tunisie

Rym Ghouma[1], Timothy Powell-Jackson[2], Mylene Lagarde[3]

(1) IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France
(2) Département de santé mondiale et de développement, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
(3) London School of Economics (LSE), Londres, Royaume-Uni

Contexte

Les résultats en matière de santé en Tunisie se sont considérablement améliorés au cours des dernières décennies, ce qui est parfois attribué à la qualité élevée de la formation médicale du pays par rapport à ses voisins. Cependant, on sait très peu de choses sur les connaissances des médecins et sur ce qui influence leurs compétences.

Méthodes

Nous avons mené une étude observationnelle transversale auprès de médecins généralistes (MG) de la région urbaine du « Grand Tunis » en Tunisie. Nous avons utilisé des cas cliniques hypothétiques présentés sous forme de vignettes cliniques pour recueillir des données sur les connaissances des MG sur cinq maladies courantes. Nous avons interrogé un échantillon de 177 MG du secteur public et 79 MG du secteur privé de Novembre 2017 à Janvier 2018. À partir des données de 1 268 vignettes, nous avons calculé plusieurs mesures de compétence clinique. Nous avons ensuite comparé les compétences des médecins du secteur public et du secteur privé et utilisé des régressions logistiques multivariées pour étudier les déterminants de la compétence.

Résultats

Nous avons constaté que globalement, les médecins généralistes ont correctement géré 69,56 % des cas hypothétiques et ont correctement diagnostiqué 66,25 % d'entre eux. Il y avait une grande variation entre les cas dans la compétence clinique des médecins généralistes, avec seulement 54 % d'entre eux démontrant la capacité de gérer correctement un cas de dépression, tandis que 85 % étaient capables de gérer correctement un cas de tuberculose. En utilisant une définition plus stricte de la compétence, définie comme la capacité à identifier correctement le diagnostic probable et à fournir une prise en charge appropriée, moins de la moitié des cas ont été bien traités par les médecins. Ensuite, par rapport aux médecins généralistes travaillant dans des établissements publics, les médecins généralistes privés étaient 5 points de pourcentage moins susceptibles de gérer correctement les cas. Enfin, aucun effet de caractéristiques telles que l'âge et le sexe sur la compétence globale d'un médecin généraliste n'a été trouvé. Cependant, si la formation continue ne semblait pas jouer de rôle, la place de la formation médicale initiale, en particulier le fait que le médecin soit diplômé de la faculté de médecine de Tunis, était un prédicteur majeur de la compétence. En fait, une fois ce facteur pris en compte, les différences entre les secteurs public et privé n'étaient plus significatives.

Conclusion

Cette étude est la première à pallier le manque de données sur la qualité clinique des prestataires en Tunisie en utilisant des vignettes cliniques pour découvrir la dimension critique de la compétence des médecins généralistes. Les niveaux de compétence relativement sous-optimaux et la mauvaise gestion des maladies non transmissibles (MNT) soulèvent des questions sur la capacité du système de soins primaires à faire face à la principale menace sanitaire que sont les MNT en Tunisie et au-delà. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner les performances des médecins généralistes

Impacts économiques et sanitaires du diabète et du cancer en Afrique

10h00-11h30 Jeudi 3 Mars 2025

LES DEPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTE ET LEUR IMPACT SUR L'APPAUVRISSEMENT ET L'UTILISATION DES SERVICES AU SÉNÉGAL (2014 ET 2018-2019)

Thiane Gueye *Cellule d'économie de la sante Ministère de la santé et de l'action sociale, Dakar, Sénégal*

Contexte

La cible 3.8 de l'ODD 3 consiste spécifiquement à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels

Méthodologie

La méthodologie de l'OMS pour le calcul des DCS et de l'iniquité dans l'utilisation des services (Ke Xu, 2005, Adam et Ke Xu, 2008) selon laquelle un ménage fait face à des dépenses catastrophiques si ses dépenses totales de santé sont supérieures ou égales à 40% de sa capacité à payer. Les données utilisées sont issues (EHCVM) de 2018/2019, d'une part et (L2S) de 2014/2015 d'autre part.

Résultats

Au Sénégal, 2,59 % des ménages sénégalais faisaient face à des DCS au seuil de 40% et que 1,78 % s'étaient appauvris du fait des paiements directs. Durant la période 2014 - 2016, les dépenses des ménages représentent 46,9% des dépenses totales de santé en 2014, 49,5% en 2015 et 48,8% en 2016. Cette part importante des paiements des ménages dans les dépenses de santé traduit le lourd fardeau financier qu'ils supportent pour leurs soins de santé. Les coûts élevés et récurrents des traitements liés à la prise en charge de ces maladies non transmissibles favorisent la hausse des dépenses de santé supportées par les populations.

1,4% des ménages sénégalais en 2014 et 1,1% en 2018-2019 ont effectué des DCS. 1.3% des ménages se sont appauvris du fait des paiements directs de santé. En 2019, un peu plus de la moitié des personnes du premier quintile malades ou blessés (51,1%) ont recouru à un service de soins contre (71,2%) du cinquième quintile.

La part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer passe de 6,2% à 5,3%, la tendance à l'augmentation de la capacité des ménages à faire face aux dépenses de santé s'observe au niveau de tous les quintiles de bien-être.

Conclusions

Les politiques de protection financière devront être améliorées par une prise en charge des dépenses de médicaments, un meilleur ciblage des bénéficiaires de l'assurance sociale et une définition de paquets de services.

Mots clés

Dépenses catastrophiques, paiement directs, Population

Évaluation des facteurs déterminants des activités de prévention des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires au Ghana : étude de cas de certains districts sélectionnés

Michel Adurayi Amenah[1], Dominic Anaseba[1], James Akazili[2], Tolib Mirzoev[3], Irene Akua Agyepong[1] and Edward Antwi[1]

(1) Collège des médecins et chirurgiens du Ghana, Accra, Ghana,
(2) École de santé publique, Université de technologie et de sciences appliquées CK Tedam, Navrongo, Ghana
(3) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni

Historique

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent un problème majeur de santé publique, contribuant de manière significative aux taux de morbidité et de mortalité. Les établissements de soins de santé primaires (SSP) jouent un rôle crucial dans la prévention et la gestion des MNT, mais la plupart des études se sont concentrées sur le traitement plutôt que sur la prévention, ce qui laisse une lacune dans la compréhension de ce qui motive l'engagement des SSP dans les mesures préventives. Il est essentiel de mettre l'accent sur les activités préventives, car elles peuvent réduire le fardeau des maladies non transmissibles, diminuer les coûts des soins de santé et améliorer la santé de la population. Cette étude a pour but d'identifier et d'analyser les facteurs qui influencent l'engagement des établissements de soins de santé primaires dans la prévention des maladies non transmissibles dans certains districts du Ghana, afin d'orienter les politiques et l'allocation des ressources en vue d'améliorer les efforts de prévention.

Méthodes

Une étude transversale a permis de recueillir des données auprès de 210 établissements de soins de santé primaires dans 10 districts sélectionnés au hasard dans les régions du Grand Accra et de l'Est du Ghana. Des facteurs tels que les équipements de base et la capacité de diagnostic ont été évalués à l'aide de l'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA) de l'Organisation mondiale de la santé. Des données sur la formation et les lignes directrices relatives aux maladies non transmissibles ont également été recueillies. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et de régressions logistiques dans STATA18, avec l'autorisation éthique obtenue (GHSERC : 013/02/23) pour l'étude.

Résultats

Les résultats ont montré que parmi tous les établissements de soins de santé primaires étudiés, 56,19 % étaient des centres de soins de santé primaires, 30,95 % des centres de santé, 6,19 % des polycliniques/cliniques et 6,67 % des hôpitaux de district/hôpitaux. La participation à des activités préventives spécifiques était variable : 31 % ont participé à des fêtes foraines, 54 % ont promu des habitudes alimentaires saines, 59 % ont effectué des tests de dépistage et 63 % ont mené des campagnes de sensibilisation auprès des ménages. Les SSP urbains étaient nettement moins susceptibles de promouvoir une alimentation saine (OR=0,30, IC 95 % : 0,14-0,68) et des tests de dépistage (OR=0,31, IC 95 % : 0,15-0,69) que les établissements ruraux. Les établissements disposant de lignes directrices et d'une formation sur les MNT étaient plus susceptibles d'organiser des activités foraines (OR=2,27, IC à 95 % : 0,87-5,89), des campagnes de sensibilisation (OR=6,95, IC à 95 % : 2,29-21,11) et des actions de promotion d'une alimentation saine (OR=5,32, IC à 95 % : 2,15-13,19). Des scores plus élevés en matière d'équipements de base (OR=0,97, IC à 95 % : 0,95-0,99) et de capacité de diagnostic (OR=0,97, IC à 95 % : 0,95-0,98) étaient liés à un engagement plus faible dans les activités foraines.

Conclusion

Cette étude révèle que les établissements de soins de santé primaires du Ghana s'engagent peu dans les activités de prévention des maladies non transmissibles, avec une participation d'à peine plus de 60 %. Les SSP ruraux sont plus actifs dans ces efforts que les SSP urbains, malgré une prévalence plus élevée des MNT dans les zones urbaines. Les établissements disposant de lignes directrices et de formations sont plus susceptibles de s'engager dans des activités préventives, ce qui souligne la nécessité d'améliorer l'allocation des ressources et les programmes de formation. Le gouvernement devrait adopter des stratégies innovantes pour intégrer les activités préventives dans les fonctions de routine des SSP.

Le poids du diabète de type 2 sur la productivité et l'économie en Afrique subsaharienne : Une analyse de modélisation des tables de survie dans une perspective sud-africaine

Assegid Hellebo *Université du Cap, Le Cap, Cap-Occidental, Afrique du Sud*

Contexte et objectif

La prévalence du diabète de type 2 (DT2) augmente rapidement en Afrique subsaharienne (ASS). Des données récentes indiquent que plus d'un tiers des décès liés au diabète surviennent chez les moins de 60 ans, ce qui affecte négativement la participation au marché du travail et diminue la productivité des travailleurs concernés. L'Afrique, qui compte actuellement 1 milliard d'habitants, devrait atteindre 2,4 milliards d'ici 2050, dont plus de la moitié devrait avoir moins de 25 ans, selon les prévisions des Nations Unies. Parallèlement, la prévalence du diabète sucré augmente en ASS, avec environ 24 millions d'adultes touchés en 2021, un nombre qui devrait plus que doubler d'ici 2045. Cependant, des lacunes en matière de recherche persistent dans la région, notamment un manque de connaissances sur la contribution de la

maladie à la surmortalité, aux années de vie perdues (AVP) et aux années de vie ajustées sur la productivité (AVAP). Cette analyse de modélisation de la table de mortalité de la population a évalué l'impact du DT2 en termes d'AVAP sur la population sud-africaine en âge de travailler.

Conception et méthodes de recherche

La modélisation des tables de mortalité a été utilisée pour simuler le suivi des personnes âgées de 20 à 65 ans atteintes de diabète de type 2 en Afrique du Sud (AS). Deux modèles de tables de mortalité ont été développés pour simuler les résultats de santé d'une cohorte sud-africaine avec et sans diabète. La différence entre le nombre de décès, d'années de vie perdues (AVP) et d'années de vie perdues (AVAP) perdues entre les deux cohortes représentait le fardeau du diabète. Des scénarios ont été simulés dans lesquels les proportions de la productivité intérieure brute (PIB), les indices de productivité, le décrochage scolaire et les tendances du risque de mortalité ont été ajustés aux limites inférieures et supérieures d'incertitude. Les données proviennent de la Fédération internationale du diabète, de Statistiques SA et de sources publiques et publiées. Nous avons utilisé le taux d'actualisation annuel standard de l'OMS de 3 % pour les AVA et les AVAP, et avons effectué des analyses de sensibilité déterministes unidirectionnelles.

Résultats

En 2019, on estimait que 9,5 % (7,68 % des hommes et 11,37 % des femmes) de la population en âge de travailler, soit 3,2 millions, souffraient de diabète de type 2 en Afrique du Sud. Un suivi simulé jusqu'à la retraite prévoyait 669 427 décès excédentaires, une perte de 6,2 millions d'années de vie (9,3 %) et 13 millions d'années de vie supplémentaires par an (30,6 %) en Afrique du Sud. En moyenne, cela a entraîné une perte de 3,1 années de vie supplémentaires par an par personne. Sur la base du PIB par employé à temps plein en 2019, la perte d'années de vie supplémentaires par an équivalait à 223 milliards de dollars américains, soit 69 875 dollars américains par personne.

Conclusion

Cette étude souligne l'impact significatif du diabète de type 2 sur la société et l'économie. Une amélioration relativement modeste de la prévention et du traitement du diabète de type 2 pourrait entraîner des bénéfices économiques substantiels en Afrique du Sud.

Effets de la charge financière du diabète sucré et des facteurs de risque associés sur la qualité de vie des patients dans le district sanitaire de Bamenda

Ngum Charissa Belembom *Association d'économie de la santé du Cameroun (HEAC), Bamenda, Cameroun*

Introduction

Les coûts du diabète sucré (DS) pour les individus et les ménages ont explosé et augmenté à l'échelle mondiale, la prévalence de la maladie continuant d'augmenter, notamment en Afrique et au Cameroun. Cette prévalence accrue du DS serait due à une augmentation de la prévalence des facteurs de risque dans la population générale mondiale.

Les dépenses catastrophiques liées au DS entraîne un grand nombre d'impacts négatifs sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des patients en raison de sa chronicité, de sa symptomatologie et de ses complications. Mettre en évidence les faits et les chiffres sur la relation entre les dépenses liées aux catastrophes et la qualité de vie liée à la santé aidera à prendre des décisions éclairées sur la gestion des maladies.

Objectifs de l'étude

Objectif Principal

Évaluer l'impact du fardeau financier du diabète sucré sur la qualité de vie des patients diabétiques dans le district sanitaire de Bamenda en comparant les dépenses personnelles avec les caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques des patients.

Objectifs Spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des personnes vivant avec le diabète sucré
- Évaluer le fardeau financier des PVADS (Personnes vivant avec le diabète sucré) en utilisant la formule des dépenses de santé catastrophiques.
- Comparer le fardeau financier du diabète sucré à la qualité de vie des patients diabétiques.

Méthodologie

Cette étude était une étude transversale basée sur les établissements de santé dans le district sanitaire de Bamenda (DSB), région du Nord-Ouest (RNW) du Cameroun pendant la période de Mai à Juin 2022. L'étude a été menée dans trois établissements de santé du district sanitaire de Bamenda (DBS), à savoir : l'hôpital régional de Bamenda, l'hôpital de district de Nkwen Bamenda et l'hôpital baptiste annexe de Mbingo Finance Junction de Nkwen Bamenda.

Principales conclusions

Sur un total de 100 participants, une association significative a été identifiée entre une charge financière accrue et une diminution de la qualité de vie liée à la santé. 35 % des personnes ayant des dépenses de

santé catastrophiques ont déclaré avoir une mauvaise qualité de vie, 22 % des répondants ont déclaré avoir une qualité de vie moyenne, soit un total de 57 % des répondants avec une qualité de vie médiocre ou moyenne. Une analyse de régression linéaire simple a été réalisée pour identifier la relation entre la qualité de vie liée à la santé et la capacité à payer les soins de santé à une valeur de $p < 0,2$. Ce résultat a été considéré comme statistiquement significatif car il avait une valeur de $p < 0,001$.

Conclusion

Il a donc été conclu que le fardeau financier du diabète sucré a un impact négatif sur la qualité de vie des patients atteints de diabète sucré. Des politiques ciblées sur les maladies chroniques et des décisions de remboursement sont recommandées afin de promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) et de protéger les populations vulnérables des difficultés liées au diabète sucré.

Coûts du traitement des patients atteints d'un cancer du côlon à l'hôpital Groote Schuur, en Afrique du Sud

Kelechi Amarachi Nnene[1], Lucy Cunnama[2], Jennifer Moodley[2] and John Ataguba[3]

(1) Université du Cap, Le Cap, Cap-Occidental, Afrique du Sud
(2) Université du Cap
(3) Université du Manitoba

Historique

Compte tenu de l'augmentation du ratio mortalité/incidence du cancer du côlon en Afrique du Sud, il est nécessaire d'améliorer les résultats thérapeutiques de cette affection en mettant en œuvre des mesures de santé publique adaptées. Cependant, les ressources nécessaires au financement de ces mesures ne peuvent être déterminées sans une compréhension du coût du traitement du cancer du côlon. Malgré cela, les informations pertinentes sur le coût du traitement du cancer du côlon en Afrique du Sud sont insuffisantes.

But et objectifs

Cette recherche évalue le coût direct du traitement par stade à l'hôpital universitaire Groote Schuur (CHUGS) afin de comprendre les besoins en ressources pour le traitement du cancer du côlon dans le système de santé public sud-africain. Les objectifs sont les suivants :

- Décrire les composants du traitement et les coûts directs par stade de la maladie au moyen d'entretiens avec des experts basés sur les directives du CHUGS.
- Estimez le coût médical direct total par patient du cancer du côlon par stade de la maladie.
- Identifier les facteurs de coût du traitement du cancer du côlon au CHUGS.

Méthode

En utilisant une approche normative des coûts par ingrédients, l'étude estime le coût direct du traitement du cancer du côlon à la clinique du cancer colorectal et à l'unité combinée d'oncologie colorectale de l'hôpital Groote Schuur, du point de vue du prestataire de soins. La méthodologie de calcul des coûts suit un processus en deux étapes. Premièrement, les composantes du traitement du cancer du côlon, telles que les consultations, la chirurgie et la chimiothérapie, seront décrites sur la base des recommandations thérapeutiques de l'établissement de santé et reliées aux données de coût pertinentes par stade de la maladie grâce à des entretiens avec des experts. Deuxièmement, en utilisant une combinaison de techniques de calcul des coûts descendantes et ascendantes, le coût par patient pour chaque donnée de coût par composante de traitement sera estimé et agrégé pour toutes les composantes de traitement par stade afin d'obtenir le coût total par patient pour chaque stade de la maladie. Tous les coûts seront présentés en rands sud-africains et en dollars américains de 2024.

Résultats attendus et implications politiques

Le cadre des composantes du traitement du cancer du côlon et les données de coût pertinentes par stade de la maladie contribueront à éclairer les futures études sur les coûts du cancer du côlon dans le secteur de la santé publique sud-africain et dans d'autres pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). L'estimation du coût total du traitement par patient pour les quatre stades de la maladie donnera une idée de la charge financière du cancer du côlon pour l'établissement de santé. Ces données seront utiles à la planification et à la budgétisation afin d'éclairer la prestation des soins de santé liés au cancer du côlon et serviront de base à de futures recherches visant à renforcer la mise en œuvre des programmes pertinents de lutte contre ce cancer. Enfin, l'identification des facteurs de coût spécifiques au GSH du traitement du cancer du côlon éclairera d'autres analyses d'évaluation économique pour orienter la prise de décision politique.

Relier les systèmes de santé informels, les subventions et les obstacles financiers dans les soins de santé en Afrique

10h00-11h30 Jeudi 3 Mars 2025

Défis et opportunités pour faciliter l'accès aux services financiers afin de soutenir le secteur privé de la santé au Bénin dans le cadre des efforts visant à atteindre la CSU

Romaric Sounouvou[1], Pascal Saint Firmin[2], Conrad Tonoukouen[1], Ghislaine Djidjoho[1] and Lucien Dossou-Gbete[3]

(1) Sciences de gestion pour la santé, Bénin, Bénin,
(2) Sciences de gestion pour la santé, États-Unis d'Amérique,
(3) Autorité de régulation de la santé, Bénin, Bénin

Le secteur sanitaire privé (SSP) au Bénin dispense plus de 52% de l'offre totale de soins à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Assurer un financement domestique adéquat et pérenne de ce secteur constituerait une avancée importante des efforts de mise en œuvre de la CSU. En 2022 au Bénin, le SSP a bénéficié de 66,3 milliards de Francs CFA (XOF) de prêts contre 75,5 milliards XOF en 2021 soit une baisse de 12,2% pendant que le volume total des prêts aux PME s'est accru de 12,4%. Les crédits accordés au secteur représentent 0.4% du volume total des crédits octroyés aux PME en 2022 (BCEAO, 2023). Ce faible financement du SSP est dû au faible financement du secteur privé en général puis à des facteurs spécifiques au secteur sanitaire et à ses acteurs. La littérature a établi peu d'évidences sur le SSP.

Cette étude vise à identifier les facteurs du sous-financement du SSP. L'approche méthodologique adoptée se base sur des entretiens semi-directifs avec 100 chefs d'entreprises du SSP répartis dans quatre départements et des analystes de crédit représentant dix banques commerciales et trois institutions de microfinance du Bénin. Les données recueillies sont en phase de traitement et d'exploitation à l'aide d'un modèle de régression logistique.

Les résultats préliminaires obtenus semblent indiquer qu'à l'instar de tout le secteur privé béninois, les entreprises sanitaires privées peinent particulièrement à fournir aux banques des dossiers de financement de qualité, des états financiers conformes et n'arrivent pas à mobiliser les garanties exigées par les prêteurs pour accéder au crédit. De manière plus spécifique, les déterminants réduisant l'accès aux services financiers par les entreprises sanitaires privées incluent une asymétrie d'informations reflétée par la faible connaissance de leur cycle d'exploitation et de ses particularités par les établissements de crédit, de la faible éducation financière et en gestion d'entreprise de ses dirigeants et de la faible rentabilité apparente de ses activités. De plus, les différences d'accès au financement identifiées sont influencées par la taille et l'emplacement des entreprises, la nature de leurs activités, ainsi que du genre de leurs dirigeants qui illustre une large iniquité dans la structure économique du Bénin.

Globalement des interventions en faveur d'une meilleure éducation financière des dirigeants du secteur combinées à un renforcement de capacités en gestion, un appui technique et financier aux montages des dossiers de financement peuvent contribuer à augmenter la mobilisation de ressources au profit du secteur.

"La subvention a été supprimée" : Effets de la suppression de la subvention du Petrol Motor Spirit (PMS) sur le financement infranational de la santé au Nigéria

Toluwani Oluwatola[1], Tolulope Ogunsanwo[2], Ifeoluwatoyosi Amujoyegbe[3]

(1) Genesis Analytics, Abuja, FCT, Nigéria
(2) Centre médical fédéral, Abuja, Nigéria
(3) Complexe hospitalier universitaire Obafemi Awolowo, Ile Ife, Osun, Nigéria

Introduction

Les subventions représentent un fardeau budgétaire important pour les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire et, dans de nombreux cas, elles dépassent largement les investissements sociaux publics dans le développement du capital humain, la santé, l'éducation et leurs déterminants. Afin de libérer des ressources pour les investissements sociaux et économiques, le nouveau gouvernement nigérian a annoncé le 29 Mai 2023 la fin des subventions aux carburants (PMS) au Nigéria. Dans les mois qui ont suivi, cette mesure a entraîné une augmentation de 25 % des recettes publiques en glissement annuel. Cette étude vise à évaluer les effets de la suppression des subventions sur l'allocation au secteur de la santé au niveau des États au Nigéria, un an après cette suppression.

Méthodes

Nous avons obtenu les projets de loi de finances approuvés pour les 36 États nigérians et extrait les informations pertinentes sur l'allocation budgétaire au secteur de la santé pour les années 2022-2024. En utilisant 2021 comme année de référence, nous avons ajusté les allocations nominales aux valeurs réelles pour tenir compte de l'inflation, en utilisant les données de l'indice des prix à la consommation (IPC) du Bureau national des statistiques du Nigéria. L'évolution de l'allocation globale au secteur de la santé avant et après la suppression de la subvention sur les carburants a été calculée. Un test t apparié a été utilisé pour tester la significativité statistique entre les allocations au secteur avant et après la subvention (2022) et après la subvention (2023-2024). Toutes les analyses ont été réalisées avec Stata 17.

Résultats

Suite à la suppression de la subvention sur les carburants, l'allocation nominale globale au secteur de la santé dans les 36 États du Nigéria a augmenté de 59 %. Cependant, l'allocation réelle globale au secteur de la santé dans les 36 États n'a augmenté que de 6,5 %. Notamment, 44 % des États ont enregistré une variation réelle négative de l'allocation au secteur de la santé après la suppression de la subvention. Le test t apparié n'a révélé aucune différence statistiquement significative dans les allocations infranationales aux soins de santé après la suppression de la subvention sur les carburants ($p = 0,194$). Cela indique que si les allocations nominales ont augmenté de manière substantielle, l'augmentation réelle, tenant compte de l'inflation, a été modeste et n'a pas été observée uniformément dans tous les États.

Conclusion

La suppression des subventions aux carburants n'a pas amélioré significativement le financement de la santé dans les trente-six États du Nigéria. Il est nécessaire de redéfinir les priorités de la santé dans les budgets et les plans gouvernementaux au niveau infranational si la suppression des subventions permet d'améliorer le financement de la santé publique dans les entités infranationales du Nigéria.

Perspectives des prestataires et des consommateurs sur la question de savoir si et comment relier au mieux le secteur de la santé informel au système de santé formel dans les bidonvilles nigérians

Iheomimichineke Ojiakor[1], Obinna Emmanuel Onwujekwe[1]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Introduction

Les prestataires de soins informels (PSI) jouent un rôle crucial dans la prestation des soins, notamment dans les zones à faibles ressources et mal desservies, comme les bidonvilles. Cependant, ils fonctionnent généralement de manière indépendante et non réglementée, ce qui peut entraîner des soins sous-optimaux. L'intégration des PSI au système formel peut améliorer l'accès à des soins de qualité, renforcer le système de santé dans son ensemble et renforcer la sécurité des patients. Les recherches sur les interventions visant à relier les PSI au système formel offrent des informations précieuses aux décideurs politiques, contribuant ainsi à une planification et une mise en œuvre efficaces du système de santé.

Objectif

Cette étude a exploré les points de vue des prestataires et des usagers de soins de santé, formels et informels, dans les bidonvilles nigérians, sur la nécessité de rattacher les PSI au système de santé formel et, le cas échéant, sur les modalités de cette intégration. Cela nous offre des perspectives innovantes sur les interventions possibles pour développer et institutionnaliser des liens durables entre les systèmes de santé formels et informels dans ce contexte.

Méthodes

L'étude a adopté un plan d'échantillonnage transversal en deux étapes pour les enquêtes quantitatives auprès des prestataires et des consommateurs. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires structurés auprès de 1 024 ménages et de 255 prestataires de soins de santé sélectionnés à dessein dans huit bidonvilles des États d'Anambra et d'Enugu, dans le sud-est du Nigéria. Les données ont été analysées à l'aide de modèles de régression logistique pour explorer les réponses.

Résultats

Les consommateurs ont privilégié les « activités de formation et de renforcement des capacités » (61 %), la « supervision des activités » (53 %) et « l'orientation des patients » (44 %) comme aspects clés à relier au système de santé officiel. Les stratégies préférées comprenaient la « formation » (75 %), la « supervision » (53 %) et la « réglementation » (37 %). Le ministère de la Santé était largement préféré comme structure de direction (92 %) et la « législation gouvernementale » (54 %) pour la gestion du lien. Les prestataires ont affiché un fort soutien à « l'orientation des patients » (83 %) et à la « formation » (77 %), avec un soutien

modéré aux « réunions conjointes » (58 %) et au « partage des données » (34 %). Ils ont également préféré le ministère de la Santé (62 %) pour le leadership et penchaient pour la « législation gouvernementale » (47 %) et les « accords contractuels écrits » (36 %) pour la gestion, bien que ces préférences soient moins précises. Les analyses de régression ont montré que la préférence des consommateurs pour le lien ne dépendait pas de leurs caractéristiques sociodémographiques (p > 0,05). Cependant, les caractéristiques des prestataires ont influencé de manière significative leur choix d'interventions, en particulier le type d'établissement des répondants (p<0,05).

Conclusion

Les résultats indiquent que l'intégration des PSI au système de santé officiel est réalisable et potentiellement efficace grâce aux interventions et stratégies de gouvernance proposées. La co-création de ces interventions et stratégies devrait servir à concevoir, mettre en œuvre et évaluer les liens pour améliorer les systèmes de soins de santé dans les bidonvilles urbains.

Dépenses à la charge des patients et leurs implications chez les patients atteints de drépanocytose, de diabète et de cardiopathie rhumatismale : résultats des hôpitaux primaires et tertiaires en Tanzanie

Ritha Willilo[1], Alphoncina Kagaigai[2], Mary Mayige[3], Oddvar Martin Kaarbøe[4], George Mugambage Ruhago[2], Grace John Mallange[5], Castory Munishi[6] and Amani Thomas Mori[4]

(1) Université de Bergen, Bergen, Norvège
(2) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(3) Institut national de recherche médicale
(4) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, 5020 Bergen, Norvège
(5) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, PO Box 65001, Dar es Salaam, Tanzanie, Tanzanie, République-Unie de
(6) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Tanzanie, République-Unie de

Contexte

La plupart des Tanzaniens n'ont pas d'assurance maladie et financent donc principalement leurs soins par des paiements personnels directs. La Tanzanie met en œuvre la stratégie PEN Plus afin d'améliorer l'accès aux soins pour les maladies non transmissibles graves telles que la drépanocytose, le diabète de type 1 et les cardiopathies rhumatismales dans les hôpitaux primaires, en s'attaquant aux coûts élevés des soins secondaires et tertiaires. Ces maladies non transmissibles graves entraînent d'importantes pertes de vie en bonne santé en raison de taux élevés d'invalidité et de mortalité précoces en l'absence de traitement. Les ménages dont un membre est atteint de ces maladies supportent un lourd fardeau de dépenses directes, ce qui entraîne des dépenses de santé catastrophiques.

Objectif

Cette étude visait à évaluer les implications des dépenses personnelles en examinant l'incidence des dépenses de santé catastrophiques engagées par les patients atteints de drépanocytose, de diabète de type 1 et de cardiopathie rhumatismale recherchant des soins ambulatoires dans les hôpitaux primaires et tertiaires.

Méthodes

De Février à Mai 2024, nous avons mené une étude transversale auprès de patients atteints de drépanocytose, de diabète de type 1 et de cardiopathie rhumatismale dans des hôpitaux primaires et tertiaires en Tanzanie. Nous avons utilisé un questionnaire semi-structuré pour recueillir des informations sociodémographiques, les frais médicaux et non médicaux directs à la charge des patients, les frais indirects et les dépenses des ménages, par le biais d'entretiens de sortie. Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour estimer l'ampleur et l'intensité des dépenses de santé catastrophiques et les comparer entre les hôpitaux primaires et tertiaires. Nous avons ensuite réalisé une régression logistique afin d'identifier les facteurs associés à ces dépenses.

Résultats

Sur les 845 répondants, 85 % ont consulté des hôpitaux tertiaires. Les résultats préliminaires ont montré que 15,6 % des ménages ayant des patients dans des hôpitaux primaires étaient confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, avec un dépassement de 4,8 % et un dépassement positif moyen de 31 %. En comparaison, 17 % des ménages ayant des patients dans des hôpitaux tertiaires étaient confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, avec un dépassement de 11,6 % et un dépassement positif moyen de 69 %, tous deux définis comme dépassant un seuil de capacité de paiement de 40 %. Les personnes assurées étaient significativement moins susceptibles de subir des dépenses de santé catastrophiques que celles sans assurance (OR ajusté = 0,11 [0,05 - 0,22], valeur p = 0,00).

Conclusion

Le recours aux soins ambulatoires pour la drépanocytose, le diabète de type 1 et les cardiopathies rhumatismales représente un fardeau financier pour les ménages. L'extension des services aux hôpitaux primaires doit s'accompagner de stratégies telles que le prépaiement et la mutualisation des risques afin de garantir une protection financière aux plus démunis.

L'effet d'un programme de subventions au logement public sur le développement de l'enfant dans les ménages à faible revenu en Afrique du Sud: une application d'un modèle de discontinuité de régression floue

Tankiso Abiel Lefeta

Université de Stellenbosch, Département des sciences économiques et de gestion, Cap-Occidental, Afrique du Sud

Le succès limité de la réduction du retard de croissance, en particulier dans les pays en développement, témoigne d'un problème complexe qui va au-delà d'une simple nutrition inadéquate. Il est de plus en plus reconnu que la lutte contre le retard de croissance nécessite une attention aux facteurs « en amont », notamment les déterminants sociaux de la santé, comme l'amélioration des conditions de vie des enfants. Le logement est un excellent exemple de déterminant social de la santé, car il influence non seulement les déterminants sociaux, mais est également influencé par des déterminants structurels tels que les politiques sociales, macroéconomiques et publiques, l'éducation, le revenu et l'origine ethnique, qui interagissent tous pour façonner la santé et le bien-être de la population.

Bien que les recherches sur les facteurs de risque environnementaux des ménages dans la croissance et le développement de l'enfant soient quelque peu limitées, elles indiquent que l'accès à un logement adéquat a un impact positif sur le développement de la petite enfance. Des études ont montré que des améliorations spécifiques du logement peuvent réduire la charge de morbidité chez les jeunes enfants vivant dans des quartiers informels ; cependant, la compréhension scientifique des effets causaux des programmes de logement social sur la croissance des enfants dans ces environnements est encore limitée. Cette étude contribue à combler cette lacune en évaluant l'impact d'un programme de logement social à grande échelle sur le retard de croissance. Plus précisément, l'étude examine l'impact des nouveaux logements publics sur la croissance linéaire des enfants en s'appuyant sur le programme de logement du Programme de reconstruction et de développement (PRD), mis en œuvre en Afrique du Sud et soumis à conditions de ressources. L'analyse utilise des approches polynomiales locales basées sur la continuité pour évaluer l'effet moyen d'une subvention au logement du PRD uniquement pour un sous-groupe de participants se situant légèrement au-dessus et en dessous du seuil d'éligibilité. Les résultats suggèrent que l'accès à un logement formel est associé à une réduction du risque de retard de croissance, en particulier pour les enfants issus de ménages à faibles revenus.

Pour démontrer les canaux par lesquels le logement influence le retard de croissance des enfants, l'étude s'appuie sur des recherches établies qui étudient les expositions environnementales et la santé infantile. Ces canaux comprennent le type de revêtement de sol d'un logement, la qualité de l'accès à l'eau, la qualité des infrastructures sanitaires internes, l'accès à l'élimination des déchets et l'accès à des combustibles plus propres pour la cuisine et le chauffage, comme l'électricité. Les résultats indiquent que la subvention au logement du PRD peut avoir un impact positif sur la santé infantile par plusieurs canaux. Il est important de noter que l'interprétation de l'effet du traitement du programme de logement du PRD estimé ici est spécifique au sous-groupe de participants. Néanmoins, les résultats suggèrent un lien étroit entre l'accès à un logement adéquat et la croissance des enfants, en particulier ceux en situation de vulnérabilité. L'effet positif de la subvention du PRD justifie fortement l'augmentation, ou du moins le maintien, des allocations de logement actuelles, et justifie l'efficacité des programmes de logement pour s'attaquer aux causes profondes des expositions environnementales et atténuer le problème du retard de croissance.

Paiements catastrophiques de santé au Ghana après la mise en œuvre du NHIS (Couverture Nationale d'Assurance Maladie) : une analyse des dépenses de santé spécifiques aux services

James Akazili[1], Michel Adurayi Amenah[2], Evelyn Sakeah[1], Paul Welaga[3], John Ataguba[4]

(1) École de santé publique, Université de technologie et de sciences appliquées CK Tedam, Navrongo, Ghana
(2) Collège des médecins et chirurgiens du Ghana, Accra, Ghana
(3) Centre de recherche en santé de Navrongo, Service de santé du Ghana, Navrongo, région du Haut-Est
(4) Université du Manitoba, Canada

Contexte

Au cours des dernières décennies, le système de santé ghanéen s'est attaché à améliorer l'accessibilité, la modération des couts et la qualité des soins grâce à d'importantes réformes. Parmi les principales initiatives, citons la stratégie des soins de santé primaires (SSP) dans les années 1970 et la planification et les services de santé communautaires (PSSC) dans les années 1990, qui ont amélioré l'accès aux soins en milieu rural. Malgré ces efforts, des défis tels que les contraintes financières, les déficits d'infrastructures et les dépenses personnelles élevées persistent. Pour surmonter les obstacles financiers, le Ghana a mis en place le Régime national d'assurance maladie (RNAM) en 2003, visant à instaurer une couverture maladie universelle (CMU) et à réduire les dépenses personnelles. Cette étude évalue l'incidence des dépenses de santé catastrophiques parmi les ménages ghanéens après la mise en œuvre du RNH et analyse leur répartition entre les différents services de santé.

Méthodes

Cette étude a utilisé les données des Enquêtes sur le niveau de vie au Ghana (ENVG), séries 6 et 7, ainsi que l'Enquête annuelle sur les revenus et les dépenses des ménages (EARDM) 2023. Pour mesurer l'incidence et la gravité des paiements catastrophiques de santé (GPCS) pour divers services de santé, nous avons calculé l'indice de dénombrement des paiements catastrophiques (IDPC) et l'indice d'écart de paiement catastrophique (IEPC). Nous avons effectué l'analyse des données à l'aide de STATA.18.

Résultats

L'incidence et la gravité des paiements catastrophiques pour la santé ont considérablement augmenté, le nombre total de personnes catastrophiques passant de 1,26 % en 2012/2013 à 11,45 % en 2022/2023 au seuil de 10 %. Malgré une diminution de la proportion du total des paiements de santé consacrés aux produits médicaux (de 75,51 % à 64 %), le nombre de personnes catastrophiques pour ces dépenses est passé de 1,34 % à 12,24 %. Les ménages ruraux sont confrontés à des nombres de personnes catastrophiques et à des écarts de paiement plus élevés que les ménages urbains, le nombre de personnes catastrophiques ruraux atteignant 15,05 % en 2022/2023, contre 7,93 % dans les zones urbaines. Les régions du Nord affichent des écarts de paiement plus élevés (16,35 %) que les régions du Sud (15,72 %) malgré des nombres similaires. Les ménages les plus pauvres (1er quintile) sont touchés de manière disproportionnée, avec un taux catastrophique de 28,74 % en 2022/2023, contre seulement 0,65 % dans le 5e quintile.

Discussion/Conclusion

Les résultats mettent en évidence des vulnérabilités financières et des inégalités persistantes dans l'accès aux soins de santé au Ghana, en particulier dans les régions rurales et du nord. Des interventions politiques ciblées sont nécessaires de toute urgence pour accroître la couverture du NHIS, améliorer les infrastructures de santé et assurer une protection financière aux populations les plus vulnérables. Il est crucial de remédier à ces disparités pour parvenir à des résultats sanitaires équitables et réduire le fardeau financier des ménages ghanéens.

Amélioration de la santé maternelle et reproductive par des soins de qualité et des interventions stratégiques en Afrique

10h00-11h30 Jeudi 3 Mars 2025

Connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention et de contrôle de l'infection par le virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals dans un hôpital universitaire du centre de l'Éthiopie : Une étude transversale

Yilma Markos Larebo[1], [2*], Abebe Alemu Anshebo[1,3], Sujit Kumar Behera[1], Natarajan Gopalan[1]

(1) 1Département d'épidémiologie et de santé publique, École des sciences de la vie, Université centrale du Tamil Nadu, Thiruvarur
(2) Département d'épidémiologie, École de santé publique, Université Wachemo, Hossana
(3) Département de sage-femme, École d'infirmières, Université Wachemo, Hossana.

Introduction

L'Éthiopie est un pays où l'hépatite B est fortement endémique, et le principal mode de transmission de ce virus est la transmission mère-enfant. Cependant, le pays ne dispose pas d'un plan global de surveillance, de prévention et de contrôle de l'hépatite virale.

Objectifs

Évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de prévention et de contrôle de l'infection par le virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes fréquentant les soins prénatals dans un hôpital universitaire du centre de l'Éthiopie.

Méthodes

Une étude transversale en milieu hospitalier a été menée d'Octobre à Novembre 2023 dans un hôpital universitaire du centre de l'Éthiopie. Au total, 412 femmes enceintes ont été sélectionnées et incluses dans

l'étude à l'aide d'une technique d'échantillonnage aléatoire systématique. Un questionnaire administré par un intervieweur a été utilisé pour recueillir les données. Les données collectées ont été importées dans Epi-data version 3.1, puis exportées vers le progiciel statistique pour les sciences sociales version 25 pour analyse. Dans l'analyse bivariée, les variables avec une valeur de p inférieure à 0,25 ont été incluses dans l'analyse multivariée. Un modèle de régression logistique a prédit la relation entre les variables prédictives et les variables de résultat. La significativité statistique a été considérée pour une valeur de $p < 0,05$.

Résultats

Le taux de réponse global a été de 94,06 %. Sur un total de 412 répondants, 37,6 % ont fait preuve de bonnes pratiques. Français Notamment, les femmes enceintes dans les catégories d'âge de 29 à 39 ans (AOR : 0,312 ; IC à 95 % : 0,153, 0,636) et ≥ 40 ans (AOR : 0,170 ; IC à 95 % : 0,058, 0,497), résidant dans des zones rurales (AOR : 0,347 ; IC à 95 % : 0,171, 0,703), avec des tailles de famille plus petites (AOR : 0,132 ; IC à 95 % : 0,070, 0,249), manquant d'informations sur l'infection par le virus de l'hépatite B (AOR : 5,153 ; IC à 95 % : 2,910, 9,125), ayant une attitude positive (AOR : 0,032 ; IC à 95 % : 0,018, 0,058) et possédant de bonnes connaissances (AOR : 0,375 ; IC à 95 % : 0,199, 0,707) étaient significativement associés à de mauvaises pratiques.

Conclusion

Cette étude a révélé que les femmes enceintes présentaient un faible niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques en matière de prévention et de contrôle de l'infection par le virus de l'hépatite B. Une meilleure compréhension était nécessaire pour prévenir et contrôler efficacement la propagation de l'infection grâce à des programmes d'éducation sanitaire prioritaires ciblant les femmes enceintes. Ces programmes doivent se concentrer sur la sensibilisation par le biais de campagnes de sensibilisation et de vaccination pour leurs enfants.

Mots-clés

Connaissances, attitudes, pratiques, VHB, femmes enceintes, Éthiopie

Comment les conversations sur les réseaux sociaux aident-elles à expliquer les obstacles financiers aux services de planification familiale pour les adolescentes rwandaises dans le contexte culturel et juridique dominant ?

Mary Hadley *Contexte du développement, Nairobi, Kenya*

Objectif

Des obstacles financiers à l'accès aux services de santé ont été identifiés dans les pays africains. Le Rwanda dispose d'un système d'assurance national en faveur des pauvres, qui comprend un ensemble de services de planification familiale. Cependant, les adolescents y ont moins recours. Cette étude qualitative a exploré les conversations sur les réseaux sociaux concernant les obstacles financiers à la planification familiale au Rwanda, en particulier pour les adolescents. L'objectif de l'étude était d'orienter les révisions des politiques afin d'améliorer l'accès des adolescents aux contraceptifs et de renforcer leur potentiel tout au long de leur vie.

Méthodes

Une chaîne de recherche a été utilisée pour recueillir les conversations sur les réseaux sociaux concernant les obstacles au financement des services de planification familiale pour les adolescents. L'analyse du contenu de ces messages a permis d'identifier les thèmes clés, puis de les comparer à la littérature existante sur le sujet.

Résultats

La rareté des publications directes des adolescents sur les sites publics témoigne de la stigmatisation sociale liée à leur activité sexuelle et de l'absence de dialogue intergénérationnel sur ce sujet. Les principaux thèmes identifiés lors des discussions sont : les prix prohibitifs des contraceptifs socialement acceptables dans le secteur privé, la stigmatisation sociale qui entrave l'accès à des services publics abordables et l'effet pervers de lois et de politiques bien intentionnées.

Conclusion

Les obstacles financiers à l'accès à la contraception pour les adolescentes sont aggravés par les cadres juridiques et les facteurs sociaux et culturels, ainsi que par leur intersection. La relation entre les conversations captées sur les réseaux sociaux et le contexte socioculturel et juridique est récurrente. Une attention particulière doit être portée aux politiques et aux interventions pour améliorer l'accès des adolescentes à la contraception.

L'étendue, les causes et les implications de la fluctuation saisonnière des indicateurs de santé reproductive : leçons tirées de l'expérience du Rwanda

Mary Hadley[1], Silas Rudasingwa[2]

(1) Context in Development, Nairobi, Kenya
(2) Rwanda Biomedical Centre, Kigali, Rwanda

Introduction

La fluctuation saisonnière de certains indicateurs de santé est un phénomène connu, notamment ceux liés aux précipitations et à la disponibilité alimentaire. Les interventions sanitaires, telles que la distribution de moustiquaires, sont programmées en fonction des normes saisonnières. Cependant, la saisonnalité des indicateurs de santé maternelle et infantile est moins évidente et n'a pas été étudiée en détail au Rwanda. L'objectif de cette étude est de déterminer l'ampleur de la saisonnalité de ces indicateurs afin d'éclairer les politiques et la mise en œuvre des interventions en conséquence.

Méthodes

Les données relatives aux principaux indicateurs de santé maternelle et infantile ont été extraites du Système d'information de gestion de la santé (SIGS), mensuellement, pour les dix dernières années. Une comparaison annuelle a été effectuée. Par la suite, des données ont été extraites de sources complémentaires, telles que les données météorologiques, les registres de mariage, l'indice des prix à la consommation, etc., afin d'expliquer la saisonnalité.

Résultats

On observe une forte saisonnalité des accouchements, faibles en Janvier et Février et plus élevées en Mai et Juin. Une proportion plus élevée de mariages est prévue en juillet et août, période qui coïncide avec de faibles précipitations. D'autres indicateurs suivent la même tendance, mais sont moins marqués.

Conclusion

Ces résultats ont des implications dans divers domaines. Les formations et les congés annuels des professionnels de santé des maternités et des unités néonatales devraient être adaptés à la charge de travail saisonnière. Les commandes courantes de produits médicaux devraient être ajustées en fonction des périodes de forte et de faible utilisation afin d'éviter les ruptures de stock. L'utilisation d'un outil de détection des valeurs aberrantes dans le Système d'information de gestion de la santé devrait être adaptée aux fluctuations saisonnières de la charge de travail de certains services.

Mortinaissances au Ghana : la qualité des soins prénatals a-t-elle quelque chose à voir avec cela ?

Millicent Otopabea Awuku[1], Edward Nketiah-Amponsah[2], Isaac Osei-Akoto[2] and Kwame Adjei-Mantey[3]

(1) Université Ashesi, Berekuso, Ghana
(2) Université du Ghana
(3) Université de l'environnement et du développement durable

Contexte et objectif

Le Ghana a réalisé d'importants progrès en matière de couverture des soins prénatals au cours des cinq années précédant l'Enquête sur la santé maternelle et infantile de 2017 ; cependant, le pays enregistre encore des taux élevés de mortinatalité. Compte tenu des nombreuses conséquences sanitaires et économiques de la mortinatalité sur l'économie et du manque d'études sur ce sujet, l'étude a examiné l'impact de la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes sur la mortinatalité au Ghana.

Méthode

Cette étude a utilisé l'enquête sur la santé maternelle du Ghana de 2017, des données représentées à l'échelle nationale et a utilisé le modèle de risque proportionnel de Cox, car la mortinatalité évoque un sentiment de survie.

Principales conclusions

L'étude a révélé que des soins prénatals (SPN) de meilleure qualité réduisent les risques de mortinatalité. Une augmentation du nombre de consultations prénatales diminue de 81 % le risque de mortinatalité. De plus, l'étude a révélé que l'âge de la femme, son niveau d'éducation, la fréquence et le moment des consultations prénatales influaient significativement sur les risques de mortinatalité.

Conclusion

Les résultats de l'étude suggèrent que des soins prénatals de meilleure qualité améliorent la santé maternelle au Ghana. Par conséquent, une politique visant à améliorer la qualité des soins prénatals est essentielle pour atteindre l'ODD visant à améliorer la santé maternelle d'ici 2030.

L'augmentation du taux de césariennes dans les établissements de santé privés au Rwanda : implications financières et économies potentielles grâce à la réduction des interventions non cliniquement indiquées

Ntwali Ntwali[1], Parfait Uwariraye[2] and Regis Hitimana[1]

(1) Conseil de la sécurité sociale du Rwanda, Kigali, Rwanda
(2) Alliance de financement pour la santé, Kigali, Rwanda

Contexte

La césarienne est une intervention vitale qui entraîne un taux élevé de mortalité et de morbidité maternelles par rapport à l'accouchement par voie basse. Son taux d'utilisation a considérablement

augmenté au cours des deux dernières décennies, passant de 2,2 % en 2000 à 15,6 % en 2019-2020 dans tous les établissements de santé du Rwanda, avec un taux quatre fois plus élevé dans les établissements de santé privés que dans les établissements de santé publics. La raison de cet écart n'a pas encore été documentée, même si des données probantes indiquent une augmentation des césariennes non cliniquement indiquées à l'échelle mondiale, ce qui a des répercussions financières importantes pour les acheteurs de services. L'OMS recommande un seuil de taux de césarienne de 10 à 15 %. Une récente évaluation rapide des mécanismes d'achat dans les établissements de santé privés a fourni des informations cruciales sur cette initiative.

Méthodologie

Une approche de recherche mixte à la fois quantitative (utilisation des services et coûts des réclamations) et qualitative a été utilisée. 368 réclamations de CS et 278 réclamations de VD ont été collectées rétrospectivement sur une période de six mois (Juillet-Décembre 2023) et les coûts standard estimés ont été générés à partir des directives de traitement standard (DTS) publiées par le ministère de la Santé et des articles tarifaires actuels du PHF et comparés aux coûts réels dépensés tels que rapportés pour identifier le facteur de coût, puis validés par des experts. Une hypothèse d'économie de coûts en francs rwandais (Frw) a été générée pour l'exercice 2022-2023 avec un taux de C/S de 56,8 %, en supposant que toutes les C/S et VD étaient couvertes par une assurance maladie et effectuées dans des hôpitaux privés et en utilisant trois scénarios cibles différents avec des taux réduits, y compris le seuil de l'OMS et d'autres (30 % et 20 %).

Résultats

Le nombre de césariennes dans les hôpitaux privés est passé de 4 571 en 2020 à 6 066 en 2023, ce qui correspond à environ 33 % d'augmentation. Les coûts standards des césariennes variaient de 243 616 FRW dans les cliniques générales à 302 239 Frw dans les hôpitaux privés et de 82 388 Frw dans les cliniques générales à 161 447 dans les hôpitaux privés pour les MV. Lors du calcul des hypothèses d'économies de coûts, les coûts variaient de 402 964 296 Frw (objectif de 30 %) et de 734 920 642 Frw (objectif de 15 %) à la charge des acheteurs et ceux-ci pourraient être affectés à d'autres procédures vitales.

Conclusion

La préférence pour la césarienne plutôt que pour la démence vaginale dans les accouchements post-partum est associée à une tendance à l'escalade des coûts. Il est nécessaire d'agir immédiatement pour revoir le mécanisme de rémunération des prestataires et renforcer le respect des pratiques cliniques mondiales fondées sur des données probantes, favorisant des méthodes d'accouchement plus sûres et plus rentables.

Améliorer la qualité des consultations prénatals (CPN) grâce à une liste de contrôle « tout ou rien » : leçons tirées d'un projet collaboratif pour l'amélioration de la qualité de la santé maternelle à Lagos, au Nigéria.

Olasunmbo Makinde[1], Kendra Njoku[2], Kristin Nmazua[3] and Layi Olatawura[3]

(1) Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé, Ikoyi, Lagos, Nigéria
(2) IHI,
(3) Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé

Contexte

Il existe suffisamment de preuves démontrant que les pays où la qualité et la couverture des soins prénatals sont médiocres présentent de moins bons résultats pour la santé maternelle. Ainsi, privilégier des soins prénatals de qualité pourrait générer des bénéfices significatifs pour chaque mère et son nouveau-né, et ainsi mettre fin à la mortalité maternelle évitable. Cependant, des lacunes persistent dans la prestation de soins prénatals de qualité dans les établissements de santé, tant publics que privés, à Lagos, au Nigéria.

But et objectifs

Cette étude explore l'effet de l'utilisation d'une liste de contrôle des soins prénatals comme initiative d'amélioration de la qualité pour améliorer les résultats maternels.

Méthodologie

Intervention : Le projet Aisha vise à réduire de 20 % la mortalité maternelle et les complications obstétricales à Lagos entre 2022 et 2025, grâce à une approche d'amélioration de la qualité (le Modèle d'amélioration), au sein d'un projet collaboratif pour l'amélioration de la qualité de la santé maternelle (AQSM) composé de 23 établissements de santé primaires et secondaires des secteurs public et privé. Pour combler les lacunes identifiées dans la qualité des services de soins prénatals, le projet collaboratif AQSM a utilisé des outils appropriés, tels que la méthode des arêtes de poisson et la cartographie des processus, afin de développer des solutions innovantes (idées de changement). Une idée clé est la conception et l'adoption d'une « liste de contrôle des soins prénatals » afin de promouvoir l'adhésion aux processus de soins prénatals fondés sur des données probantes, une interprétation rapide des résultats, une meilleure prise de décision clinique et des patientes informées. D'autres idées de changement incluent la formation des agents de santé à l'utilisation de la liste de contrôle, sa disponibilité dans les dossiers de soins prénatals, la fourniture d'équipements médicaux (prénatals) appropriés et l'adoption d'un programme complet de discussions sur la santé prénatale. Ces solutions ont été testées selon un cycle d'amélioration itératif (Planifier-Faire-Étudier-Agir).

Collecte de données : Un audit clinique hebdomadaire a été réalisé selon une approche « tout ou rien » : une femme enceinte a bénéficié de tous les services de soins prénatals admissibles à chaque consultation prénatale pour être considérée comme ayant reçu des soins prénatals de qualité. Les données d'audit collectées ont été analysées sous Excel et présentées sous forme de diagrammes annotés afin d'évaluer l'efficacité de la liste de contrôle.

Résultats

Après neuf mois de mise en œuvre, les établissements collaboratifs ont testé et mis en œuvre avec succès des solutions et démontré une amélioration de la qualité des services de soins prénatals, passant d'un score initial de 20 % à 82 %. De plus, nous avons observé une identification rapide des complications maternelles (telles que la prééclampsie et l'obésité pendant la grossesse), une prise de décision clinique rapide (comme une orientation rapide vers les soins primaires) et une responsabilisation des patientes.

Conclusion

Prioriser des processus complets de soins prénatals tout en intégrant des réponses cliniques rapides est essentiel pour améliorer la qualité des services de soins prénatals. L'utilisation de la liste de contrôle des soins prénatals a démontré des gains en matière de prévention des complications maternelles et, à terme, de la mortalité maternelle.

Réformes du financement de la santé pour faire progresser le programme de couverture sanitaire universelle au Rwanda (session organisée)

Regis HITIMANA[1], Okore Okorafor[2], Matiko Riro[3]

(1) Conseil de la sécurité sociale du Rwanda
(2) USAID Ireme / MSH,
(3) Clinton Health Access Initiative

Description

Le parcours du Rwanda vers la Couverture Santé Universelle (CSU) illustre remarquablement la manière dont un pays à faible revenu peut réaliser des progrès significatifs en matière de soins de santé équitables et accessibles à tous ses citoyens. Au cours des deux dernières décennies, le pays a réalisé des progrès considérables dans la reconstruction et la réforme de son secteur de la santé, la CSU étant un objectif central de son programme de développement.

La pierre angulaire de l'approche rwandaise en matière de CSU a été la mise en œuvre du régime d'assurance maladie communautaire (AMC), qui couvre près de 90 % de la population. Ce régime a été complété par un financement national innovant, des mécanismes de paiement des prestataires adaptés au contexte et une solide structure de prestations sociales qui ont permis de maintenir les soins de santé abordables, durables et accessibles, comme en témoigne le maintien d'une couverture élevée au fil des ans malgré les difficultés financières. Une autre approche visant à rendre les soins de santé plus accessibles et abordables est l'approche centrée sur la personne dans la conception des politiques publiques. Cela comprend la révision des politiques de ticket modérateur afin de réduire les dépenses personnelles des populations les plus vulnérables, améliorant ainsi la protection financière et l'accès aux services de santé essentiels.

Cette session explorera les mérites et les conceptions des principales réformes du financement de la santé, de la collecte et de la mutualisation des recettes aux achats stratégiques. Elle fournira un aperçu des exemples pratiques, des mesures prises et de leur impact potentiel sur l'avancement de la CSU. En partageant l'expérience du Rwanda, cette session vise à susciter des discussions et des délibérations enrichissantes qui serviront d'enseignements aux décideurs politiques, aux professionnels de santé et aux chercheurs d'autres pays souhaitant faire progresser la CSU dans leur contexte, en particulier dans les pays à faibles ressources.

L'objectif de cette session est de partager l'expérience des réformes en cours et à venir du financement de la santé qui devraient faire progresser la couverture sanitaire universelle au Rwanda.

La session sera présidée par le Dr Regis Hitimana et comprendra quatre présentations énumérées ci-dessous et sera modérée par le Conseil de sécurité sociale du Rwanda.

- Mécanismes de financement nationaux innovants pour faire progresser le programme de couverture sanitaire universelle au Rwanda : le cas de l'assurance maladie communautaire nationale.
- Vers une politique de co-paiement centrée sur la personne pour un meilleur accès et une meilleure protection financière dans le système d'assurance maladie communautaire au Rwanda
- Vers un mécanisme de paiement durable des prestataires : élaboration d'un modèle de capitation adapté au contexte des soins de santé primaires au Rwanda
- Mise en place d'un écosystème de conception de packages de prestations de santé pour l'assurance maladie communautaire au Rwanda.

La session comprendra 2 intervenants, M. Okore Okorafor Sciences de la gestion pour la santé – Rwanda et Dr Matiko Rio (Clinton Health Access Initiative), qui réfléchiront à l'impact potentiel des réformes dans le contexte du Rwanda.

Mécanismes de financement nationaux innovants pour faire progresser le programme de couverture sanitaire universelle au Rwanda : le cas de l'assurance maladie communautaire nationale

Ina Kalisa[1], Innocent Murindabigwi[2], Eric Rubyagiza[3], Alexis Rulisa[3], Bonaparte Ruhamya[2] and Regis Hitimana[1]

(1) Conseil rwandais de la sécurité sociale, Kigali, Rwanda
(2) Conseil rwandais de la sécurité sociale, Kigali, Rwanda
(3) Conseil rwandais de la sécurité sociale (RSSB), Kigali, Rwanda

Le financement de la couverture santé universelle est un défi dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier dans un contexte de forte informalité. Le Rwanda a adopté l'assurance maladie communautaire (AMC) pour offrir un accès à des services de santé de qualité à un coût abordable à la population du secteur informel. Cependant, l'évolution des recettes n'a pas suivi le rythme de la hausse du coût des soins, ce qui a entraîné un déficit constant. Les principales sources traditionnelles de revenus comprenaient les cotisations forfaitaires pour les membres autofinancés, les allocations gouvernementales, les subventions aux personnes pauvres et les plus vulnérables, et les revenus d'autres assurances maladie. En 2020, un décret du Premier ministre (DPM) déterminant des subventions supplémentaires pour le régime a été publié afin d'assurer sa viabilité financière.

Buts et objectifs

Cette étude vise à décrire les mécanismes de financement nationaux innovants utilisés, à évaluer leur potentiel de revenus pour la durabilité des AMC et à documenter le processus politique associé à leur conception et à leur mise en œuvre.

Méthodes

Les données sur les revenus des AMC depuis la publication du PMD ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives afin de déterminer si ces derniers avaient été mis en œuvre, si des revenus réels avaient été générés et s'il existait un potentiel d'amélioration de la viabilité financière des AMC. Une analyse qualitative, guidée par cinq critères (adéquation et stabilité des revenus, efficience, équité, facilité de recouvrement et acceptabilité politique), a également été menée auprès des principales parties prenantes afin de documenter le processus de sélection et les décisions de conception.

Résultats

Les subventions de neuf (9) des (13) nouvelles sources de revenus ont été transférées à l'AMC. Les revenus provenant de nouvelles sources ont représenté une part croissante des revenus de l' AMC (de 13 % en 2020 à 39 % en 2023) et ont permis au régime d'améliorer sa situation financière et d'enregistrer un excédent. Le solde des fonds du régime est passé d'un déficit de 24,9 milliards de Frw en 2020 à un excédent équivalent à 8,3 milliards de Frw en 2023. Les prélèvements appliqués sur les revenus des sociétés de négoce de pétrole et de gazole et des sociétés de télécommunications, ainsi que la nouvelle taxe sur les salaires, ont montré un plus grand potentiel d'augmentation des revenus du régime à court terme.

Conclusion

Bien que ces mécanismes de financement innovants constituent des options envisageables et puissent constituer un moyen relativement stable, durable et équitable de générer des revenus supplémentaires pour les mutuelles de santé, ils restent modestes par rapport aux besoins croissants en matière de santé. Ils doivent donc être régulièrement réexaminés et utilisés en complément des sources traditionnelles de revenus du régime, qui devraient être ajustées pour suivre la croissance économique, le cas échéant, et les primes versées devraient être basées sur des indicateurs plus objectifs, tels que le revenu.

Vers une politique de co-paiement centrée sur la personne pour un meilleur accès et une meilleure protection financière dans l'assurance maladie communautaire au Rwanda.

Lysette Umutesi[1], Ina Kalisa[2], Jean Marie Vianney Hakizayezu[3], John Etuk[4] and Regis Hitimana[2]

(1) Conseil rwandais de la sécurité sociale, Kigali, Kigali, Rwanda
(2) Conseil rwandais de la sécurité sociale, Kigali, Rwanda
(3) Conseil rwandais de la sécurité sociale (RSSB), Kigali, Rwanda
(4) Initiative Clinton pour l'accès aux soins de santé, Kigali, Rwanda

Selon l'OMS, les dépenses de santé ont connu la plus forte hausse par rapport aux autres secteurs économiques, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Avec un taux de croissance annuel de 6 %, les soins de santé représentent 10 % du produit intérieur brut mondial.

Le Rwanda a déployé des efforts pour améliorer l'accès aux soins de santé et réduire les obstacles financiers pour ses citoyens, conformément aux objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU), en mettant l'accent sur la protection contre les risques financiers et l'accès à des soins de qualité. L'assurance maladie communautaire a été un effort central qui a considérablement étendu les soins de santé aux Rwandais et amélioré l'accès aux services de santé grâce à une subvention complète pour les personnes à faibles revenus et à une participation financière de 10 % et 200 francs rwandais aux frais de santé au niveau des hôpitaux et des centres de santé, respectivement, pour les autres catégories.

Les tickets modérateurs, en tant que mécanisme de partage des coûts, visent à prévenir la surutilisation des services de santé et à garantir la pérennité du système. Cependant, ces paiements peuvent être inabordables pour certains groupes de population, entraînant des dépenses de santé catastrophiques, notamment pour les ménages à faibles revenus, qui ne peuvent pas obtenir les soins médicaux nécessaires.

Buts et objectifs

Cette étude examine comment un changement de politique de co-paiement améliorerait l'utilisation des soins de santé et la protection financière en évaluant les contributions de co-paiement des membres du CBHI et en estimant la faisabilité des coûts et les implications pour le régime CBHI si un co-paiement est subventionné pour les membres lorsque les coûts dépassent un seuil prédéterminé.

Méthodes

Nous avons réalisé une analyse descriptive des demandes de remboursement des hôpitaux de la part des AMC l'exercice 2022/23 afin d'évaluer la quote-part des patients, tous groupes socio-économiques confondus. Nous avons également analysé l'impact des subventions à la quote-part en utilisant différents seuils et projeté leurs implications sur les coûts futurs et la pérennité des soins.

Résultats

L'analyse a révélé un montant total de ticket modérateur de 6 313 498 151 Frw provenant de 2 915 564 utilisations de services au niveau hospitalier en 2022/23. Si le régime devait augmenter les subventions de ticket modérateur, l'impact d'une variation du seuil par visite de 10 000 Frw à 100 000 Frw sur les dépenses globales du régime serait compris entre 0,61 et 2,80 %.

Conclusion

La politique de financement de la santé du Rwanda démontre comment rendre les soins de santé abordables et équitables, contribuant ainsi à l'objectif de la CSU et équitables, faisant progresser l'objectif de CSU. L'étude met en évidence les contributions individuelles importantes qui peuvent entraver l'accès aux soins de santé. Il montre également qu'une politique de copaiement centrée sur les personnes améliorerait l'accès et la protection financière tout en ayant un impact minimal sur les dépenses globales du système.

Vers un mécanisme de paiement durable des prestataires : élaboration d'un modèle de capitation adapté au contexte des soins de santé primaires au Rwanda

Alexis Rulisa[1], Jean Marie Vianney Hakizayezu[1], Ina Kalisa[2] and Regis Hitimana[2]

(1) Conseil rwandais de la sécurité sociale (RSSB), Kigali, Rwanda
(2) Conseil rwandais de la sécurité sociale, Kigali, Rwanda

Le Rwanda a introduit l'assurance maladie communautaire (AMC) en 1999, couvrant près de 90 % de la population en 2023. Le plan de pérennisation de l'AMC élaboré en 2021 recommandait, parmi les principales réformes stratégiques en matière d'achats, de modifier le mécanisme de paiement des prestataires (MPP) dans les établissements de soins de santé primaires, passant du paiement à l'acte (PAA) à la capitation, dans un souci d'efficacité et de durabilité. L'étude montre comment la conception de la capitation a été adaptée aux particularités du paysage des soins de santé primaires au Rwanda.

Méthodologie

Les données historiques quantitatives des paiements des mutuelles de santé aux centres de santé (CS) et aux postes de santé (PS) au cours de l'exercice 2023-2022 ont été utilisées pour concevoir le MPP. Une formule générale « nombre d'adhérents éligibles affectés au CS multiplié par le taux de capitation » a été adoptée pour déterminer le montant de la capitation à payer. Des ajustements spécifiques ont été apportés pour tenir compte du fait que les CS se situent dans des zones d'utilisation différentes, et donc des taux de capitation différents (par zone). De plus, les adhérents sont autorisés à se rendre dans des établissements de santé hors réseau, les établissements plus proches de l'hôpital ayant tendance à recevoir de nombreux patients pour des transferts, ce qui entraîne des paiements par adhérent moins élevés. Une analyse de régression a été utilisée sur les données historiques de paiement pour estimer les paramètres du modèle. Le processus de modélisation comprend les étapes suivantes : 1) attribuer un groupe d'utilisateurs à chaque CS ; 2) attribuer à chaque CS une distance par rapport à l'hôpital ; et 3) exécuter le modèle de régression en utilisant les adhérents, l'estimation de l'utilisation du CS et les adhérents entrants comme autres données d'entrée du modèle.

Résultats

Bien que le modèle comporte deux paramètres, le premier a été estimé à 912, 1 246 et 1 557, selon que les centres de santé appartiennent respectivement aux groupes d'utilisation faible, moyenne et élevée. Le second paramètre, tenant compte des flux entrants, a été estimé à 907 et 1 239 pour les centres de santé dont la distance à l'hôpital est inférieure ou supérieure à 1 km, respectivement. Les projections montrent que près de 90 % des centres de santé se situent dans un écart de 30 % par rapport aux paiements historiques. Le forfait par consultation au niveau des centres de santé varie de 910 à 1 630 FRW, selon les services fournis. Le montant de la capitation sera versé avant le début du mois pour les centres de santé, tandis que les centres de santé recevront leurs paiements à la fin du mois. Les services d'ambulance continueront d'être payés à l'acte.

Conclusion

L'adaptation de la formule générale de capitation au contexte du Rwanda est essentielle pour garantir l'équité entre les établissements de santé, améliorer l'efficacité de la prestation des services de santé et garantir la prévisibilité des ressources.

Mise en place d'un écosystème de conception de programmes de prestations de santé pour l'assurance maladie communautaire au Rwanda

Cindy Muhoza[1], John Etuk[2], Alexis Rulisa[1], Regis Hitimana[1]

(1) Conseil de la sécurité sociale du Rwanda, Kigali, Rwanda
(2) Initiative Clinton pour l'accès à la santé, Kigali, Rwanda

Le système de santé rwandais a réalisé des progrès remarquables en matière d'accès aux services de santé, près de 90 % de la population étant assurée par le régime d'assurance maladie communautaire (AMC). Afin de garantir la fourniture continue de services de santé équitables, accessibles et de qualité, le gouvernement rwandais a lancé plusieurs réformes, notamment la mise en place d'une structure de gouvernance chargée d'examiner et de définir les services prioritaires du régime d'assurance maladie communautaire, en commençant par les services de cancérologie, et d'assurer la pérennité du système de couverture maladie (SCM).

La recherche vise à examiner le cadre de gouvernance et le processus de conception de l'ECPPS au Rwanda afin d'identifier ses points forts et ses domaines d'amélioration et de tirer des leçons à suivre par d'autres gouvernements ou organisations impliqués dans des pratiques similaires.

Méthodes

Cette étude a adopté une approche mixte, incluant l'examen des documents de politique et des rapports

administratifs relatifs à la gouvernance et à la conception des processus du HBP afin d'identifier les meilleures pratiques, d'évaluer les stratégies actuelles ayant fait leurs preuves et de formuler des améliorations durables. Des données qualitatives ont été recueillies lors d'entretiens avec le comité de l'ECPPS, l'équipe d'évaluation, les experts et spécialistes nationaux et d'autres parties prenantes clés afin d'évaluer la coordination entre les différentes équipes et ses implications sur la conception de l'ECPPS.

Résultats

L'analyse a examiné le rôle de la structure de gouvernance et des processus décisionnels du Rwanda, ainsi que la mise en œuvre des politiques. La structure de gouvernance actuelle de l'ECPPS du Rwanda a facilité la réalisation de l'évaluation initiale de la prise en charge du cancer au Rwanda, son évaluation ultérieure et l'approbation par le ministère de la Santé de son inclusion dans le programme de prestations de l'AMC. L'étude est toujours en cours, les résultats sur la conception du système de prestations de santé, les preuves utilisées, le processus de prise de décision et les progrès réalisés jusqu'à présent seront disponibles avant l'AFHEA25.

Conclusion

Le développement d'une structure de gouvernance durable est essentiel pour améliorer la prise de décision transparente et inclusive dans la conception des programmes de prestations de santé ; cette étude a identifié les succès et les limites du processus de conception de l'ECPPS au Rwanda, qui pourraient potentiellement constituer une base de leçons pour les pays cherchant à définir des programmes de prestations pour leur régime d'assurance.

L'impact de la gestion des finances publiques sur les résultats en matière de santé : que disent les données probantes ? (Session organisée)

10h00 – 11h30 Jeudi 13 Mars 2025

Helene Barroy[1], Yann Tapsoba[2]

(1) WHO,
(2) Alliance pour le financement de la santé / African Frontline First

Description

On observe un intérêt et une prise de conscience croissants quant à la relation positive potentielle entre la GFP et les résultats en matière de santé. De manière générale, la GFP est depuis longtemps reconnue comme essentielle au renforcement de l'efficacité allocative et opérationnelle. Partant de cet argument,

l'hypothèse théorique soutient que le renforcement des systèmes de GFP influence la manière dont les fonds sont alloués aux priorités du secteur de la santé et leur nature, ce qui a un impact sur la qualité et l'accès aux services de santé. Ainsi, davantage de personnes ont accès à des services améliorés sans être exposées à des difficultés financières, ce qui améliore les résultats en matière de santé. Cependant, un examen plus approfondi révèle que, malgré les fondements théoriques explicites et implicites, peu de données empiriques ont été produites pour analyser le lien entre les deux.

Sur cette base, cette session lancera une discussion interactive visant à décortiquer la compréhension implicite du lien entre la GFP et les résultats de santé, nous rapprochant ainsi d'un examen explicite de ce lien basé sur des données empiriques. À ce jour, les données sont limitées, mais en constante augmentation. Cette session contribuera donc à ces travaux en cours en se concentrant sur deux articles empiriques qui cherchent à établir le lien, le cas échéant, entre les systèmes de GFP et les résultats de santé.

La première présentation examinera l'impact des dimensions de la GFP sur les résultats de santé, en couvrant un échantillon de pays d'Afrique subsaharienne entre 2005 et 2018. Les résultats indiquent que la qualité de la GFP, estimée par les scores PEFA, réduit la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans. La prévisibilité et le contrôle de l'exécution budgétaire sont les dimensions de la GFP associées à l'effet le plus important sur la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans. De plus, les analyses montrent que la qualité de la GFP réduit la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans dans les pays qui accordent la priorité aux allocations budgétaires de santé.

La deuxième présentation examine la relation entre la gestion des finances publiques (GFP), le financement des interventions de santé et les résultats sanitaires. Plus précisément, elle se concentre sur la pertinence du financement public de la santé et examine l'effet de la GFP sur la mortalité des moins de cinq ans. L'analyse révèle que la qualité de la GFP réduit le taux de mortalité des moins de cinq ans, soit environ 14 décès pour 1 000 naissances vivantes, et que ce taux augmente avec la part du financement de la santé canalisée par le secteur public. L'article analyse cette relation plus en détail dans la région ALC, avec des résultats similaires à ceux de l'échantillon mondial.

Enfin, les intervenants sélectionnés répondront aux deux présentations, en soulignant les études de cas des pays, les principaux enseignements, les questions émergentes et en soulevant les lacunes ou les limites des preuves, le tout dans le but de déterminer la pertinence de ces résultats pour les prochaines étapes et de façonner les systèmes de GFP pour mieux servir les systèmes de santé.

Gestion des finances publiques et santé en Afrique subsaharienne : données issues d'une revue quantitative sur la période 2005-2018

Yann Tapsoba

Alliance pour le financement de la santé / African Frontline First, Ouagadougou, Burkina Faso

Contexte

La théorie de la GFP soutient que la gestion des fonds publics influence la prestation des services de santé et, par conséquent, les résultats sanitaires. Tout au long du cycle budgétaire, la GFP influence la qualité, l'accès et la couverture des services de santé, ce qui se traduit par une amélioration des résultats sanitaires. Malgré ce fondement théorique, le lien entre la qualité de la GFP et les résultats sanitaires est mal démontré, et la littérature empirique est peu abondante.

Objectif et méthodologie

L'objectif de cet article est d'examiner la relation entre la qualité de la GFP et les résultats de santé en utilisant un estimateur des moindres carrés ordinaires (MCO) groupés, couvrant un échantillon de pays d'Afrique subsaharienne sur la période 2005-2018.

Résultats

Les résultats indiquent que la qualité de la GFP, approximée par les scores DPRF, réduit la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans, mais n'a pas d'effet significatif sur la mortalité due aux MNT dans un contexte de faible priorité accordée à ces maladies dans l'allocation budgétaire de la santé. La prévisibilité du financement public et l'exécution efficace du budget sont les dimensions de la GFP associées à l'effet le plus élevé sur la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans. De plus, l'analyse montre que la qualité de la GFP réduit la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans dans les pays qui accordent une priorité élevée à la santé dans leur allocation budgétaire. Elle n'a pas d'effet significatif sur les indicateurs de mortalité dans les pays où la priorité budgétaire à la santé est faible.

Discussion

Pour atteindre les ODD relatifs à la santé maternelle et infantile, les pays devraient augmenter chaque année leur score de Dépenses publiques et responsabilité financière (DPRF) moyen de 7,5 % pour la mortalité maternelle et de 8 % pour la mortalité des moins de cinq ans. Les résultats escomptés sont importants pour motiver les décideurs à s'engager dans des réformes de la GFP, qui sont généralement longues et complexes et nécessitent un renforcement des capacités à long terme. L'étude démontre que la GFP, lorsqu'elle est combinée à un engagement politique de haut niveau soutenu par des allocations budgétaires, se traduit par des résultats positifs pour la population. Plus précisément, l'étude montre l'importance d'améliorer les niveaux, l'efficacité et la régularité de l'exécution budgétaire comme moteur essentiel des résultats du secteur. Les gouvernements devraient prioriser les actions visant à identifier les causes de la sous-exécution chronique du budget de la santé et à identifier des solutions.

Gestion des finances publiques, financement de la santé et mortalité des moins de cinq ans : une analyse empirique comparative

Moritz Piatti-Fünfkirchen *Banque mondiale*

Contexte/Objectif :

Cette étude examine la relation entre la gestion des finances publiques (GFP), le financement des interventions de santé et les résultats sanitaires. Plus précisément, l'article teste économétriquement si l'effet de la GFP sur la mortalité des moins de cinq ans dépend de la pertinence du financement public de la santé.

Méthodologie

L'application de la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) à un échantillon de 215 observations indique qu'une augmentation d'une unité de la qualité de la GFP réduit le taux de mortalité des moins de 5 ans, soit environ 14 décès pour 1 000 naissances vivantes. Dans les pays qui canalisent au moins 75 % des dépenses de santé par l'intermédiaire du système public, ce taux passe à 17 décès pour 1 000 naissances.

Principales conclusions

Les résultats sont robustes à l'utilisation d'une variable dépendante alternative, en ajoutant des effets fixes annuels, un test de sensibilité où le seuil de financement de la santé est varié et un test de falsification qui vérifie si les résultats sont influencés par des aspects de gouvernance non observés. De plus, l'article fournit une analyse comparative pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ALC), une région qui reste largement négligée dans la littérature. Les résultats pour l'ALC sont globalement cohérents avec l'échantillon mondial, bien que moins prononcés et sans effet différentiel pour les pays de l'autre côté du seuil de financement. Globalement, les données indiquent que la poursuite de la couverture sanitaire universelle et les progrès vers les ODD connexes seront plus coûteux si des systèmes favorables ne sont pas en place.

Comment une gestion des finances publiques améliorée peut-elle contribuer à de meilleurs résultats en matière de santé : les exemples du Ghana et de l'Éthiopie

Kingsley Addai Frimpong *OMS*

Dans son intervention, Kingsley Addai Frimpong, économiste de la santé du bureau de pays de l'OMS en Éthiopie, répondra aux trois présentations, en soulignant les principaux enseignements, les questions émergentes et en soulignant les lacunes ou les limites des preuves, le tout dans le but de déterminer la pertinence de ces résultats pour le Ghana et/ou l'Éthiopie pour les prochaines étapes et de façonner les systèmes de GFP afin de mieux servir les systèmes de santé.

Discussion

En tant qu'experte principale en finances publiques auprès de l'Organisation mondiale de la santé, Hélène BARROY proposera des pistes pratiques pour l'élaboration des politiques et la recherche.

Inégalités Sociales, Santé Maternelle et Mobilisation des Ressources en Afrique Francophone

La mobilisation des ressources pour la résilience et la pérennisation de l'offre des services pour la planification familiale en République Centrafricaine.

Dr Romaric ZARABO[1], TAKOULOU Timotée TAKOULOU Timothée[2]

(1) Bangui, Centrafrique, Central African Republic
(2) Ministère de la Santé, Bangui, Centrafrique, Central African Republic

Contexte

La mobilisation des ressources dans le cadre de la Planification Familiale en République Centrafricaine (RCA) demeure toujours une préoccupation car l'Etat contribue seulement 1% et les partenaires Techniques et Financiers 99%. L'Etat a fait des efforts ces derniers temps mais ce financement insuffisant a toujours été supporté par les PTF en l'occurrence UNFPA, la Banque Mondiale et la Fondation Buffet. Il y a certes un besoin d'accroitre la couverture PF, le financement, mais surtout les ressources humaines en santé pour la mise en œuvre du programme PF (stratégie avancée et clinique mobile) ainsi que l'engagement communautaire

Objectifs

Analyser le système de financement de services de Planification Familiale pour l'amélioration et l'accès aux services de PF.

Les objectifs spécifiques assignés à ce travail sont les suivants : Décrire le financement du programme de PF et identifier les innovations des ressources pour un financement durable du programme de PF en République Centrafricaine (RCA) ; Proposer les mécanismes innovants pour diversifier pour mobiliser les ressources tant domestiques qu'étrangères ;Suggérer les mécanismes d'efficience dans l'utilisation de ressources financières allouées aux services de la planification familiale et de rapportage des dépenses y relatifs.

Méthodologies

L'approche qualitative et celle quantitative ont pour but d'appréhender les facteurs favorables et défavorables à la mobilisation des ressources à l'offre des services de la planification familiale au niveau communautaire. C'est une étude transversale qui a utilisé les méthodes mixtes pour collecter et analyser les données de différentes sources de financements de la planification familiale en RCA L'outil Excel est

utilisé dans l'analyse pour produire les paramètres de tendance comme la moyenne.

Résultats

Il est à noter que sur trois dernières années, l'Etat a inscrit dans la Loi de Finance une ligne budgétaire à hauteur de 100 000 000 FCFA en 2022, 2023 et il a décaissé 50 000 000 en 2022 et 25 000 000 F en 2023. Cette année, l'Etat a dépensé à hauteur de 500 000 dollars pour l'achat des produits contraceptifs dans le cadre de Fonds Buffet, donc le financement accorde une grande importance à la planification familiale. Cette contribution va renforcer les efforts fournis par les partenaires. Ainsi, nous constatons que les financements des partenaires sont plus importants que la part du budget de l'Etat affectée pour soutenir le programme de la Planification Familiale. Le tableau ci-dessous montre la part des partenaires pour la contribution à l'achat des produits de la planification familiale.

Système de santé et interruptions clandestines de grossesse au Burkina Faso

Bila Blandine Gouo

Institut de recherche en Sciences de la santé, Ouagadougou/ Burkina Faso, Ouagadougou, Burkina Faso

Contexte

Les soins après avortements font partie des paquets de soins prévus dans les formations sanitaires publiques au Burkina Faso à toute femme en situation d'avortement provoqué ou spontané. Une analyse des circonstances de survenue de certains avortements, éclaire le phénomène.

Méthodologie

Trois discours non-enregistrés de soignants notés sur le cahier de terrain en marge des interviews lors des prises de contact pendant l'évaluation qualitative du PSSR (Décembre 2022), analysés manuellement soutiennent cette analyse.

Résultats

R1 Les grands records de demande de soins d'avortement enregistrés entre mars et mai sont justifiés par les fêtes de fin d'année et la "Saint Valentin"

R2 Parmi les femmes et jeunes filles qui contractent des grossesses, certaines souhaitent avorter quelques mois plus tard bien qu'elles ne remplissent pas les critères pour bénéficier d'une ISG selon la Loi. De même, des femmes en indication d'ISG se perdent dans les complexités du circuit.

R3 Certaines limites du dispositif de référence des patientes ISG vers les formations sanitaires adaptées favorisent les recours aux avortements clandestins.

Conclusion

Les avortements clandestins aux issues incertaines peuvent être réduites à travers des mesures plus adaptées et une meilleure orientation des femmes en besoin d'ISG dans les formations sanitaires.

Evaluation des coûts des services de santé sexuelle et reproductive supportés par les ménages au Burkina Faso

Danielle Belemsaga/Yugbaré, Siaka Lougue, Relwendé Nacanabo, Rachidatou Compaore, Kadari Cisse, Henri Gautier Ouedraogo and Seni Kouanda

Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso

Introduction

Les coûts supportés par les ménages affectent de par l'utilisation des services dont celles des services de santé sexuelle et reproductive. Notre article a pour objectif de mesurer les coûts des services de PF, de SAA et d'interruption sécurisée de la grossesse (ISG) autorisée par la loi supportée par les ménages.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale de comparaison intervention (132) versus contrôle (32) en 2022 sur les coûts des services dans les formations sanitaires (FS) de base auprès des clientes des services de PF, SAA et d'ISG autorisée par la loi au Burkina. Nous avons effectué une analyse descriptive des coûts médians directs, indirects et totaux en FCFA(XOF). Les coûts directs sont les coûts directement imputables aux soins et les coûts directs non médicaux (le coût du transport, les dépenses alimentaires et les cadeaux offerts au personnel de santé). Les coûts indirects sont le coût d'opportunité du temps passé dans la formation sanitaire pour l'acquisition des soins estimé par valorisation monétaire en considérant le revenu journalier par habitant du Burkina Faso.

Résultats

Les coûts totaux supportés par les ménages sont respectivement dans les FS d'intervention et de contrôle pour la PF de 300 FCFA (347/394) et 216 FCFA (209/210); les SAA de 6163 FCFA (33/104) et 1530 FCFA (7/8) ; et les ISG autorisées par la loi de 57922 FCFA (76/77). Les coûts des services pour les clientes de PF, de SAA ne sont pas significativement différents pour les clientes des FS d'intervention et de contrôle. Des clientes

(64/394) ont supporté 650 FCFA pour les coûts directs médicaux des services de PF malgré la gratuité de la PF depuis 2020 à cause des ruptures de stock.

Conclusion

Les coûts des services de PF, de SAA et d'ISG autorisée par la loi et supportée par les ménages doivent être réduits avec une baisse des ruptures de stock et la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

Facteurs socio-économiques associés à la carie dentaire dans une population d'enfants scolarisés vivant en milieu précaire et non précaire à Abidjan en Côte d'Ivoire

Abou Dramane Sangare[1], Marie-Pascale Koffi-Pregnon[2], Konin Juste Abraham Atta[2], Nzebo Marcellin Nouaman[2], Mamadou Samba[3] and Jean-Claude Guinan[2]

(1) UFR Odonto-Stomatology /Félix Houphouët-Boigny University Abidjan, Abidjan, Ivory Coast,
(2) UFR Odonto-Stomatology /Félix Houphouët-Boigny University Abidjan,
(3) Félix Houphouët-Boigny University, Abidjan

Contexte

La carie dentaire continue d'être un fardeau pour les services de santé de nombreux pays principalement africains, malgré la disponibilité de mesures de prévention efficaces. Elle demeure un problème de santé publique et un facteur important contribuant au mauvais état de santé général surtout des enfants. La réduction de la prévalence de la carie dentaire est donc souhaitée. Elle peut se faire en s'appuyant sur les déterminants socio-économiques qui sont le témoignage d'inégalités de santé bucco-dentaire, afin de parvenir à plus d'équité.

Objectif

Analyser les facteurs socio-économiques associés à la carie dentaire chez les enfants scolarisés en milieu précaire et non précaire à Abidjan en Côte d'Ivoire.

Méthodes

L'étude de type transversal à visée analytique a eu pour cadre des écoles primaires situées en milieu précaire et non précaire de la ville d'Abidjan. La population d'étude était celle des élèves âgés d'au moins 5 ans. Les variables étudiées concernaient les caractéristiques socio-économiques, les comportements en santé orale, l'état bucco-dentaire. Les facteurs socio-économiques associés au niveau d'hygiène et à la présence de la carie dentaire ont été recherchés à l'aide d'une régression logistique avec un seuil de signif-icativité fixé à 5%.

Résultats

Au total 343 élèves ont participé à l'étude dont 58,3% scolarisés en milieu non précaire et 41,7% en milieu précaire. Une prédominance féminine (56%) a été observée. Plus des 2/3 des enfants enquêtés ne disposaient pas d'assurance de santé. Moins des 3/4 des élèves avaient une hygiène bucco-dentaire insatisfaisante. La prévalence de la carie dentaire était de 44,9%. Les élèves vivant en milieu non précaire avaient une hygiène bucco-dentaire plus satisfaisante que ceux vivant en milieu précaire (OR = 1,7 ; IC95% = [1,05 – 2,7]). Les élèves ayant des parents appartenant à la classe socio-économique basse développaient 0,6 fois moins de carie que ceux dont les parents appartiennent à la classe socio-économique élevée ou moyenne (OR= 0,6 ; IC95% = [0,40-0,98].

Conclusion

Le milieu de vie précaire et une classe économique modérée ou élevée apparaissent dans cette étude comme des facteurs pouvant influencer négativement la santé bucco-dentaire des enfants. Les différentes stratégies de lutte envisagées pour améliorer la santé bucco-dentaire des populations doivent privilégier les soins de santé primaires avec en bonne place l'éducation pour la santé et la prévention.

Mots-clés

Santé bucco-dentaire, inégalités sociales, enfants, déterminants socio-économiques, Côte d'Ivoire

Soins Intégrés Aux Patients

11h30-13h00 Jeudi 3 Mars 2025

Facteurs influençant l'accès, la qualité et l'utilisation des soins de santé primaires pour les patients souffrant d'hypertension en Afrique de l'Ouest – Une analyse approfondie.

Kezia Naa Amerley Akosua Amarteyfio

Collège des médecins et chirurgiens du Ghana, Accra, Ghana

Introduction

L'hypertension, l'une des maladies non transmissibles les plus répandues en Afrique de l'Ouest, peut être efficacement prise en charge grâce à des soins primaires de qualité. Cette revue de la littérature vise à explorer les données disponibles sur les facteurs influençant l'accès aux soins primaires, leur utilisation et la qualité de la prise en charge des patients hypertendus en Afrique de l'Ouest.

Méthodes et analyses

Cette revue de portée utilise l'approche décrite par Arksey et O'Malley en 2005. Cette revue utilise l'extension Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (Éléments de Rapport

Préférés pour les Revues Systématiques et les Méta-Analyses) pour les revues de portée afin de présenter les résultats.
Les bases de données consultées étaient PubMed, Embase, Scopus, Cairn Info et Google Scholar, examinant les articles publiés entre le 1er Janvier 2000 et le 31 Décembre 2023. Les études ont été sélectionnées en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Résultats

Les facteurs influençant le contrôle de l'hypertension dans les établissements de soins primaires peuvent être regroupés en macro-, méso- et micro-facteurs. Les macro- (facteurs contextuels plus larges) incluent la politique de santé et sa mise en œuvre ; les méso- (facteurs liés au système de santé) incluent le manque de médicaments antihypertenseurs essentiels, l'inadéquation des outils, équipements et autres fournitures, les systèmes de financement (p. ex., les paiements directs des patients, le manque de formation des professionnels de santé) ; et les micro- (facteurs liés à la communauté et aux patients) incluent les o bstacles financiers, les comportements de recours aux soins et le soutien de la communauté et des ménages. Ces facteurs sont interconnectés et complexes et doivent être traités dans leur ensemble afin de réduire le fardeau de l'hypertension en Afrique de l'Ouest.

Conclusion

Cette revue fournit un aperçu des facteurs qui favorisent ou entravent l'accès, l'utilisation et la qualité des soins primaires en Afrique de l'Ouest. Bien que la plupart des résultats aient constitué des obstacles, quelques leviers pourraient être exploités pour améliorer les soins primaires pour l'hypertension en Afrique de l'Ouest.

Analyse des coûts de mise en œuvre d'un programme de dépistage et de traitement de la COVID-19 : données probantes du monde réel au Ghana, au Malawi et en Zambie

Emily Macharia[1], Maame Amoakohene[2], Jonathan Mtaula[2], Mwaba Mulenga[3], Anthony Bless Dogbedo[2], Yamikani Gumulira[2], Caroline Boeke[2], Okechukwu Amako[2], Norman Lufesi[4], Lawrence Ofori-Boadu[5], Daniel Mingle[5], Krishna Udayakumar[1], Lloyd Mulenga[6] and Wenhui Mao[7]

(1) Duke Global Health Innovation Centre,
(2) Clinton Health Access Initiative,
(3) Clinton Health Access Initiative, Lusaka, Zambia,
(4) Ministère de la Santé, Malawi,
(5) Ministère de la Santé, Ghana,
(6) Ministère de la Santé, Zambie,
(7) Duke Global Health Innovation Center, Durham, Caroline du Nord

Contexte

L'accès à des traitements oraux efficaces contre la COVID-19 permet de sauver des vies et de limiter l'impact des futures flambées épidémiques. Le consortium Quick Start a soutenu avec succès la mise en place rapide de programmes de dépistage et de traitement de la COVID-19 dans huit pays d'Afrique et d'Asie, rendant le nirmatrelvir/ritonavir accessible aux patients tout en aidant les pays à renforcer les capacités essentielles à la mise en œuvre de ces programmes et à se préparer aux futures urgences sanitaires. Afin d'éclairer les décisions politiques futures en matière d'allocation des ressources, cette analyse vise à évaluer le coût de mise en œuvre de ces programmes dans certains pays.

Méthodes

Nous avons adopté une perspective du système de santé pour évaluer le coût de mise en œuvre du programme sur une sélection de sites QuickStart au Ghana, au Malawi et en Zambie, couvrant différentes régions infranationales et différents niveaux d'établissement, et opérant de décembre 2022 à mai 2024. Un outil de micro-coût a été développé pour collecter les principaux éléments de coût, tels que les produits, la chaîne d'approvisionnement, le personnel et les coûts de gestion du programme. Des estimations supplémentaires du temps et des déplacements ont été recueillies auprès des professionnels de santé afin d'évaluer la charge de travail liée à l'exécution de différentes tâches. Nous avons également collecté des données de sortie, telles que le nombre de tests effectués et le nombre de traitements, afin d'évaluer le coût par test ou traitement.

Principales conclusions

Nous avons obtenu des informations sur les coûts auprès de 18 établissements dans les trois pays sélectionnés. Au Malawi, le coût mensuel moyen variait de 1 396 à 4 213 USD par mois et par établissement. Le coût par test effectué variait de 17 à 64 USD, tandis que le coût par traitement commencé variait de 287 à 1 953 USD. Au Ghana, le coût mensuel moyen variait de 867 à 4 965 USD. Le coût par test effectué variait de 65 à 329 USD, tandis que le coût par traitement commencé variait de 88 à 1 500 USD. Dans les deux pays, les frais de personnel constituent le principal facteur de coût, contribuant à environ 60 à 80 % du coût total. Le coût mensuel et le coût par test effectué ou par traitement commencé variaient considérablement en fonction du nombre total de tests effectués et de traitements dispensés par différents établissements au cours des différents mois. Nous présenterons les résultats de la Zambie et nous prévoyons également de modéliser différents scénarios, tels que la délégation des tâches, pour estimer les économies de coûts potentielles.

Conclusion

Cette étude fournit des preuves concrètes du coût de la mise en œuvre d'un programme de test et de traitement de la COVID-19 dans les milieux à faibles ressources afin d'informer les décideurs politiques sur les ressources nécessaires pour proposer systématiquement des services de test et de traitement de la COVID-19 à un moment où la gestion de la COVID-19 à l'échelle mondiale passe de la réponse d'urgence aux soins de routine.

Conceptualisation d'un modèle de simulation de patient individuel pour évaluer les impacts économiques des soins intégrés pour la multimorbidité cardio-métabolique au Kenya

Elvis Omondi Achach Wambiya, James Odhiambo Oguta, Duncan Gillespie, Catherine Akoth, Robert Akparibo and Peter Dodd

Université de Sheffield, Sheffield Centre for Health and Related Research (SCHARR), Sheffield, Royaume-Uni

Contexte

Le poids croissant de la multimorbidité cardio-métabolique et le manque de données probantes sur l'impact économique des modèles de soins intégrés durables soulignent la nécessité d'évaluations économiques à l'aide de modèles d'analyse décisionnelle (MAD). L'élaboration d'un cadre de modélisation conceptuelle constitue une étape importante vers l'élaboration de MAD économiques en santé publique, destinés à éclairer les décisions politiques. Cet article détaille le processus et les résultats du développement d'un modèle conceptuel de MAD afin d'évaluer l'impact économique d'un modèle de soins intégrés existant au Kenya.

Méthodes

Le projet de soins de santé primaires intégrés pour quatre maladies chroniques (PIC4C), mis en œuvre dans la région occidentale du Kenya, a servi d'étude de cas. L'élaboration du modèle conceptuel s'est appuyée sur le cadre de modélisation conceptuelle de Squires et al. (2016), qui décrit les étapes clés du processus de développement, notamment : 1) l'alignement du cadre sur le processus décisionnel ; 2) l'identification des parties prenantes concernées ; 3) la compréhension du problème ; et 4) l'élaboration et la justification de la structure du modèle. Ce processus a impliqué une revue systématique de la littérature et des documents, ainsi qu'une mobilisation des principales parties prenantes par le biais d'entretiens avec des informateurs clés, d'un atelier et d'une collaboration continue.

Résultats

Au total, 17 parties prenantes clés ont été interrogées tandis que 15 parties prenantes ont participé à l'atelier. Les aspects clés des soins intégrés considérés comme importants pour la modélisation étaient le dépistage, l'orientation et le traitement intégrés des soins primaires communautaires ; la formation des agents de santé ; et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicaments. Le contexte de multimorbidité du modèle était la comorbidité des maladies cardiovasculaires (MCV) et du diabète. En fonction de la nature de l'intervention et de la complexité des pathologies et de leurs complications, nous avons opté pour un modèle de simulation de transition d'état de patient individuel. La population de départ proposée est constituée d'adultes âgés de 24 ans et plus, indemnes de maladie, atteints de MCV et/ou de diabète, et stratifiés selon des facteurs de risque non modifiables (âge, sexe, tension artérielle, IMC) et modifiables (consommation de tabac). Les complications prises en compte pour la modélisation

de l'histoire naturelle des maladies cardiovasculaires comprenaient les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque. Les considérations générales recommandées par les parties prenantes pour le développement du modèle économique de la santé comprenaient le contexte épidémiologique, les considérations d'équité, notamment l'âge, le statut socioéconomique, le sexe et la géographie, le niveau de prestation de soins de santé et l'évolutivité du modèle de soins intégrés.

Conclusion

L'implication des acteurs locaux dans l'élaboration du modèle conceptuel a été essentielle pour le contextualiser au contexte kenyan. Le processus de modélisation conceptuelle a permis de comprendre les interactions des patients avec le système de santé dans le cadre d'un modèle de soins intégré et d'une norme de soins, puis d'identifier les mécanismes d'impact et les points d'utilisation des ressources.

Revue systématique des données probantes sur l'impact du financement sur la prestation de soins chirurgicaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Trusharkumar Parmar *École d'économie et de science politique de Londres*

Contexte

Fournir des soins chirurgicaux équitables et efficaces dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) est un aspect essentiel du programme de santé mondial visant à améliorer la santé globale de la population et la couverture sanitaire universelle (CSU). Malgré les engagements mondiaux, d'importantes disparités persistent : 5 milliards de personnes n'ont pas accès à des soins chirurgicaux sûrs et abordables et 33 millions sont confrontées à des dépenses de santé catastrophiques. La Commission Lancet considère les soins chirurgicaux comme essentiels à la réalisation des objectifs de santé mondiale et à la CSU. Elle préconise fortement que l'investissement dans les soins chirurgicaux soit abordable et stimule la croissance économique.

But

Examiner systématiquement les données probantes sur l'impact du financement sur la prestation de soins chirurgicaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Objectifs

- Identifier et résumer les données existantes sur l'impact du financement sur les soins chirurgicaux

- Pour étudier l'efficacité de ces mécanismes
- Comprendre les obstacles et les défis associés à ces mécanismes
- Proposer des recommandations en matière de politiques et de pratiques fondées sur les résultats

Méthodes

Une recherche systématique a été menée dans les quatre bases de données consultées pour cette étude (Medline, Embase, Econlit et Global Health). Les études publiées entre 2000 et 2024 ont été incluses. Les résultats de la recherche ont été évalués selon des critères de sélection prédéfinis et leur qualité a été évaluée de manière critique. Deux évaluateurs indépendants ont examiné les études. Compte tenu de l'hétérogénéité des données, une synthèse narrative a été réalisée plutôt qu'une méta-analyse.

Principales conclusions

Les interventions de financement de la santé, en particulier l'assurance maladie publique et les services de santé gratuits, améliorent considérablement l'accès aux soins chirurgicaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, réduisant ainsi les coûts directs et indirects.
Malgré ces interventions, des défis tels que les coûts cachés et les disparités d'accès persistent, en particulier pour les ménages les plus pauvres et les populations rurales.
Certains mécanismes de financement, comme les paiements au cas par cas, ont permis de réduire les coûts et de contrôler la surutilisation des procédures. En revanche, d'autres, comme les frais d'utilisation, ont constitué des obstacles à l'accès, soulignant la nécessité de cadres politiques adaptés au contexte.

Conclusion principale

Pour combler le déficit critique en matière de soins chirurgicaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les mécanismes de financement de la santé jouent un rôle crucial. Cette revue systématique souligne l'impact positif significatif des politiques de financement de la santé, notamment de la couverture d'assurance maladie, sur l'amélioration de l'accès aux soins chirurgicaux, l'amélioration de leur qualité et la réduction des charges financières dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, elle révèle également la nécessité de s'attaquer aux coûts cachés et de prévenir une éventuelle surutilisation des services. Les décideurs politiques doivent adopter des stratégies globales, adaptatives et inclusives qui garantissent une protection financière totale, l'équité et la qualité des soins chirurgicaux, tout en s'appuyant sur des mécanismes de gouvernance solides pour guider l'évolution continue de ces politiques en réponse aux nouveaux défis et opportunités.

Repenser les mécanismes de responsabilisation comme moyen de renforcer la gouvernance dans les centres de soins de santé primaires au Nigéria

Pamela Adaobi Ogbozor[1], Obinna Emmanuel Onwujekwe[2], Martin McKee[3], Aloysius Odii[4], Prince Agwu[5], Tochukwu Charles Orjiakor[6], Eleanor Hutchinson[7] and Dina Balabanova[7]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria
(3) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Royaume-Uni
4) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Nigéria
(5) Université de Dundee, Dundee, Royaume-Uni
(6) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria
(7) Département de santé mondiale et de développement, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni

Contexte

Au Nigéria, les centres de santé primaires (CSP) sont inégalement financés et manquent souvent de consommables essentiels (médicaments, fournitures médicales et équipements de diagnostic), de fonds et de personnel. Cette situation est aggravée par le manque d'investissement, la faiblesse de la gouvernance, la fragmentation et le dysfonctionnement des mécanismes de responsabilisation, ainsi que par l'ingérence politique. La recherche de rente demeure un problème majeur, reconnu par les principaux acteurs locaux, et ce phénomène est favorisé par la mauvaise mise en œuvre des mécanismes de responsabilisation. Cette étude a exploré le potentiel d'adaptation et de refonte de ces mécanismes afin de mieux les adapter aux structures institutionnelles générales et au contexte sociopolitique local, afin d'améliorer la gouvernance, l'accès et la qualité des services de santé essentiels.

Méthode

Nous avons adopté une approche qualitative, en menant une observation participante de huit semaines dans six centres de santé primaires et deux services de santé locaux (n = 2). Nous avons ensuite mené des entretiens approfondis (n = 30) avec des responsables de santé, des décideurs politiques et des présidents de comités de centres de santé à Enugu, dans le sud-est du Nigéria. Les données ont été analysées thématiquement, puis interprétées selon le cadre de responsabilisation du système de santé de Brinkerhoff.

Résultats

Le personnel des centres de santé primaires entretient de multiples relations sociales croisées avec des acteurs formels et informels à différents niveaux des systèmes politiques et de santé. Les flux financiers, la supervision et le suivi, l'établissement de rapports, le renforcement des capacités, la mise en œuvre des programmes, le développement des infrastructures et l'approvisionnement en équipements médicaux et en médicaments sont régis par les règles formelles et ces relations sociales. En revanche, le paiement des salaires et la sécurité ne sont pas régis par les relations sociales, mais assurés uniquement par le Comité de développement local et le Comité de développement de quartier, respectivement. Cela perturbe et déforme les mécanismes de responsabilisation existants, créant de multiples conflits d'intérêts et des interférences politiques de multiples acteurs. Ces processus conduisent souvent à des mécanismes formels de plainte et de retour d'information inefficaces, sapant la confiance dans le système. Les lois relatives à la budgétisation financière (non-implication des professionnels de santé), aux décaissements (et au suivi (audits irréguliers)) et à la supervision externe sont également façonnées par ces relations. Les marges de

manœuvre pour créer des mécanismes de responsabilisation sont restreintes par ces forces, mais des améliorations sont possibles grâce à la mise en œuvre d'une gestion des finances publiques, à l'établissement de politiques claires de gestion des conflits d'intérêts, à la promotion du professionnalisme et à l'amélioration des mécanismes de conformité et de retour d'information.

Conclusion

L'examen du réseau complexe des mécanismes de responsabilisation en identifiant le rôle des mécanismes formels par rapport aux mécanismes informels et les lacunes dans les mécanismes de responsabilisation peut contribuer à améliorer les mécanismes de gouvernance en s'attaquant à la recherche de rente, en répondant aux déficiences aiguës des systèmes de santé et en promouvant un système de soins de santé primaires juste et durable.

Innovations dans le secteur des soins de santé en Afrique : décolonisation, politiques et initiatives en faveur de l'équité

11h30-13h00 Jeudi 3 Mars 2025

Analyse d'économie politique de la collaboration multipartite dans la formulation d'une nouvelle politique de couverture sanitaire universelle CSU) au Sénégal : recommandations pour une réforme réussie

Shotaro Togawa[1], Khadidiatou Fall DIA[2], Arona Mbengue[2], Ousseynou Diop[3], Melisa Martinez-Alvarez[4], Nouria Brikci[4], Paoli Behanzin[5] and J osephine Borghi[4]

(1) Agence japonaise de coopération internationale
(2) Agence sénégalaise de couverture maladie universelle
(3) Consultant CMU,
(4) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres
(5) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni

Historique

La réforme du financement de la santé est reconnue comme intrinsèquement complexe et politique, nécessitant la collaboration de diverses parties prenantes aux intérêts souvent contradictoires. Des études récentes ont souligné l'utilité de l'analyse d'économie politique pour obtenir des éclairages essentiels sur les véritables changements politiques. Cependant, les recherches sur les conditions contextuelles et les processus sous-jacents d'une collaboration efficace, nécessaires à la réussite d'une réforme, demeurent insuffisantes.

Objectifs

Au Sénégal, le gouvernement s'est lancé dans l'évaluation de son programme d'assurance maladie

universelle et la formulation ultérieure d'une nouvelle politique de couverture maladie universelle (CMU) depuis 2019. Prenant en compte cette réforme en cours, nous analysons les processus de collaboration dans l'élaboration des politiques de financement de la santé et obtenons des recommandations pratiques pour sa mise en œuvre.

Méthodes

Cette étude de cas qualitative analyse rétrospectivement les processus de collaboration entre les différentes parties prenantes lors de la formulation de la nouvelle politique et évalue prospectivement les résultats attendus lors de sa mise en œuvre. Cette analyse est facilitée par un cadre analytique intégrant le cadre d'économie politique de Campos et Reich (2019) et le cadre de gouvernance collaborative d'Emerson (2012) et ses hypothèses. Nous avons mené 24 entretiens avec des informateurs clés auprès d'un large éventail de parties prenantes impliquées dans l'élaboration de la politique et examiné les documents de politique connexes afin de comprendre le contexte du système et la perception des parties prenantes quant aux processus de collaboration et à leurs résultats.

Résultats

L'agence sénégalaise de la CSU, qui pilote l'élaboration de la politique aux côtés de son ministère de tutelle, le ministère de la Famille et de la Solidarité, a efficacement mobilisé les ressources externes nécessaires à l'élaboration de la nouvelle politique. Les partenaires de développement se sont également engagés dans le processus de formulation, apportant un soutien crucial grâce à leur expertise locale. Cependant, bien qu'un arrêté ministériel ait défini les parties prenantes concernées par l'élaboration de la politique, les principaux acteurs, notamment les ministères de la Santé, des Finances et du Travail, n'ont pas été véritablement impliqués, et le ministère de la Santé élabore actuellement une politique similaire, mais distincte. Par ailleurs, des tensions notables ont persisté entre le gouvernement et les groupes d'intérêt, notamment les assureurs de santé communautaires et les prestataires de services. Ces désaccords minent la confiance et l'adhésion des bénéficiaires au programme, ce qui pose des défis importants pour la mise en œuvre de la nouvelle politique.

Conclusions

Une collaboration insuffisante dans le processus d'élaboration des politiques pourrait entraver leur mise en œuvre efficace, malgré le fait que la politique elle-même vise à améliorer l'équité et la pérennité du système de financement de la santé. Pour y remédier, le gouvernement sénégalais devrait prioriser ses efforts d'harmonisation de la coordination interministérielle et d'atténuation de la méfiance et des tensions entre les parties prenantes afin de regagner la confiance du public dans le programme.

Campagnes conjointes de santé humaine et animale au Tchad : Améliorer l'équité des services de santé pour les éleveurs nomades

Hamit Kessely[1], Jean Bernard Gbangou[2], Damien Revault[2], Monique Lechenne[2]

(1) Centre de Support en Santé Internationale, N'Djaména, Tchad, Tchad
(2) Institut suisse de santé tropicale et publique, Allschwil, Suisse, Tchad

Introduction et objectif

Fournir des services de santé aux populations nomades, comme celles du Tchad qui migrent avec leur bétail pour accéder aux ressources saisonnières, constitue un défi majeur. L'accès de ces communautés aux soins de santé est encore compliqué par les pratiques et croyances culturelles, qui influencent l'acceptation des interventions sanitaires. Depuis plus de 30 ans, le Tchad met en œuvre une stratégie de campagnes conjointes de santé humaine et animale pour répondre à ces problématiques. Ces campagnes visent à instaurer la confiance avec les communautés nomades, à améliorer la couverture vaccinale des enfants, des femmes et du bétail, et à renforcer les connaissances en matière de prévention des maladies. Le Ministère tchadien de la Santé publique et de la Prévention (MSPP) et le ministère de l'Élevage (MdE) organisent ces campagnes, avec le soutien de l'Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH) et de son partenaire national, le Centre de soutien en santé internationale (CSSI), dans le cadre du Programme d'appui aux districts sanitaires du Tchad (PADS). Afin de faciliter l'adoption et la pérennisation de ces campagnes mixtes, les partenaires ont élaboré un guide de mise en œuvre, officiellement approuvé par les ministères concernés.

Méthodologie

La planification d'interventions conjointes commence par une évaluation approfondie du contexte, utilisant une approche transdisciplinaire pour identifier les obstacles potentiels à la prestation de soins de santé. Cela permet d'élaborer des stratégies d'information, de communication et d'éducation (ICE) adaptées aux conditions locales et de recueillir des informations sur les déplacements saisonniers des groupes pastoraux, essentielles pour planifier et localiser les interventions. La préparation des visites de terrain implique des efforts coordonnés de tous les ministères et programmes partenaires afin de maximiser les bénéfices pour toutes les parties prenantes.

Résultats et discussion

En 2021, des campagnes de vaccination nomades menées dans les districts de Kyabé et d'Oum-Hadjer au Tchad ont permis de vacciner 4 084 enfants âgés de 0 à 59 mois. De plus, 325 femmes enceintes ont bénéficié de consultations prénatales, 848 femmes en âge de procréer ont été vaccinées contre le tétanos et plus de 11 000 personnes ont reçu des informations sur la prévention de la COVID-19. Du côté des animaux, 8 755 bovins ont été vaccinés contre la fièvre charbonneuse et d'autres maladies. Ces résultats démontrent que les interventions conjointes humaines et animales sont bien acceptées par les communautés pastorales et permettent d'étendre efficacement les services de santé aux populations difficiles d'accès. Bien que ces campagnes soient coûteuses et dépendent de financements externes, la collaboration intersectorielle peut réduire les coûts par rapport aux interventions indépendantes.

Conclusion

Les campagnes mixtes améliorent l'accès aux services de santé de base pour les communautés pastorales. Le guide de mise en œuvre aidera les districts sanitaires à planifier et à obtenir le soutien des partenaires pour répondre aux besoins de santé des populations nomades. Il pourra également servir de référence pour des initiatives similaires dans d'autres pays.

Comment les collaborations d'apprentissage transnationales améliorent l'assistance technique destinée à améliorer l'infrastructure et à renforcer les systèmes d'approvisionnement en sang de qualité : l'expérience du Libéria, du Malawi et du Rwanda

Julie Wieland1, Onyekachi Subah2, Thomas Muyombo3, Bridon M'baya4, Adaora Osi-Ogbu5, Yewande Ogundeji5, and Olasunmbo Makinde6

(1) Fondation pour la Stratégie et la Livraison de la Santé
(2) Programme National de Sécurité Sanguine, Libéria
(3) Division de Transfusion Sanguine, Rwanda
(4) Service de Transfusion Sanguine du Malawi, Malawi
(5) Health Strategy and Delivery Foundation, Nigeria
(6) Health Strategy and Delivery Foundation, Ikoyi, Lagos, Nigeria

Contexte

L'accès aux transfusions sanguines est une intervention médicale vitale pour diverses pathologies, notamment l'anémie, l'hépatite et l'hémorragie post-partum (principale cause de mortalité maternelle) associées au paludisme et au VIH/sida. Cependant, les systèmes de transfusion sanguine, généralement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), pilotés par un service national de transfusion sanguine (SNTS), sont souvent confrontés à des difficultés d'accès et de disponibilité du sang sécurisé. Alors que de nombreux PRFI entreprennent des transformations de leurs infrastructures de santé, ils subissent une diminution du financement de l'aide extérieure, ce qui nécessite un partage des connaissances et un apprentissage mutuel. Les systèmes de transfusion sanguine sécurisés sont souvent confrontés à des défis communs, dont la maturité et le développement varient tout au long de la chaîne de transfusion sanguine, ce qui constitue un terrain fertile pour les collaborations visant à améliorer les interventions en matière d'infrastructures de santé.

Méthode

Grâce à l'Accélérateur de renforcement des systèmes de santé de l'USAID, les principaux acteurs du système de transfusion sanguine des établissements de santé nationaux du Libéria, du Malawi et du Rwanda ont participé à des collaborations transnationales axées sur la demande (virtuelles et en personne) afin d'échanger des connaissances, des bonnes pratiques et des enseignements sur les défis liés à la disponibilité du sang sûr et de prioriser les réformes des systèmes de transfusion sanguine pour améliorer l'accès rapide et la disponibilité du sang sûr. Avec des experts du Service national du sang du Zimbabwe, du Service de transfusion sanguine de Namibie, de la Coalition du sang pour l'Afrique et de la

Société africaine de transfusion sanguine, ces événements ont favorisé un apprentissage pragmatique axé sur des sujets liés aux infrastructures de santé, notamment la mobilisation et la fidélisation des donneurs de sang, l'hémovigilance, ainsi que la production et l'utilisation de données sur le sang sûr pour la gestion des performances et la prise de décision.

Résultats

L'apprentissage collaboratif a permis aux trois pays de relever des défis communs en matière d'infrastructures sanitaires et de progresser dans la mise en œuvre des directives et protocoles, là où le partage d'expériences et de connaissances tacites ou pratiques faisait défaut. Par exemple, le Libéria a intégré une enquête de satisfaction des donneurs de sang à ses collectes de sang systématiques. Le Malawi met en place un système de collecte et de gestion de données hors ligne, développe des programmes d'ambassadeurs scolaires pour fidéliser les donneurs de sang et explore des solutions rentables pour répondre aux fortes demandes et aux besoins de financement. Le Rwanda adopte les stratégies marketing apprises du BTS namibien, intègre les mises à jour du système de gestion du sang et multiplie les publications de recherche afin d'accroître la visibilité du système du sang et son impact sur la santé.

Conclusion

Les collaborations transnationales facilitées par Accelerator ont permis d'améliorer les activités de mise en œuvre nationales, en les reliant à l'assistance technique fournie. Notre expérience et les résultats de l'utilisation de collaborations pour relever les défis liés à la sécurité des infrastructures de transfusion sanguine suggèrent que ces collaborations peuvent également être une méthode efficace pour relever d'autres défis du système de santé, lorsque le contenu (politiques, protocoles, directives, etc.) est clair, mais le mode opératoire plus flou.

Vers la décolonisation de la médecine et des soins de santé : la place des traditions africaines de santé et de guérison

Geoffrey Nwaka *Université d'État d'Abia, Uturu, Nigéria, Ututu, Nigéria*

La médecine traditionnelle et les techniques thérapeutiques ont une longue histoire en Afrique pour traiter un large éventail de problèmes de santé humaine et animale. Malheureusement, ce riche corpus de connaissances a longtemps été sous-estimé en raison de la prédominance des mentalités et des pratiques euro-centriques. Pourtant, les recherches actuelles confirment que de nombreux médicaments actuels sont issus de plantes médicinales tropicales africaines et que la médecine traditionnelle peut ouvrir la voie à des avancées scientifiques en médecine moderne et à la découverte de médicaments. Nous soutenons que la science de la santé mondiale doit intégrer les traditions sanitaires des communautés locales africaines.

Avec le colonialisme, la modernité et l'accent mis sur l'utilisation de médicaments pharmaceutiques, de

vaccins et d'autres formes de biomédecine, la médecine traditionnelle doit désormais faire face aux préjugés dédaigneux des médecins et des fonctionnaires du gouvernement qui prétendent que la pratique de la médecine traditionnelle n'est pas conforme aux principes scientifiques de la médecine moderne, et encore moins aux aspects spirituels et culturels de la guérison qui impliquent parfois la divination, les rituels, la croyance en la sorcellerie, etc. Ces fonctionnaires ont tendance à se méfier de la médecine traditionnelle et à insister sur la nécessité de valider, codifier et normaliser sa pratique afin de garantir une plus grande sécurité et efficacité. Ils hésitent donc souvent à fournir le cadre réglementaire et législatif pour intégrer la médecine traditionnelle dans le système de santé national. Malheureusement, la médecine moderne ou orthodoxe, malgré tous ses mérites évidents, n'est pas facilement accessible et abordable pour un grand pourcentage de la population, en particulier dans les zones rurales ; et même dans les villes, la plupart des gens ont tendance à combiner médecines traditionnelles et modernes, en particulier lors d'épidémies comme le VIH/SIDA EBOLA et COVID19, et pour des maladies telles que la folie pour lesquelles la médecine occidentale n'a pas fourni de remède facile.

Cet article souligne la valeur et la pertinence persistante de la médecine traditionnelle et d'autres aspects du riche patrimoine culturel africain. Il insiste sur la nécessité de promouvoir la médecine comparée et la collaboration entre scientifiques et praticiens de la médecine moderne, d'une part, et ceux qui détiennent et utilisent le savoir médical traditionnel, d'autre part, afin que tradition et modernité se complètent et s'enrichissent mutuellement, favorisant ainsi la perspective de la couverture sanitaire universelle.

Établissement des priorités pour une politique fondée sur des données probantes et rôle de l'évaluation des technologies de la santé (ETS) pendant la préparation et la réponse aux pandémies en Afrique : une étude de portée

Chinyere Cecelia Okeke[1], Benjamin Chudi Uzochukwu[2], Francis Ruiz[3]

(1) Université du Nigéria, HPRG, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria
(3) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni

Contexte

La préparation et la réponse aux pandémies sont des éléments essentiels de la sécurité sanitaire mondiale. Elles sont particulièrement cruciales dans les régions vulnérables aux épidémies de maladies infectieuses, comme l'Afrique. Les urgences de santé publique constituent une menace actuelle pour la population compte tenu de leur potentiel dévastateur. La récente pandémie de COVID-19 l'illustre bien. Malgré les efforts déployés pour améliorer la préparation aux pandémies, des lacunes subsistent dans l'évaluation des données probantes et la définition des priorités. Tirer les leçons des expériences passées et adopter des stratégies fondées sur des données probantes peuvent améliorer la préparation aux pandémies dans les pays africains.

Buts et objectifs

Évaluer et documenter l'état d'établissement des priorités et de préparation aux pandémies en Afrique, afin de soutenir l'élaboration de recommandations clés pour les futures réponses aux pandémies/épidémies.

Méthodes

Une revue de portée a été réalisée selon le cadre d'Arksey et O'Malley. Nous avons suivi les lignes directrices PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews) pour la présentation des résultats. Nous avons utilisé le logiciel Covidence et appliqué les étapes suivantes : identification des questions de recherche ; identification des études pertinentes ; sélection des études éligibles ; représentation graphique des données ; et compilation et synthèse des résultats.

Principales conclusions

Au niveau du continent, la création du CDC Afrique lui confère le mandat de guider l'Union africaine et ses États membres dans la prévention, le contrôle et la gestion des maladies et des événements sanitaires. Cependant, il n'existe pas de politique spécifique sur la définition des priorités pour la préparation aux pandémies et aux urgences de santé publique (ESP). Le CDC Afrique adopte généralement la politique de l'OMS afin d'éviter les doublons. Bien que plusieurs pays africains aient élaboré des plans de réponse aux urgences de santé publique, ces plans ne fournissent pas de détails sur le processus de définition des priorités à utiliser. Les gouvernements ont principalement appris les uns des autres. Il y a peu de discussions sur l'allocation des ressources aux différents services de santé fournis ou aux consommables nécessaires. Le recours à la modélisation épidémiologique, aux prévisions et à l'analyse coût-efficacité a fourni des données importantes pour appuyer la prise de décision pendant la pandémie de COVID dans la région africaine, mais la capacité à mener de telles analyses était faible. Les données pertinentes nécessaires aux exigences de définition des priorités peuvent être indisponibles ou de mauvaise qualité.

Conclusions

Tant au niveau du continent africain qu'à celui des pays, certaines structures procèdent implicitement à la définition des priorités en cas de pandémie. Cependant, et malgré des évolutions encourageantes, les processus de définition des priorités ne sont pas clairement définis dans la plupart des pays. Cela pourrait s'expliquer par des capacités insuffisantes et l'absence de législation spécifique à la définition des priorités. Il est donc nécessaire de soutenir les pays et l'Union africaine de manière continue afin qu'ils comprennent l'importance de mécanismes explicites de définition des priorités et des outils connexes tels que l'évaluation des technologies de la santé.

Mots-clés

Établissement des priorités, ETS, Afrique.

Approches innovantes de la gestion du VIH et de la tuberculose en Afrique

11h30-13h00 jeudi 3 mars 2025

Réduction de la mortalité et avantages de la protection contre les risques financiers liés à l'élargissement de la lutte contre la tuberculose en Éthiopie : résultats d'une étude de modélisation

Lelisa Fekadu Assebe *MSH, Addis-Abeba, Éthiopie*

Objectifs

La tuberculose (TB) représente une menace majeure pour la santé publique à l'échelle mondiale. Le fardeau économique que représente le recours aux soins antituberculeux expose les personnes concernées à un risque élevé de difficultés financières. La stratégie de l'OMS contre la tuberculose vise à éliminer la tuberculose et à protéger pleinement les ménages des coûts catastrophiques (CC) d'ici 2035. L'impact d'une lutte antituberculeuse renforcée sur la réduction des décès et des CC dus à la tuberculose dans tous les quintiles de revenu a été évalué en Éthiopie.

Conception	Cadre	Participants
Étude de modélisation de l'impact de la tuberculose.	Éthiopie.	Ménages touchés par la tuberculose.

Interventions

Trois stratégies de lutte contre la tuberculose ont été étudiées : la recherche active des cas ; l'amélioration de la mise en œuvre du traitement de courte durée sous observation directe (TCDOD) pour la tuberculose sensible aux médicaments (TB-SM) ; et l'amélioration des soins contre la tuberculose multirésistante (ASM-TB).

Mesures des résultats

le modèle TIME (TB Impact Model and Estimates- Modèle et estimations de l'impact de la tuberculose) a été utilisé pour projeter l'impact de ces interventions sur l'incidence et la mortalité de la tuberculose. À l'aide des résultats du TIME et des coûts supportés par les patients, nous avons projeté la réduction des décès et des cas de tuberculose chronique grâce à l'intensification des stratégies de lutte antituberculeuse, par an et sur la période 2018-2035. L'impact de l'intervention a été quantifié par l'évolution du nombre de ménages victimes de décès et de cas de tuberculose chronique par rapport à la situation de référence.

Résultats

En Éthiopie, environ 757 000 décès liés à la tuberculose et 601 000 cas de CC surviendraient entre 2018 et 2035 (scénario de base). L'intensification de la recherche active des cas pourrait réduire les décès dus à la tuberculose et les CC de 27 et 32 %, respectivement ; l'amélioration du TCDOD pour la TB-SM permettrait d'éviter 25 % des décès et 15 % des CC ; et l'amélioration des soins de la ASM-TB permettrait d'éviter jusqu'à 1 et 6 % des décès et des CC dans le scénario de base, respectivement. Les avantages en termes de mortalité et de protection financière seraient les plus importants pour les deux quintiles les plus pauvres.

Conclusions

L'amélioration de la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la tuberculose, telles que la recherche active des cas et la stratégie TCDOD pour la TB-SM, pourrait réduire la mortalité et les difficultés financières des ménages touchés. Il est essentiel de garantir aux ménages touchés par la tuberculose un accès universel à des soins centrés sur la personne et à une protection financière adéquate dans la lutte contre la tuberculose.

Mots-clés

Tuberculose ; protection financière ; coûts catastrophiques ; analyse coût-efficacité étendue.

Prévalence, facteurs associés et interventions d'atténuation de la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) en Afrique : un protocole d'examen systématique.

Edward Mawejje

École de santé publique de l'Université Makerere, Conseil de recherche universitaire, LLC-Ouganda, Kampala, Ouganda

Contexte

En Afrique, 25,6 millions de personnes vivent avec le VIH, dont 380 000 sont décédées des suites d'une maladie liée au sida. La stigmatisation liée au VIH est l'un des principaux déterminants de la santé. Souvent citée comme un fardeau « caché » de la maladie, elle est reconnue comme un obstacle majeur aux efforts de prévention et de traitement du VIH. Une compréhension fine de la prévalence de la stigmatisation liée au VIH et des facteurs de risque associés est essentielle pour développer des interventions de réduction de la stigmatisation et optimiser les résultats liés au VIH. Il est donc impératif d'estimer sa prévalence, ses facteurs associés et les interventions d'atténuation afin de recueillir des données probantes pour des réformes politiques plus robustes, un engagement multipartite et une intégration des services de lutte contre la stigmatisation liée au VIH afin d'accélérer l'atteinte des objectifs 2025-2030. Un engagement mondial fort existe pour éliminer la stigmatisation liée au VIH et, bien que de multiples stratégies d'élimination aient été testées, les preuves de leur impact ne sont pas correctement documentées. L'analyse des expériences d'intervention à ce jour est utile pour identifier les enseignements qui peuvent éclairer des interventions plus efficaces et efficientes à l'avenir. L'identification d'interventions efficaces pour réduire la stigmatisation et pouvant être intégrées aux ripostes nationales est essentielle au succès de la riposte mondiale au sida. La revue systématique vise à déterminer la prévalence, les facteurs associés et les facteurs d'atténuation de la stigmatisation à plusieurs niveaux parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) sur le continent africain.

Méthodes

L'étude, compilée et enregistrée PROSPERO CRD42024507615, recherchera des études pertinentes issues de MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, PubMed, SCOPUS, Web of Science, Cochrane et de la littérature grise sur Google Scholar à l'aide d'une stratégie de recherche détaillée et prédéfinie. Les études éligibles, publiées entre 2015 et 2023 en anglais, à condition que les auteurs maîtrisent cette langue, incluront des

commentaires, des éditoriaux, des actes de symposium et des revues de cadrage. L'outil d'évaluation des méthodes mixtes (MMAT) évaluera de manière critique la qualité méthodologique des études incluses. Une approche de synthèse thématique sera utilisée pour synthétiser les données des études incluses.

Expected Results and Findings

Conclusion

La revue systématique fournira des informations solides sur les interventions spécifiques au contexte de réduction de la stigmatisation du VIH à plusieurs niveaux en Afrique, aidant ainsi les décideurs politiques, les professionnels du VIH/SIDA et les chercheurs à comprendre la prévalence actuelle et les facteurs communs associés à la stigmatisation des PVVIH en Afrique.

Mots clés

Stigmatisation du VIH, PVVIH, revue systématique, Afrique et Protocole.

Tests de récence optimaux du VIH parmi les personnes éligibles vivant avec le VIH (PVVIH) : amélioration continue de la qualité (ACQ) au Centre de santé de Busia quatre (CS IV) dans le district de Busia.

Edward Mawejje *École de santé publique de l'Université Makerere, Conseil de recherche universitaire, LLC-Ouganda, Kampala, Ouganda*

Contexte

À l'échelle mondiale, des objectifs ambitieux à trois volets 95-95-95 ont été fixés pour 2025. Cependant, selon le rapport UPHIA 2020 d'évaluation de l'impact sur la santé de la population ougandaise, la connaissance de la séropositivité au VIH chez les adultes de plus de 15 ans, y compris les PVVIH, reste sous-optimale à seulement 90 %, ce qui met en évidence une réalisation sous-optimale. L'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 nécessite une intensification de la surveillance pour détecter les nouvelles infections à VIH, les « infections récentes » au VIH au cours des 12 derniers mois avec une couverture sous-optimale conduisant à des niveaux élevés de charge virale du VIH, d'où la transmission virale à leur(s) partenaire(s) sexuel(s) et à leurs bébés. Tous les TxNew de plus de 15 ans doivent subir un test de récence le jour même, soit dans un établissement de santé, soit dans des points de service communautaires, avec consentement (MOH 2020). Ainsi, les résultats sous-optimaux des tests de récence du VIH entravent les progrès vers la maîtrise de l'épidémie de VIH d'ici 2030, zéro nouvelle infection à VIH, exacerbent la stigmatisation et contribuent à une augmentation des décès liés au VIH.

Améliorer le dépistage du VIH parmi toutes les personnes nouvellement diagnostiquées et éligibles vivant avec le VIH de plus de 15 ans, de (2/10) 20 % en novembre 2023 à (18/18) 100 % d'ici fin avril 2024.

Méthodes

L'équipe d'amélioration du travail (EAT) du centre de santé Busia IV dans le district de Busia avec une population de 2098 personnes vivant avec le VIH, a mené une enquête rapide sur les données qui a agrégé les données sur les mesures de renforcement des systèmes de santé ; l'hésitation des clients, les ruptures de stock de fournitures de récence, la présence d'interventions d'amélioration continue de la qualité (IACQ), l'adoption et la connaissance des tests de récence du VIH, l'état de la gestion des données. Renforcement des capacités de l'équipe d'amélioration de la qualité sur les concepts de récence du VIH, intégration des tests de récence du VIH de base et gestion robuste des données, y compris les saisies de données en temps opportun dans le PIRS et la synchronisation des données EMR.

Résultats

D'ici fin avril 2024, le centre de santé Busia IV a atteint une couverture de 100 % en matière de tests de récence, contre 20 % fin novembre 2023. Par conséquent, l'intégration des tests de récence obligatoires du VIH dans les pratiques combinées de prévention et de dépistage du VIH accélérera les progrès nationaux vers la maîtrise de l'épidémie de VIH d'ici 2030.

Conclusion

Des initiatives résilientes d'amélioration continue de la qualité et de gestion des données sont essentielles pour étendre la mise en œuvre. Par conséquent, ces innovations devraient être étendues à d'autres contextes similaires afin d'améliorer les résultats et la pérennité du programme.

Renforcement des approches diagnostiques : Utilisation de la radiographie pour améliorer la détection de la tuberculose chez l'enfant dans les cas GeneXpert négatifs dans les selles à Akwa Ibom, Nigéria

Steven Batur *KNCV Nigéria, Abuja, Nigéria et Okoh Adakole, KNCV Nigéria*

Contexte

La tuberculose (TB) demeure un problème de santé majeur, en particulier chez les enfants des régions à forte prévalence. GeneXpert, bien qu'efficace, produit souvent des résultats négatifs dans les échantillons de selles pédiatriques, ce qui conduit à des diagnostics manqués. Cette étude évalue l'utilisation de la radiographie pulmonaire (RX) comme outil diagnostique complémentaire pour améliorer la notification de la tuberculose infantile lorsque les résultats de GeneXpert sont négatifs.

Méthodes

L'étude a été menée à Akwa Ibom, au Nigéria, de janvier à décembre 2023. Des patients pédiatriques

(âgés de 0 à 14 ans) présentant des symptômes évocateurs de tuberculose et dont les selles étaient négatives au test GeneXpert ont été soumis à une radiographie thoracique. Ces radiographies ont été évaluées par des radiologues qualifiés pour déceler des signes compatibles avec la tuberculose. Les patients présentant des résultats évocateurs de la radiographie thoracique ont fait l'objet d'une évaluation clinique plus approfondie et d'une recherche des contacts. Les données sur les taux de déclaration de la tuberculose avant et après la mise en œuvre de la radiographie thoracique ont été comparées.

Résultats

Au total, 300 enfants dont les selles étaient négatives au test GeneXpert ont subi une radiographie thoracique. Parmi eux, 85 (28,3 %) présentaient des résultats de radiographie thoracique indiquant une tuberculose. Une évaluation clinique ultérieure et la recherche des contacts ont confirmé la tuberculose chez 72 (24 %) de ces cas. L'introduction de la radiographie thoracique a entraîné une augmentation significative des notifications de tuberculose infantile à Akwa Ibom, passant de 120 cas pour 100 000 enfants (avant la mise en œuvre) à 175 cas pour 100 000 enfants (après la mise en œuvre), soit une augmentation de 45,8 %. L'utilisation de la radiographie comme outil de diagnostic supplémentaire a entraîné une augmentation de 22,5 % des notifications de tuberculose infantile par rapport à la seule dépendance aux selles du test GeneXpert.

Conclusion

L'intégration de la radiographie pulmonaire comme outil diagnostique complémentaire améliore considérablement la détection et la notification de la tuberculose infantile lorsque les résultats du test GeneXpert sont négatifs. Cette approche pourrait renforcer les efforts de lutte antituberculeuse, en garantissant un diagnostic et un traitement rapides de la tuberculose chez les enfants, réduisant ainsi la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose dans les contextes à forte prévalence.

Analyse automatisée des dépenses de santé : adaptation d'un outil basé sur le VIH pour la tuberculose avec des applications plus larges pour l'Afrique du Sud

Sithabiso Daphne Masuku[1], Raymond Mashishi[2], Khumo Modiba[1], Anthony Odama[2], Zwebuka Khumalo[2], Joshua Karume[3], Teresa Guthrie[4] and Gesine Meyer-Rath[5]

(1) Bureau de recherche en économie de la santé et en épidémiologie, Faculté des sciences de la santé, Université du Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud
(2) South African National AIDS Council Trust, Pretoria, Afrique du Sud
(3) Centre pour l'économie, la gouvernance et la responsabilité en Afrique, Johannesburg, Afrique du Sud
(4) ONUSIDA, Genève, Suisse
(5) Département de santé mondiale, Université de Boston, Boston

Introduction

L'analyse des dépenses de santé en Afrique du Sud est essentielle en raison de ses investissements importants dans les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose (TB). Le pays dispose du plus grand programme de lutte contre le VIH au monde et intensifie sa riposte à la tuberculose, une cause majeure de décès. L'Évaluation nationale des dépenses de lutte contre le sida (NASA) 2017-2020 en Afrique du Sud a inclus pour la première fois les dépenses liées à la tuberculose, identifiant ainsi les déficits de financement et améliorant la planification financière. Afin de répondre au besoin d'un outil d'analyse des dépenses polyvalent et adaptable à d'autres domaines de lutte contre la maladie, nous avons développé BASLY-Reloaded (BASLY-R), un outil utilisant C# et VB-NET en conjonction avec SQL Server pour extraire et organiser les données sur les dépenses liées au VIH et à la tuberculose à partir du Système comptable de base (BAS) géré par le Trésor national. Nous décrivons le développement de BASLY-R, notamment son adaptation à l'analyse des dépenses liées à la tuberculose, et soulignons sa polyvalence pour des dépenses plus larges liées à la maladie.

Méthodes

BASLY-R traite les dossiers financiers du secteur public au format Excel, issus du BAS, afin de produire des données analysables sur les dépenses nationales et provinciales liées à la tuberculose. Cet outil flexible permet aux utilisateurs d'analyser les données d'une ou plusieurs provinces et/ou ministères sur plusieurs années, en fonction de leurs besoins analytiques spécifiques. L'ajout d'une nouvelle maladie se fait en deux étapes : 1) l'identification et la classification des termes de recherche selon les activités programmatiques et les codes NASA, un processus collaboratif et itératif impliquant de multiples parties prenantes ; 2) l'affectation de ces termes de recherche aux domaines programmatiques et aux codes NASA. L'outil utilise ensuite la liste prédéfinie de termes de recherche pour saisir les dépenses liées à la tuberculose et catégorise chaque poste de dépense par domaine programmatique et par code NASA. Nous avons testé la robustesse et la précision de BASLY-R en comparant les dépenses liées à la tuberculose pour 2022/23 aux chiffres officiels du Département national de la Santé (NDoH) pour la même période, basés sur les systèmes internes de collecte et de reporting des données du NDoH.

Résultats

Les résultats préliminaires montrent une variation de 8 % des dépenses de lutte contre la tuberculose en 2022/23 selon BASLY-R (461,1 millions de rands/24,99 millions de dollars américains) par rapport aux 498,88 millions de rands/27,04 millions de dollars américains du NDoH. La variation entre les données de BASLY-R et du NDoH était plus prononcée au niveau provincial. Les domaines de programme ayant les dépenses les plus élevées étaient le diagnostic de la tuberculose (26 %), suivi de la lutte antituberculeuse (25 %) et du traitement de la tuberculose pharmaco-sensible (25 %).

Conclusion

Notre évaluation de la précision de BASLY-R dans l'extraction des données sur la tuberculose pour 2022/23 a confirmé son efficacité pour une saisie exhaustive des dépenses et a facilité l'analyse de l'allocation des ressources entre les programmes de lutte contre la tuberculose. De plus, nous avons démontré que cet

outil peut être adapté à d'autres domaines de la maladie que le VIH, améliorant et accélérant ainsi le suivi indispensable des dépenses dans le secteur de la santé sud-africain.

Évaluation de la qualité de vie

11h30-13h00 Jeudi 3 Mars 2025

Qualité de vie liée à la santé chez les enfants atteints de drépanocytose dans les régions d'endémie palustre : impact des états pathologiques et des stratégies de prévention du paludisme

Carol Kamya[1], Idro Richard[2], Ochanda Perez[1], Kalibbala Dennis[4], Gondwe Thandile Nkosi[3,5], Akun Pamela R[2], Kamija Phiri[3,5] Feiko O ter Kuile[8], Oddvar Kaarboe[1], Robberstad Bjarne[1]

(1) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, Norvège
(2) Collège des sciences de la santé de l'Université Makerere, Kampala, Ouganda
(3) École de santé mondiale et publique, Université des sciences de la santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi
(4) Global Health Uganda, Kampala, Ouganda
(5) Unité d'excellence de formation et de recherche, Malawi
(6) 6Département des sciences cliniques, École de médecine tropicale de Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

Objectifs

Évaluer la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des enfants atteints d'anémie falciforme (AFC) en Ouganda et au Malawi pendant les crises et les états pathologiques stables et explorer comment la QVLS est affectée par la chimio-prévention du paludisme avec de la dihydroartémisinine-pipéraquine (DP) hebdomadaire ou de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) mensuelle.

Méthodes

Cette étude de cohorte s'inscrivait dans un essai clinique de chimio-prévention du paludisme comparant la DP hebdomadaire au traitement standard avec SP mensuelle chez des enfants atteints d'ACS en Ouganda et au Malawi. Nous avons mesuré la qualité de vie liée à la santé (QVLS) à l'aide des outils standardisés EQ-5D à l'état d'équilibre (au départ et à la fin de l'étude) et lors des crises. Une régression multivariée des moindres carrés ordinaires a été utilisée pour identifier les facteurs associés à la QVLS.

Résultats

Six cent trente-trois (633) enfants atteints d'AFC d'Ouganda et du Malawi ont été recrutés (âge moyen de 8,1 ans (ET 3,7). La qualité de vie liée à la santé était relativement élevée pendant les états stables, mais se détériorait pendant les crises. La qualité de vie liée à la santé était associée à l'âge et à l'hospitalisation. Pendant les états stables, la qualité de vie liée à la santé était plus élevée chez les enfants plus âgés ; cependant, les enfants plus âgés avaient une qualité de vie liée à la santé plus faible pendant les crises.

Le fait d'avoir été hospitalisé était négativement associé à la qualité de vie liée à la santé. Les enfants ont signalé le plus de problèmes de douleur et d'inconfort. Il n'y avait aucune différence dans la qualité de vie liée à la santé des enfants entre les groupes de traitement.

Conclusion

La qualité de vie liée à la santé (QVLS) des enfants atteints d'AFC était relativement élevée lors des consultations de routine, mais se dégradait considérablement lors des crises, notamment en raison de douleurs et d'inconfort intenses. La QVLS est influencée par l'âge de l'enfant et la fréquence des hospitalisations. Les résultats de cette étude fournissent des informations pouvant servir au calcul des années de vie ajustées sur la qualité de vie à des fins d'évaluation économique.

Intégrer la voix des femmes dans la qualité des soins (QdS) : l'anonymat est-il important ?

Solomon Chinedu[1], Chiagozie N AbiakamP[2], Astrida Tshabalala[2], Elisabeth Ezekiel[2], Olabisi Dabiri[2], Seyi Malumi[2], Nneka Mobisson[2] and Imo Etuk[2]

(1) mDoc Healthcare, Lagos, Nigeria,
(2) mDoc Healthcare, Nigeria

Contexte

Le retour d'information des patients, en particulier des femmes, est essentiel pour améliorer la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé et leur expérience. Cependant, obtenir un retour objectif qui reflète véritablement le point de vue des patients peut s'avérer difficile, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le « paradoxe de l'anonymat » suggère que les patients considèrent l'anonymat comme essentiel pour donner un retour honnête sans subir de conséquences négatives. À l'inverse, les professionnels de santé perçoivent souvent l'anonymat comme un obstacle important et craignent que ce retour d'information ne les empêche de valider l'exactitude de ces retours et de résoudre efficacement les problèmes potentiels.

Buts et objectifs

L'étude a évalué comment l'anonymat des évaluateurs influence la polarité des commentaires des patients et a comparé les commentaires et les évaluations anonymes et non anonymes des patients sur différentes dimensions de la qualité des soins afin d'identifier les différences.

Méthodes

L'étude, inspirée du projet AISHA financé par 'MSD for Mothers', a recueilli les avis (ensemble de données) de 1 491 femmes (634 anonymes, 857 non anonymes) dans les États de Lagos (583) et de Kaduna (908) au Nigéria à l'aide de NaviHealth.ai™, l'annuaire numérique géocodé des services et prestataires de soins de santé de mDoc Healthcare. Ces femmes ont fourni un retour numérique sur leur expérience de soins dans 39 établissements de santé publics et privés de novembre 2023 à juin 2024. L'ensemble de données comprenait des évaluations et des commentaires qualitatifs basés sur une adaptation des six dimensions de la qualité des soins par l'Institut de Médecine (IDM) (sécurité, rapidité, efficacité, soins centrés sur le patient, confidentialité et équité), avec un statut d'anonymat. L'influence de l'anonymat a été analysée à l'aide de statistiques descriptives, tandis que l'analyse des sentiments a été réalisée à l'aide du traitement du langage naturel (TALN).

Principales Conclusions

Les résultats suggèrent que l'anonymat est important dans la perception et la déclaration de la qualité des soins. Les résultats ont montré que les évaluateurs anonymes ont attribué aux établissements une note inférieure (note moyenne de 3,68 sur 5) par rapport aux évaluateurs non anonymes (3,84). Cette tendance était constante pour les six dimensions de la qualité. L'analyse des sentiments a révélé que 9,5 % des avis anonymes étaient négatifs, ce qui représente une proportion significativement plus élevée de la part des établissements publics (+8,5 %), contre 3,7 % de la part des évaluateurs non anonymes. Les évaluateurs non anonymes ont également donné 4,3 % de commentaires positifs de plus, notamment de la part des établissements privés (+20,7 %). De plus, les évaluateurs anonymes ont souvent cité les temps d'attente et le manque de personnel, tandis que les évaluateurs non anonymes ont plus fréquemment loué l'attitude du personnel et la propreté des établissements.

Conclusion

L'absence d'anonymat des évaluateurs peut donner lieu à une évaluation plus objective, tandis que les évaluateurs identifiables peuvent ressentir le poids de la responsabilité et ainsi fournir des jugements plus positifs, ce qui peut fausser les notes globales et fausser la qualité réelle des soins.

Qualité de vie liée à la santé (QVLS) et facteurs prédictifs chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2) à l'aide de l'instrument EQ-5D-5L dans un établissement de soins de santé tertiaires au Nigéria

Charles C Ezenduka

Université du Nigéria, campus d'Enugu, Enugu, Enugu, Nigéria et Chinelo Esther Obi, Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria

Contexte

Le diabète demeure une maladie non transmissible (MNT) majeure au Nigéria, avec un lourd fardeau sanitaire et économique. Les mesures de la qualité de vie dans les maladies chroniques sont essentielles

pour éclairer les décisions en matière de politique de santé et améliorer l'efficacité de la gestion et du contrôle de la maladie. Cette étude a évalué la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des patients atteints de diabète de type 2 à l'aide de l'instrument EQ-5D-5L, ainsi que les déterminants de leur état de santé.

Méthodes

Une étude transversale a été menée auprès de 210 patients atteints de diabète de type 2 (DT2) fréquentant la clinique externe pour diabétiques de l'hôpital universitaire Parklane d'Enugu, dans le sud-est du Nigéria, entre juillet et septembre 2021. À l'aide du questionnaire EQ-5D-5L, les patients ont été invités à évaluer leur état de santé selon les cinq dimensions (5D) et une échelle visuelle analogique (EVA). Le score EQ-5D a été calculé à partir des valeurs du Zimbabwe, tandis que la technique de régression multiple a été utilisée pour évaluer les associations entre les variables afin de déterminer les facteurs prédictifs de l'état de santé.

Résultats

Au total, 202 participants éligibles ont finalement été évalués, avec un âge moyen de 62,5 (± 11,84) ans. Jusqu'à 85 % avaient plus de 50 ans, la majorité (62,5 %) étant des femmes. Un tiers des répondants n'avait aucune éducation formelle. Environ la moitié étaient au chômage et/ou à la retraite. La majorité (68,5 %) présentaient des comorbidités, principalement des maladies cardiovasculaires. Jusqu'à 65 % souffraient de diabète depuis moins de 10 ans, la plupart du temps géré uniquement par des médicaments antidiabétiques (64,5 %). Plus de 50 % n'avaient que peu ou pas de problèmes de marche, tandis que 65,5 % ont déclaré la même chose dans le cadre des soins personnels. Environ 21 % ont signalé des problèmes graves dans le cadre des activités habituelles. Seulement 24,5 % ont déclaré avoir des problèmes de douleur/inconfort. Les évaluations moyennes de l'EQ-VAS et de l'utilité des répondants étaient respectivement de 65,21 % (± 15,1) et de 0,78 (± 0,2). Le niveau d'éducation et le statut professionnel des répondants prédisaient indépendamment et significativement l'EQ-VAS de 2,09 (IC à 95 % : 0,22-3,96 ; p = 0,029) et de 2,03 (IC à 95 % : 0,08-3,96 ; p = 0,041) respectivement. Le niveau d'éducation prédisait positivement l'indice d'utilité EQ-5D de 0,3 (IC à 95 % : 0 – 0,06, p = 0,033).

Conclusion

Les scores d'utilité relativement faibles des patients soulignent l'impact significatif du diabète sur la qualité de vie des patients diabétiques de la zone d'étude, aggravé par le faible niveau d'éducation et le chômage. Si la douleur et l'inconfort semblent être le problème majeur pour la plupart des patients, l'anxiété et la dépression n'étaient pas prédictives par les caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Les résultats contribueront aux informations existantes, mais limitées, sur les données pertinentes pour estimer le rapport coût-efficacité des interventions visant à améliorer l'efficacité de la gestion et du contrôle du diabète.

Comparaison des instruments de qualité de vie génériques et spécifiques à une maladie dans le domaine de la santé du sommeil : Une évaluation de la dimensionnalité à l'aide d'une analyse factorielle et d'une analyse du profil latent

Billingsley Kaambwa *Université Flinders, Adélaïde, Australie*

Introduction

Les instruments génériques de qualité de vie (QdV), conçus pour évaluer la QdV dans n'importe quelle population, sont les plus largement utilisés dans les évaluations. Cependant, la pertinence de ces instruments pour des populations spécifiques fait actuellement l'objet d'un débat, notamment en raison de leur manque de sensibilité par rapport aux instruments conçus spécifiquement pour ces populations. Des cadres tels que la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a été utilisés pour démontrer le chevauchement conceptuel entre ces instruments. Cependant, la mesure dans laquelle les instruments génériques peuvent se substituer correctement aux instruments spécifiques à une pathologie n'est pas claire chez les personnes souffrant de troubles du sommeil. Cette étude compare les traits latents mesurés par deux instruments génériques (EQ5D-5L et ICECAP-A) et deux instruments spécifiques au sommeil (le Questionnaire sur les résultats fonctionnels du sommeil et l'Échelle de somnolence d'Epworth).

Méthodes

Cette étude a analysé les données de 2 060 Australiens souffrant de troubles du sommeil (âge moyen : 52 ans). La corrélation entre les dimensions de l'instrument a été évaluée à l'aide du rang de Kendall et des coefficients de corrélation de Spearman. Les traits latents liés à chaque dimension de l'instrument ont été identifiés à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire (AFE) et d'une analyse factorielle confirmatoire (AFC), avec une pondération factorielle de 0,4 jugée significative. Une analyse du chemin latent (suivant l'AFE et l'AFC) a été réalisée pour évaluer la structure des traits latents et tester les relations structurelles hypothétiques définies selon le cadre de la CIF.

Résultats

La corrélation entre les dimensions génériques et spécifiques au sommeil de l'instrument était faible à légère (plage du coefficient de corrélation de rang de Kendall : 0,06 - 0,45 ; plage du coefficient de corrélation de Spearman : 0,05 - 0,57). Dans l'AFE (où trois facteurs étaient considérés comme optimaux), aucune des dimensions génériques de l'instrument ne portait sur les mêmes traits latents que les dimensions spécifiques au sommeil de l'instrument. Les coefficients de trajectoire pour la relation structurelle entre les facteurs de l'AFE allaient de 0,12 à 0,28, ce qui suggère que seulement jusqu'à 28 % de la variation d'un facteur pouvait être expliquée par un autre. Les modèles AFC, basés sur les classifications de la CIF, n'ont pas convergé. Il était donc impossible d'obtenir des coefficients de trajectoire AFC.

Conclusion

Ces résultats suggèrent qu'il y a moins de chevauchement conceptuel entre le générique et la condition spécifique que ce que supposent les études. Par conséquent, le choix de l'instrument à utiliser au sein des populations spécifiques n'est pas sans conséquence. Les instruments génériques et spécifiques à une affection doivent être considérés comme complémentaires et non comme des substituts.

Un protocole spécifique au contexte pour développer un ensemble de valeurs d'années de vie ajustées en fonction de la qualité pour la population adulte nigériane

Abdulmuminu Isah[1], Chinelo Esther Obi[2], Iheomimichineke Ojiakor[3], Chibueze Anosike[1], Onochie Chigozie Eze[1], Kingsley Ude[1] and Obinna Emmanuel Onwujekwe[3]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Les ensembles de valeurs nationaux sont utilisés comme chiffres de référence dans l'évaluation de la qualité de vie des individus dans une étude, indépendamment de leurs conditions de maladie. Malgré le nombre d'études d'économie de la santé au Nigéria qui ont évalué la qualité de vie (QdL) de leurs participants, il n'existe pas d'ensemble de valeurs validé connu pour l'évaluation contextuelle de la QdL des participants. Un ensemble de valeurs spécifique à une nation guide les décideurs politiques dans la prise de décision fondée sur des données probantes, en particulier dans l'allocation des ressources.

Objectif

L'objectif de ce protocole est de développer un cadre méthodologique pour la détermination d'un ensemble de valeurs d'années de vie ajustées sur la qualité (AVAQ) EQ-5D-5L pour le Nigéria

Méthodes

Une étude transversale sera menée dans les six zones géopolitiques du Nigéria, en tenant compte des niveaux de revenu (faible, moyen et élevé) et des tailles de population de différentes régions. L'état de préférence de santé du participant sera déterminé à l'aide de son état de santé, de sa pondération de préférence et de ses valeurs d'utilité à l'aide de l'EQ-5D-5L, de l'échelle visuelle analogique EuroQdl, du compromis temporel composite, de l'expérience de choix discret et du jeu standard. Français L'échantillonnage prendra en compte les préférences sociétales telles que l'âge, le sexe, la situation géopolitique, l'état matrimonial et le niveau de revenu. Le protocole EQ-VT sera adopté tout au long du processus d'étude. Les données seront collectées au moyen d'entretiens en face à face et de moyens

électroniques. Les données collectées seront stockées sur un serveur sécurisé et analysées à l'aide de statistiques descriptives (fréquences et pourcentages pour les données catégorielles et moyenne ± écart type pour les variables continues) et inférentielles (modèles de régression). Résultats attendus : Un total de 1 000 participants devrait participer à l'étude (taux de réponse projeté ≥ 85 %). Tous les composants du protocole seront pré-testés et pilotés, avec les ajustements appropriés apportés si nécessaire. Il est prévu que le protocole soit utilisé dans l'élaboration d'un ensemble de valeurs AVAQ pour la population adulte nigériane. Conclusion : Le protocole qui guidera l'élaboration d'un ensemble de valeurs AVAQ pour la population adulte nigériane a été produit pour l'évaluation économique de la santé dans le pays.

Trouver le bon niveau d'autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires pour des systèmes de santé réactifs et centrés sur la personne (session organisée)

Inke Mathauer

Hélène Barroy, OMS

Description

La question de l'autonomie financière des prestataires dans le secteur public – liée au niveau de contrôle et d'influence dont disposent les gestionnaires des établissements de santé pour mobiliser, allouer et dépenser les ressources financières – est abordée depuis longtemps dans la littérature sur le financement de la santé. Pourtant, la plupart des études menées à ce jour se sont concentrées sur l'autonomie des hôpitaux. L'attention s'est récemment portée sur les soins primaires, et l'importance de l'autonomie financière pour un financement et une prestation efficace des services de soins primaires est de plus en plus reconnue. Sans elle, les prestataires sont incapables de répondre aux priorités et aux besoins locaux. S'il est nécessaire d'atténuer les risques fiduciaires liés à l'octroi de fonds et de pouvoirs de dépense accrus aux établissements, l'impératif du contrôle budgétaire a pris le pas sur la recherche d'autonomie dans de nombreux pays, notamment au niveau des soins primaires.

L'objectif de cette session est d'approfondir notre compréhension des processus d'octroi ou de réduction d'autonomie financière, ainsi que de leurs modalités et motivations, tout en partageant les expériences nationales. L'autonomie financière, et plus largement l'autonomie des prestataires publics, est un élément clé de la gouvernance des systèmes de santé et nécessite une conception institutionnelle adaptée pour garantir l'équité et la pérennité des systèmes de santé, d'autant plus dans un contexte de croissance du marché des prestataires privés et d'attentes de qualité des soins de la population. Cette session vise à explorer les conditions préalables et les implications des différents niveaux d'autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires comme facteur d'efficacité de l'achat et de la prestation de services de soins primaires, afin de progresser vers l'objectif de la CSU.

L'objectif pédagogique de cette session est de contribuer à l'élaboration d'une théorie du changement plus explicite sur le rôle de l'autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires. Cela permettra d'éclairer le problème de l'autonomie financière et de mieux comprendre le niveau adéquat d'autonomie financière dans un contexte donné, comment l'atteindre, ainsi que les exigences (notamment les capacités du personnel à gérer les ressources publiques) nécessaires à cette autonomie, telles que les systèmes de gestion des finances publiques et les mécanismes de responsabilisation. L'objectif est de clarifier les futurs programmes politiques et de recherche et d'inciter le public à créer une communauté d'apprentissage autour de ce sujet. Par exemple, une question importante est de savoir comment concilier l'autonomie d'un établissement individuel et celle du réseau de soins primaires.

Le public visé est constitué de chercheurs, de décideurs et d'analystes en matière de santé, de praticiens et de partenaires de développement.

Autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire : évaluation des données probantes pour éclairer l'élaboration d'une typologie et d'un cadre conceptuel

Sophie Witter *IGHD, Université Queen Margaret, Édimbourg, Royaume-Uni*

Contexte

L'autonomie des prestataires est de plus en plus reconnue comme un attribut important des systèmes de santé, mais elle est rarement examinée en profondeur, notamment en soins primaires. Cette présentation examinera l'état actuel des connaissances sur le rôle de l'autonomie financière dans les soins primaires, en se concentrant sur le secteur public dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).

Méthodes

La présentation s'appuie sur une étude à méthodes mixtes, comprenant une revue de la littérature (91 documents), 12 entretiens avec des experts et les connaissances de l'équipe de recherche. Les résultats ont également été discutés avec des experts du financement de la santé et de la gestion des finances publiques lors d'une réunion en 2023 afin d'approfondir la réflexion.

Résultats

Nous avons examiné les réformes qui ont contribué à instaurer, ou du moins à valoriser, l'autonomie financière en tant qu'attribut important, notamment les réformes des achats stratégiques, la décentralisation et les changements en matière de gestion des finances publiques (GFP). Nous soulignons les points importants à prendre en compte pour la conception et la mise en œuvre de l'autonomie financière en soins primaires et proposons une typologie fondée sur des données probantes, structurée par le cycle budgétaire, qui définit les dimensions spécifiques de l'autonomie financière selon un continuum. Enfin, nous examinons les données probantes existantes sur les impacts de l'autonomie financière et élaborons un cadre conceptuel mettant en lumière les principaux facteurs d'influence contextuels de l'autonomie financière, les conditions préalables à son déploiement et les effets positifs et négatifs potentiels de l'autonomie financière en soins primaires. Ce cadre pourrait servir à encourager de futures recherches dans ce domaine.

Conclusions

Nous concluons que l'autonomie financière des soins primaires peut contribuer à la performance des établissements, si elle est adaptée aux facteurs contextuels et soutenue par des mécanismes de responsabilisation. Cependant, si l'autonomie financière est a priori un attribut positif, la compréhension de cette autonomie sur quoi, à quelles fins et par qui n'est pas encore clairement abordée dans la littérature, de même que ses implications pour les achats et la gestion des finances publiques (qui sont essentielles pour permettre l'autonomie financière et qui en sont affectées). Il s'agit de la première étude, à notre

connaissance, à fournir une compréhension approfondie de l'autonomie financière des prestataires de soins primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et elle fait progresser le domaine grâce à sa typologie et à son cadre conceptuel.

Renforcer l'autonomie financière des établissements de soins de santé primaires en Tanzanie : enseignements tirés de la mise en œuvre du financement direct des établissements (FDE)

Peter Binyaraku *Ifakara Health Institute, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de*

Contexte

Le financement direct des établissements de santé (FDE) est de plus en plus utilisé dans les pays à revenu faible et intermédiaire comme mécanisme de financement direct des établissements de soins de santé primaires (SSP). Ses principaux objectifs sont de rationaliser l'allocation des ressources, de promouvoir la décentralisation budgétaire et d'accorder une autonomie aux établissements de santé afin d'améliorer leur disponibilité, leur prestation et leur réactivité. Cette étude vise à évaluer les facteurs favorisants et freinant l'autonomie financière des SSP dans le contexte de sa mise en œuvre.

Méthodes

Une approche mixte a été adoptée, intégrant à la fois une revue de la littérature et une recherche qualitative. Cette revue a englobé l'ensemble de la littérature disponible sur la FDE en Tanzanie. Le volet qualitatif de l'étude a été mené dans deux districts de la région de Singida. Il s'est appuyé sur 16 entretiens approfondis avec des professionnels de santé, des comptables et des gestionnaires, ainsi que sur quatre groupes de discussion avec des représentants communautaires des comités directeurs des établissements de santé (CDES). Les données qualitatives ont été analysées par analyse de contenu thématique.

Résultats

L'examen a révélé que peu d'études en Tanzanie ont évalué le niveau d'autonomie financière dans le cadre de la FDE. Les principaux facilitateurs de l'autonomie financière dans le contexte de la FDE comprennent : la caractéristique de conception des transferts directs de fonds aux prestataires de première ligne ; les pratiques budgétaires initiées au niveau des établissements ; l'accessibilité et l'utilisation des systèmes financiers pour la budgétisation et la planification ; les structures institutionnelles au niveau des SSP, telles que les comptes bancaires existants et l'engagement communautaire par le biais des CDES ; et la disponibilité de pharmacies accréditées (fournisseurs principaux) pour l'approvisionnement en médicaments dans chaque région. Cependant, plusieurs obstacles limitent l'autonomie financière dans le cadre de la FDE, notamment : des connaissances insuffisantes en gestion financière et un manque de comptables dans la plupart des établissements ; des retards dans le décaissement des fonds ; des processus d'approvisionnement et d'approbation complexes ; et la rigidité de la gestion des finances publiques (GFP) dans les plafonds de dépenses et les restrictions sur les réaffectations.

Conclusion

Des efforts restent nécessaires pour parvenir à une autonomie financière complète grâce au FDE en Tanzanie. L'élimination des obstacles identifiés, notamment par l'amélioration des capacités de gestion financière et la simplification des processus de décaissement et d'approvisionnement grâce à des mécanismes de responsabilisation appropriés, pourrait renforcer l'autonomie dans le cadre du DFF. Le renforcement des systèmes de soutien à la gestion financière est également crucial pour maintenir l'autonomie financière et améliorer la prestation des services de santé primaires.

Qu'apporte la nouvelle loi de 2023 sur le financement de l'amélioration des installations pour l'autonomie des établissements de santé publics au Kenya ?

Elizabeth Wangia *Ministère de la Santé, Nairobi, Kenya*

Cette présentation passera en revue l'évolution de l'expérience du Kenya en matière d'autonomie des établissements de santé avant et après la loi de 2023 sur le financement de l'amélioration des installations sanitaires (AIS), promulguée dans le cadre d'une vaste réforme du gouvernement kenyan par le biais de son programme de transformation économique ascendante (PTEA). Depuis la décentralisation politique et la nouvelle constitution qui ont instauré les gouvernements de comté au Kenya, les différentes interprétations de la disposition constitutionnelle relative à un fonds de comté consolidé ont limité l'autonomie des établissements de santé publics. Dans plusieurs cas, cette disposition a été utilisée pour maintenir le contrôle des responsables politiques des comtés sur les établissements de santé, bien que des progrès aient été réalisés grâce à la promulgation de lois sur le financement des établissements de santé par les comtés.

La loi de 2023 sur le financement de l'amélioration des installations sanitaires a permis d'harmoniser les approches législatives permettant aux établissements de conserver et de gérer leurs fonds. Elle a principalement mis en place un mécanisme efficace, sécurisé et responsable pour la collecte, la conservation et la gestion des recettes provenant des services de santé dispensés dans les établissements de santé publics ; l'affectation, la gestion et l'utilisation des recettes budgétisées des services de santé afin de faciliter la prestation de services de qualité dans les établissements de santé publics.

Ses objectifs comprenaient également l'établissement d'un cadre de gouvernance pour faciliter la planification, la coordination, la mobilisation et l'accès au financement, promouvoir un financement équitable pour l'amélioration des établissements de santé et mettre en place un système unifié pour guider la gestion financière des établissements de santé publics. Il définissait également les rôles et responsabilités des différentes entités, nationales, départementales et des établissements de santé, dans le financement des établissements.

La présentation évaluera la situation actuelle en matière d'autonomie des établissements de santé à différents niveaux, ainsi que l'impact potentiel du financement global des établissements de santé par les budgets des comtés, résultant d'une collecte et d'une retenue à la source accrues. Elle identifiera la valeur ajoutée et les avantages que la nouvelle loi apporte à la gestion financière des établissements, ainsi que

les défis spécifiques liés à l'intégration et à la mise en œuvre de la législation dans un contexte décentralisé.

La présentation soulignera également la manière dont les réformes proposées en matière d'autonomie des établissements fonctionnent en tandem avec les autres piliers de la réforme de la santé (la loi sur les soins de santé primaires, la loi sur l'assurance maladie sociale et la loi sur la santé numérique) pour permettre aux établissements de santé et au système de santé d'atteindre les objectifs plus larges du système de santé, à savoir fournir des services de santé complets et progresser vers une couverture sanitaire universelle.

Modèles de décision et qualité des soins

Analyse comparative des méthodes bayésiennes et fréquentistes pour l'évaluation de la validité de l'instrument de mesure de la qualité de vie pendant le sommeil

Billingsley Kaambwa *Université Flinders, Adélaïde, Australie*

Contexte

L'utilisation croissante d'instruments de mesure de la qualité de vie en économie de la santé exige une validation rigoureuse pour garantir une mesure précise et fiable des effets sur la santé. Les théories de la réponse à un élément (TRE) et du test classique (TTC) sont deux approches largement utilisées pour valider les instruments de mesure de la qualité de la vie. L'application de techniques bayésiennes plutôt que fréquentistes dans les exercices de validation TRE et TTC est considérée comme un moyen naturel d'exprimer l'incertitude en attribuant une distribution préalable conçue pour refléter les connaissances a priori. Cependant, on sait peu de choses sur les performances des techniques bayésiennes TRE/TTC par rapport aux techniques fréquentistes lors de la validation d'instruments de qualité de vie et sur la question de savoir si ces performances diffèrent selon le type d'instrument (c'est-à-dire générique ou spécifique à une condition). Cette question est abordée dans le contexte de la validation de trois instruments génériques (EQ5D-5L, AQoL-4D et ICECAP-A) et de deux instruments spécifiques (Resultats fonctionnels du questionnaire sur le sommeil et Échelle de somnolence d'Epworth).

Méthodes

Nous avons analysé les données de 1 510 Australiens souffrant de troubles du sommeil afin de comparer les méthodes de validation bayésienne et fréquentiste. La TTC a évalué la validité discriminante et convergente à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire (AFC) basée sur des estimations extraites de la variance. Les dimensions de la qualité de vie ont été supposées se concentrer sur deux grands traits latents (« fonctions corporelles » et « activités et participation ») définis selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. La TRE s'est concentrée sur la discrimination des items. Les dimensions de la qualité de vie ont été classées selon leurs valeurs de discrimination et par type d'instrument. La concordance des résultats entre les techniques bayésienne et fréquentiste a été évaluée à l'aide des coefficients de corrélation de concordance et de l'alpha de Krippendorf.

Résultats

Les estimations de validité bayésienne étaient plus conservatrices et étaient, en moyenne, environ 15 % inférieures aux valeurs fréquentes. La concordance entre les résultats bayésiens et la fréquence était plus

élevée pour les instruments spécifiques à une condition que pour les instruments génériques, tant dans l'approche TTC (alpha de Krippendorf : 1,00 contre 0,42 ; coefficients de corrélation de concordance : 1,00 contre 0,40) que dans l'approche IRT (alpha de Krippendorf : 0,74 contre 0,33 ; coefficients de corrélation de concordance : 0,76 contre 0,181).

Discussion

Nos résultats suggèrent que, dans la recherche sur les troubles du sommeil, le choix entre les techniques TTC/TRE bayésiennes ou fréquentistes est plus important pour la validation d'instruments génériques, en particulier auprès de populations spécifiques au sommeil. Compte tenu des avantages démontrés des techniques bayésiennes pour saisir la variabilité individuelle et prendre en compte les informations préalables, leur intégration aux tests psychométriques des instruments génériques de qualité de vie dans la recherche sur les troubles du sommeil mérite d'être approfondie.

Des données à la décision : transformer la prestation de services de santé communautaires au Nigéria grâce à une solution mobile en temps réel utilisant l'application ANRiN

Kehinde Adeniyi[1], Ojuolape Solanke[1], Femi Adegoke[2], Ritgak Tilley-Gyado[3], Michelle Mehta[4], Kamal Adamu Ibrahim[3], Eubert Vushoma[3]

(1) Ministère fédéral de la Santé et de la Protection sociale, Abuja, Nigéria
(2) Oxford Policy Management, Abuja, Nigéria
(3) Banque mondiale, Santé, Nutrition et Population, Abuja, Nigéria
(4) Banque mondiale, Santé, Nutrition et Population, Washington DC, États-Unis

Contexte

Le système d'information de gestion de la santé au Nigéria a connu un développement significatif, lui permettant d'atteindre une large couverture. Cependant, la fourniture de données fiables et actualisées, permettant une prise de décision éclairée à différents niveaux de soins, reste problématique. Le Système national d'information de gestion de la santé est confronté à des difficultés pour recueillir des informations essentielles sur la prestation de services, ce qui entraîne des lacunes dans les données, et les professionnels de santé négligent souvent les protocoles et les aides standard.

Méthodologie

Pour répondre à ces problèmes, l'application mobile et web du projet Accélération des résultats nutritionnels au Nigéria (ANRiN), soutenue par le Fonds fiduciaire Power of Nutrition, s'est imposée comme une solution transformatrice. Basée sur Android, cette application facilite la collecte de données en temps réel, même dans les z ones o ù l'accès à internet est limité, grâce à la synchronisation avec un serveur

central. Elle permet aux agents de santé communautaires et en établissement de santé de saisir les données des bénéficiaires, notamment leur géolocalisation, et de fournir des notifications de suivi des services dans des zones définies, garantissant ainsi le respect des protocoles de traitement. L'application ANRiN est couplée à une application web pour l'intégration et la visualisation des données. De plus, une assistance utilisateur est proposée via un outil de suivi des problèmes en ligne et des sessions d'assistance en direct.

Résultats

Grâce aux nombreux produits analytiques générés par l'application, les responsables de la mise en œuvre des programmes témoignent d'une utilisation plus éclairée des données pour la prise de décision. Actuellement, 7 780 professionnels de santé utilisent l'application, ce qui a un impact sur plus de 2 millions d'enfants traités pour diarrhée et vermifugés, ainsi que sur les femmes enceintes bénéficiant de services essentiels tels que la supplémentation en fer et en acide folique et le traitement présomptif intermittent du paludisme pendant la grossesse. À ce jour, plus de 8 millions de femmes et d'enfants ont bénéficié de services nutritionnels grâce à l'application mobile. Les mises à jour régulières de l'application, disponibles sur Google Play Store, améliorent ses fonctionnalités. L'application va au-delà du simple reporting : elle intègre des points de service géolocalisés et la détection des anomalies, garantissant ainsi des soins de qualité tout en dissuadant les fausses déclarations.

Conclusion

En fin de compte, l'application ANRIN comble les lacunes en matière de données, améliore la qualité des services et favorise la prise de décision basée sur les données, renforçant ainsi le système d'information sanitaire du Nigéria.

Une revue systématique de l'application de la modélisation analytique décisionnelle à la prévention des maladies cardiovasculaires en Afrique subsaharienne

James Odhiambo Oguta[1], Penny Breeze[1], Elvis Omondi Achach Wambiya[1], Catherine Akoth[1], Peter Kibe[2] and Peter Dodd[1]

(1) Université de Sheffield, Sheffield Centre for Health and Related Research (SCHARR), Sheffield, Royaume-Uni
(2) Centre de recherche sur la population et la santé africaines (APHRC)

Objectifs

Examiner l'application de la modélisation analytique décisionnelle à la prévention des maladies ardiovasculaires (MCV) en Afrique subsaharienne (ASS).

Méthodes

La revue systématique a été menée et présentée conformément aux recommandations PRISMA 2020, le protocole de revue étant préenregistré sur PROSPERO (CRD42023457106). Des évaluations économiques modélisées des interventions ciblant la prévention des maladies cardiovasculaires chez les adultes des pays d'Afrique subsaharienne ont été incluses. Un processus itératif a été utilisé pour développer la stratégie de recherche, qui a été appliquée à sept bases de données. La recherche finale a été effectuée le 12 septembre 2023. Tous les articles ont été examinés par deux évaluateurs, les données extraites à l'aide de Microsoft Excel et une synthèse narrative a été réalisée. L'évaluation de la qualité a été réalisée à l'aide de la liste de contrôle Philips.

Résultats

À partir d'une recherche initiale de 2033 résultats, nous avons inclus 27 articles provenant de huit pays d'Afrique subsaharienne. L'Afrique du Sud comptait le plus grand nombre d'études (sept) tandis que l'Ouganda n'en comptait qu'une. La majorité des études se concentraient sur la prévention primaire (principalement des interventions pharmacologiques), tandis que six études se concentraient chacune sur les facteurs de risque liés au mode de vie et les interventions de renforcement des systèmes de santé. Treize études étaient des modèles de Markov, sept étaient des modèles de micro-simulation, tandis que trois études utilisaient chacune des tables de mortalité multi-états et les méthodes de modélisation WHO CHOICE (CHOIX DE L'OMS). Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux étaient les issues de MCV les plus fréquentes. L'équation de risque de Framingham était la plus utilisée pour modéliser le risque de MCV à 10 ans parmi les cohortes de patients. Sept études ont intégré des dimensions d'équité dans la modélisation, qui ont été évaluées principalement par une analyse de sous-groupes. Le score de qualité moyen des articles basé sur la liste de contrôle Philips était de 70,6 % et variait de 48,2 % à 86,8 % (médiane = 74,1 %). La plupart des études ont fait état de difficultés liées aux données, tandis que seules trois études ont procédé à une validation du modèle.

Conclusions

L'analyse révèle une pénurie d'études modélisant l'impact des interventions ciblant la prévention primordiale et celles visant à améliorer l'accès à la prévention des maladies cardiovasculaires. Il est nécessaire de mener une évaluation économique des interventions de prévention des maladies cardiovasculaires, axée sur l'équité, afin d'éclairer la conception des interventions de couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne.

Un modèle d'évaluation de la maturité numérique des programmes financiers dans les systèmes de santé

Stephen O Asaolu[1], Olugbemisola Samuel[1], Sunday Nto1, Sidney Sampson[2], Sunday Atobatele[3], Andikan IFI Ibanga[4], Shamsudeen Yau[5], Abubakar Mohammed[3], Abdulahi Adegoke[5], Daniel Azuka[3] and Salamat Sadiq[3]

(1) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(2) Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(3) Initiative Sydani pour le développement international, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(4) ONG, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(5) Division du suivi et de l'évaluation, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

Contexte

Des études ont montré que la plupart des modèles de maturité numérique présentent des faiblesses, telles qu'une importance excessive accordée à la technologie, la négligence de facteurs organisationnels et humains cruciaux et un manque de profondeur et d'ampleur nécessaires à une évaluation complète. Par conséquent, il n'existe pas de modèle consensuel pour évaluer la maturité numérique des programmes de financement de la santé, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), dont le Nigéria. L'incapacité à identifier les dimensions appropriées pour évaluer la maturité numérique des programmes de financement de la santé entrave le processus de mesure des améliorations et, in fine, la réussite de la transformation numérique de la santé, ce qui a un impact négatif sur les résultats des soins de santé.

Buts et objectifs

Compte tenu de ce qui précède, notre étude a conçu un modèle complet qui peut être utilisé pour évaluer les niveaux de maturité numérique des établissements mettant en œuvre des programmes de financement de la santé au Nigéria.

Méthodes

Le développement de notre modèle s'est déroulé en deux (2) phases. Premièrement, nous avons réalisé une revue de la littérature afin d'identifier les indicateurs et dimensions pertinents de la maturité numérique. Deuxièmement, nous avons mené des entretiens thématiques et des entretiens avec des experts des agences d'assurance maladie sociale des États (EAAMSE) et des agences de développement des soins de santé primaires des États (ADSSPE) afin de trianguler et d'approfondir les résultats de la revue de la littérature.

Principales conclusions

Cette étude a développé un modèle tridimensionnel comprenant les domaines « infrastructure, ressources et opérations » ; « processus et systèmes » ; et « personnes, compétences et attitudes ». Le domaine « infrastructure, ressources et opérations » évalue le niveau d'infrastructure technologique, la gestion budgétaire des initiatives numériques, l'efficacité de la prestation de services et l'alignement des canaux de communication avec les plateformes numériques. Le domaine « processus et systèmes » évalue le niveau des méthodologies de gestion de projet, l'innovation dans les solutions et stratégies numériques, la qualité et la rapidité des mécanismes de rapport numérique, les pratiques de gestion, de stockage et de sécurité des données, ainsi que l'intégration des outils numériques dans les processus internes. Enfin, les personnes, compétences et attitudes évaluent la réceptivité à la transformation numérique, l'engagement de la direction à piloter les initiatives numériques, les capacités des ressources humaines dans le contexte des compétences numériques, les pratiques de recrutement soutenant l'expansion de la main-d'œuvre numérique et les opportunités d'apprentissage continu et de développement des compétences.

Conclusion

Le modèle de maturité numérique développé fournit un cadre complet pour évaluer la maturité numérique des programmes de financement de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En intégrant trois dimensions essentielles, ce modèle comble les lacunes des méthodologies actuelles. Grâce à ce modèle, les organismes de santé peuvent mieux comprendre leurs capacités numériques, identifier les axes d'amélioration et planifier stratégiquement leur progression.

Financement, efficacité et impact des politiques de santé en Afrique subsaharienne

14h00-15h30 Jeudi 3 Mars 2025

Problèmes méthodologiques dans la mise en œuvre des revues des dépenses publiques infranationales dans les contextes de décentralisation budgétaire limitée et de flux de fonds complexes : le cas du Malawi.

Atamandike C Chingwanda1, John Limited1, Mark Achaw2 and Dominic Nkhoma3

(1) PROPEL Health Project-Palladium, Lilongwe, Malawi
(2) Palladium, Nairobi, Kenya,
(3) Université des sciences de la santé de Kamuzu, Malawi

Contexte

Le budget de la santé du Malawi a été décentralisé du niveau central vers les conseils de district au cours de l'exercice 2005/06. Cette décentralisation budgétaire se limite toutefois aux conseils de district et ne s'étend pas aux unités de sous-district, ce qui complique le suivi des dépenses des établissements de sous-district et leur lien avec les services, la population et les programmes. Le ministère de la Santé a donné la priorité aux réformes clés concernant le financement direct des établissements et l'intégration de la prestation de services, qui nécessitent des données sur les dépenses des sous-districts. Cependant, les méthodes actuelles de réalisation des revues des dépenses publiques (RDP) des sous-districts ne sont pas adaptées à la situation du Malawi, car elles supposent la disponibilité de données désagrégées pour les établissements de santé des sous-districts et le statut de centre de coûts des établissements. Nous avons donc proposé de nouvelles méthodes de réalisation de RDP au niveau des sous-districts et les avons utilisées pour réaliser une RDP infranationale dans les districts de Zomba et de Mangochi au Malawi.

Objectifs

Tester les méthodes de comptabilisation des dépenses de santé dans le contexte d'une décentralisation fiscale limitée au niveau des sous-districts et les appliquer à l'étude RDP.

Méthodes

1. Nous avons défini les dépenses totales de santé du district comme suit :

Dépenses totales de santé du district *= Dépenses de santé au niveau du conseil + Dépenses des établissements de santé*
Dépenses des établissements de santé *= Émoluments personnels + Médicaments + Sang + Consommables de laboratoire + Services publics + Magasins + Entretien des véhicules à moteur + Entretien de l'équipement + Entretien des bâtiments + Autres dépenses*

2. Nous avons obtenu des informations auprès du SIGI du district. Pour les données introuvables dans le SIGI, nous avons utilisé les éléments suivants :

1. *Les dépenses liées aux émoluments personnels des installations ont été suivies au moment du paiement sur les comptes bancaires individuels et en utilisant les lieux d'affectation pour chaque employé.*
2. *Les dépenses en médicaments et en fournitures sanguines ont été suivies à l'aide des données de vente du Central Medical Stores Trust et des données de vente des services de transfusion sanguine du Malawi.*
3. *Pour les laboratoires, nous avons suivi chaque achat afin d'obtenir les quantités achetées et les paiements associés.*
4. *Les coûts d'entretien des bâtiments et des équipements ont été suivis à partir des registres administratifs.*
5. *Toutes les autres dépenses au niveau de l'établissement ont été réparties à l'aide des données d'utilisation des soins ambulatoires.*

3. Nous avons agrégé toutes les dépenses au niveau du district

Principales conclusions

L'étude a révélé qu'il existe une insuffisance de financement au niveau des établissements et des districts, couvrant seulement 30 à 50 % des ressources nécessaires ; les établissements de santé publics manquent d'autonomie budgétaire ; le contrôle au niveau central des budgets de santé des districts ; le manque de prise en compte de l'équité et de données dans la planification budgétaire ; l'insuffisance des allocations des coûts de développement ; et des problèmes généralisés tels que le surstockage, l'expiration des produits et les ruptures de stock de médicaments essentiels.

Conclusion

Les résultats de cette étude démontrent le potentiel de suivi et de comptabilisation des dépenses de santé au niveau des sous-districts, même dans le contexte d'une décentralisation fiscale et de données limitées.

Efficacité technique de l'hôpital de district dans le cadre de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso

Djamina Diallo[1], Fadima Yaya Bocoum[1], Yann Tapsoba[2], Gaston Sorgho[3]

(1) Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso
(2) Financing Alliance for Health / African Frontline First, Ouagadougou, Burkina Faso
(3) Banque Mondiale, Yaoundé, Cameroun

Contexte

Cette étude a porté sur les hôpitaux de district (HD) dans le cadre de la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Son objectif était d'estimer le score d'efficacité technique des HD et de déterminer les facteurs qui l'influencent.

Méthodes

Nous avons réalisé une analyse des données secondaires du Système national d'information sanitaire (SNIS) pour la période 2016-2018. Cette étude a cependant utilisé la méthode de Simar et Wilson, bien que la seconde méthode soit plus couramment utilisée. Elle consiste en un rééchantillonnage des données originales et permet d'attribuer, d'estimer et de déduire le biais résultant de la nature bornée des scores DEA. L'estimation des scores a utilisé comme variables d'entrée les allocations financières par habitant (qui incluent le coût des prestations, les examens médicaux, les médicaments utilisés) reçues dans le cadre de la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, ainsi que le nombre de lits d'HD. Les variables de sortie comprenaient le nombre de naissances (eutociques et dystocies) + césariennes réalisées et le nombre d'enfants de moins de cinq ans bénéficiant de la mesure d'exemption.

Résultats

Les résultats montrent qu'en 2016, 2017 et 2018, 2(6,67), 4(10,81), 3(8,11) HD étaient efficients. Les scores techniques moyens des HD étaient respectivement de 0,29, 0,38 et 0,44 en 2016, 2017 et 2018. Cela indique que les extrants (services) produits auraient pu être augmentés de 0,71, 0,62 et 0,56 au cours de ces années. Une deuxième étape d'analyse a également été menée pour déterminer les facteurs qui expliquent l'efficience technique des CMA. Il résulte de cette analyse que les variables telles que le nombre de nouveaux contacts par habitant, le nombre d'habitants par centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui caractérisent la demande de soins sont celles qui influencent significativement et positivement l'efficacité technique des HD.

Conclusion

Ces résultats renforcent l'idée que les politiques d'incitation à la demande de soins pourraient améliorer l'efficience des soins de santé. Cependant, elles ne semblent pas être le seul levier à activer. La faiblesse de l'efficience malgré le contexte de la mesure d'exemption conduit à recommander d'investiguer l'offre de soins, notamment dans la gestion des ressources et l'organisation des soins, afin d'en détecter d'éventuels déterminants. Cela nécessite la disponibilité de données de qualité. Il serait intéressant d'institutionnaliser le suivi de l'efficacité au sein du système national de santé.

La perception des établissements de soins primaires sur l'autonomie d'exécution des ressources de financement direct des établissements de santé : le cas de la Tanzanie

Gemini Mtei[1], Peter Binyaruka[2], John Joseph Maiba[2], Agnes Munyua[3]

(1) Abt Global (anciennement Abt Associates), Renforcement des Systèmes du Secteur Public USAID Plus (USAID PS3+), Dar es Salaam, Tanzanie
(2) Ifakara Health Institute, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(3) Results for Development, Nairobi, Kenya

Contexte

Le financement direct des établissements (FDE), s'il est bien mis en œuvre, pourrait constituer un outil efficace pour réaligner les ressources sur les services prioritaires des soins de santé primaires. L'introduction de la FDE dans les pays à faible revenu vise à accroître la visibilité et l'autonomie des établissements de soins primaires de première ligne dans la prestation des services de santé. La Tanzanie a officiellement introduit la FDE en 2017 dans le but de débloquer les flux de fonds pour atteindre le niveau de prestation de services le plus bas, afin que l'établissement dispose de l'autonomie nécessaire pour planifier, budgétiser et exécuter les ressources financières en fonction des besoins de la population. Si le versement direct des fonds sur les comptes bancaires des établissements est crucial pour faciliter la capacité des prestataires de services à fournir des services de qualité, cet objectif ne sera pas atteint si des contraintes entravent l'autonomie des prestataires de santé à utiliser pleinement les ressources de la FDE qui affluent sur leur compte bancaire.

Objectif

Cette étude vise à explorer la perception des prestataires sur le degré d'autonomie dans l'exécution des fonds FDE et à documenter les défis auxquels ils sont confrontés dans la pratique de l'autonomie dans l'exécution du FDE.

Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant des groupes de discussion cible (GDC) et des entretiens approfondis (EA) auprès du personnel de certains établissements de deux collectivités locales de la région de Singida. Les outils de GDC et d'EA portaient sur la perception du personnel des établissements quant à leur autonomie dans l'utilisation des fonds FDE et sur les facteurs qui influencent leur autonomie dans l'exécution de ces fonds.

Principales conclusions

Le personnel des établissements reconnaît l'importance de l'initiative FDE et a indiqué que l'autonomie dans l'exécution des fonds FDE avait permis d'améliorer la disponibilité des médicaments et la prestation

des services. Cependant, plusieurs facteurs ont été identifiés comme des obstacles à la mise en œuvre de cette autonomie pour l'exécution complète des fonds FDE alloués. Parmi ceux-ci figurent les retards de décaissement des fonds, qui exercent une pression sur leur utilisation, la complexité des processus administratifs d'approvisionnement et d'approbation, la rigidité des plafonds de dépenses et les restrictions sur les réaffectations budgétaires.

Conclusions

Bien que le FDE s'avère une initiative efficace pour mieux aligner les ressources financières sur les services prioritaires et accroître l'autonomie des prestataires afin de fournir des services prioritaires de qualité, il convient de s'attaquer aux obstacles qui peuvent entraver l'autonomie des prestataires et leur permettre d'utiliser pleinement les fonds du FDE. Les règles et réglementations en matière de gestion des finances publiques devraient être adaptées afin de lever les obstacles potentiels qui pourraient entraver la capacité des établissements de soins primaires à utiliser les fonds du FDE alloués pour améliorer la prestation des soins et obtenir des résultats optimaux en matière de santé en Tanzanie.

Efficacité des politiques de taxes d'accise pour réduire la consommation de cigarettes et la prévalence du tabagisme (à mettre à jour)

Estelle Dauchy *Université du Cap, Afrique du Sud*

Contexte

L'augmentation des taxes sur les cigarettes est considérée comme l'outil le plus efficace pour réduire la consommation. Cependant, l'efficacité de la politique fiscale pour atteindre ses objectifs d'amélioration de la santé et de génération de recettes dépend essentiellement de la solidité des systèmes fiscaux.

Objectifs

Cette étude évalue l'impact des aspects non tarifaires des systèmes de droits d'accise sur l'efficacité des politiques de réduction de la consommation de cigarettes et de la prévalence du tabagisme, à l'aide de données transnationales de 2008 à 2022. Plus précisément, nous évaluons si les estimations de l'élasticité-prix de la demande de cigarettes dépendent d'aspects non tarifaires des systèmes fiscaux, tels que leur conception, leur répartition et leur accessibilité financière. Nous évaluons également si la recommandation de l'OMS d'une charge fiscale minimale est une condition suffisante pour réduire la demande de cigarettes.

Données et méthodes

Nous combinons les bases de données de l'OMS sur les structures fiscales, les taxes et les prix de 182 pays de 2008 à 2022 et générons des scores de systèmes fiscaux selon la méthodologie proposée par l'Université de l'Illinois à Chicago. Ces scores fournissent une évaluation globale de la performance des

systèmes de taxation des cigarettes qui combine quatre aspects : le prix des cigarettes, l'évolution de l'accessibilité financière, la charge fiscale et la structure des droits d'accise. Nous estimons l'impact des scores des systèmes fiscaux sur la demande de cigarettes et la prévalence du tabagisme.

Résultats

Nous constatons que les scores mesurant la solidité des systèmes et des conceptions des droits d'accise se sont améliorés au fil des ans et d'un pays à l'autre, mais pas de manière uniforme. Le score global est celui qui a le plus d'impact sur la réduction de la prévalence du tabagisme chez les adultes. Une augmentation d'une unité des scores entraîne une réduction de -0,03 à -0,83 point de pourcentage de la prévalence du tabagisme, ou une réduction de -2 % à -6,6 % des volumes de ventes de cigarettes, selon les scores individuels.

Conclusions

La réduction de l'accessibilité financière, les hausses de prix et la répartition des taxes sur les prix de détail constituent les mesures politiques les plus efficaces du système. L'efficacité des hausses de prix pour réduire la demande de cigarettes dépend essentiellement de leur combinaison avec la répartition des taxes sur les prix (incidence fiscale).

Productivité des dépenses publiques de santé en Afrique de l'Ouest

Abdoulaye Balde *Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal*

L'objet de cet article est d'analyser l'évolution de l'efficience des dépenses publiques de santé en Afrique de l'Ouest. L'analyse est faite à partir d'une approche DEA. L'efficience des dépenses de santé est estimée de façon non paramétrique, en exécutant un modèle VRS (de rendements d'échelles variables) à orientation output. Ensuite, le calcul de l'indice de Malmquist est effectué en distinguant les périodes pré-OMD (1995-1999) et OMD (2000-2015)

A cet effet les scores d'efficience obtenus par les différents modèles orientés outputs et sous la technologie a rendements variables (VRS) montrent en moyenne que tous les pays ont accru leur niveau d'efficience pendant la mise en œuvre des OMD. En fait le Cap-Vert reste le plus efficient, avec un score se situant sur la frontière de production quel que soit le modèle estimé. D'autres pays comme la Gambie, le Ghana, le Nigeria et le Sénégal en fonction des périodes et des modèles, se situent sur la frontière d'efficience de la production.

L'indice de Malmquist indique en moyenne que les gains de productivité ont cru durant la période de mise en œuvre des OMD, comparativement à la période antérieure. On note également que les gains de

productivité des facteurs réalisés sont plus le fait de changements dus aux progrès techniques qu'aux changements dus à l'efficience, quelle que soit la période.
Dans le cadre de l'agenda des ODD, les pays doivent améliorer l'efficience des dépenses publiques de Santé pour accélérer les progrès.

Rapport coût-efficacité des interventions sanitaires et de la gestion des maladies dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

2:00 PM–3:30 PM Thursday, 03 March 2025

Rapport coût-efficacité des stratégies diagnostiques et thérapeutiques pour la leishmaniose viscérale en Afrique de l'Est : études de cas en Éthiopie et au Kenya

Elias Asfaw, Simon Njenga, Cherinet Bayuh, Rezika, Albert Picado, Joy Malongo, Monique Wasunna, Jane Mbui, Eleni Ayele

Historique

À l'échelle mondiale, la leishmaniose viscérale (LV) est responsable de 500 000 nouveaux cas et de plus de 20 000 décès chaque année (OMS 2017). Parmi ceux-ci, 28 à 38 % des cas de LV signalés ne sont pas confirmés en laboratoire dans les pays à forte charge de morbidité. L'accès au diagnostic et au traitement constitue un défi majeur pour prévenir les nouveaux cas et traiter la maladie. La leishmaniose a un impact considérable sur les communautés pauvres et les pays aux ressources limitées, notamment en Afrique de l'Est. Cet impact est principalement dû à un profil épidémiologique complexe et à un accès peu fiable au diagnostic et au traitement. Un TDR amélioré (TDR rk28 et traitement (MF&PM)) est en cours de développement afin d'améliorer l'accès au diagnostic précoce et à la prise en charge des cas.

Objectif

L'étude vise à évaluer la rentabilité de l'utilisation du rK28 RDT et/ou de la combinaison MF&PM pour gérer les cas de LV par rapport aux pratiques actuelles (rK39 RDT et combinaison SSG&PM) en Afrique de l'Est du point de vue d'un prestataire de soins de santé.

Méthodes

Un modèle complet d'analyse des coûts et des décisions concernant le diagnostic et les options thérapeutiques de la leishmaniose viscérale a été mis en œuvre. Une approche de micro-coût des ingrédients a été utilisée pour estimer le coût des soins contre la leishmaniose viscérale.

Résultat

Le coût moyen du diagnostic de la LV par TDR rk39, TDR rk28 et aspiration splénique est respectivement de 7,39 USD, 6,84 USD et 6,55 USD dans les établissements de santé étudiés en Éthiopie ; tandis qu'au Kenya, le coût moyen du diagnostic de la LV par TDR rk28 et TDR rk39 est respectivement de 67,58 USD et 68,54 USD. En Éthiopie et au Kenya, les ressources humaines et les fournitures étaient les principaux facteurs de coût pour la fourniture du diagnostic de la LV en Éthiopie. Les médicaments (28 %), l'hospitalisation (28 %) et les ressources humaines (23 %) sont les principaux intrants de coût pour le traitement de la région MF & PM en Éthiopie ; tandis qu'au Kenya, les coûts d'hospitalisation représentent la part du lion du traitement de la LV.

Les deux alternatives dans le modèle de décision (considérant la combinaison rk28 RDT plus MF & PM par rapport à la combinaison rk39 RDT plus SSG & PM) ne sont pas dominées en Éthiopie et au Kenya. Bien que l'ampleur de l'effet varie, tant en Éthiopie qu'au Kenya, les principaux facteurs affectant l'algorithme le plus rentable étaient le coût du RDT rk28, le coût du RDT rk39, la sensibilité et la spécificité de l'aspiration splénique et la sensibilité et la spécificité du DAT. D'autres paramètres du modèle, notamment l'efficacité du MF&PM, l'efficacité du SSG&PM, le coût du MF&PM, le coût du SSG&PM n'ont pas eu d'effet sur le résultat du cas de base. Les résultats de l'analyse coût-efficacité complètent les études cliniques en cours prenant en compte le rapport qualité-prix et bénéficient directement aux personnes vivant dans les zones d'endémie de la LV en Afrique.

Analyse coûts-bénéfices de l'hémodialyse chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale à Abuja, au Nigéria

Daniel Ogbuabor[1], Yakubu Adole[2]

(1) Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria
(2) Office national d'assurance maladie, Abuja, Abuja, Nigéria.

Contexte

Il existe d'importantes lacunes dans les études sur l'analyse coût-bénéfice de l'hémodialyse dans les pays à revenu faible et intermédiaire, dont le Nigéria. L'étude a donc évalué le rapport coût-bénéfice de l'hémodialyse par rapport aux soins conservateurs complets (SCC) afin de déterminer si l'hémodialyse est socialement pertinente et justifie un financement public au Nigéria.

Méthodes

L'étude s'est déroulée à Abuja, au Nigéria. Elle a utilisé une méthodologie mixte impliquant la collecte de données primaires et l'analyse de données secondaires issues d'études antérieures. Nous avons adopté une approche de calcul des coûts par ingrédients. Les coûts et bénéfices moyens de l'hémodialyse ont été déduits d'études antérieures. Les coûts et bénéfices moyens de la SCC ont été obtenus à partir d'une enquête transversale primaire. Nous avons estimé les ratios coûts-bénéfices (RCB) et les bénéfices nets

afin de déterminer la valeur sociale des deux interventions.

Résultats

Le bénéfice net de l'hémodialyse (2 251,30) était positif, tandis que celui de la SCC était négatif (-1 197,19). Le rapport bénéfice/coût de l'hémodialyse était de 1,09, tandis que celui de la SCC était de 0,66. Les résultats des analyses probabilistes et de sensibilité unidirectionnelle démontrent que l'hémodialyse était plus rentable que la SCC, et les rapports coûts-avantages de l'hémodialyse sont restés supérieurs à 1 dans la plupart des scénarios, contrairement à celui de la SCC.

Conclusion

Les bénéfices de l'hémodialyse dépassent largement son coût, ce qui la rend rentable pour la société et justifie un financement public. Cependant, l'Assurance maladie exige des études complémentaires, telles qu'une analyse d'impact budgétaire, pour établir la faisabilité d'une prise en charge complète de l'hémodialyse.

Rapport coût-efficacité des interventions chirurgicales dans les pays à revenu faible et intermédiaire : revue systématique et analyse critique des données récentes

Martilord Ifechi Ifeanyichi[1], Jose Mosso-Lara[1], Phyllis Tenkorang[2], Meskerem Kebede[1], Maeve Sophia Bognini[1], Alshaheed Abdelhabeeb[1] Uchenna Amaechina[1], Faiza Ambreen[1], Shreeja Sarabu[1], Taiwo Oladimeji[1], Ana Toguchi[3], Rachel Hargest[1] and Rocco Friebel[1]

(1) Unité de Politique de Chirurgie Globale, LSE Health, London School of Economics and Political Science, Londres, Royaume-Uni
(2) Département d'anesthésie et de soins intensifs, Hôpital universitaire Korle Bu, Accra, Ghana
(3) Département de Médecine, Centre Universitaire São Camilo, São Paulo, Brésil

Contexte

Les données probantes sur le rapport coût-efficacité constituent un outil essentiel pour éclairer les décisions d'allocation des ressources. Il est de plus en plus reconnu que l'élaboration des programmes de prestations pour les soins chirurgicaux doit s'appuyer sur ces données, en particulier dans les contextes de ressources limitées.

Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique des données probantes (Medline, Embase, Global Health, EconLit et littérature grise) sur le rapport coût-efficacité de la chirurgie dans les pays à revenu faible et

intermédiaire, publiées entre Janvier 2013 et Janvier 2023. Nous avons inclus des études portant sur des interventions chirurgicales thérapeutiques mineures et majeures, ainsi que sur des interventions intraluminales et endovasculaires mini-invasives. Nous avons calculé et comparé le ratio coût-efficacité moyen (RCEM) de différentes interventions chirurgicales au produit intérieur brut national par habitant afin de déterminer le rapport coût-efficacité et les interventions courantes de santé publique.

Résultats

Nous avons identifié 87 études uniques sur 20 007 articles examinés. Les études couvraient 23 pays, la Chine (n = 20), la Thaïlande (n = 12), le Brésil (n = 8) et l'Iran (n = 8) représentant environ 55 % des données probantes. Globalement, l'ACER médian pour tous les groupes d'interventions variait de 17,2 $/année de vie corrigée de l'invalidité (AVCI) pour les laparotomies à 170 186 $/AVCI pour les chirurgies bariatriques. La plupart des interventions chirurgicales évaluées étaient rentables (89 %) ou très rentables (76 %). Les interventions chirurgicales de faible complexité se comparaient favorablement aux interventions courantes de santé publique.

Conclusion

Ces résultats renforcent le nombre croissant de preuves démontrant que les investissements dans la chirurgie sont économiquement judicieux. Il existe toutefois une pénurie de données probantes de qualité permettant aux décideurs d'évaluer le rapport coût-efficacité comparatif de la chirurgie et de déterminer les meilleurs choix parmi un large éventail de spécialités et d'interventions. Un effort concerté est nécessaire pour promouvoir la production et l'utilisation de données probantes économiques dans le cadre de l'intensification des soins chirurgicaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Analyse des coûts de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale terminale à Abuja, au Nigéria.

Yakubu Adole Agada-Amade1, Daniel Ogbuabor2

(1) Autorité nationale d'assurance maladie, Abuja, Abuja, Nigéria
(2) Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria

Contexte

Bien que le traitement de l'insuffisance rénale terminale (IRT) sous l'égide de l'Autorité nationale d'assurance maladie du Nigéria soit l'hémodialyse (HD), son coût est peu étudié au Nigéria. Par conséquent, cette étude a estimé les coûts directs de l'hémodialyse et de la prise en charge de l'IRT pour les prestataires et les patients à Abuja, au Nigéria.

Méthode

L'étude était une enquête transversale menée auprès des prestataires de soins et des consommateurs. Nous avons recueilli des données auprès d'hôpitaux tertiaires publics et privés (n = 6) et de patients atteints d'IRT (n = 230) recevant une hémodialyse dans les hôpitaux sélectionnés. Nous avons estimé les coûts directs des prestataires à l'aide de coûts fixes et variables. Les coûts directs des patients comprenaient les médicaments, les services de laboratoire, le transport, l'alimentation et les comorbidités. De plus, des données sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients ont été recueillies. Les coûts ont été synthétisés sous forme de statistiques descriptives utilisant des moyennes et des pourcentages. Un modèle linéaire généralisé (gamma avec lien logarithmique) a été utilisé pour prédire les caractéristiques des patients associées au coût de l'hémodialyse.

Résultats

Le coût direct moyen de l'hémodialyse était de 152,20 $ par séance (prestataires : 123,69 $; patients : 28,51 $) et de 23 742,96 $ par an (prestataires : 19 295,64 $; patients : 4 447,32 $). De plus, les patients ont dépensé en moyenne 2 968,23 $ pour la gestion des comorbidités. Les coûts d'hémodialyse des prestataires étaient principalement liés au personnel et aux fournitures. Le fait de résider dans d'autres villes (HD : b = 0,55, r = 0,001 ; IRT : b = 0,59, r = 0,004), de ne pas avoir d'assurance maladie (HD : b = 0,24, r = 0,038), de fréquenter un établissement de santé privé (HD : b = 0,46, r < 0,001 ; IRT : b = 0,75, r < 0,001) et d'avoir effectué plus de six séances d'hémodialyse (HD : b = 0,79, r < 0,001 ; IRT : b = 0,99, r < 0,001) a augmenté de manière significative les dépenses personnelles du patient pour l'hémodialyse et l'IRT.

Conclusion

Les coûts de l'hémodialyse et de la prise en charge des patients atteints d'IRT sont élevés. L'octroi de subventions publiques pour la dialyse et l'extension de la couverture maladie des patients atteints d'IRT pourraient réduire ces coûts.

Évaluation du rapport coût-efficacité de schémas alternatifs de chimio-prévention du paludisme permanent pour les enfants de moins de deux ans au Cameroun

Kinga Bertila Mayin.[1], Promise Aseh2, Silke Fernandes[3], Joseph Tankwa[4], Lanyuy Gillian Dzekashu[5], Eyvonne Ngequih Ngequih Tumasang[6], Akindeh Nji7, Matthew Chico[3], Gillian Stresman[8], Jonna Messina Mosoff[4], Roly Gosling[3], Wilfred Mbacham[9], Catherine Pitt[10] and Lucy Paintain[3]

(1) Association des économistes de la santé du Cameroun (HEAC), Bamenda, Cameroun
(2) Association des économistes de la santé du Cameroun (HEAC), Bamenda, Cameroun
(3) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM), Royaume-Uni
(4) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM)
(5) Association des économistes de la santé du Cameroun (HEAC)

(6) Association d'économie de la santé du Cameroun (HEAC), Bamenda, Cameroun
(7) Centre de recherche sur la mise en œuvre et la traduction en santé, Instituts Fobang, Cameroun
(8) Université de Floride du Sud
(9) Association des économistes de la santé du Cameroun (HEAC) et Centre de recherche sur la mise en œuvre et la traduction en santé, Instituts Fobang, Cameroun
(10) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni

Contexte

En 2021, le Cameroun représentait 2,3 % des décès dus au paludisme dans le monde, avec plus de 2 millions de cas signalés chaque année : 65 % des cas camerounais concernaient des enfants de moins de 5 ans. En 2022, l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé la fourniture d'une chimio-prévention du paludisme permanent (CPP) aux nourrissons et aux jeunes enfants, avec une flexibilité quant au nombre et au calendrier des doses, et à la tranche d'âge cible. En réponse, le Cameroun a lancé un calendrier de PMC à 5 doses administré parallèlement au Programme élargi de vaccination (PEV) et un calendrier à 8 doses dans certains districts avec le soutien de donateurs et d'organisations non gouvernementales (ONG). Afin de soutenir l'élaboration de politiques nationales et internationales, nous avons évalué les coûts différentiels et le rapport coût-efficacité des calendriers de CPP à 8 doses par rapport à 5 doses au Cameroun du point de vue des prestataires.

Méthodes

Nous avons collecté des données en deux cycles : (i) de Mars à Mai 2023, et (ii) de Mars à Juin 2024 sur l'utilisation des ressources et le coût de la mise en œuvre du PMC et du traitement du paludisme en ambulatoire et en hospitalisation auprès de l'ONG, du ministère de la Santé publique aux niveaux national, régional et du district, et de 15 établissements de santé sélectionnés dans les districts sanitaires de Soa, Nkolbisson et Ntui dans la région du Centre du Cameroun, par le biais d'entretiens avec des informateurs clés et d'un examen des dossiers financiers et d'activités. Nous avons saisi les coûts du personnel grâce à l'observation du temps de travail des agents de santé dans les cliniques du PEV en centre et en périphérie. Nous avons combiné la dégressivité et le micro-coût pour estimer le coût par dose d'administrée et le coût par cas de paludisme traité. L'impact sur les cas de paludisme évités sera mesuré via une étude de cohorte (résultats intermédiaires attendus en septembre 2024) et utilisé pour estimer les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). En utilisant un taux d'actualisation annuel de 3 %, nous rapportons le coût et le coût différentiel par AVCI évitée. Nous explorons l'incertitude et l'hétérogénéité à l'aide d'analyses de sensibilité.

Résultats

Les résultats préliminaires suggèrent que le coût par visite PEV varie selon l'établissement de santé et le lieu de prestation (établissement de santé ou clinique de proximité). Les coûts de formation, de rapport et de supervision étant identiques pour les schémas d'administration à 5 et 8 doses, les coûts supplémentaires liés à la mise en œuvre du schéma à 8 doses ne comprennent que les coûts relativement faibles des médicaments, du matériel et du temps de travail des agents de santé associés aux doses supplémentaires. Le schéma CPP plus intensif devrait également réduire davantage les coûts du traitement du paludisme pour les services de santé. Ainsi, le passage d'un schéma CPP à 5 doses à un schéma CPP à 8 doses devrait être rentable. L'analyse est en cours ; les résultats complets seront bientôt disponibles.

Conclusion

Nos résultats fourniront des preuves sur l'hypothèse selon laquelle un calendrier de prestation plus intensif pour une intervention préventive peut être à la fois plus efficace et plus rentable, pour un coût supplémentaire relativement modeste.

Analyse de l'équité et des coûts dans la lutte contre le paludisme en Afrique

14h00-15h30 jeudi 3 mars 2025

Établissement de priorités fondées sur l'équité pour la lutte contre le paludisme en Afrique : conclusions du Ghana et du Malawi.

Lelisa Fekadu Assebe1[1], Nonvingon Justice[2], Mieraf Taddesse Tolla[3]

(1) MSH, Addis-Abeba, Éthiopie
(2) Centres africains de contrôle et de prévention des maladies, Unité d'économie de la santé, Addis-Abeba, Éthiopie
(3) Afrique Centres de contrôle et de prévention des maladies

Introduction

Le paludisme est une menace majeure pour la santé publique, étroitement liée aux inégalités socio-économiques et à la pauvreté. Dans les pays fortement touchés par le paludisme, les inégalités en matière de couverture des services, de morbidité et de mortalité persistent. L'inégalité d'accès aux services de diagnostic et de traitement du paludisme entraîne de moins bons résultats thérapeutiques et un risque financier élevé. Cette étude vise à évaluer l'impact du financement public des interventions contre le paludisme sur la santé et l'équité au Ghana et au Malawi.

Méthodes

Nous avons utilisé une analyse coût-efficacité étendue pour évaluer l'impact de quatre interventions contre le paludisme sur la protection contre les risques sanitaires et financiers : les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MIDiLD), la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID), la thérapie combinée à base d'artémisinine (TCA) et la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS). Les interventions ont été modélisées avec une augmentation progressive de la couverture de 10 % afin de simuler l'impact du financement public sur une période d'un an (2022). Les mesures de résultats comprennent les décès évités, les frais à la charge des patients évités et les dépenses de santé catastrophiques (DSC)évitées.

Résultats

Le financement public des interventions contre le paludisme a démontré des avantages substantiels pour la santé et la protection contre les risques financiers FRP. Au Ghana, les TCA devaient permettre d'éviter 1 099 décès et de réduire de 16 millions de dollars les dépenses privées, et de prévenir 78 842 cas de DSC pour un coût de 22 millions de dollars. Au Malawi, les TCA ont permis d'éviter 637 décès et d'économiser 1,3 million de dollars et de prévenir 8 706 cas de DSC pour un coût de 2,5 millions de dollars. De même, les MIDiLD au Ghana permettent d'éviter 578 décès, d'économiser 8,18 millions de dollars en dépenses privées et de prévenir 41 222 cas de DSC pour un coût de 13,7 millions de dollars. De même, au Malawi, les MIDiLD permettent d'éviter environ 336 décès et d'économiser 663 303 dollars en dépenses privées, tout en prévenant environ 4 364 cas de DSC pour un coût de 9 081 397 dollars. En outre, le financement public de la politique de CPS a permis d'éviter 31 décès, de réduire d'environ un demi-million de dollars les dépenses privées et de prévenir 3 125 cas de paludisme chronique au Ghana. Les quintiles les plus pauvres ont bénéficié des avantages les plus importants, ce qui reflète une tendance progressive en matière de santé et de résultats en matière de planification familiale. Le nombre de décès dus au paludisme évité a atteint environ 70 à 71 % dans les deux quintiles les plus bas au Ghana et au Malawi, contre 10 % au Ghana et 14 % au Malawi dans les deux quintiles les plus élevés.

Conclusions

Le financement public des interventions contre le paludisme, telles que les TCA et les MIDiLD, améliore considérablement la santé de la population (décès évités) et la prévention des cas de tuberculose. Les considérations d'équité sont cruciales, car les bénéfices des interventions contre le paludisme pour la santé et la prévention des cas de tuberculose sont progressifs, les plus grands bénéficiaires étant les personnes appartenant aux groupes les plus pauvres.

Mots-clés

Paludisme, analyse coût-efficacité étendue, équité, économie de la santé, Ghana, Malawi, allocation des ressources.

La qualité de l'amoxicilline sur le marché du médicament à Ouagadougou : une menace pour la santé des populations

Fadima Yaya Bocoum[1], Renate Hartwig[2], Moumouni Koala[3], Lena Merkel[4] and Salfo Ouedraogo[3]

(1) Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso
(2) L'Université Ruhr de Bochum et RWI - Leibniz Institut de recherche économique, Germany
(3) Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Burkina Faso
(4) Bernhard Nocht Institut de médecine tropicale (BNITM) & Institut allemand d'études mondiales et régionales (GIGA, Germany

Introduction

Dans un contexte de faible surveillance et de tests de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique, le médicament est vulnérable à la falsification délibérée. L'amoxicilline est un antibiotique largement utilisé

pour le traitement des infections au Burkina Faso. Dans ce contexte, il est important de faire une caractérisation de l'amoxicilline falsifié sur le marché du médicament afin d'éclairer les décisions des autorités sanitaires.

Méthode

Nous avons collecté des échantillons d'amoxicilline auprès de 50 vendeurs de médicaments situés dans Ouagadougou et sélectionnés de manière aléatoire 2023. Dès leur réception, les échantillons ont fait l'objet d'une inspection visuelle au laboratoire. Nous avons effectué des tests de qualité en utilisant la chromatographie TLC pour déterminer la teneur en amoxicilline des échantillons collectés.

Résultats

Au total, nous avons collecté 16 échantillons dans des pharmacies situées dans des établissements de santé, 18 dans des pharmacies privées et 16 auprès de vendeurs ambulants. Dans 70 % des cas, la date de fabrication n'était pas indiquée. Sur les 50 échantillons testés, un échantillon d'amoxicilline sur trois (30%) était en sous dosage ou falsifié (SF). Par type de vendeur, la moitié (50%) des échantillons achetés à des vendeurs ambulants étaient de qualité SF. En outre, 1 échantillon sur 5 (20 %) provenant de pharmacies est de qualité SF.

Conclusion

La prévalence de l'amoxicilline de qualité SF à Ouagadougou est élevée. Cela représente un risque important pour les populations. Dans ce contexte, des campagnes d'information pourraient être un outil politique utile pour informer les populations sur les signes visuels.

Évaluation économique, axée sur l'équité, des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée de nouvelle génération pour la prévention du paludisme en Ouganda : une application complète de plusieurs méthodes

Katherine Sausen Snyman[1], Adrienne Epstein[2], Samuel Gonahasa[3], Jane Francis Namuganga[3], Martha Nassali[3], Catherine Maiteki-Sebuguzi[4], Isaiah Nabende[3], Joaniter Nankabirwa[3], Jimmy Opigo[4], Martin Donnelly[5], Moses Kamya[3], Grant Dorsey[2], Catherine Pitt[1] and Sarah Staedke[5]

(1) London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
(2) Université de Californie, San Francisco, San Francisco, Californie
(3) Collaboration pour la recherche sur les maladies infectieuses, Kampala, Ouganda
(4) Ministère ougandais de la Santé, Kampala, Ouganda
(5) École de médecine tropicale de Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

Introduction

Les considérations d'équité prennent une importance croissante dans les évaluations économiques, mais les meilleures méthodes pour intégrer l'équité demeurent incertaines. Pour y répondre, nous présentons une étude de cas ougandaise qui examine l'application de diverses méthodes d'évaluation économique axées sur l'équité dans un contexte de pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI).

Objectifs

Cette étude évalue la rentabilité et l'impact sur l'équité des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MIDiLD) de nouvelle génération dans le cadre de l'essai LLINEUP2, une étude randomisée en grappes intégrée à la Campagne de couverture universelle (CCU) 2020-2021 de l'Ouganda. L'essai compare l'impact des MIDiLD à base de pyréthrinoïde-pyriproxyfène à celui des MIDiLD à base de pyréthrinoïde-butoxyde de pipéronyle (PBOP) dans 64 grappes réparties dans 32 districts, soit 25 % du territoire national.

Méthodes

Nous avons estimé les coûts financiers et économiques de la CCU, y compris les coûts des MIDiLD, d'un point de vue sociétal. La couverture en MIDiLD a été évaluée au moyen d'enquêtes communautaires transversales. Une analyse des séries chronologiques interrompues a été utilisée pour estimer les effets cumulatifs sur l'incidence du paludisme sur les deux années suivant la distribution des MIDiLD. Un taux d'actualisation de 3 % et un horizon temporel de deux ans ont été appliqués aux coûts et aux effets, les effets sur les décès dus au paludisme étant modélisés au-delà de cette période. Les coûts différentiels par cas de paludisme et par AVCI évitée ont été calculés, et les variations de coût, d'incidence et de rapport coût-efficacité entre les différentes régions ont été évaluées. L'incertitude a été examinée à l'aide d'analyses de sensibilité déterministes et probabilistes. Nous réaliserons des analyses supplémentaires en utilisant plusieurs méthodes d'évaluation économique fondées sur l'équité, notamment l'analyse coût-efficacité étendue et la pondération de l'équité.

Résultats

Les MIDiLD pyréthrinoïdes-PBO et les MIDiLD pyréthrinoïdes-pyriproxyfène coûtent respectivement 2,51 $ et 2,28 $ par moustiquaire. Le coût estimé de la distribution des MIDiLD par la CCU était de 0,70 $ par moustiquaire distribuée. Aucune différence d'efficacité n'a été constatée entre les deux groupes. On estime que les MIDiLD de nouvelle génération ont réduit l'incidence du paludisme de 22 % après la première année, mais n'ont eu aucun effet significatif la deuxième année. Comparée au scénario contrefactuel où les MIDiLD n'auraient pas été distribuées, la distribution des MIDiLD de nouvelle génération a coûté 3,66 $ par cas de paludisme évité et 8,67 $ par AVCI évitée sur deux ans. Les analyses d'équité seront terminées avant octobre.

Conclusion

Compte tenu des seuils de rentabilité plausibles, les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MIDiLD) de nouvelle génération distribuée massivement se sont révélées très rentables. Des analyses

préliminaires suggèrent que cibler les zones à forte transmission pourrait réduire les inégalités face au paludisme et le fardeau financier. Malgré leur efficacité d'un an seulement, les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée de nouvelle génération restent très rentables par rapport à la plupart des interventions de lutte contre le paludisme, soulignant ainsi leur utilité dans les stratégies de santé publique.

Coûts de la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme pérenne dans trois districts sanitaires de Côte d'Ivoire

Agbaya Stéphane Serge Oga1, Silke Fernandes2, Orphée Kangah1, Régine Attia1, Joseph Tankwa3, Amadou Touré1, William Yavo1, Lucy Paintain2 and Catherine Pitt4

(1) Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
(2) London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Royaume-Uni
(3) London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)
(4) London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Introduction

Les ministères de la Santé (MS) sont confrontés à de nombreux choix quant aux interventions à mettre en œuvre et à leur emplacement. Compte tenu des contraintes de ressources, il est important de comprendre les coûts pour leurs services de santé, en particulier ceux des nouvelles interventions. En 2022, l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé la chimio-prévention du paludisme per-annuel (CPP) pour les jeunes enfants dans les zones de transmission modérée ou élevée du paludisme. Le projet Plus a aidé le MS de Côte d'Ivoire à déployer la CPP à grande échelle dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) dans trois districts sanitaires de l'est, du centre et du nord du pays à partir d'Avril 2023. Notre objectif est d'estimer les coûts financiers et économiques de la CPP pour les prestataires, d'explorer les variations de ces coûts et d'analyser les implications pour la prise de décision concernant la CPP et d'autres interventions.

Méthodes

Nous avons recueilli des données quantitatives et qualitatives sur l'utilisation des ressources aux niveaux national, régional, des districts et des établissements de santé, par le biais d'entretiens avec des informateurs clés, d'un examen des dossiers financiers et d'activités, d'observations des cliniques du PEV et des registres des établissements de santé. Nous avons sélectionné volontairement 12 établissements de santé proposant des soins préventifs de la mère à l'enfant afin d'inclure ceux qui devraient refléter la variation maximale des coûts de prestation des soins préventifs de la mère à l'enfant. Notre échantillon comprenait des établissements des trois districts (n = 4 par district), de types et de tailles différents, en zones rurales et urbaines. Les données ont été collectées de Mars à Juin 2023 et de Mai à Juin 2024, couvrant la première année de mise en œuvre du soins préventifs de la mère à l'enfant et l'année précédente. Nous avons estimé le coût par dose de soins préventifs de la mère à l'enfant administrée et le coût par visite du PEV dans chaque établissement de santé, et avons étudié la variation de ces coûts entre les établissements. Nous

explorons les facteurs associés à cette variation dans des analyses univariées et multivariées et analysons les facteurs de coût. Nous utilisons l'analyse thématique du contenu des données qualitatives pour expliquer et interpréter nos estimations quantitatives des coûts.

Résultats

Les résultats préliminaires indiquent que le coût de chaque visite PEV varie considérablement d'un établissement de santé à l'autre, en fonction du niveau de l'établissement, du nombre de visites PEV et du type de clinique (établissement ou clinique de proximité). Les ressources utilisées pour la mise en œuvre de la CPP comprennent le temps des agents de santé et des autres membres du personnel, les médicaments (comprimés de sulfadoxine/pyriméthamine utilisés pour la CPP), les fournitures non médicales et les capitaux (véhicules et bâtiments) associés aux réunions et formations CPP, au suivi et à la supervision, aux chaînes d'approvisionnement et à l'administration de la CPP. Les entretiens et les observations des agents de santé indiquent que l'intégration de la CPP dans les cliniques PEV n'a pas augmenté excessivement la charge de travail. Les analyses sont en cours.

Conclusion

La variation de l'utilisation des ressources et des coûts entre les établissements de santé a des implications importantes pour la mise en œuvre de la CPP, la budgétisation, les analyses coût-efficacité et la prise de décision concernant la poursuite et l'intensification de la CPP en Côte d'Ivoire et dans d'autres pays.

Densité des parasites du paludisme parmi les donneurs de sang dans le district sénatorial sud de l'État de Cross River, au Nigéria

Yochi Egeonu *Université de Calabar, Calabar, État de Cross River, Nigéria*

Introduction

Les donneurs de sang ne présentant pas de signes cliniques de paludisme peuvent héberger des parasites Plasmodium. Le sang de ces donneurs présente un risque grave et bien connu pour les receveurs de transfusions, tels que les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les patients atteints de drépanocytose. Le paludisme transmis par transfusion (PTT) est un problème de santé publique en Afrique tropicale et subsaharienne. Le paludisme est une infection parasitaire protozoaire causée par l'espèce Plasmodium. L'objectif de cette étude était de déterminer la densité parasitaire du paludisme parmi les donneurs de sang du district sénatorial sud de l'État de Cross River. Une étude descriptive transversale a été utilisée pour cette étude avec une approche quantitative. La population étudiée était composée de donneurs de sang âgés de 18 à 65 ans (hommes et femmes).

Une technique d'échantillonnage à plusieurs degrés a été utilisée pour sélectionner 342 répondants issus d'établissements de santé privés, secondaires et tertiaires. Un questionnaire semi-structuré a été

administré pour recueillir des données sociodémographiques. Des échantillons de sang ont été prélevés auprès des donneurs. Des frottis sanguins épais et minces ont été préparés à partir d'échantillons sanguins et examinés au microscope afin d'identifier les parasites du paludisme. Les données ont été analysées à l'aide de Microsoft Excel 2007 et du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences- Logiciels statistiques pour les sciences sociales) version 23.0.

Les résultats ont montré que la majorité des donneurs de sang qui ont participé à l'étude étaient des adultes âgés de 28 à 37 ans 160 (46,8). L'âge moyen des sujets a été enregistré à 33,30 ± 9,58 ans. Le ratio d'hommes 314 (91,8 %) pour les femmes 28 (8,2 %) était d'environ 11:1. La principale profession des sujets identifiés était les étudiants 87 (25,4 %). La prévalence du parasite du paludisme du sujet était de 82 (24,0 %). Les sujets âgés de 18 à 27 ans (342,24) avaient la densité parasitaire moyenne la plus élevée. Plasmodium falciparum était la seule espèce rencontrée dans l'étude (100 %). Le niveau d'éducation (p = 0,031) et la profession (p = 0,035) étaient significativement associés à la densité parasitaire moyenne des donneurs de sang porteurs du parasite du paludisme. La densité parasitaire moyenne des donneurs bénévoles, familiaux et rémunérés était dans le ratio de 1:2:5. et est statistiquement significativement associé aux pratiques de don de sang des donneurs de sang porteurs du parasite du paludisme (p = < 0,001). Les mesures de prévention du paludisme perçues par les donneurs de sang étaient : dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, utiliser des insecticides pour pulvériser la maison, traiter avec des médicaments antipaludiques, porter des vêtements à manches longues, nettoyer les buissons autour de la maison, fumiger, éduquer à la santé, faire du feu et de la fumée.

L'étude recommande une éducation sanitaire sur le paludisme, ses facteurs de risque, ses implications sanitaires, la prévention et la surveillance de toutes les activités depuis le recrutement des donneurs jusqu'à la post-transfusion.

Impact de l'assurance maladie sur l'utilisation, les inégalités et les stratégies budgétaires en Afrique

14h00-15h30 Jeudi 3 Mars 2025

De la stratégie à la pratique : Examen de l'engagement du secteur privé dans les régimes nationaux d'assurance maladie pour atteindre la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne

Swati Iyer[1], Lucy Kanya[2]

(1) Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni
(2) London School of Economics and Political Science, Londres, Royaume-Uni

Introduction

La couverture sanitaire universelle (CSU) vise à garantir que tous les individus bénéficient des services de santé nécessaires sans difficultés financières, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

comme ceux d'Afrique subsaharienne. Les régimes nationaux d'assurance maladie (RNH) jouent un rôle essentiel dans la réalisation de la CSU en mutualisant les ressources et en répartissant les risques financiers liés aux soins de santé. En Afrique subsaharienne, où les prestataires de soins privés fournissent une part importante des services, leur participation au RNH est cruciale pour le succès de la CSU. Cette étude vise à intégrer et à synthétiser les recherches fragmentées existantes sur le sujet, en entreprenant une analyse complète des cadres réglementaires, des stratégies d'engagement avec le secteur privé, ainsi que des facteurs favorisants et freinant sa participation aux régimes d'assurance maladie.

Méthodologie

Cette étude a utilisé une approche méthodologique mixte impliquant une revue de la littérature narrative, une analyse des politiques et une recherche qualitative (utilisant des entretiens avec des informateurs clés) pour examiner le rôle de l'engagement du secteur privé dans le système national d'assurance maladie (SNAM/NHIS) en Afrique subsaharienne, en se concentrant sur le Nigéria, le Rwanda, l'Éthiopie, le Kenya et le Sénégal. Une recherche systématique des bases de données pertinentes et de la littérature grise a été menée, suivie d'une évaluation critique à l'aide de l'outil d'évaluation des méthodes mixtes (OEMM). Les informateurs clés (y compris les fonctionnaires impliqués dans l'élaboration des politiques, les prestataires de soins de santé privés et les représentants d'organismes professionnels) ont été sélectionnés à dessein en fonction de leur expertise, de leurs rôles et de leur implication dans le secteur privé de la santé et/ou les régimes d'assurance maladie dans les pays cibles.

Résultats

L'étude a identifié plusieurs mécanismes réglementaires essentiels à l'intégration des prestataires privés au NHIS, tels que l'accréditation et la décentralisation. Cependant, ces processus se heurtent souvent à des difficultés liées à la bureaucratie et à l'inefficacité. Les stratégies d'engagement telles que l'accréditation, les négociations tarifaires et les initiatives de renforcement des capacités se sont avérées efficaces, bien qu'entravées par des obstacles financiers et bureaucratiques. Les principaux facteurs favorisants comprenaient les incitations financières, le soutien politique et l'intégration technologique, tandis que les obstacles comprenaient les faibles taux de facturation, les retards de paiement et la complexité des réglementations.

Conclusion

L'engagement réussi des prestataires de soins de santé privés dans le système national d'assurance maladie (NHIS) est essentiel pour atteindre la CSU en Afrique subsaharienne. Si des incitations financières et des cadres réglementaires solides peuvent favoriser la participation, il est essentiel de relever des défis tels que les retards de paiement et les inefficacités bureaucratiques. La mise en œuvre des recommandations politiques de l'étude pourrait faire progresser considérablement les objectifs de CSU dans ces pays, contribuant ainsi à l'amélioration des résultats sanitaires dans toute la région.

Effets de l'assurance maladie sur la prestation des soins de santé et les inégalités

Serigne Abdou Khadre Fall[1], Paoli Behanzin[2]

(1) FASEG / CREA, Dakar, Sénégal
(2) London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

L'amélioration de l'accès aux soins de santé est au cœur des stratégies d'action visant à atteindre les objectifs de développement durable. Ainsi, évaluer l'effet de l'instauration des politiques de l'assurance maladie sur l'utilisation des soins et les inégalités au Sénégal tel est l'objectif de cet article.

La méthodologie utilisée est scindée en deux parties. L'utilisation des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2019, donne une première estimation qui s'appuie sur le modèle théorique de l'utilisation des soins proposé par Anderson (1995) avec le modèle probit afin de mesurer les effets de la politique de gratuité. A partir du modèle probit et l'extension de la méthode d'Oaxaca-Blinder proposée par Fairlie (2017), la décomposition de l'indice d'inégalité d'utilisation existante, a été faite dans la deuxième estimation. Les résultats issus de la régression probit et de la décomposition montrent d'abord une relation positive entre la politique de gratuité et l'utilisation des soins. Ensuite nous constatons un écart d'utilisation des soins de 25% en faveur des populations couvertes contre le risque maladie. Enfin, même s'il existe des inégalités en faveur des femmes, des enfants et des personnes âgées, les résultats montrent que les iniquités relatives au revenu persistent.

Mots clés

assurance maladie, politique de gratuité, couverture, utilisation des soins, inégalités.

Perspectives de remboursement des MNT par le Fonds national d'assurance maladie (FNAM) dans le cadre de l'assurance maladie universelle (AMU) en Tanzanie.

George Mugambage Ruhago[1], Othman Haji[1], Alphoncina Kagaigai[1], Castory Munishi[1], Amani Thomas Mori[2] and Oddvar Martin Kaarbøe[2]

(1) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(2) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, 5020 Bergen, Norvège

Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT) sont responsables de 74 % des décès annuels dans le monde, les maladies cardiovasculaires représentant 13,72 %. En Tanzanie, la charge des MNT est en hausse : l'hypertension artérielle a une prévalence de 26 % et l'hyperglycémie de 20 %, soit près d'un tiers des décès (27 %).

La Tanzanie renforce son système de santé grâce à l'assurance maladie universelle (AMU). La charge financière des MNT sur la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n'est pas encore totalement déterminée.

Objectif

Évaluer le remboursement des principales MNT (maladies cardiovasculaires, diabète sucré, cancers, maladies rénales chroniques, maladies respiratoires chroniques et maladies mentales) au FNAM en Tanzanie de janvier 2021 à Décembre 2023.

Méthode

Étude transversale utilisant des méthodes quantitatives pour analyser les données de remboursement secondaires de la base de données de la FNAM. Elle ciblait les bénéficiaires de la NHIF ayant présenté au moins une demande de remboursement pour MNT majeure entre Janvier 2021 et 2023, identifiés selon la classification CIM-10. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R Statistical (version 4.4.0). Les statistiques descriptives ont permis de présenter et de synthétiser l'évolution du remboursement des MNT majeures, tandis que des tableaux visualisaient les données. L'autorisation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la MUHAS et approuvée par la FNAM.

Résultats

Cette étude a révélé que les femmes et le groupe d'âge avancé (50-65 ans, 65 ans et plus) représentaient la majeure partie des remboursements pour les MNT, les demandes liées aux MNT ayant considérablement augmenté, passant de 1 293 668 demandes en 2021 à 8 748 323 demandes en 2023. Les demandes liées aux maladies cardiovasculaires et au diabète étaient les plus répandues, suivies d'une augmentation significative des demandes pour les cancers et les maladies rénales chroniques. La majorité de ces demandes ont été déposées par des établissements privés, représentant 47,9 % en 2021 et 40 % en 2023. Les demandes provenant d'établissements gouvernementaux ont montré une tendance à la hausse au cours de la période d'étude. Le remboursement global des MNT est passé de 35,2 milliards (14 millions USD) en (2021) à 235,8 milliards TZS (94,3 millions USD) en 2023. Les maladies cardiovasculaires et le diabète ont fait l'objet de remboursements substantiels. Français Il est à noter que les demandes liées au cancer ont enregistré le remboursement moyen le plus élevé par patient, qui est passé de 1 110 464 TZS (444,2 USD) en 2021 à 1 166 545 TZS (466,6 USD) en 2023. Malgré une tendance à la baisse, le remboursement moyen par visite pour le cancer est resté plus élevé que celui des autres MNT, passant de 486 510 TZS (194,6 USD) en 2021 à 319 153 TZS (127,6 USD), ce qui en fait les MNT la plus coûteuse à gérer.

Conclusion et Recommandation

L'étude révèle une augmentation significative des remboursements pour les maladies non transmissibles, c'est pourquoi le FNAM devrait intégrer des interventions préventives dans son programme de prestations.

Déterminants de la satisfaction des membres de l'assurance maladie communautaire (AMC) en Éthiopie

Adamu WondimeTekahu *Service d'assurance maladie éthiopien, Addis-Abeba, Éthiopie*

Introduction

Le programme d'assurance maladie communautaire (PAMC) éthiopien vise à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les citoyens. Le succès du programme dépend de la satisfaction des membres, essentielle à la continuité des inscriptions et à sa pérennité. Cette étude vise à combler les lacunes en identifiant les facteurs prédictifs de la satisfaction des membres de l'AMC en Éthiopie.

Objectif

L'étude visait à identifier les facteurs prédictifs de satisfaction parmi les membres du PAMC en Éthiopie et à fournir des recommandations concrètes pour améliorer la satisfaction.

Méthodologie

Une étude transversale a été utilisée, impliquant des enquêtes auprès des ménages menées auprès de 4 008 membres de l'AMC. Un échantillonnage stratifié en trois étapes a été utilisé pour sélectionner les ménages de huit régions et de deux administrations municipales. L'analyse a été réalisée par régression logistique binaire, les associations significatives étant prises en compte dans l'analyse multivariée, où des prédicteurs significatifs ont été déterminés avec des valeurs de $p < 0,05$.

Résultats

L'étude a révélé que le niveau de satisfaction global parmi les membres du PAMC est de 68 %, ce qui est nettement inférieur à l'objectif de 85 % fixé par la stratégie nationale d'assurance maladie. Les principaux prédicteurs comprenaient la sensibilisation, la perception, le lieu de résidence, la durée d'inscription et l'utilisation des services de santé. Les membres ayant une bonne connaissance (69,3 %) étaient plus satisfaits que ceux ayant une mauvaise connaissance (64,3 %). Les membres ayant une perception positive du programme étaient 3,79 fois plus susceptibles d'être satisfaits que ceux ayant une perception négative. Les membres ruraux étaient plus satisfaits que les membres urbains, avec des taux de satisfaction de 69,1 % et 65,9 %, respectivement. Le niveau de satisfaction diminuait avec la durée d'inscription au PAMC. Les membres qui ont utilisé les services de santé ont déclaré une satisfaction plus élevée (69,0 %) que ceux qui n'en ont pas utilisé (60,0 %).

Conclusion et recommandations

Le niveau de satisfaction global des adhérents à l'AMC est nettement inférieur à l'objectif fixé par la stratégie du système d'assurance maladie. Parmi les principaux indicateurs de satisfaction figurent la

la connaissance, la perception, le lieu de résidence, la durée d'inscription et l'utilisation des services de santé. Afin d'améliorer la satisfaction des adhérents à l'AMC, les recommandations suivantes sont proposées :

- Améliorer la notoriété : Développer des stratégies ciblées en utilisant les médias de masse, en particulier les canaux locaux.
- Améliorer la perception positive : diffuser des exemples de réussite et fournir des informations claires sur les avantages de l'assurance maladie communautaire.
- Améliorer la qualité des services de santé : assurer la disponibilité des services pour éviter les dépenses personnelles.
- Encourager l'utilisation des services : améliorer les avantages et atténuer les obstacles à l'accès, afin de renforcer la confiance des membres dans le programme.
- Mettre l'accent sur l'inscription à long terme : répondre aux préoccupations pour fidéliser les membres au fil du temps.
- Renforcer le suivi et l'évaluation : améliorer la prise de décision fondée sur des données probantes pour améliorer la satisfaction.

L'analyse de l'espace budgétaire n'est qu'un point de départ, que se passe-t-il ensuite ? Le Fonds nigérian pour les groupes vulnérables cherche à se developer

Elaine Baruwa

Membre, Rockville, MD et Bolanle Bukola Olusola-Faleye, Membre, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

Introduction

La loi de 2022 sur l'Autorité nationale d'assurance maladie (ANAM) du Nigéria a instauré le Fonds pour les groupes vulnérables (FGV) afin de fournir une couverture santé à 83 millions de Nigérians vulnérables et de réduire la dépendance aux dépenses personnelles. Une analyse de l'espace budgétaire a mis en évidence les options possibles pour augmenter le financement du VGF. Cependant, le climat économique est défavorable – le ratio d'endettement du Nigéria de 73 % en 2023 signifie que le pays consacre les trois quarts de ses revenus au service de la dette – la concurrence pour les ressources publiques est donc rude. Néanmoins, l'ANAM doit explorer les moyens de mobiliser des financements. Une stratégie globale d'expansion de l'espace budgétaire est nécessaire pour prioriser les opportunités à court et moyen terme par rapport à la capacité d'absorption potentielle du programme et à sa faisabilité politique.

Méthodes

Une analyse de l'espace budgétaire a quantifié les sources suivantes : augmentation de l'allocation

budgétaire, affectations budgétaires provenant de multiples sources de recettes publiques, notamment la taxe sur le temps d'utilisation des téléphones portables, la TVA, les taxes en faveur de la santé, les prélèvements sur les transferts de fonds internationaux, l'amélioration de l'efficacité des régimes d'assurance maladie et la collaboration financière avec les programmes existants de protection sociale et de réduction de la pauvreté. Trois scénarios d'expansion ont été estimés : statu quo, modéré et ambitieux, couvrant respectivement 1, 15 et 57 millions de personnes. Une stratégie d'expansion a été élaborée sur la base de ces estimations et de leurs faisabilités politiques.

Résultats

Quatre activités ont été identifiées comme des éléments essentiels d'une stratégie d'expansion de l'espace budgétaire. (1) Un cadre de responsabilisation doit être élaboré et mis en œuvre pour démontrer l'efficacité, l'efficience et la capacité du programme actuel et fournir des preuves de plaidoyer en faveur de l'expansion. (2) Un dossier d'investissement qui comprend des arguments sociaux, politiques, économiques et sur l'état de santé pour investir dans le FGV doit être élaboré. (3) Une analyse d'économie politique doit identifier les partisans et les opposants parmi toutes les parties prenantes, y compris les ministères des Finances et du Développement économique et les administrations locales, le développement social, les télécommunications et les secteurs financiers. (4) L'ANAM et le FGV doivent s'aligner sur les priorités plus larges du secteur de la santé à tous les niveaux de gouvernement, national, étatique et local, afin de mobiliser des revenus dans les budgets décentralisés existants de la santé et du développement social.

Conclusion/Discussion

L'analyse quantitative n'est qu'un point de départ : l'élargissement de l'espace budgétaire du fonds pour les groupes vulnérables nécessitera une stratégie multisectorielle et une approche multidisciplinaire, incluant plaidoyer et communication, analyse politique et juridique, et lobbying professionnel. La stratégie globale d'élargissement de l'espace budgétaire de la NHIA reflète ces exigences et approches, ainsi qu'une stratégie globale d'engagement des parties prenantes visant à identifier les besoins techniques en matière de mobilisation des ressources et à démontrer l'efficacité des ressources afin de créer un « cercle vertueux » qui accroîtra progressivement la taille du Fonds et lui permettra d'atteindre ses ambitieux objectifs de protection contre les risques financiers.

Santé et bien-être des adolescents : politiques, interventions et déterminants en Afrique subsaharienne

14h00-15h30 Jeudi 3 Mmars 2025

Déterminants sociaux de la santé : examen de l'impact des facteurs de santé menstruelle sur le bien-être des adolescentes en Ouganda

Rebecca Prah[1], Stephen Lagony[2], Levicatus Mugenyi[3], Kate Nelson[4], Katherine Thomas[4], Catherine Kansiime[5], Fred Matovu[6], Helen Weiss[4] and Giulia Greco[4]

(1) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Ghana
(2) MRC/UVRI et unité de recherche LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(3) MRC/UVRI et unité de recherche LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(4) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
(5) Africa Research Excellence Fund, MRC Unit The Gambia à LSHTM, Fajara, Gambie
(6) Makerere University, Ouganda

Contexte et objectif de l'étude

La précarité menstruelle, caractérisée par un accès insuffisant aux protections menstruelles, à des installations sanitaires sûres et privées et à l'éducation à la santé menstruelle, touche des millions de femmes dans le monde. Elle entraîne une mauvaise santé menstruelle, une détresse émotionnelle et des symptômes dépressifs, ce qui a un impact significatif sur le bien-être subjectif global (BSG) des femmes. Les données montrent que des disparités d'âge et de genre en matière de BSG existent chez les adolescentes, les filles plus âgées déclarant un bien-être inférieur à celui des filles et des garçons plus jeunes, probablement en raison des difficultés liées à la puberté et aux menstruations. Cette étude examine l'influence des facteurs liés à la santé menstruelle sur le bien-être des adolescentes en Ouganda, dans le contexte plus large des déterminants sociaux de la santé.

Méthodes

Cette étude s'appuie sur les données de MENISCUS, un essai randomisé en grappes ayant évalué une intervention en santé menstruelle (SM) en milieu scolaire dans 60 écoles des districts de Wakiso et de Kalungu en Ouganda. Les participantes ont rempli des questionnaires auto-administrés recueillant des informations sur les facteurs socio-économiques du ménage, les problèmes de santé mentale (à l'aide du questionnaire sur les forces et les difficultés [SDQ]), les pratiques et expériences menstruelles, ainsi que des mesures du bonheur et de la satisfaction de vie afin de déterminer leur bien-être subjectif. L'analyse utilise des statistiques descriptives et un modèle de régression à effets mixtes pour identifier les facteurs de santé menstruelle affectant le bien-être subjectif des adolescentes, avec des ajustements pour le regroupement scolaire.

Principales conclusions

La plupart des participantes (90 %) étaient des femmes âgées de 15 à 18 ans et avaient commencé leurs règles. Environ 65,43 % d'entre elles ont déclaré être heureuses, tandis que 69,46 % étaient satisfaites de la vie. La satisfaction de vie était plus élevée chez les adolescentes plus âgées de 19 à 24 ans (75 %). Le bonheur était plus élevé chez les filles âgées de 15 à 18 ans (65,93 %) que chez les adolescentes plus jeunes (60,71 %) et plus âgées (58,33 %). La satisfaction de vie et le bonheur diminuaient avec les ménages plus petits, les repas moins nombreux, le statut socio-économique inférieur, les scores SDQ plus faibles et le fait d'être une élève externe. Les filles qui ont ressenti des douleurs lors de leurs dernières règles, qui ont été

taquinées à propos des règles par les garçons et les filles, qui étaient anxieuses à propos des prochaines règles et qui n'avaient pas de système de soutien pour les règles ont déclaré une satisfaction de vie et un bonheur inférieur. Une modélisation de régression à effets mixtes visant à identifier les facteurs menstruels qui prédisent le bonheur et la satisfaction de vie des adolescentes est actuellement en cours et les résultats seront disponibles avant la conférence.

Conclusion principale

Les expériences menstruelles négatives, telles que les moqueries, les douleurs, le manque de soutien et l'anxiété liée aux prochaines règles, influencent le bien-être subjectif des adolescentes en Ouganda. Il est essentiel de s'attaquer à ces problèmes par le biais de programmes de santé menstruelle et d'interventions socio-économiques pour améliorer le bien-être général des adolescentes.

Les effets d'une intervention de santé menstruelle en milieu scolaire (MENISCUS) sur les facteurs de santé menstruelle et sa modification par le statut socio-économique chez les filles dans les écoles secondaires en Ouganda

Stephen Lagony[1], Kate Nelson[2], Levicatus Mugenyi[3], Rebecca Prah[4], Katherine Thomas[2], Belen Torondel[5], Denis Ndekezi[3], Ratifah Batuusa[3], Christopher Baleke[3], Titus Ssesanga[3], Robert Bakanoma[3], Prossy Namirembe[3], Aggrey Tumuhimbise[3], Beatrice Nanyonga[3], Rodah Nambi[3], Edward Obicho[3], Denis Ssenyondwa[3], Agnes Akech[6], Shamirah Nakalema[6], Giulia Greco[2], Helen Weiss[2] and Fred Matovu[7]+

(1) Unité de recherche MRC/UVRI et LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(2) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni
(3) Unité de recherche MRC/UVRI et LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(4) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Ghana
(5) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Espagne
(6) WoMena Ouganda, Kampala, Ouganda
(7) Université de Makerere, Ouganda

Introduction

Une mauvaise santé menstruelle peut avoir des conséquences économiques, sociales et sanitaires. Nous avons récemment achevé l'essai contrôlé randomisé en grappes MENISCUS dans 60 écoles secondaires en Ouganda afin d'évaluer si une intervention multi-composantes sur la santé menstruelle améliore les résultats en matière d'éducation, de santé et de bien-être des élèves de sexe féminin. Trente écoles ont été randomisées pour bénéficier de l'intervention MENISCUS, qui comprenait une éducation à la puberté, des sketches, la fourniture de kits de santé menstruelle, une formation à la gestion de la douleur, y compris la fourniture d'analgésiques, et l'amélioration des installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les écoles. Nous avons évalué l'effet de l'intervention sur la santé menstruelle (critères secondaires de l'essai) et la modification de l'effet selon le statut socio-économique (SSE).

Objectif

Évaluation de l'impact de l'intervention sur les résultats en matière de santé menstruelle.

Méthodes

Nous avons ajusté un modèle de régression à effets aléatoires en tenant compte du regroupement scolaire et des mesures initiales des résultats. La modification de l'effet par le statut socio-économique a été évaluée en ajustant un terme d'interaction. Le statut socio-économique a été déterminé à partir des réponses des participantes aux questions sur les biens et les équipements du ménage. 3 047 filles ont été incluses dans l'analyse, dont 1 201 (39,4 %) ont été classées comme ayant un statut socio-économique faible.

Résultats

Le nombre moyen (sur 9) de questions de connaissances auxquelles on a répondu correctement était plus élevé chez les filles du groupe d'intervention que chez celles du groupe témoin (6,2 contre 5,6, rapport d'incidence ajusté (aIRR) = 1,10, IC à 95 % 1,07-1,14 ; p < 0,001). Dans les deux groupes, le nombre moyen de questions correctes était plus élevé chez les filles ayant un SSE plus élevé (intervention : SSE élevé contre SSE faible : 6,3 contre 6,0 ; aIRR = 1,04, IC à 95 % 0,99-1,08, p = 0,09 ; groupe témoin : SSE élevé contre SSE faible : 5,7 contre 5,5 ; aIRR = 1,00, IC à 95 % 0,96-1,05, p = 0,89). Français De même, le nombre moyen (sur 3) de questions d'attitude avec réponse positive était plus élevé chez les filles du groupe d'intervention que du groupe témoin (2,3 contre 1,9, aIRR = 1,22, IC à 95 % 1,16-1,28 ; p < 0,001), et ce chiffre n'était pas modéré par le statut socio-économique. Le score moyen d'auto-efficacité pour gérer les besoins de santé menstruelle (SAMNS) était plus élevé (meilleur) dans le groupe d'intervention (6,9 contre 6,4, différence moyenne ajustée (aMD) = 0,53, IC à 95 % 0,35-0,70 ; p < 0,001), sans modification de l'effet. Le score moyen des besoins en matière de pratiques menstruelles (MPNS) en termes de pratiques de gestion menstruelle perçues et d'environnements respectés était plus élevé dans le groupe d'intervention (2,4 contre 2,3, aMD = 0,10, IC à 95 % 0,06-0,15 ; p < 0,001), et il y avait des preuves d'un effet d'intervention plus fort chez les filles du groupe SES de base faible (p < 0,001).

Conclusion

Cet essai fournit des preuves solides qu'une intervention en matière de santé menstruelle a amélioré la santé menstruelle des filles dans les écoles secondaires en Ouganda. Les filles de statut socio-économique inférieur au départ ont bénéficié davantage de la satisfaction de leurs besoins menstruels que celles de statut socio-économique élevé au départ.

Santé et bien-être des adolescents au Malawi : une analyse d'économie politique d'une politique intersectorielle.

Monica Patricia Malata[1], Linda Alinane Nyondo-Mipando[1], Alec Morton[2]

(1) École de santé publique et mondiale, Université des sciences de la santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi
(2) Université de Strathclyde, Glasgow, Royaume-Uni

Introduction

La santé et le bien-être des adolescents sont un concept multidimensionnel, qui inclut la santé et la nutrition, l'autonomie et la résilience, la communauté et les liens, l'éducation et l'emploi, ainsi que la sécurité et le soutien. Ainsi, la santé et le bien-être des adolescents transcendent les frontières traditionnelles du secteur public et impliquent de multiples acteurs, agences et budgets – entre l'école et les systèmes de santé, ou les ressources publiques et celles des donateurs, par exemple. Dans cet article, nous décrivons une analyse d'économie politique du bien-être des adolescents au Malawi, les obstacles et les stratégies pour une élaboration et une mise en œuvre plus coordonnées des politiques.

Méthodologie

Nous avons mené une étude de cas qualitative entre juillet et octobre 2024. Nous avons interrogé 14 décideurs politiques, animateurs de jeunesse et partenaires de développement sélectionnés avec soin, travaillant dans les domaines de la santé, du développement de la jeunesse, du genre et de l'éducation. Nous avons examiné 25 documents politiques dans les mêmes secteurs. En nous appuyant sur le cadre du triangle politique de Walt et Gilson (1994), nous avons analysé le contenu, le contexte, le processus et les acteurs du bien-être des adolescents. Les données qualitatives ont été transcrites, codées à l'aide de NVIVO et analysées à l'aide d'une analyse thématique réflexive.

Résultats

La Vision 2063 du Malawi constitue le cadre national global à long terme pour toutes les politiques du pays. Le bien-être des adolescents est un facteur clé du développement du pays grâce au développement du capital humain. Les questions spécifiques au bien-être des adolescents, notamment la santé et la nutrition, l'éducation et le développement des compétences, la protection, la résilience et la capacité d'agir, sont abordées dans le cadre de politiques sectorielles pertinentes, telles que la Stratégie des services de santé adaptés aux jeunes et la Stratégie pour les adolescentes et les jeunes femmes. Malgré ce cadre politique multisectoriel, les luttes de pouvoir entre les ministères entravent la collaboration intersectorielle. Ce manque de collaboration est aggravé par la faiblesse des ressources publiques consacrées à la santé et au bien-être des adolescents. Les partenaires de développement, dont l'intégration est sous-optimale, financent les activités et pilotent les programmes, tout en poursuivant des objectifs qui ne correspondent pas pleinement aux priorités des décideurs nationaux, politiquement légitimes. De plus, les aléas politiques entre les donateurs, chacun se disputant le financement de sa propre activité phare, perpétuent ce manque de collaboration. Ainsi, la mise en œuvre des politiques est généralement fragmentée et cloisonnée, ce qui compromet leur impact sur la santé et le bien-être des adolescents.

Conclusion

Le cadre de collaboration Vision 2063 du Malawi pour la santé et le bien-être à long terme des adolescents et le développement des jeunes n'a pas encore été concrétisé, faute de coordination entre les parties prenantes. Si les donateurs fournissent le financement indispensable, des cadres de gouvernance intersectoriels sont nécessaires pour coordonner leurs contributions et garantir une mise en œuvre optimale et durable des activités.

Prévention de la violence sexuelle chez les adolescents et les jeunes (AJ) au Kenya : une analyse INSPIRE de l'enquête de 2019 sur la violence envers les enfants (VEE)

Denis Okova[1], Elona Toska[2], Bolade Banougnin[3], Akim Lukwa[2] and Olufunke Alaba[4]

(1) Université du Cap, LE CAP, Afrique du Sud
(2) Université du Cap
(3) FNUAP, (4)Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud

Historique

La violence sexuelle à l'encontre des adolescents et des jeunes (AJ) demeure un problème de santé publique au Kenya. S'appuyant sur un ensemble de mesures techniques de l'OMS (le cadre INSPIRE) visant à lutter contre la violence sexuelle dans les milieux défavorisés, cette étude (1) explore la prévalence de la violence sexuelle et les schémas de recherche d'aide ; (2) examine les associations entre les facteurs prédictifs conformes à INSPIRE (parentalité positive, formation aux compétences de vie, acceptation des attitudes inégalitaires entre les sexes, acceptation de la violence conjugale, expérience de violence physique/émotionnelle à la maison, expérience de cyberintimidation) et l'expérience et la divulgation de la violence sexuelle.

Méthodes

À partir de l'enquête VEE 2019 du Kenya, cette étude a cartographié la prévalence et les schémas de violence sexuelle et de recherche d'aide chez les adolescentes et les jeunes femmes de 13 à 24 ans. Des modèles de régression logistique ont ensuite été appliqués pour prédire les violences sexuelles et les révélations informelles au cours de l'année écoulée chez les adolescentes et les jeunes femmes (AJF).

Résultats

Comparativement aux adolescents et aux jeunes hommes (AJH), les AJF ont signalé une prévalence plus élevée de violence sexuelle au cours de la vie (25,2 % contre 11,4 %). Plus d'AJF que d'AJH ont divulgué de manière informelle une expérience de violence sexuelle (46 % contre 23 %). La connaissance de l'endroit où

chercher de l'aide formelle après avoir subi des violences sexuelles était similaire entre les femmes et les hommes (33,7 % des AJH et 33,1 % des AJF). Cependant, plus de femmes que d'hommes ont cherché de l'aide formelle après avoir subi des violences sexuelles (11,3 % contre 6,8 %). Les attitudes inégalitaires entre les sexes [AOR 3,07 (1,10–8,56) ; p = 0,03], le fait d'avoir subi des violences émotionnelles à la maison [AOR 2,11 (1,17–3,81) ; p = 0,01] et la cyberintimidation [AOR 5,90 (2,83–12,29) ; p = 0,00] ont été identifiés comme des facteurs de risque de violence sexuelle chez les femmes. Français La formation aux compétences de vie [AOR 0,22 (0,07–0,73) ; p = 0,01] et la surveillance parentale positive [AOR 0,31 (0,10–0,99) ; p = 0,05] se sont avérées protectrices contre la violence sexuelle chez les jeunes femmes. La surveillance parentale positive [AOR 3,85 (1,56–9,46) ; p = 0,00] était associée à une probabilité accrue de divulgation informelle chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Conclusion

Tout en démontrant la centralité du cadre INSPIRE dans la prévention de la violence sexuelle, cette étude souligne la nécessité de développer et de renforcer les politiques et les programmes de formation aux compétences de vie, les attitudes inégalitaires entre les sexes favorisant les hommes et la parentalité positive, ainsi que d'améliorer la sensibilisation et l'accès aux services de réponse et de soutien post-violence.

Mots-clés

Adolescentes et jeunes femmes (AJF) ; Adolescents et jeunes hommes (AJH) ; Divulgation ; Recherche d'aide ; Violence sexuelle.

Estimation des tarifs des services publics pour l'outil Child Health Utility 9 Dimension (CHU9D) chez les adolescents en Ouganda.

Rebecca Prah[1], Stephen Lagony[2], Levicatus Mugenyi[3], Kate Nelson[4], Katherine Thomas4, Catherine Kansiime5, Fred Matovu6, Helen Weiss[4] and Giulia Greco[4]

(1) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Ghana
(2) MRC/UVRI et unité de recherche LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(3) MRC/UVRI et unité de recherche LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(4) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
(5) Africa Research Excellence Fund, MRC Unit The Gambia à LSHTM, Fajara, Gambie
(6) Makerere University, Ouganda

Contexte et objectif

Une mesure et une évaluation précises des résultats en matière de santé sont essentielles aux évaluations économiques. Le Child Health Utility 9D (CHU9D) est une mesure basée sur les préférences (MBP) qui évalue la qualité de vie des enfants et des adolescents selon neuf dimensions. Comme pour les autres PBM, des valeurs d'utilité sont requises. Si des valeurs d'utilité CHU9D existent au Royaume-Uni, en Australie, aux

aux Pays-Bas et en Chine, elles sont inexistantes en Afrique. Cette étude vise à estimer les valeurs CHU9D chez les adolescents en Ouganda.

Méthodes

L'étude utilise une approche combinée de profilage des cas meilleur-pire (CMP) et de compromis temporel composite (CTC) pour dériver les valeurs CHU9D spécifiques à l'Ouganda. L'enquête BWS comprenait 50 états de santé définis par CHU9D et impliquait 438 adolescents et adolescentes de 12 écoles secondaires des districts de Wakiso et de Kalungu, en Ouganda. Ceux-ci ont été sélectionnés aléatoirement dans le cadre d'un essai randomisé en grappes sur la santé menstruelle en milieu scolaire (MENISCUS) en Ouganda. La méthode CTC consistait à évaluer 5 états de santé CHU9D en sélectionnant aléatoirement 127 parents/tuteurs de ces adolescents par le biais d'une enquête CTC composite menée par un intervieweur. Les participants aux deux enquêtes ont également été interrogés sur leur santé et leur qualité de vie. L'analyse des données, utilisant la modélisation en classe latente et les modèles logit multinomiaux, est en cours, les résultats étant attendus avant la conférence. Alors que la méthode CTC génère des valeurs d'utilité sur l'échelle AVCQ de 0 à 1, la méthode BWS ne le fait pas. Les valeurs CTC seront utilisées pour ancrer les valeurs BWS sur l'échelle de 0 à 1 années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVCQ) à l'aide de la méthode de cartographie.

Résultats

Les participants au CMP avaient un âge moyen de 17 ans (ET : 0,85), dont 74,2 % étaient des femmes. La plupart (91,74 %) comprenaient bien les tâches et 75,23 % les trouvaient faciles ou très faciles. La qualité de vie a été jugée excellente ou bonne par 70 %, et environ 60 % se considéraient en bonne santé. Des maladies chroniques ont été signalées par 22,71 %, et 11,93 % présentaient un handicap. 74 % des participants au CTC étaient des femmes, 66 % étaient des parents et 33 % étaient d'autres aidants, avec un âge moyen de 41 ans (ET : 7,5). La qualité de vie a été jugée bonne ou excellente par 52,76 %, tandis que 59,06 % ont déclaré être en bonne santé/bien. Les valeurs moyennes du CTC pour les 5 états de santé du CHU9D variaient de 0,16 à 0,45 (ET : 0,44). La plupart des participants ont bien compris les tâches du CTC, 22,05 % les trouvant très faciles, 49,61 % faciles et 14,96 % difficiles.

Conclusion

L'étude propose des valeurs CHU9D spécifiques à l'Ouganda, comblant ainsi une lacune dans la littérature. Les parents/tuteurs et les adolescents se sont bien impliqués dans les tâches CTC et CMP.

Facteurs associés à l'utilisation des services de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en Côte d'Ivoire

Sonia Angeline Gbratto-Dobe

Université Félix Houphouet Boigny d'Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction

Les soins de santé primaires constituent un moteur pour améliorer l'accès aux services de santé dans un pays. La planification familiale (PF), considérée comme une composante essentielle des soins de santé primaires et de la santé reproductive, joue un rôle majeur dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales ainsi que de la transmission du VIH (OMS et USAID, 2008). Depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire s'est engagée à améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes (INS, 2021). Cet engagement devrait permettre aux femmes en âge de procréer d'exercer leur droit de prendre des décisions concernant le recours à un service de planification familiale. Cependant, la prévalence du recours aux services de PF au niveau national reste faible, autour de 22 % (INS, 2021).

Cet article vise à analyser les facteurs associés à l'utilisation des services de PF chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en Côte d'Ivoire, afin de mieux concevoir des stratégies et faire face à ce problème.

Méthodes

Nous avons utilisé les données de 14 877 personnes âgées de 15 à 49 ans issues de l'Enquête Démographique et de Santé - 2021 menée en Côte d'Ivoire. La variable dépendante est représentée par le fait que la femme utilise ou non efficacement une méthode de planification familiale (PF). Les Co-variables comprenaient des facteurs démographiques et socio-économiques. Les estimations logistiques ont été réalisées à l'aide de Stata 18. Les analyses univariées ont fourni un tableau descriptif récapitulatif des variables de l'étude. Le test d'indépendance du Chi carré de Pearson et la régression logistique bivariée ont été utilisés pour évaluer l'association entre chacune des Co-variables et l'utilisation des services de PF. Les variables significatives ont été utilisées pour construire les modèles finaux. Des tests post-estimation (Pearson et Hosmer–Lemeshow chi2) ont été utilisés pour analyser la qualité de l'ajustement du modèle final.

Résultats

Sur 14 877 femmes, 20,78 % utilisaient une méthode de planification familiale (PF) ; avec respectivement 91,24 % et 8,76 % de femmes âgées de 40 ans ou moins et de femmes âgées de plus de 40 ans. Seulement 57,12 % de ces femmes qui utilisent des méthodes de PF vivent en zone urbaine et 20,28 % d'entre elles ont accès à des informations sur la PF. De plus, seulement 10,90 % ont été exposées à la nécessité d'utiliser les services de PF.

L'âge de la femme, son niveau d'éducation, son désir d'avoir plus d'enfants et son statut professionnel étaient significativement associés à l'utilisation des services de PF en Côte d'Ivoire. Son accès à la PF et son exposition au besoin d'utiliser une méthode de PF étaient également significativement associés à l'utilisation des services de PF. La taille du ménage, le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage, le nombre d'enfants en vie et l'âge du chef de ménage étaient significativement associés à l'utilisation des services de PF.

Dans cette étude, les femmes qui étaient instruites (OR=1,57/2,00/1,99, p<0,001), qui travaillaient (1,26, p<0,001), qui avaient accès à des informations sur la PF (OR=1,29, p<0,001), qui avaient de nombreux enfants en vie (1,53, p<0,001), qui avaient un grand ménage (OR=1,36, p<0,001), qui étaient exposées à la nécessité d'utiliser des méthodes de PF (OR=8,09, p<0,001) et qui avaient un chef de ménage âgé (OR=1,00, p=0,007) étaient plus susceptibles d'utiliser les services de PF. Cependant, les femmes qui vieillissaient (OR = 0,99, p <.

0,001), avaient de nombreux enfants de moins de 5 ans (OR = 0,63, p < 0,001) et souhaitaient avoir plus d'enfants (OR = 0,70, p < 0,001) étaient moins susceptibles d'utiliser les services de planification familiale.

Conclusion

Bien que l'exposition au besoin de contraception joue un rôle majeur dans la demande de soins de santé sexuelle et reproductive, l'éducation, l'accès à l'information sur la PF et l'autonomie financière de la mère sont essentiels pour expliquer le recours aux services de planification familiale. Promouvoir l'éducation des femmes, en améliorant leur accès à l'éducation formelle, en vulgarisant l'accès à l'information sur les services de PF et en promouvant leur autonomisation sont autant de stratégies susceptibles d'améliorer la prévalence du recours aux services de planification familiale en Côte d'Ivoire.

Formé mais sans emploi, sous-employé et non rémunéré : recherche empirique sur (et options politiques pour) intégrer le surplus paradoxal de travailleurs de la santé en Afrique (session organisée)

Pieternella Pieterse

Collège royal des chirurgiens d'Irlande, Freddy Eric Kitutu, École des sciences de la santé de l'université de Makerere

Description

Des systèmes de santé justes et durables reposent sur une main-d'œuvre bien formée et efficacement répartie. D'ici 2030, l'Afrique pourrait manquer de 6,1 millions de professionnels de santé, auxquels s'ajoutent 700 000 infirmiers, médecins et pharmaciens formés mais sans emploi. Pour garantir une couverture sanitaire universelle, les systèmes de santé doivent disposer d'employés bien formés, capables de dispenser des soins de qualité et équitablement dispensés. Les débats sur les ressources humaines pour la santé sont dominés par les appels à former davantage de professionnels de santé. Bien qu'important, le fait que des milliers de personnels formés ne soient pas efficacement intégrés aux systèmes de santé de nombreux pays africains est souvent ignoré.

Cette séance : Nous présentons des recherches sur les travailleurs de la santé paradoxalement excédentaires et les options politiques pour intégrer ce groupe dans les systèmes de santé.
Ce panel met le paradoxe des « travailleurs de la santé excédentaires » à l'ordre du jour des systèmes de santé et présente des résultats empiriques sur la dynamique et les conséquences du chômage/sous-emploi et du manque de rémunération à l'aide d'études de cas en Ouganda, en Sierra Leone, au Mali, au Tchad, au Niger et au Nigéria.

Nos quatre présentations se concentrent sur 1) les connaissances actuelles sur l'ampleur du surplus paradoxal de travailleurs de la santé formés en Afrique (nombre, pays confrontés au problème, cadres) 2) les stratégies de subsistance, les espoirs et les pratiques des travailleurs de la santé paradoxalement non employés ou sous-employés et non rémunérés 3) l'économie politique de la formation des travailleurs de la santé qui alimente ce surplus paradoxal 4) les défis de gouvernance qui surviennent lorsque des travailleurs de la santé autrement au chômage travaillent de manière informelle - sur les marchés de détail de médicaments en Ouganda ; en tant que « bénévoles » dans le système de santé formel au Nigéria, au Mali, au Tchad, au Niger et en Sierra Leone, 5) les solutions potentielles, les plans et les voies à suivre.

Eleanor Hutchinson La présentation de s'appuie sur une recherche qualitative empirique axée sur les infirmières au chômage travaillant sur les marchés de la médecine en Ouganda.

Olivier Onvlee/Noor Tromp réfléchira à l'utilisation des données des districts pour dresser le profil des agents de santé au Mali, au Tchad et au Niger. Ce constat révèle non seulement une pénurie d'agents de

santé et leur répartition inégale, mais aussi la présence d'agents de santé formés et non professionnels dispensant des soins bénévolement.

Charles Orjiakor s'appuiera sur des recherches empiriques menées dans le système public au Nigéria, où des travailleurs de la santé autrement au chômage sont embauchés comme personnel « bénévole », avec une petite allocation négociable, mais assument souvent des rôles essentiels.

Pieternella Pieterse décrit comment, en Sierra Leone, 50 % des professionnels de santé sont actuellement sans salaire et attendent d'être intégrés à la masse salariale. Avec peu de marge de manœuvre budgétaire pour créer de nouveaux emplois, un nombre croissant de nouveaux diplômés en soins infirmiers sont confrontés à des emplois non rémunérés et à un ratio de 45 professionnels de santé pour 10 000 habitants inaccessible pour la CSU.

Les travailleurs de la santé excédents et leurs stratégies de subsistance : Infirmières et sages-femmes travaillant sur les marchés du médicament en Ouganda

Eleanor Hutchinson *L'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres*

Contexte

Pour garantir une couverture sanitaire universelle, des systèmes de santé justes et durables doivent disposer d'employés bien formés, capables de dispenser des soins de qualité et équitables. Les débats sur les ressources humaines pour la santé sont dominés par les appels à former davantage de personnels de santé, mais ignorent le fait que des milliers de personnels formés ne sont pas efficacement intégrés aux systèmes de santé dans de nombreux pays. Cette présentation soulève la question des « surplus paradoxaux de personnels de santé » et montre comment ils sont intégrés aux systèmes de soins informels.

Méthodes

Nous avons mené une observation participante de quinze mois en Ouganda, suite à un différend et un débat sur le rôle des professionnels de santé au chômage dans la prestation de soins informels au sein du système de santé. Nous avons ensuite retracé les parcours de sage-femmes et d'infirmières qui avaient commencé à travailler comme vendeuses de médicaments. Nous avons ensuite mené une enquête et trente entretiens approfondis avec des infirmières et des sage-femmes travaillant comme vendeuses de médicaments dans des pharmacies ougandaises.

Résultats

L'étude ethnographique a montré que les vendeurs de médicaments traditionnels, non formés et intégrés localement, sont progressivement remplacés par des infirmiers et des sage-femmes qui ne parviennent

pas à trouver du travail dans le système de santé formel et créent des boutiques de vente de médicaments. Ces infirmiers et sage-femmes passent souvent des années à postuler à des emplois dans le secteur formel et, une fois qu'ils ont échoué, cherchent des moyens informels d'exercer leur profession. Une enquête menée à l'échelle du district a révélé que 60 % des vendeurs de médicaments à Luwero sont des infirmiers ou des sage-femmes dûment formés et que la majorité (82 %) sont des femmes. Ces boutiques offrent un maigre revenu à ceux qui y travaillent, 61 % gagnant moins de 100 dollars par mois, bien en dessous du salaire d'un agent de santé. Des entretiens approfondis ont révélé que ces infirmiers et sage-femmes doivent souvent compter sur leur famille pour obtenir un revenu supplémentaire et, dans de nombreux cas, pour faire fonctionner la boutique (en payant un loyer et/ou en achetant des stocks).

Conclusion

Autrefois, une formation d'infirmière ou de sage-femme offrait la promesse d'un emploi permanent en Ouganda. Ces quinze dernières années, le chômage des professionnels de santé a augmenté, parallèlement à la pénurie de personnel qualifié dans les établissements de santé. Face à la demande de soins, les modes informels de prestation de services sont souvent bien accueillis par la communauté, et l'on trouve de plus en plus d'infirmières et de sage-femmes dans des lieux auparavant peuplés de prestataires non formés.

Stages sans fin : sans financement gouvernemental pour les ressources humaines, les diplômés en soins infirmiers de la Sierra Leone ne peuvent pas rapprocher le pays de la réalisation de la CSU

Pieternella Pieterse *Collège royal des chirurgiens d'Irlande, Dublin, Irlande, Irlande*

Historique

En Sierra Leone, le ratio « personnel de santé qualifié/population » est de 6,4 pour 10 000 habitants, soit bien moins que les 45 médecins, sage-femmes et infirmiers pour 10 000 habitants jugés essentiels pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). L'instauration de la CSU est le principal objectif politique du ministère de la Santé et de l'Assainissement du pays. Or, sans augmentation du financement destiné au développement des effectifs de santé publique, la cohorte croissante de jeunes professionnels infirmiers du pays sera confrontée au chômage ou à des stages non rémunérés permanents. Cette étude met en évidence les priorités contradictoires des principaux acteurs qui stimulent la production de personnel de santé sans tenir compte de leurs perspectives d'emploi, annulant ainsi les gains de la CSU.

Méthodes

Les données sur les inscriptions des stagiaires en santé (passées et prévues) ont été collectées pour la période 2019-2026, dans les douze centres de formation des professionnels de santé de Sierra Leone. Des entretiens ont été menés auprès d'étudiants, d'enseignants, d'informateurs clés et de professionnels de santé (n = 110), salariés et non-salariés.

Résultats

Depuis 2020, après l'arrêt de la formation de deux cadres infirmiers auxiliaires en raison d'une « surproduction », l'accent a été mis sur la formation d'infirmières répondant aux normes de l'OMS (les cadres auxiliaires n'y répondant pas). Une population de plus en plus jeune (plus de 28 % a entre 15 et 29 ans) a contribué à la demande de formation des professionnels de la santé. Ces deux facteurs ont entraîné une expansion significative des établissements publics et privés proposant des formations diplômantes et diplômantes en soins infirmiers, en sage-femme, en technicien de laboratoire, etc. En quatre ans, les inscriptions dans certains établissements de formation ont quadruplé. Cependant, les prévisions de l'OMS sur le marché du travail (2019) prévoient que seule une fraction des diplômés trouvera un emploi rémunéré. Lors des entretiens, les propriétaires et les enseignants des instituts de formation semblaient principalement se concentrer sur la satisfaction de la demande de stages, car ils étaient conscients des perspectives d'emploi des étudiants, mais incapables de les influencer. Les étudiants étaient largement trop optimistes quant à la recherche d'un emploi rémunéré dans le secteur public ou privé.

Discussion

L'expansion des personnels de santé est essentielle à la progression de la CSU. Certains responsables de ministères de la Santé et d'établissements de formation ont souligné l'importance accordée par la Sierra Leone à la formation du nombre requis d'agents de santé répondant aux normes de l'OMS. Bien que louable, former des agents de santé sans accroître les financements nécessaires à leur recrutement ne conduira pas à l'expansion de la CSU. En Sierra Leone, la moitié des personnels de santé actuels travaillent sans salaire en raison du report de l'inclusion dans la masse salariale, et la facturation informelle des agents de santé constitue un obstacle important à l'accès à des soins de santé abordables. Sans marge de manœuvre budgétaire ni priorité politique accrue accordée au secteur de la santé, peu d'infirmiers et de jeunes professionnels de santé, récemment formés ou non, trouveront un emploi rémunéré et deviendront des défenseurs de la CSU en Sierra Leone.

L'impact de l'engagement bénévole sur les systèmes de soins de santé primaires dans les pays en développement : une étude ethnographique

Tochukwu Charles Orjiakor

Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria

Contexte

Les contraintes de ressources et la pénurie de main-d'œuvre pourraient inciter les acteurs locaux à rechercher des solutions rapides, susceptibles de s'avérer inefficaces et perturbatrices à long terme. La présente étude a adopté une approche ethnographique pour observer de près les centres de santé primaires (CSP) et les services d'administration sanitaire au Nigéria. L'objectif est d'acquérir une expérience directe des abus et des pratiques qui compromettent l'efficacité et l'accès aux soins. Plus précisément, l'étude explore les implications de l'embauche et de l'engagement de professionnels de santé qualifiés comme bénévoles à bas salaires sur le fonctionnement global des centres de santé.

Résultats

En utilisant des approches ethnographiques d'observation participative, quatre chercheurs ont observé directement six centres de santé primaires et les bureaux administratifs de district qui les supervisent. Les observations ont duré huit semaines. Afin de minimiser la réactivité, les chercheurs connaissaient bien les communautés et les centres de santé et ont été présentés comme des chercheurs « observant les centres de santé primaires à la recherche de solutions pratiques ». Des entretiens de suivi ont été menés auprès des principales parties prenantes, notamment les directeurs d'établissements de santé, les agents de santé réguliers, les responsables administratifs de district et les bénévoles, afin de comprendre les motivations sous-jacentes à certaines pratiques de recrutement et d'engagement de bénévoles.

Conclusion

Bien que les résultats de la présente étude puissent se limiter aux districts observés, il est prouvé que la pénurie de personnels de santé entraîne des pratiques d'engagement bénévole sous-optimales. Les documents de politique nationale de santé reconnaissent de plus en plus le rôle des bénévoles et laissent la latitude aux gestionnaires d'établissements de les recruter, tout en prévoyant une partie du budget de la santé pour couvrir leur maigre rémunération. Il semble que l'engagement bénévole s'impose progressivement comme une solution à l'incapacité des systèmes à renforcer les effectifs de santé.

Utilisation des données des districts pour élaborer des profils de main-d'œuvre : une opportunité d'adapter les politiques et les interventions en matière de RHS pour les prestataires de soins de santé primaires au Tchad, au Niger et au Mali

Noor Tromp *KIT, Amsterdam, Pays-Bas, Pays-Bas*

Contexte

Les zones reculées sont connues pour leur faible capacité à retenir les prestataires de soins de santé. Dans le cadre de l'Initiative stratégique du Fonds mondial sur les RHS (2021-2023), nous avons mené une évaluation des effectifs au Mali, au Niger et au Tchad. L'élaboration d'un profil des effectifs, à partir des données des districts, offre la possibilité d'adapter les solutions de recrutement aux besoins spécifiques.

Méthodes

Nous avons réalisé une évaluation rapide des effectifs dans un district isolé du Niger, du Tchad et du Mali, à partir des données locales. Un questionnaire a été élaboré pour recueillir des données sur les cadres, le niveau de qualification, le sexe, l'âge, le type de contrat et l'expérience. Les données ont été collectées par un expert national et des assistants de recherche dans chaque établissement de soins primaires du district. Les données ont été saisies dans ODK et une analyse descriptive simple a été réalisée.

Résultats

Dans les districts de Guelendeng au Tchad, de Konni au Niger et de Kadiolo au Mali, des profils distincts sont apparus à partir des données. Dans ces trois districts ruraux, un nombre substantiel de la main-d'œuvre n'avait pas de diplôme qualifié : 38 % à Kadiolo, 29 % à Guelendeng et 61 % à Konni. La main-d'œuvre qualifiée était majoritairement jeune (plus de 70 % ont moins de 40 ans), au Mali et au Niger (40 % au Tchad) principalement féminine et souvent composée d'infirmières diplômées d'État et auxiliaires avec des contrats différents, des salaires, des conditions de travail et de formation variables. La minorité était inscrite dans la fonction publique (39 % au Tchad, 33 % au Niger et 17 % au Mali). Au Niger et au Tchad, la plupart du personnel qualifié travaillait moins de trois ans dans le district (58 % et 80 % respectivement). Un nombre relativement élevé de personnel qualifié travaillait comme bénévoles : au Mali 28 % et au Niger 38 %.

Ces informations ont fourni aux acteurs du district des informations leur permettant d'envisager des interventions adaptées à leur espace décisionnel. Parmi les exemples figuraient les préférences en matière d'acceptation de bénévoles pour les postes vacants et les options d'harmonisation des différents accords contractuels.

Discussion

L'étude démontre l'importance d'utiliser activement les données disponibles localement, malgré la difficulté d'obtenir des données précises. Les profils démontrent l'importance d'investir dans les données locales pour la prise de décision, le développement des capacités et la mise en place d'interventions sur mesure. L'étude a mis en évidence la nécessité d'élaborer une cartographie complète, incluant des données sur les bénévoles, le personnel non diplômé et les contrats, ainsi que l'intérêt d'une approche endogène pour le déploiement et la fidélisation des agents de santé en zones rurales. Le nombre élevé de jeunes employés, en particulier de femmes, souligne l'importance des programmes de coaching et de mentorat pour offrir un soutien par des cadres supérieurs, potentiellement par voie numérique, et la nécessité de renforcer les capacités des responsables de district en matière d'élaboration d'interventions sensibles au genre.

Construire des systèmes de santé résilients pour la préparation aux situations d'urgence : intersections entre le genre et le personnel de santé (session organisée)

Evaline Langat Chipchichir[1], Lisa Avery[2], Sally Muhula[3]

(1) Université Aga Khan
(2) Université du Manitoba
(3) Gouvernement du comté de Mombasa

Description

La préparation et la réactivité des systèmes de santé face à toute crise sanitaire dépendent fortement d'un personnel de santé solide, à tous les niveaux et dans tous les domaines. Les gouvernements sont tenus de renforcer les ressources humaines dans le secteur de la santé, en se concentrant sur les secteurs les plus

à risque, en veillant à ce que la gestion des ressources humaines, l'organisation, le renforcement des capacités et les programmes de soutien et de rétablissement soient inclusifs, sensibles au genre, transformateurs et durables. À l'échelle mondiale, les femmes représentent respectivement 70 % et jusqu'à 90 % des personnels de santé et des services sociaux, et sont plus susceptibles de prodiguer des soins de première ligne. Pourtant, peu d'études évaluent l'impact et les effets de la pandémie de COVID-19 et des mesures publiques d'atténuation sur le personnel de santé féminin dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Notre session présentera les résultats de nos recherches au Kenya sur l'impact de la COVID-19 sur les femmes prestataires de soins de santé, rémunérées et non rémunérées. Menée entre 2022 et 2024 dans les comtés de Kilifi et de Mombasa, l'étude a utilisé des méthodes mixtes auprès de prestataires de soins de santé, hommes et femmes, rémunérés et non rémunérés, afin de comprendre les liens entre l'expérience des prestataires de soins de santé et leur santé avant, pendant et après la COVID-19. En appliquant une perspective d'équité en matière de santé et d'égalité des sexes, notre session mettra en évidence les divers facteurs contextuels, culturels et socio-économiques qui différencient l'expérience des femmes face au COVID-19 et ont un impact sur la capacité du système de santé à répondre aux urgences futures et existantes et à protéger les femmes du personnel de santé lors des futures crises sanitaires.

Comprendre les implications économiques de la COVID-19 sur le personnel de santé rémunéré et non rémunéré au Kenya

Bilali Yusuf Mazoya *Gouvernement du comté de Kilifi, Kilifi, Comté de Kilifi, Kenya*

Contexte

La résilience et la réactivité du système de santé nécessitent un personnel de santé fonctionnel, capable de garantir l'accès aux soins de santé universels et de répondre aux urgences. La réponse du système de santé kenyan à la pandémie de COVID-19 s'est largement appuyée sur des prestataires de soins rémunérés et non rémunérés (volontaires de santé communautaires). Pourtant, peu d'attention a été accordée aux difficultés économiques et aux moyens de subsistance rencontrées par ces travailleurs pendant la pandémie.

Objectif

Décrire l'impact économique et sur les moyens de subsistance du COVID-19 sur les prestataires de soins de santé rémunérés et non rémunérés dans les comtés de Kilifi et de Mombasa, au Kenya, et leurs implications sur la préparation future aux pandémies.

Méthodes

Des méthodes mixtes participatives (qualitatives (FDC (groupe de concertation), IDI (Infrastructure de données intégrée) et KII (entretien avec un informateur clé-EIC)) et quantitatives (enquête, n = 2526)

encadrées par l'équité en santé, l'analyse basée sur le genre et la conception centrée sur l'humain ont été utilisées.

Principales conclusions

Un peu plus de la moitié (55,7 %) des prestataires de soins interrogés étaient des bénévoles de santé communautaire non rémunérés (44 % étaient des prestataires rémunérés). Comparés aux travailleurs rémunérés, les prestataires non rémunérés : dépendaient d'un autre emploi comme principale source de revenus (63 % contre 3,4 %) ; étaient divorcés (6,2 % contre 0,9 %) ou veufs (9,2 % contre 2,2 %) ; et étaient des femmes (81 % contre 70,9 %). Pendant la COVID, les prestataires non rémunérés ont été confrontés à une charge de travail accrue (69,3 % contre 55 %) et à une charge de soins domestiques non rémunérés (53,5 % contre 37,4 %). Plus des trois quarts des deux catégories ont vu leurs moyens de subsistance affectés (80 %), les prestataires non rémunérés étant touchés de manière disproportionnée : plus d'un quart ont subi une perte totale de revenus (28,4 % contre 5,5 %) et 40 % ont décrit le niveau d'impact sur leurs moyens de subsistance comme extrême (contre 6,8 % des prestataires rémunérés). La plupart des deux catégories n'ont pas reçu d'aide d'autres sources (61 %) malgré les impacts négatifs sur leurs moyens de subsistance. Le soutien financier et alimentaire était les formes d'aide les plus courantes pour ceux qui en bénéficiaient. La famille, les amis et les ONG étaient les sources d'aide les plus courantes. Le gouvernement et les employeurs ont apporté un soutien minime. Il est intéressant de noter que bien moins de la moitié des deux catégories ont indiqué avoir participé à l'élaboration du système de santé ou des politiques de main-d'œuvre avant ou pendant les périodes de crise.

Conclusion

La planification de la préparation aux futures pandémies doit inclure des stratégies visant à atténuer les conséquences économiques et les conséquences néfastes sur les moyens de subsistance des professionnels de santé, rémunérés ou non. À défaut, la capacité du système de santé kenyan à résister aux futures urgences sera considérablement limitée.

Essentiel mais pas pour autant égal : le rôle négligé du genre dans la préparation et la réponse face aux situations d'urgence des systèmes de santé

Everlyne Mbuche Mpita *Université Aga Khan, Kilifi, comté de Kilifi, Kenya*

Contexte

À l'échelle mondiale, sept professionnels de santé sur dix sont des femmes. Au Kenya, les personnels de santé en première ligne face à la pandémie étaient majoritairement féminins. Le système de santé et les mesures d'atténuation mis en place par la pandémie ont eu des conséquences sanitaires, économiques et sociétales inattendues. Pourtant, l'impact de ces conséquences sur le personnel de santé féminin, rémunéré ou non, est resté négligé.

Objectif

Examiner les vulnérabilités liées au genre associées à la pandémie parmi le personnel de santé rémunéré et non rémunéré et générer des stratégies pour minimiser l'impact négatif des futures pandémies sur les prestataires de soins de santé féminins.

Méthodes

Enquête quantitative (n = 2526) avec échantillonnage proportionnel de prestataires de soins de santé rémunérés et non rémunérés de sexe féminin (n = 1932) et masculin (n = 589) dans les comtés de Kilifi et de Mombasa, au Kenya, en utilisant une analyse basée sur le genre et l'intersectionnalité.

Principales conclusions

Une plus grande proportion du personnel non rémunéré était composée de femmes (80 % contre 19 %). Dans les deux catégories, moins de femmes étaient mariées que d'hommes (64,7 % contre 76,5 %), mais davantage de femmes ont subi une séparation pendant la COVID que leurs homologues masculins (42,3 % contre 30,4 %). Avant et après la COVID, le revenu mensuel des hommes était 1,5 à 2 fois supérieur à celui des femmes prestataires de soins, quel que soit le type de personnel. Pendant la COVID, davantage de femmes ont décrit leurs moyens de subsistance comme étant extrêmement affectés (28,2 % contre 20,5 %) et ont subi une perte totale de revenus (23,7 % contre 15,9 %). Les femmes ont pris en moyenne 4 jours de congé de maladie supplémentaires pour prendre soin d'elles-mêmes ou d'autrui et un peu moins de la moitié ont vu leurs responsabilités en matière de soins et de travaux domestiques non rémunérés augmenter, contre un tiers des hommes. Une proportion similaire de prestataires de soins, hommes et femmes, ont subi des violences pendant la pandémie (12,5 % contre 11 %), mais les femmes étaient 3,5 fois plus susceptibles que leur domicile soit le théâtre de violences. Près de 14 % des prestataires de soins étaient enceintes pendant la pandémie ; la majorité (89 %) ont déclaré ressentir une anxiété liée à la grossesse en raison de leur activité de prestataire de soins pendant la COVID, mais seulement un quart d'entre elles ont demandé des aménagements pour un rôle autre que celui de première ligne. Bien qu'elles représentent la majorité des professionnels de santé, les femmes étaient beaucoup moins susceptibles de participer à l'élaboration des politiques ou des lignes directrices du système de santé ou du personnel (un tiers contre la moitié des hommes).

Conclusion

Le développement de systèmes de santé sensibles au genre et transformateurs, capables de résister aux futures urgences, doit explicitement prendre en compte les vulnérabilités spécifiques des prestataires de soins de santé, rémunérés ou non. Malgré leur forte dépendance envers les femmes comme prestataires de soins, les systèmes de santé restent insuffisamment réactifs aux besoins spécifiques des femmes en matière de personnel de santé.

Le travail invisible : Implications de la charge des soins non rémunérés pour des systèmes de santé résilients et transformateurs sur le plan du genre

Sharlet Anzazi *Gouvernement du comté de Kilifi, Kilifi, Comté de Kilifi, Kenya*

Contexte

Les systèmes de santé des pays à revenu faible et intermédiaire dépendent fortement d'un personnel de santé communautaire, majoritairement féminin et souvent non rémunéré, pour garantir l'accès universel aux soins et mettre en œuvre la réponse et la préparation aux pandémies. Historiquement, peu d'attention a été accordée à la charge de travail de soins non rémunérée des prestataires de soins féminins et à ses conséquences sur la mise en place de systèmes de santé transformateurs en matière de genre, qui protègent la santé et les droits de tous les citoyens.

Objectif

Documenter le fardeau des soins non rémunérés auquel sont confrontées les prestataires de soins de santé rémunérés et non rémunérés à Kilifi et Mombasa, au Kenya, et proposer des recommandations pour les politiques relatives au personnel de santé afin de reconnaître et de traiter le fardeau inéquitable des soins non rémunérés et domestiques.

Méthodes

Des méthodes mixtes ont été employées : des enquêtes sur l'utilisation du temps (n = 2526) avec un échantillonnage proportionnel de prestataires de soins de santé rémunérés et non rémunérés de sexe féminin (n = 1932) et masculin (n = 589) ; et des FGD, des IDI et des KII de prestataires de soins de santé de sexe masculin et féminin, du gouvernement et des principales parties prenantes.

Principales conclusions

Pendant la COVID, les prestataires non rémunérés ont connu une augmentation du volume de tâches par rapport aux prestataires rémunérés (69,3 % contre 55 %). Bien que les deux cadres aient décrit une augmentation de la répartition du travail domestique, de l'utilisation du temps et des soins non rémunérés, une charge plus lourde a été décrite par les prestataires non rémunérés (trois quarts contre la moitié des prestataires rémunérés). Cette charge était également sexuée. Les hommes et les femmes ont décrit une augmentation de l'utilisation du temps et du travail non rémunéré, mais celle-ci était plus importante pour les femmes (près de la moitié contre un tiers des hommes), en particulier pour le travail domestique et la garde des enfants. La répartition du travail était également inéquitable, des responsabilités telles que la cuisine, le ménage et les soins aux enfants ou aux membres malades de la famille étant systématiquement attribuées aux femmes. Les résultats qualitatifs ont révélé le double fardeau des soins non rémunérés auquel sont confrontés les bénévoles de santé communautaire, car ils absorbent un travail de soins non rémunéré supplémentaire du côté domestique et du côté du système de santé. Les prestataires de santé rémunérés étaient mieux à même d'externaliser le travail domestique et de soins non rémunéré supplémentaire en employant du personnel domestique rémunéré. Une budgétisation sensible au genre et des politiques qui reconnaissent et renforcent la protection sociale et les droits des prestataires rémunérés et non rémunérés ont été identifiées comme des lacunes critiques par les parties prenantes et les prestataires.

Conclusion

La répartition sexuée du travail de soins non rémunéré demeure un obstacle majeur au développement de systèmes de santé résilients et transformateurs de genre. Les initiatives qui reconnaissent, réduisent et redistribuent la charge des soins non rémunérés devraient être intégrées au financement et à la réforme des systèmes de santé. Une attention particulière est requise pour les bénévoles de santé communautaire qui jonglent entre le travail de santé bénévole non rémunéré, les soins domestiques et le travail dans le secteur informel pour subvenir à leurs besoins.

Renforcer la prestation de services décentralisés en matière de VIH pour améliorer la couverture et le maintien des soins dans les centres de soins de santé primaires : Leçons du nord-ouest du Nigeria

Kenneth Kukhiyep Alau[1], Hilda Shehu[2], Tanko Abdulrazak[3], Nkata Chuku[4], Alozie Ananaba[4], Dayo Popoola[3], Lan Terhemba[4] and Chukwuneku Opiti[4]

(1) Health Systems Consult Limited (HSCL) - USAID ACE3 Project, FCT, Abuja, Nigeria,
(2) Health Systems Consult Limited (HSCL), FCT, Abuja, Nigeria,
(3) Health Systems Consult Limited (HSCL) -USAID ACE3 Project, FCT, Abuja, Nigeria,
(4) Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Mots-clés

PSD, CSP, PVVIH, VIH

Contexte

En 2019, le Nigéria a adopté le modèle de prestation de services différenciée (PSD) pour améliorer les services et la prise en charge du VIH. Malgré sa mise en œuvre dans les 36 États et le Territoire de la capitale fédérale, les centres de soins de santé primaires (CSP) restent principalement axés sur le dépistage du VIH et l'orientation des patients vers des structures de niveau supérieur pour l'initiation d'un traitement antirétroviral (TAR), même s'ils sont facilement accessibles aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH). De plus, la sensibilisation communautaire au VIH pourrait accroître la fréquentation des CSP pour les services liés au VIH. Il est donc nécessaire d'évaluer l'état de la prestation de services de CSP et l'influence du programme de sensibilisation sur l'amélioration de la couverture sanitaire universelle.

Méthodes

Cette étude a consisté à extraire des données de la base de données Radet pour trois États du nord-ouest du Nigéria, à savoir Kebbi, Sokoto et Zamfara, participant au projet ACE (Accélération Control of the HIV Epidemic(Accélérer la lutte contre l'épidémie de VIH) Cluster 3). Une analyse secondaire a été réalisée pour évaluer l'état de la prestation des services liés au VIH dans les centres de santé primaires. Une analyse descriptive a été réalisée et une régression logistique multiple a été utilisée pour modéliser les facteurs influençant la sensibilisation communautaire dans les centres de santé primaires.

Résultats

Il y a 35 CSP dont 23 (65,7 %) en zone urbaine et 12 (34,3 %) en zone rurale. Environ 62,9 % des CSP ont été

impliqués dans un programme de sensibilisation communautaire, 60,0 % ont participé à la mise en relation des clients avec les 9 centres de santé secondaires dans les États étudiés. Environ 40 % ont effectué un dépistage de la tuberculose et 88,6 % ont fourni des consultations aux clients. Tous les PHC ont fourni des conseils pré et post-test du VIH et des tests de laboratoire, mais seulement 2,9 % ont effectué la numération des CD4 et la charge virale, tandis que 5,7 % ont participé à des conseils sur l'observance. Malheureusement, aucun des CSP n'était impliqué dans l'initiation, le renouvellement et la distribution des ARV. Les facteurs influençant la sensibilisation communautaire comprennent les centres de santé primaires situés en zone urbaine OR=2,9 IC95% 1,7-8,8, le personnel disponible pour le triage OR=3,2 IC95% 1,4-5,9 et la disponibilité d'une opportunité de dépistage de la tuberculose OR=5,6 IC95% 3,6-10,4.

Conclusion

Il existe une lacune importante dans la continuité des soins du VIH au niveau des soins de santé primaires dans les États de Kebbi, Sokoto et Zamfara, notamment avec l'instauration du traitement antirétroviral. Ceci souligne la nécessité d'intensifier la prestation décentralisée de services liés au VIH dans les centres de santé primaires. Afin d'améliorer la couverture et d'assurer la continuité des soins pour les personnes vivant avec le VIH, des interventions ciblées sont recommandées pour doter les centres de santé primaires des ressources, de la formation et du soutien nécessaires à la prestation de l'ensemble des services liés au VIH, y compris l'instauration et le renouvellement du traitement antirétroviral, le conseil en matière d'observance et le soutien psychosocial, tout en s'appuyant sur leur avantage comparatif en matière de programmes de sensibilisation communautaire pour accroître la demande de services liés au VIH.

Combler les déficits de financement dans le secteur de la santé : nouvelles perspectives pour les partenariats public-privé

Iboro Nelson *Université d'Uyo*

Contexte

La conjoncture économique mondiale défavorable, engendrée par la pandémie de Covid-19 et, plus récemment, par la guerre russo-ukrainienne, a gravement affecté le financement durable de la santé publique dans des contextes de ressources limitées. Pour combler le déficit de ressources des systèmes de santé, le financement du secteur privé peut jouer un rôle essentiel pour garantir une prestation efficace des services de santé. Au Nigéria, la base de consommateurs de services de santé représente au moins 95 % de la population. De plus, les dépenses de santé à la charge des patients (qui reflètent les dépenses du secteur privé) ont régulièrement augmenté, passant de 72,9 % en 2000 à 77,5 % en 2010, pour atteindre une moyenne de 75,1 % sur la période 2000-2020.

Objectifs

L'objectif de l'étude est de fournir des preuves d'une analyse complète et comparable de la contribution des différentes sources de financement de la santé et d'établir les bases de collaborations fructueuses et de complémentarités pour le financement de la santé.

Méthode utilisée

L'étude est une analyse comparative du financement de trois services de santé : le paludisme, les maladies non transmissibles (MNT) et les services de santé maternelle, par les agents de financement (sources publiques, privées et externes). Des outils statistiques simples de camemberts et de graphiques linéaires sont utilisés pour l'analyse des données obtenues à partir de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) couvrant une période de 7 ans ; 2013-2019. Deux indicateurs de financement de la santé : le % des dépenses courantes de santé (%DCS) et le % des dépenses générales du gouvernement (%GGE) sont choisis en raison de leur lien direct avec le sujet de l'étude.

Principales conclusions

La proportion des dépenses de santé privées reste élevée pour les trois services de santé examinés dans l'étude par rapport aux dépenses provenant de sources publiques et externes, tant en % DCS qu'en % GGE. Plus précisément, pour le % DCS, la proportion de ressources privées consacrées aux services de lutte contre le paludisme a dépassé les ressources dépensées par les ressources publiques et externes (33,7 % contre 4,42 % contre 2,42 %). De même, pour les services de santé maternelle, la proportion de ressources du secteur privé dépensées a dépassé celle des ressources publiques et externes (5,85 % contre 1,85 % contre 0,57 %). Pour les MNT, les ressources privées dépensées sont supérieures aux ressources publiques et externes réunies (7,85 % contre 2,514 % contre 0,14 %). Des résultats similaires ont été trouvés pour les dépenses publiques générales (% GGE) où les dépenses privées pour le paludisme représentaient une proportion plus importante que les dépenses publiques et externes (9,57 % contre 1,42 % contre 0,71 %) tandis que pour les MNT, des ressources privées plus élevées ont été dépensées par rapport aux ressources publiques et externes (2 % contre 0,85 % contre 0 %).

Conclusion

Les résultats de l'étude démontrent suffisamment l'importance du financement privé des services de santé. De plus, l'étude confirme la nécessité de modèles explorant les partenariats collaboratifs pour le financement des soins de santé, toutes sources confondues, afin de combler les lacunes en matière de capacités et d'étendre les services aux besoins non satisfaits de la population.

Dissémination clonale de Klebsiella pneumonie productrice de β-lactamase à spectre étendu, isolée à partir de patients chirurgicaux, de dispositifs médicaux et d'environnements hospitaliers dans la région de l'Ouest, au Cameroun

Ngo Mbog Therese Espoir

Département de microbiologie-hématologie et d'immunologie, Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Dschang, Cameroun, Bafoussam, Cameroun, Cameroun

Introduction

Les infections nosocomiales (IN) causées par Klebsiella pneumonie résistante aux antibiotiques constituent un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale. Les Klebsiella pneumonie productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (K. pneumonie-BLSE) contribuent largement aux IN potentiellement mortelles, notamment en chirurgie et en réanimation.

Des mesures d'hygiène insuffisantes et l'absence de programmes et de politiques de prévention et de contrôle des infections contribuent à la dissémination facile de K. pneumonie BLSE-issu des surfaces inertes, des dispositifs médicaux et du personnel soignant vers les patients hospitalisés. Cette étude visait à déterminer la prévalence, les facteurs de risque, les caractéristiques génotypiques et la parenté clonale de K. pneumonie BLSE- isolé chez des patients opérés, des dispositifs médicaux et en milieu hospitalier à l'hôpital régional annexe de Dschang, dans la région de l'Ouest au Cameroun.

Méthodes

Une étude transversale a été menée sur une période de quatre mois, de février à mai 2022. Au total, 91 échantillons ont été prélevés auprès de patients hospitalisés (n = 46), de matériel médical (n = 20) et d'environnements hospitaliers (n = 25). Les échantillons ont été cultivés sur gélose au bleu de méthylène éosine. Après culture et identification biochimique avec API 20E, des tests de sensibilité aux antibiotiques ont été réalisés par diffusion sur disque sur gélose Müller Hinton. Le phénotype BLSE a été analysé à l'aide de ChromAgarTM ESBL (CHROMagar, Paris, France) couplé à un test de synergie sur doubles disques. De plus, la détection des gènes de résistance blaCTX-M, blaSHV et blaTEM a été réalisée par réaction en chaîne par polymérase (PCR), tandis que la parenté clonale des isolats a été réalisée par PCR ERIC (Enterobacterial Repetitive Intergenic Consensus).

Résultats

La prévalence globale de K. pneumoniae BLSE était de 23,9 % (11/46). Seuls deux isolats de Klebsiella pneumoniae ont été isolés du matériel médical, dont un isolat BLSE. Les résultats de l'environnement hospitalier ont révélé que 28 % (07/25) étaient positifs pour Klebsiella pneumoniae, dont 20 % (05/25) étaient positifs pour BLSE. Un niveau élevé de résistance (100 %) à la céfuroxime, à l'amoxicilline-acide clavulanique, à la céfuroxime, à la ceftriaxone et au céfotaxime a été observé. De plus, les taux de résistance à la gentamicine et au méropénème étaient respectivement de (89,4 %) et (42,1 %). Le principal gène de résistance aux β-lactamines détecté était blaCTX-M (65,6 %), suivi de blaTEM (43,7 %) et blaSHV (25 %). La parenté clonale a révélé la circulation probable de Klebsiella pneumoniae ESBL au sein et entre les services et l'environnement hospitalier respectivement.

Conclusion

Il est donc impératif, voire très urgent, de mettre en œuvre des mesures strictes de prévention et de contrôle des infections pour freiner la dissémination des Klebsiella pneumonie MDR et ESBL.

Revitaliser la prestation de services de santé au Zimbabwe grâce à un financement innovant de la santé et à l'approche des soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle (SSPprCSU) d'ici 2030.

Portia Manangazira *Groupe de travail communautaire sur la santé, Zimbabwe, HARARE, Zimbabwe*

Les soins de santé primaires (SSP) sont apparus dans les années 1970 comme une stratégie visant à répondre de manière plus équitable, plus appropriée et plus efficace aux besoins de santé fondamentaux et à s'attaquer aux causes sociales, économiques et politiques sous-jacentes de la mauvaise santé. Aujourd'hui, il est plus urgent que jamais pour les pays à revenu faible ou intermédiaire de mettre en œuvre efficacement les SSP pour l'accès universel à la santé (CSU) et atteindre les Objectifs de développement durable (ODD 2030). Partie intégrante du système de santé national et du développement économique et social global, les SSP nécessitent une coordination à l'échelle nationale avec tous les niveaux du système de santé et les autres secteurs qui contribuent à la stratégie de développement global du pays.

Lors de son indépendance en 1980, le Zimbabwe a fondé son système de santé sur le concept et la philosophie des soins de santé primaires (OMS, UNICEF, 1978), améliorant considérablement l'état de santé de la population et atteignant des niveaux notables. Cependant, ces progrès ont stagné et régressé après des décennies de difficultés socio-économiques et politiques qui ont eu un impact négatif sur la santé. Malgré une augmentation progressive des allocations budgétaires vers l'objectif de 15 % pour la santé (Abuja, 2001), les décaissements budgétaires ont été insuffisants pour maintenir le système à flot.

Entre-temps, il faut prévoir des plans pour la sortie du Fonds mondial, de GAVI et d'autres bailleurs de fonds majeurs d'ici 2030, ce qui encouragera les actions en faveur de la mobilisation des ressources nationales et de l'assurance maladie sociale.

Buts et objectifs

- Réaliser une évaluation de l'état actuel du système de prestation de soins de santé
- Convoquer un dialogue national pour un consensus sur le financement de la santé
- Obtenir un consensus sur la nécessité d'une stratégie durable de mobilisation des ressources nationales

Méthodes

Une analyse de la situation en matière de prestation et de financement des soins de santé a été réalisée, cartographiant les acteurs de la santé, les donateurs et leurs contributions à la santé. Un dialogue national de deux jours sur le financement de la santé pour l'accès universel a été organisé, ciblant les médias, les OSC et le Parlement, avec le soutien du Fonds mondial et de la SADC.

Principales conclusions

Une analyse complète de la situation, de l'état du financement de la santé et des progrès vers la CSU a été réalisée et partagée. L'ampleur de la dégradation du système et le besoin urgent de le revitaliser, de le renforcer grâce à des financements innovants et à une stratégie de sortie du système de financement majoritaire d'ici 2030 ont été mis en lumière. Une décision a été prise concernant la mobilisation des ressources nationales, notamment la promotion de la mise en place de l'assurance maladie nationale (AMN) pour un financement durable de la santé et la lutte contre la vulnérabilité grâce à une meilleure efficacité du budget de l'État.

Conclusion

Un consensus national sur le financement durable de la CSU avec des actions de suivi concrètes et un communiqué conjoint des médias, du parlement et des OSC de la santé a été obtenu pour revitaliser le système de santé du Zimbabwe.

Une approche multisectorielle pour renforcer le système de réponse aux urgences sanitaires et aux pandémies du Cameroun : leçons tirées de la COVID-19.

Tah-Monunde Mercy Akwi Mbacham[1, 2], Kinga Bertila Mayin[1, 2], Wuyika Linda Vanessa Chifon[1, 2], Lanyuy Gillian Dzekashu [1, 2] Dingana Therence, Nwana1[, 3], NKouh Godlove[1, 4], Vera Bidlola Dingana[1, 2] , Shu Sirri Glory[1, 2], Che Valerie Blaise[1, 2], Ngum Charissa Belembom[1]

(1) Association d'économie de la santé du Cameroun (HEAC),
(2) Université catholique du Cameroun, Bamenda
(3) Hôpital du district de Tubah
(4) École baptiste de santé publique, Mutengene, Services de santé de la Convention baptiste du Cameroun.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a exercé une pression extraordinaire sur les économies du monde entier, affectant les systèmes de santé, exposant grandement les faiblesses systémiques et révélant des lacunes importantes dans la préparation mondiale et nationale à la pandémie. Des millions de personnes ont été infectées et des millions de décès ont été signalés. En raison de la pandémie, le PIB mondial a chuté de 3,4 %, le chômage a grimpé de 5,77 %. Le PIB du Cameroun est passé de 4,03 % à -1,2 % et le chômage est passé de 3,61 % en 2018 à 4,12 % en 2020. Les tentatives visant à réduire la propagation de l'infection, à prévenir les décès et à améliorer les taux de vaccination ont conduit au détournement des fonds COVID, au manque de connaissances adéquates sur la manière de traiter les cas critiques, entre autres défis.

Objectif

L'objectif de ce résumé est de présente r une approche multisectoriell e visant à renforcer le système de

réponse aux urgences sanitaires et aux pandémies du Cameroun, en tirant les leçons de la Covid-19, en renforçant les capacités du personnel de santé et les stratégies de communication qui renforcent la confiance par la transparence.

Méthodes

Une combinaison d'études impliquant une conception d'étude qualitative et quantitative avec des données primaires et secondaires et des revues systématiques a été utilisée.

Résultats

Un mécanisme stable de financement et de responsabilisation en matière de santé, le renforcement des capacités du personnel de santé, l'investissement dans les infrastructures et une stratégie de communication qui renforce la confiance grâce à la transparence renforceront le système de réponse aux urgences sanitaires et aux pandémies du Cameroun.

Conclusion

Pour se préparer aux futures pandémies, il est nécessaire de disposer d'un mécanisme approprié de financement et de responsabilisation en matière de santé, d'un personnel qualifié et diversifié, d'infrastructures adéquates et de stratégies de communication efficaces. Le gouvernement doit augmenter son allocation financière au secteur de la santé, de 3 à 5 % actuellement à 15 % de son PIB, comme le recommande la Déclaration d'Alma Atta.

Mots-clés

Pandémie de Covid-19, Système de réponse à la pandémie, Cameroun.

Corrélations des résultats d'un accouchement sans risque : Résultats de l'enquête sur des indicateurs de prestation de services

Uche Abamba Osakede[1], Bupe Simuchimba[2] and Mary Ayadi[3]

(1) Département d'économie, Université Bowen, Nigéria, Nigéria
(2) Département d'économie, Université de Zambie, Zambie
(3) Programme d'administration des soins de santé, Université de Houston-Clear Lake, Texas

Contexte

L'Organisation mondiale de la santé a montré qu'environ 800 femmes mouraient chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement en 2020. Les statistiques ont également montré que le

Nigéria représentait plus de 34 % des décès maternels dans le monde. La plupart des conclusions de la littérature existante concernant les facteurs favorisant les naissances sans risque se concentrent souvent sur la demande. Les données empiriques concernant les facteurs favorisant les naissances sans risque sont rares. Il est important de s'attaquer aux facteurs favorisant les naissances sans risque, car outre l'accès aux soins, la disponibilité et la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé jouent un rôle clé dans la détermination des résultats sanitaires. Ce point est également important pour les actions politiques visant à améliorer la santé de la population.

Buts et objectifs

Cette étude a examiné les facteurs d'offre favorisant les accouchements sans risque au Nigéria, à l'aide des données de l'Enquête sur les indicateurs de prestation de services (IPS) fournie par la Banque mondiale. Elle a également analysé la répartition des infrastructures de santé favorisant les accouchements sans risque entre les établissements de santé publics et privés.

Méthodes

Les résultats concernant les facteurs favorisant les accouchements sans risque sont présentés à l'aide de la régression de Poisson et du modèle logistique. Ces données sont d'abord dénombrées à partir du nombre d'accouchements réussis, puis considérées comme une variable dépendante catégorique. Ceci permet de comparer les résultats entre les modèles. La répartition des infrastructures de santé selon les types d'établissements est présentée à l'aide de mesures de tendance centrale.

Principales conclusions

Les résultats ont montré une corrélation étroite entre les deux modèles. L'analyse de régression a montré un effet positif significatif de toutes les mesures d'infrastructure prises en compte dans l'étude sur la probabilité d'un accouchement sans risque, avec un effet plus marqué en termes d'ampleur pour la disponibilité d'une salle d'accouchement, la présence de personnel médical plus nombreux et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence. Les résultats ont montré que les établissements de santé privés sont mieux équipés en infrastructures clés telles que l'électricité, une source d'eau protégée, du personnel médical, une absence moins fréquente de personnel médical, la présence d'une salle d'accouchement, d'une ambulance et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence que les établissements publics.

Conclusions

Les résultats mettent en évidence la nécessité de doter les établissements de santé d'infrastructures clés favorisant la santé maternelle, notamment dans les établissements publics, et de fidéliser le personnel de santé. Cet aspect est crucial compte tenu de la forte fréquentation des établissements publics par les populations pauvres, majoritaires dans la région. Les mesures politiques prévues dans cette directive sont essentielles pour atteindre l'Objectif de développement durable (ODD) visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale au Nigéria et, par extension, dans toute l'Afrique.

Financement des vaccins en République démocratique du Congo : cinq facteurs qui ont permis au gouvernement de payer ses vaccins à temps et en totalité

Noemi Schramm Ndao[1], Christian Diomi[2]

(1) CESAG Université Dakar, Dakar, Sénégal
(2) Gouvernement de la République démocratique du Congo, Kinshasa, Congo (République démocratique du Congo)

En 2018, la situation du programme de vaccination en RDC était déplorable : 2,5 millions d'enfants de moins d'un an n'avaient pas reçu tous les vaccins (soit 2/3 des enfants). Pareillement, le pourcentage d'enfants ayant reçu les vaccins Penta avait diminué au cours des quatre années précédentes, tout comme la part des enfants complètement immunisés. Cette dernière était de 35 % des enfants dans l'enquête 2018 sur les indicateurs à grappes multiples, contre 45 % dans l'enquête démographique sur la santé de 2014. L'une des principales raisons de cette faible couverture était le manque de vaccins. Alors que Gavi avait financé jusqu'à 94 % des coûts de six vaccins dans le cadre d'un accord de cofinancement avec le gouvernement (UNICEF, 2023), trois vaccins (dits traditionnels) étaient censés être entièrement financés par le gouvernement. L'Etat était défaillant. La situation était structurellement critique : au cours des 11 années précédant 2019, la RDC a été le pays qui a accusé le plus de retards dans le paiement de sa part de cofinancement au niveau mondial - au cours de 8 des 11 années, le pays a payé après le délai requis. Cependant, depuis 2019, le gouvernement a payé sa part pour les vaccins dans les délais et dans leur intégralité, chaque année. En 2023, il a été le deuxième pays de la région à payer ses vaccins - une nouveauté. Avec des informations des entretiens avec des informateurs clés et à l'analyse des informations budgétaires, des processus de gestion des finances publiques et de l'examen des commandes de vaccins, les auteurs identifient les cinq moteurs de ce changement. Il s'agit notamment de la mise en place d'un plan assorti d'échéances courtes et d'indicateurs très peu nombreux et très clairs. Il s'agit également de collaborer avec d'autres partenaires financiers tels que le FMI, qui a intégré les objectifs de financement des vaccins dans son accord de crédit. Le gouvernement a identifié la bonne personne au bon endroit pour être responsable de tout le suivi interne, et a mis en place une large coalition pour le financement des vaccins qui est allée au-delà du gouvernement. En outre, le gouvernement surveille les progrès et revoit les indicateurs clés tous les deux ans. Ce processus adaptable et pragmatique a permis au gouvernement de la RDC de payer intégralement ses vaccins vitaux au cours des cinq dernières années.

Stratégie de financement national de la lutte contre la tuberculose comme moteur de durabilité : expérience de l'État de Kano, dans le nord du Nigéria.

Ibrahim Umar

Programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre de l'État de Kano, Nigéria, Kano, Kano, Nigéria

Introduction

Le Nigéria est l'un des pays les plus touchés par la tuberculose au monde et, malgré le diagnostic et le

traitement gratuits de la tuberculose, de nombreux patients subissent des coûts catastrophiques liés au traitement de la tuberculose, qui représentent plus de 30 % des revenus de la famille.
Cela affecte le bien-être socio-économique de la population, faisant ainsi basculer davantage de personnes sous le seuil de pauvreté selon la Banque mondiale. Pour remédier à ce problème et parvenir à une couverture sanitaire universelle, le gouvernement de l'État de Kano a mis en place des mécanismes de financement stratégiques pour améliorer la mobilisation des ressources nationales pour la lutte contre la tuberculose.

Intervention

Le gouvernement de l'État de Kano a approuvé la déclaration d'Abuja concernant l'allocation budgétaire annuelle de 15 % au secteur de la santé, y compris la lutte contre la tuberculose. Pour y parvenir, l'État a créé deux nouvelles agences servant de plateformes de financement pour la santé, en particulier pour les personnes pauvres et vulnérables. Il s'agit de l'Agence de gestion des soins de santé contributifs de l'État de Kano (KSCHMA) et du Fonds fiduciaire pour la santé de Kano (KHETFUND). Alors que la première fournit des services de santé par le biais d'achats stratégiques sous forme de primes pour les bénéficiaires formels et informels, le second reverse 5 % du total mensuel des recettes internes de l'État et 1 % de la dotation statutaire mensuelle des 44 collectivités locales sur le compte de l'agence. Les sommes accumulées sont utilisées exclusivement pour le financement des soins de santé, conformément aux directives opérationnelles établies par l'agence. Grâce à des actions de plaidoyer, la tuberculose et la lèpre ont été incluses dans la plateforme de financement des prestations sociales pour en assurer la durabilité.

Résultats

Grâce à ces efforts, les crédits alloués par le gouvernement de l'État à la lutte contre la tuberculose ont atteint 300 % (de 20 millions de nairas en 2021 à 60 millions de nairas en 2023), assortis d'un soutien financier annuel. De plus, un certain montant (6 %) du total des fonds versés au KHETFUND a été alloué à la lutte contre la tuberculose et la lèpre sur une base régulière. Ce financement couvre les services des secteurs public et privé et des prestataires.

Conclusion

Le financement stratégique national de la lutte contre la tuberculose est essentiel à la viabilité financière et à la protection sociale contre les coûts catastrophiques résultant des dépenses personnelles liées à la tuberculose en vue d'atteindre une couverture universelle.

Traitement électrochimique pour l'élimination des métaux lourds de l'eau brute du barrage d'Opa : une approche technologique

Ugbedeojo Abah *Université Obafemi Awolowo, Ile-Ife, État d'Osun, Nigéria*

Contexte

La pénurie d'eau touche plus de 2 milliards de personnes dans le monde. L'ONU prévoit que d'ici 2025, la moitié de la population mondiale vivra dans des zones soumises à un stress hydrique. Les sources contaminées et les métaux lourds comme le plomb, le cadmium et le cuivre présentent de graves risques pour la santé, notamment des maladies rénales et des cancers. Les méthodes de traitement traditionnelles échouent souvent, soulignant la nécessité de techniques avancées comme le traitement électrochimique. Cette étude a optimisé ce traitement en évaluant les effets de facteurs clés, notamment le rapport eau/électrolyte, la durée du traitement, l'espacement des électrodes et le courant appliqué.

Méthodes

La composition élémentaire des électrodes utilisées pour le traitement a été examinée par microscopie électronique à balayage (MEB). Des échantillons d'eau brute du barrage d'Opa ont été caractérisés par des méthodes standard : turbidité, matières dissoutes totales (MDT), chlorures, cuivre, zinc, plomb et cadmium. Seize solutions de travail différentes de ces échantillons ont été soumises à un traitement électrochimique dans des conditions de laboratoire contrôlées. Une expérience factorielle en réseau orthogonal (4x4) a été utilisée pour évaluer les performances en fonction de la réduction de certains paramètres.

Résultats

Les résultats ont indiqué que le traitement électrochimique a réduit significativement les concentrations de tous les contaminants ciblés. Les rendements d'élimination les plus élevés ont été de 58,35 % pour la turbidité, 88,10 % pour les MDT, 92,31 % pour le chlorure, 31,18 % pour le cuivre, 90,21 % pour le zinc, 56,33 % pour le plomb et 57,71 % pour le cadmium. Les conditions de traitement optimales variaient pour chaque paramètre. Par exemple, les conditions optimales pour l'élimination de la turbidité étaient un rapport volumique de 1,75, une durée de traitement de 35 minutes, un espacement des électrodes de 1,2 cm et un courant de 1,5 A. L'élimination des MDT a été optimisée à un rapport volumique de 2,0, une durée de traitement de 30 minutes, un espacement des électrodes de 1,2 cm et un courant de 1,0 A. De même, d'autres contaminants présentaient des conditions optimales spécifiques.

Conclusion

En conclusion, cette étude confirme l'efficacité du traitement électrochimique pour éliminer certains métaux lourds de l'eau brute. Les paramètres de traitement optimaux identifiés fournissent un cadre pour améliorer les procédés de traitement de l'eau par des méthodes électrochimiques, contribuant ainsi à des ressources en eau plus propres et plus sûres.

L'économie sociale africaine et les réponses inadaptées au COVID 19 dans les villes d'Afrique subsaharienne

Geoffrey Nwaka *Université d'État d'Abia, Uturu, Nigéria, Ututu, Nigéria*

De nombreux urbanistes et responsables gouvernementaux, qui ont idéalisé la ville africaine moderne, ont tendance à minimiser l'important secteur informel du continent, le qualifiant de « fouillis chaotique d'activités improductives » qu'il faudrait éliminer par des politiques punitives d'expulsions forcées et de répression. En réalité, ce secteur soutient les moyens de subsistance et les revenus locaux, et a contribué à réduire la pauvreté et à assurer une certaine protection sociale ; cependant, les travailleurs pauvres de ce secteur sont vulnérables à de nombreux risques professionnels et à un harcèlement injustifié de la part des agents de l'État. La COVID-19 illustre comment les préjugés traditionnels contre l'économie informelle ont été perpétués par les mesures de confinement imposées par le haut pendant la pandémie. Ces mesures ont causé des dommages qui vont au-delà de la menace sanitaire et ont soulevé de graves préoccupations en matière de droits humains.

Les premières informations sur la COVID-19 et les recommandations standard pour son contrôle reposaient sur des données provenant de pays à revenu élevé et intermédiaire. La crainte d'une propagation très rapide de l'épidémie et de lourdes pertes en Afrique était une source de panique, en raison de la situation sanitaire générale du continent et des capacités limitées du système de santé. Malheureusement, les mesures drastiques prises pour contenir et gérer la pandémie en Afrique n'ont pas suffisamment pris en compte les cultures locales et l'économie sociale de la région, affectant ainsi les travailleurs du secteur informel et les quartiers informels de manière négative et disproportionnée. La plupart des travailleurs du secteur informel dépendent de leurs déplacements et interactions constants à l'extérieur de leur domicile pour leurs revenus quotidiens – qu'il s'agisse de vendeurs ambulants ou de vendeurs de marché, de pousseurs de charrettes, de récupérateurs de déchets, de chauffeurs de taxi ou de moto, etc. Pendant la pandémie, ils ont été exposés non seulement aux infections, mais aussi au harcèlement constant des agents de l'État qui ont imposé le confinement lié à la COVID et d'autres restrictions de mouvement. Les conditions de logement dans les quartiers informels sont généralement surpeuplées, avec un accès limité à l'eau, à l'assainissement et aux services sociaux nécessaires au respect des protocoles COVID en matière de distanciation sociale/physique, de lavage des mains, etc. et les inégalités structurelles dans la plupart des villes ont exclu les opérateurs du secteur informel d'une participation significative à la conception et à la mise en œuvre des politiques liées au COVID, ou d'un accès approprié aux palliatifs fournis par le gouvernement et les organisations humanitaires.

Avec le recul, il apparaît désormais que la réponse officielle à la pandémie en Afrique a été malavisée à bien des égards. L'Afrique ne représente qu'environ 2 % des décès dus à la COVID dans le monde ; et bien plus de personnes sont mortes de faim et des dommages causés par des politiques COVID rigide. Une méfiance généralisée régnait parmi les pauvres quant à l'idée que les politiques COVID imposée par le haut servaient les intérêts des élites oppressives. Nous soutenons qu'à l'avenir, les responsables gouvernementaux et les planificateurs, qui aspirent aux normes internationales de modernité et adoptent les prescriptions de la communauté internationale, doivent apprendre à trouver le juste équilibre entre les idéaux des normes internationales et la réalité des conditions et exigences locales.

Promouvoir l'équité vaccinale et l'accès aux soins de santé primaires en Afrique

Projet « Adoptez un établissement de soins de santé » (AESS) de l'Alliance du secteur privé pour la santé du Nigéria (ASPSN) : Améliorer l'accès durable aux soins de santé primaires grâce à la mobilisation des ressources nationales via le secteur privé organisé du Nigéria.

Offiong Moore, Anne Adah-Ogoh, Rukayyat Sadiq, Tinuola Akinbolagbe, Okechukwu Nnamani, Christopher Samugana and Olamide Popoola

Alliance du secteur privé pour la santé du Nigeria

Contexte

Le Nigéria compte actuellement environ 34 076 centres de soins de santé primaires (SSP), soit 85,3 % du total des établissements de santé du pays. Cependant, seuls 20 % environ de ces SSP sont fonctionnels, la plupart n'ayant pas la capacité de fournir des services de santé essentiels en raison de la faiblesse des systèmes de santé, principalement due à un financement inadéquat et non durable. Le renforcement des systèmes de santé par une meilleure mobilisation des ressources nationales au niveau des SSP est essentiel pour garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité. Le Mécanisme de financement mondial a identifié le secteur privé comme une source potentielle de mobilisation de ressources innovantes ; toutefois, les contributions spécifiques du secteur privé restent à définir clairement.

Objectifs et buts

Le projet AESS, prévu pour une durée de dix ans, explore le rôle d'une collaboration efficace avec le secteur privé organisé dans la mobilisation de fonds pour revitaliser 774 établissements de soins de santé primaires au Nigéria. Cette initiative s'inscrit dans le cadre plus large des efforts du gouvernement nigérian visant à revitaliser 17 600 établissements de soins de santé primaires à travers le pays.

Méthodologie

Le projet utilise un modèle d'adoption, selon lequel chaque établissement de soins de santé primaires bénéficie d'un soutien pendant cinq ans. Les principales parties prenantes ont été identifiées et regroupées en trois catégories : gouvernance (agences fédérales et infranationales de soins de santé primaires), financeurs/adoptants (entités du secteur privé, particuliers et philanthropes) et communauté

(structures communautaires de santé). Le projet facilite la modernisation des infrastructures et d'autres composantes du système de santé, notamment les technologies de gestion des patients, grâce aux fonds fournis par les adoptants après la sélection et l'évaluation des établissements de santé. De plus, les établissements bénéficient d'un soutien pour accéder au Fonds de soins de santé de base, et les membres de la communauté sont connectés aux régimes d'assurance maladie afin d'améliorer la durabilité de l'offre et de la demande.

Principales conclusions

L'AESS a réussi à obtenir plus de 314 millions de fonds décaissés à partir de montants engagés totalisant 11,7 milliards. Au cours des deux premières années du projet, 210 (28 %) des 774 établissements de soins de santé primaires ciblés ont été pleinement adoptés. Les établissements revitalisés ont connu des améliorations significatives, notamment une augmentation de 200 % de la fréquentation des services de consultation externe (SO), de 230 % de la vaccination des enfants de moins de 5 ans et de 180 % de la fréquentation des services de soins prénatals (SPN).

Conclusion

Le programme AESS démontre le potentiel de mobilisation des ressources nationales grâce à la collaboration du secteur privé pour revitaliser les soins de santé primaires au Nigéria. Les premiers succès du projet en termes d'amélioration des indicateurs clés de santé soulignent l'importance d'un financement durable et le rôle vital du secteur privé dans l'amélioration généralisée des soins de santé. Un engagement continu et le déploiement à grande échelle de ces initiatives sont essentiels pour pérenniser ces acquis et assurer la résilience à long terme du système de santé au Nigéria.

Optimisation du réseau de distribution et flux de produits médicaux dans les centres de santé primaires : points de vue des prestataires de soins de santé du sud-est du Nigéria

Adaora Uzochukwu[1], Emmanuel Agbaeze[2], Benjamin Chudi Uzochukwu[3]

(1) Université du Nigéria, Enugu, Eniugu, Nigéria
(2) Département de gestion, Faculté d'administration des affaires Université du Nigéria, Enugu, Nigéria
(3) Université du Nigéria, Nsukka, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

L'impact du réseau de distribution sur la circulation des produits médicaux est crucial pour les centres de santé primaires du sud-est du Nigéria. Malgré les efforts déployés pour améliorer la prestation des soins, les retards sont fréquents en raison d'un réseau de distribution défaillant, d'infrastructures inadéquates et d'une logistique inefficace. Une étude approfondie est nécessaire pour identifier les goulots d'étranglement et proposer des solutions pour accélérer la circulation et la livraison des produits médicaux dans les délais.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à déterminer dans quelle mesure l'optimisation du réseau de distribution affecte la vitesse de circulation des produits médicaux des établissements de soins de santé primaires et à explorer les défis et les solutions potentielles liés à la circulation des produits médicaux dans le sud-est du Nigéria.

Méthodologie

L'étude a utilisé une méthode d'enquête descriptive transversale mixte. L'échantillon a été sélectionné de manière ciblée auprès de 155 responsables de la chaîne d'approvisionnement des centres de santé et des autorités sanitaires des collectivités locales (LGA). Les données ont été collectées au moyen de questionnaires structurés utilisant une échelle de Likert à cinq points pour classer les réponses. L'étude a porté sur des professionnels de santé primaires, des responsables de la chaîne d'approvisionnement en médicaments des collectivités locales (LGA) et des responsables de la chaîne d'approvisionnement en médicaments au niveau des États membres du ministère de la Santé.

Résultats

Avec un score de réponse moyen de 3,80 ± 1,03, les répondants estiment que l'approvisionnement électronique permet à leurs établissements de santé de réapprovisionner plus rapidement leurs produits en rupture de stock. Avec un score de réponse moyen de 3,59 ± 1,14, les répondants estiment que l'optimisation des stocks contribue à une meilleure gestion du flux de produits de santé. Les répondants pensent également que le déploiement de l'échange de données informatisé (EDI), qui implique le partage d'informations par voie électronique, permet aux produits de santé comme les médicaments de circuler plus rapidement des fabricants aux détaillants (un score de réponse moyen de 3,37 ± 1,10). De plus, avec un score de réponse moyen de 3,77 ± 1,07, les répondants estiment que l'optimisation du réseau de transport de leur chaîne d'approvisionnement permet aux marchandises d'arriver plus rapidement à leurs consommateurs. En résumé, l'analyse de régression soutient l'hypothèse selon laquelle l'optimisation du réseau de distribution affecte significativement la vitesse de flux des produits médicaux vers les centres de santé. Les centres de santé sont confrontés à des défis en matière de stockage, d'électricité, de financement, de sécurité, d'état des routes et de personnel, ce qui affecte la prestation des soins de santé.

Conclusion

Un réseau de distribution bien conçu et géré est essentiel à la circulation efficace des produits médicaux. Il a un impact direct sur leur disponibilité et leur fiabilité, améliorant ainsi la prestation de services et la performance globale des centres de soins de santé primaires du sud-est du Nigéria. Il est crucial de s'attaquer aux problèmes clés de circulation des produits médicaux pour améliorer la prestation des soins de santé dans l'État.

Équité de la couverture vaccinale en RDC : révéler les multiples facettes de l'inégalité.

Louis Tshituka[1], Gatien de Broucker[2]

(1) Gaston Berger University, Saint-Louis, Senegal
(2) Johns Hopkins University, MD

L'équité en santé est une priorité pour la République Démocratique du Congo et de nombreuses études démontrent que les niveaux moyens de couverture vaccinale masquent d'importantes inégalités infranationales, qui persistent pour des raisons liées à de multiples obstacles à l'accès sociodémographiques, géographiques et du côté de l'offre. Malgré ces multiples dimensions contributives, la plupart des mesures d'inégalité n'examinent les disparités que selon une seule dimension, comme la richesse ou le statut urbain/rural, ce qui peut masquer des disparités persistantes corrélées à de multiples dimensions. Notre étude utilise la boîte à outils Vaccine Economics Research for Sustainability & Equity - Recherche en Économie des Vaccins pour la Durabilité et l'Équité (VERSE) pour comparer les mesures de l'iniquité basée sur la richesse avec une mesure multivariée composite de l'iniquité pour le statut entièrement vacciné.

L'outil VERSE produit un indice composite de concentration de l'équité (CI) et un écart absolu d'équité (AEG) sur la base de cet indice, qui, dans sa procédure de classement, prend en compte plusieurs facteurs influençant l'équité dans la couverture vaccinale, notamment le niveau d'éducation de la mère, le sexe de l'enfant, la richesse du ménage, le milieu urbain/rural, l'état de résidence et la couverture d'assurance. Pour se concentrer sur les inégalités et non sur les inégalités, l'âge de l'enfant est utilisé pour contrôler les besoins en faisant correspondre l'âge de l'enfant aux recommandations du calendrier national de vaccination. L'outil d'équité VERSE est ensuite appliqué aux données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2013-2014 pour évaluer le niveau d'iniquité du statut de complètement vacciné qui est capturé en utilisant uniquement un IC basé sur la richesse par rapport à l'utilisation des critères de classement composites pour générer un CI.

Dans l'ensemble, le statut socio-économique (36%) est le principal facteur qui détermine si un enfant est complètement vacciné par rapport au calendrier vaccinal. Le statut zéro-dose est expliqué par le statut socio-économique (38,3%) et le niveau d'instruction de la mère (22,5%). L'éducation de la mère a une influence dominante sur le statut vaccinal dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Cependant, cette influence différait en termes d'ampleur et selon les résultats de la vaccination.

Comprendre et quantifier l'influence des facteurs d'iniquité sur la couverture vaccinale est un élément propice et nécessaire d'un effort concerté visant à atténuer l'impact du statut socio-économique et du faible niveau d'instruction des mères/gardiens d'enfants en maintenant la fourniture régulière de vaccins et la participation communautaire.

Décomposition des inégalités socio-économiques en matière de statut vaccinal à dose zéro chez les enfants en Somalie : données de l'enquête démographique et sanitaire de la Somalie 2020.

Said Aden Mohamoud *Save the Children International, Garowe, Somalie*

Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus fructueuses. Elle a permis de réduire le fardeau des maladies évitables par la vaccination et d'éviter le décès de 2 à 3 millions d'enfants chaque année. Cependant, ces maladies constituent toujours un problème de santé publique majeur en raison de la présence de groupes d'enfants n'ayant reçu aucune dose, c'est-à-dire n'ayant reçu aucun des vaccins de routine de base. L'étude de la répartition et des inégalités parmi les enfants n'ayant reçu aucune dose est une priorité politique qui fournit des informations pour atteindre la couverture vaccinale universelle, conformément aux ODD et au Programme de vaccination à l'horizon 2030.

Méthodes

L'étude a utilisé des données secondaires issues de la première enquête démographique et sanitaire somalienne de 2020 pour examiner la répartition et les inégalités de richesse des enfants non vaccinés en Somalie. Nous avons utilisé un indice de concentration et une courbe de concentration pour estimer et analyser les inégalités socio-économiques des enfants non vaccinés en fonction des quantiles de richesse. Une analyse de décomposition plus poussée de l'indice de concentration a également été réalisée afin de déterminer la contribution de diverses variables aux inégalités de richesse observées chez les enfants non vaccinés.

Résultats

La prévalence des enfants zéro dose, ceux qui n'ont pas reçu la dose de DTC-1, était de 77,4 %. Les enfants zéro dose étaient issus de mères non scolarisées (86,9 %), non ou partiellement autonomes (71 %), et ceux qui ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux établissements de santé (65 %), n'ont assisté à aucune visite de soins prénatals pendant la grossesse (81,5 %) et ont accouché à domicile (85,6 %). La majorité des enfants zéro dose provenaient de zones reculées (69,3 %), y compris des zones rurales (27,3 %) et nomades (46,7 %). Les enfants zéro dose étaient les plus nombreux dans les quintiles de richesse les plus bas (28,9 %) et les deuxièmes quintiles les plus bas (25,4 %), et les plus bas dans le quatrième (16,7 %) et les plus hauts (11,1 %) quintiles de richesse.

La courbe de concentration des enfants n'ayant pas reçu de dose présente une courbe supérieure à la ligne d'égalité, ce qui démontre que ces enfants sont disproportionnellement plus concentrés dans les ménages des quintiles de richesse les plus bas et les plus pauvres. L'étude a également révélé que l'indice de concentration des enfants n'ayant pas reçu de dose était de -0,23653092 ($p < 0,0000$), IC < 0, ce qui indique que les enfants n'ayant pas reçu de dose sont disproportionnellement concentrés dans les ménages les plus pauvres.

Conclusion

L'étude a révélé une forte prévalence d'enfants non vaccinés, avec des inégalités et des disparités

importantes auxquelles ils sont confrontés en Somalie. Pour atteindre ces enfants, l'étude suggère des interventions multidimensionnelles en faveur des plus démunis, visant à améliorer l'éducation des mères et leur autonomisation dans la prise de décision, ainsi qu'à améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle. L'étude recommande également d'accroître l'accès et la disponibilité de la vaccination dans les zones reculées et d'apporter un soutien socio-économique aux ménages les plus vulnérables et les plus pauvres.

Volonté de payer pour les services de vaccination contre la rage et facteurs associés au sein des communautés du district de Geita, en Tanzanie

Janeth George Laurean1, Mourice Mbunde2, Given Sam3, Loveness Kimaro4, Mkunde Chachage5, Hussein Mohamed2, Deodatus Kakoko2 and Japhet Killewo6

(1) Université d'agriculture de Sokoine (SUA), Morogoro, Tanzanie, République-Unie de
(2) Université de la santé et des sciences connexes de Muhimbili (MUHAS), Tanzanie, République-Unie de
(3) Académie africaine de santé publique, Tanzanie, République-Unie de
(4) Université du Cap, Afrique du Sud
(5) Université de Dar es Salaam, Collège Mbeya de la santé et des sciences connexes, Tanzanie, République-Unie de
(6) AFROHUN - Réseau universitaire africain One Health, Tanzanie, République-Unie de

Historique

La rage demeure un problème de santé publique majeur en Tanzanie, entraînant un lourd fardeau économique en raison des coûts médicaux et des pertes de vies humaines dues aux décès prématurés. Malgré tous les efforts déployés pour la vaccination contre la rage, de nouveaux cas sont toujours recensés et la couverture vaccinale reste faible.

Buts et objectifs

Explorer la volonté de payer pour les services de vaccination contre la rage et les facteurs associés parmi les communautés du district de Geita, en Tanzanie.

Méthodes

Une étude transversale a été menée auprès de 312 répondants du district de Geita d'Août à Septembre 2023. L'étude a utilisé une technique de consentement à payer (CAP) utilisant un jeu d'enchères pour déterminer les valeurs maximales que les répondants étaient prêts à payer pour la vaccination antirabique des chiens et la prophylaxie post-exposition humaine. Un questionnaire administré par un intervieweur a permis de recueillir toutes les données nécessaires. Des modèles de régression linéaire ont été utilisés pour évaluer le CAP et les facteurs associés.

Principales conclusions

Les résultats suggèrent que les gens sont prêts à payer légèrement plus pour les services de vaccination canine (0,3 $ de plus que le prix courant) que pour la prophylaxie post-exposition humaine (PPE), pour laquelle le VDP moyen est identique au prix courant. 62 % des répondants étaient prêts à payer plus que le prix courant (1,2 $) pour les vaccins canins, contre 32 % pour la PPE (20 $). Pour la vaccination canine et les services de PPE humaine, les hommes sont plus disposés à payer que les femmes.

Principales conclusions

Cette étude souligne l'importance des considérations économiques dans les décisions de vaccination contre la rage. Outre la sensibilisation, la disponibilité et l'accès aux vaccins, il est crucial de prendre en compte les facteurs socio-économiques et l'importance financière que chacun accorde au bien-être animal.

Mise en œuvre de l'administration massive de médicaments contre la filariose lymphatique : progrès, efficacité et économies financières liées à l'intégration dans une campagne de lutte contre la polio existante

Patricia Rasoamihanta[1], Vatsiharizandry Mandrosovololona[1], Kpandja Djawe[2], Denise Mupfasoni[3], Didier Bakajika[3], Joses Muthuri Kirigia[4] and Laurent Musango[1]

(1) Organisation mondiale de la santé, Antananarivo, Madagascar
(2) Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, Antananarivo, Madagascar
(3) Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse
(4) Consortium africain de recherche sur le développement durable, Nairobi, Kenya

Contexte

En 2019, Madagascar a perdu 360 vies à cause des maladies tropicales négligées (MTN), qui représentaient 0,2 % de tous les décès (164 161) dans le pays.

Buts et objectifs

Cet article présente (a) les progrès réalisés pour atteindre les objectifs de la campagne d'administration massive de médicaments (AMM) contre la filariose lymphatique (FL) de 2023 ; (b) les économies financières estimées résultant de l'intégration de l'AMM contre la FL dans les campagnes de vaccination contre la polio ; et (c) les meilleures pratiques, les défis et les recommandations.

Méthodes

En 2023, 21 336 057 personnes réparties dans 83 districts étaient touchées par la filariose lymphatique et nécessitaient une chimiothérapie préventive (CP). Ce rapport présente un aperçu des campagnes de DMM contre la filariose lymphatique menées par le Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées (NTDCP) dans ces 83 districts. Ces campagnes se sont déroulées en trois phases. Lors de la première phase, 24 districts ont bénéficié d'une trithérapie à base d'ivermectine, de diéthylcarbamazine et d'albendazole (IDA), tandis que les 59 districts restants ont continué à bénéficier d'une bithérapie à base de diéthylcarbamazine et d'albendazole (DA) comme auparavant. La première phase (15 districts) n'a pas été intégrée, tandis que la deuxième phase (61 districts) a été menée simultanément avec le quatrième cycle des activités de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite (AVS). La troisième phase (7 districts) a été combinée à l'intensification périodique de la vaccination systématique (PIRI) et à la supplémentation en vitamine A. La couverture PC a été calculée en divisant le nombre de personnes traitées par la population totale ciblée dans la campagne MDA et en multipliant par 100. Les économies financières ont été calculées comme la différence entre les dépenses potentielles sans intégration et les dépenses réelles avec intégration.

Résultats

Au cours des phases 2 et 3, la campagne a pu couvrir 99,97 % des 12 208 villages ciblés, ce qui signifie que seuls trois villages sont restés non traités. En revanche, la phase 1 a couvert l'ensemble des 2 847 villages ciblés, atteignant une couverture géographique de 100 %. Les 68 districts (phases 2 et 3) qui ont mis en œuvre une approche intégrée ont atteint une couverture thérapeutique moyenne de 76,6 % (écart-type = 8,3) contre 73,2 % (écart-type = 6,7) parmi les 15 districts (phase 1) qui ont mené une DMM contre la FL sans intégration (p = 0,05). L'intégration de la campagne de DMM contre la FL aux campagnes de vaccination supplémentaire contre la polio et de PIRI a permis une économie financière estimée à 1 431 203 USD.

Conclusion

Cette étude a montré que l'intégration de l'AMM contre la FL dans les campagnes de vaccination contre la polio peut améliorer l'efficience et l'efficacité financières des programmes de lutte contre la FL. Elle offre aux décideurs politiques des enseignements et des perspectives précieux, susceptibles de contribuer à optimiser les efforts de lutte contre la maladie.

Le comité de développement des unités de soins : un catalyseur pour le renforcement de la gestion des soins de santé primaires : L'expérience de l'État de Yobe, au Nigeria

Wilson Onyilimba1, Kelvin Saamaya1, Nkata Chuku2, Alozie Ananaba2 and Precious Nwadire2

(1) Health Systems Consult Limited (HSCL), FCT, Abuja, Nigéria
(2) Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigéria

Historique

Le système de soins de santé primaires du Nigéria est confronté à des défis, notamment un financement, une gestion des fonds et une gestion des données insuffisants. L'État de Yobe, situé dans le nord-est du pays, est confronté à de nombreux problèmes de santé en raison d'un financement et de ressources limités, ce qui se traduit par de mauvais indicateurs de santé, notamment des taux élevés de mortalité infantile et maternelle. Une gestion efficace des soins de santé primaires est essentielle pour relever ces défis. Conscient de la nécessité d'une implication communautaire dans la prestation des soins, le gouvernement a mis en place les comités de développement des unités de soins (CDUS) afin d'améliorer la gestion des soins de santé primaires. L'intégration des CDUS vise à renforcer la participation communautaire, les contrôles de responsabilité, l'optimisation de l'allocation des ressources et à favoriser une approche plus collaborative de la gestion des soins de santé primaires, garantissant ainsi une prestation de soins plus conforme aux besoins et priorités locaux.

But et objectifs

L'évaluation visait à évaluer le rôle que joue le CDUS dans le suivi et la gestion du financement des soins de santé primaires pour une meilleure prestation de services dans l'État de Yobe, au Nigéria.

Méthodes

Nous avons mené une étude mixte auprès de 20 centres de santé primaires (CSP) sélectionnés dans les trois districts sénatoriaux de l'État de Yobe, afin d'en assurer la diffusion. L'étude comprenait l'extraction de données à partir de documents financiers, l'examen de comptes rendus de réunions, la validation et la collecte de données primaires par le biais d'entretiens avec des informateurs clés (EIC) auprès du responsable de l'établissement de santé et du président du CSP. Une analyse quantitative et descriptive a été réalisée afin d'évaluer l'efficacité de l'intégration du CSP dans la structure de gestion des CSP.

Principales conclusions

Au total, 20 CSP ont été évalués, dont 20 (100 %) ont tenu un dossier financier bien documenté et à jour, ont effectué des rapprochements bancaires mensuels et des réunions d'examen financier au cours des 3 derniers mois, les présidents du CDUS étant cosignataires des comptes des établissements de CSP, ce qui a amélioré la transparence et la responsabilité des dépenses des établissements. Aucun PHC n'a signalé de rupture de stock de produits essentiels, grâce à l'élaboration, à la soumission et à l'approbation des fonds du plan d'affaires dans les délais impartis, effectués en collaboration avec les CDUS. Nous avons également constaté que dans 16 CSP (80 %), le président du WDC et le responsable étaient responsables de l'approbation des paiements ponctuels du personnel et n'ont signalé aucun retard de paiement. 1 (5 %) a signalé des inefficacités opérationnelles dans le passé lorsqu'il y avait un litige entre le CDUS et le responsable.

Conclusion

Cette étude démontre l'efficacité des CDUS dans la gestion financière et des installations des soins de santé primaires, ce qui se traduit par une amélioration de la qualité des services et des résultats sanitaires à Yobe. Cependant, les CDUS ont besoin du soutien continu des décideurs politiques et des administrateurs de la santé pour combler le fossé qui existe entre les communautés et les établissements de soins de santé primaires.

Relever les défis de la santé maternelle et reproductive grâce au financement, aux infrastructures et aux résultats en Afrique

15h45-17h15 Jeudi 3 Mars 2025

Quelle est la place des groupes vulnérables dans le Mécanisme de financement mondial ? Analyse du contenu des mortinaissances et des investissements en santé maternelle et néonatale dans les documents politiques de dix pays africains.

Joël Arthur Kiendrébéogo[1], Mary Kinney[2], Meghan Kumar[3], Asha George[2], Issa Kabore[4] and Yamba Kafando[4]

(1) Université Joseph KI-ZERBO, Département de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso
(2) University of the Western Cape
(3) Northumbria University
(4) Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), Ouagadougou, Burkina Faso

Introduction

Le Mécanisme de financement mondial (MFM) vise à accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) de 2030 en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et de nutrition (SRMNIA-N). Notre étude examine la manière dont les documents politiques du MFM abordent la santé maternelle et néonatale et la mortinatalité (MNH), compte tenu du lourd fardeau que représente ce groupe par rapport aux investissements réalisés.

Méthodes

Nous avons entrepris une analyse de contenu des documents nationaux du MFM (Dossiers d'investissement [DI] et Documents d'évaluation de projet [DEP]) pour dix pays africains : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Libéria, le Malawi, le Nigéria, le Sénégal, la Tanzanie et l'Ouganda. Le cadre d'analyse a pris en compte la progression depuis les mentions de résultats connexes (mortalité maternelle et néonatale et mortinaissances) et les mentalités (cadrage et contenu) jusqu'aux mesures (indicateurs) et aux fonds alloués (investissement).

Résultats

Les mentions de la mortalité maternelle et néonatale sont solides dans tous les DI nationaux et incluses comme cibles ou indicateurs ; tandis que la mortinatalité n'est incluse comme indicateur que dans trois DI et mentionnée dans six DI. Les DEP mentionnent moins les résultats de la SMN globalement et avec une variabilité – la mortalité maternelle est mentionnée dans tous les pays, mais la mortinatalité n'est pas mentionnée dans quatre pays et la mortalité néonatale n'est pas mentionnée dans un. L'état d'esprit de la SMN reflète généralement l'approche du continuum de soins, avec une plus grande attention aux interventions maternelles. Certaines composantes de la SMN sont rarement mentionnées dans les documents, comme les soins d'avortement, les soins maternels respectueux ou centrés sur la famille, l'allaitement maternel et les soins aux nouveau-nés petits et malades. Les cadres de résultats de la plupart des CD comportent des mesures standard alignées sur les cibles de couverture de l'ENAP/EPMM ; cependant, les mesures de la SMN diminuent dans la plupart des DEP, par exemple les mesures de santé néonatale ne sont pas mentionnées dans quatre pays. Dans l'ensemble des pays, les investissements de la DEP s'élèvent à 1 552 millions USD (266 millions USD du MFM), et les différentes approches de description du financement empêchent des comparaisons significatives des allocations spécifiques à la SMN.

Conclusion

Bien qu'inclus dans les documents nationaux du MFM, le contenu relatif à la santé maternelle et néonatale (SMN) passe des mentions aux mentalités, aux mesures et aux financements, bien qu'il s'agisse d'une priorité affichée par le MFM. Des lacunes importantes existent, notamment concernant les mortinaissances et certains domaines programmatiques. Le MFM offre une excellente occasion d'avoir un impact catalytique, mais il devra combler ces lacunes pour atteindre ses objectifs. Les décalages entre les priorités affichées en matière de SMN dans les DI et les ressources allouées dans les DEP suggèrent la nécessité d'une analyse plus approfondie.

Statut d'assurance et utilisation des services de santé maternelle et reproductive au Kenya

Angela Langat, Tabitha Okech, Jeanette Dawa, Loice Achieng and Thumbi Mwangi

Centre de modélisation et d'analyse épidémiologiques, Nairobi, Kenya

Contexte

L'assurance maladie peut augmenter l'utilisation des soins de santé en réduisant les dépenses personnelles, mais seulement un quart de la population kenyane bénéficie d'une quelconque forme d'assurance maladie.

Buts et objectifs

Évaluer l'association entre l'assurance maladie et (i) les dépenses de santé et (ii) l'utilisation des services de santé maternelle et reproductive (contraception, soins prénatals, accouchement en établissement, césarienne et soins postnatals).

Méthodes

Les données proviennent de l'Enquête démographique et de santé du Kenya. L'enquête comprenait 15 556 personnes, réparties équitablement entre assurés et non assurés. L'assurance maladie était définie comme l'inscription au Fonds national d'assurance hospitalière financé par l'État, à des régimes d'assurance privés ou à des programmes financés par l'État, tels que « Linda Mama », dont l'accès nécessite une inscription. Des groupes comparables d'assurés et de non assurés ont été créés à l'aide de la méthode d'appariement par score de propension (PSM). Par la suite, une régression linéaire a été utilisée pour estimer l'association entre l'assurance maladie et les variables de résultat.

Principales conclusions

Nous avons constaté qu'en moyenne, les dépenses personnelles des personnes non assurées s'élevaient à 497,09 Ksh (IC à 95 % = 443,50, 557,95) pour les consultations externes et à 6 505,71 Ksh (IC à 95 % = 3 532,76, 11 979,80) pour les soins hospitaliers, tandis que les personnes assurées dépensaient environ 318,73 Ksh (IC à 95 % = 242,47, 418,88) pour les consultations externes et 1 356,62 Ksh (IC à 95 % = 339,44, 5 412,94) pour les soins hospitaliers. Les personnes assurées ont dépensé 31 % (IC à 95 % = 22 %, 37 %) de moins pour les consultations externes et 57 % (IC à 95 % = 46 %, 61 %) de moins pour les services hospitaliers. Lorsque les paiements des assureurs ont été inclus, les personnes assurées ont engagé des dépenses plus élevées. Les assurés ont dépensé 632,88 Ksh (IC à 95 % = 503,61, 795,27) en consultations externes et 14 269,76 Ksh (IC à 95 % = 5 804,52, 35 078,49) en services hospitaliers.

Pour la santé maternelle et reproductive, l'assurance était associée à une augmentation des accouchements à l'hôpital de 2,8 % (IC à 95 % = 0,9 %, 4,6 %), des accouchements par césarienne de 4,5 % (IC à 95 % = 0,7 %, 8,3 %) et des soins postnatals de 7,4 % (IC à 95 % = 3,3 %, 11,5 %), tous statistiquement significatifs. L'association entre l'assurance maladie et les soins prénatals et l'utilisation de contraceptifs était insignifiante.

Conclusion

Nous avons constaté que l'assurance maladie est associée à une réduction des dépenses personnelles, mais à une augmentation des dépenses totales, ce qui pourrait suggérer un accès à des soins de meilleure qualité ou spécialisés. L'assurance maladie était liée à une augmentation des accouchements en établissement et des césariennes, mais n'a montré aucune association avec des services gratuits comme les soins prénatals et l'utilisation de contraceptifs. Cela indique que l'assurance maladie peut améliorer l'accès aux services de santé payants. La couverture sanitaire universelle pourrait être atteinte en améliorant l'accès aux régimes d'assurance et leur utilisation.

Mots clés
assurance, dépenses, déboursement personnel, soins de santé maternelle et reproductive.

Impact de la qualité des infrastructures sanitaires sur la santé maternelle et néonatale : Recherche-action dans 7 districts du Rwanda

Ladislas Havugimana[1], Veronique Zinnen[1], Mary Hadley[2], Jean Claude Mwumvaneza[1], Francois-Regis Habarugira[1], Melanie EESP Mukantagara[3], Eliane B Ndererimana[1], Silas Rudasingwa[4] and Gad Ngilimana[4]

(1) Enabel, Kigali, Rwanda,
(2) Contexte en développement, Nairobi, Kenya
(3) Enabel, Kigali, Rwanda, Rwanda,
(4) Centre biomédical du Rwanda, Kigali, Rwanda

Introduction
La Norme 8 de l'OMS définit le rôle d'une infrastructure d'établissement de santé (ES) de qualité dans la prestation de soins de qualité aux mères et aux enfants (OMS 2016). Une évaluation a montré que 48 maternités et 8 unités de néonatalogie devaient être reconstruites ou rénovées (Access To Health- Accès aux soins de santé 2021). De 2020 à 2023, le projet a soutenu la rénovation de 34 maternités et de 2 unités de néonatalogie. La recherche portait sur des ES rénovés en activité depuis au moins un an.

Méthodes
Nous avons pris en compte l'accueil des patients, la distance pour rejoindre la maternité et la qualité de la maternité comme facteurs influençant l'accouchement en maternité, ainsi que le respect des procédures, la stérilisation et la qualité des unités de néonatalogie sur le taux d'infection néonatale. Nous avons évalué leur impact par le biais d'une enquête. La qualité des maternités et des unités de néonatalogie a été évaluée selon huit indicateurs : disponibilité de l'électricité, lumière naturelle, ventilation naturelle, eau potable, respect de l'intimité, accès sécurisé pour les personnes handicapées, respect des flux de patients et respect des zones réservées.

Résultats
Nous avons constaté que 11 maternités rénovées sur 16 (68,8 %) ont enregistré une augmentation comprise entre 0,2 % et 7,9 % du taux d'accouchements dans les établissements de santé, 1 (6,3 %) n'a pas enregistré de changement et 4 (25,0 %) ont enregistré une diminution comprise entre -0,1 % et -2,9 % de 2020 à 2023. En outre, la recherche a montré que la proximité de la HF avec la communauté a contribué à augmenter le nombre d'accouchements dans la HF. De plus, le service à la clientèle a encouragé ou découragé les mères de se rendre dans une HF spécifique. D'autre part, les infections néonatales ont diminué entre 32,17 % et 51,57 %. Cependant, la recherche a montré que les HF qui respectent les procédures opérationnelles et celles qui ont des dossiers de stérilisation prouvés ont moins d'infections néonatales.

Conclusion

De nombreux facteurs influencent la prestation des services de santé maternelle et néonatale : l'accueil des patients et la distance incitent ou dissuadent les mères de recourir aux services obstétricaux d'une structure de soins spécifique, tandis que la qualité de la structure joue toujours un rôle positif en encourageant les mères à y accoucher. D'autre part, le respect des procédures, notamment en matière de stérilisation du matériel et de qualité des unités néonatales, contribue également à réduire les infections néonatales.

Priorisation et allocation des ressources en faveur de la santé néonatale au Malawi : exploration des relations dynamiques des facteurs du système de santé à l'aide de diagrammes de boucle causale.

Monica Patricia Malata[1], Fiammetta Maria Bozzani[2], Jobiba Chinkhumba[3], Charlotte Ward[1], Alinane Linda Nyondo-Mipando[4], Wanangwa Chimwaza[5], Timothy Powell-Jackson[1], Victor Mwapasa[5] and Catherine Goodman[1]

(1) Département de santé mondiale et de développement, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
(2) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Lusaka, Zambie
(3) Unité de politique économique de la santé, Blantyre, Malawi
(4) Université des sciences de la santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi
(5) École de santé mondiale et publique, Université des sciences de la santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi

Background

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, jusqu'à 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans surviennent pendant la période néonatale. Or, la santé néonatale est souvent sous-estimée dans l'allocation des ressources. Les processus de définition des priorités et d'allocation des ressources constituent des mécanismes de gouvernance potentiellement essentiels pour garantir une allocation efficace, équitable et juste des ressources limitées entre les besoins de santé et les populations. Cependant, ces processus sont extrêmement complexes dans les contextes à faibles ressources, où l'écart entre les besoins et les ressources est très important. Nous avons adopté une approche systémique de la santé pour étudier la prise en compte de la santé néonatale dans les processus de définition des priorités et d'allocation des ressources au niveau des districts au Malawi.

Méthodes

Nous avons utilisé une approche qualitative par étude de cas. Les données ont été collectées en février et mars 2024 dans deux districts. Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 19 responsables de la santé, prestataires de services de santé néonatale et acteurs communautaires sélectionnés à dessein. Nous avons également observé les réunions de planification de la mise en œuvre des soins de santé au niveau du district afin de comparer les observations aux données des entretiens. Tous les entretiens ont été

enregistrés et transcrits. Une analyse textuelle ciblée a permis d'extraire des énoncés de cause à effet expliquant la priorisation de la santé néonatale. Des diagrammes de boucle causale ont été élaborés à l'aide du logiciel Vensim afin de mettre en évidence les liens et les mécanismes de rétroaction entre les différents facteurs du système de santé influençant la priorisation des soins néonatals dans l'allocation des ressources.

Résultats

Les équipes sanitaires de district prennent en compte les données de mortalité, les coûts et l'impact des interventions dans le cadre de leurs critères de priorisation des ressources. Cependant, elles évoluent dans un contexte de plafonds budgétaires gouvernementaux prédéfinis, de priorités des partenaires de développement et de faibles financements publics. Cette situation est exacerbée par le contrôle centralisé de la majeure partie du budget de la santé et par l'affectation de lignes budgétaires à des services spécifiques, laissant peu de place aux soins néonatals. La fusion des programmes de santé maternelle et néonatale a également été signalée comme un obstacle à une priorisation optimale de la santé néonatale, l'allocation des ressources étant axée sur les soins maternels. Lors des réunions d'allocation des ressources, les acteurs de la santé maternelle éclipsent ceux de la santé néonatale, influençant ainsi les décisions d'allocation des fonds. Dans certains cas, les acteurs de la santé néonatale sont peu représentés lors des processus budgétaires. De plus, les normes culturelles accordent moins d'importance à la mort néonatale (« une perte supportable ») qu'aux autres décès, ce qui limite le plaidoyer en faveur des investissements dans les soins néonatals.

Conclusion

La priorisation des soins néonatals dans les processus d'allocation des ressources des districts est influencée par les priorités mondiales, les politiques et intérêts nationaux, les normes culturelles et les facteurs locaux. La présence d'acteurs clés influents pour défendre la santé néonatale aux niveaux mondial, national et local peut améliorer la priorisation de la santé néonatale.

Modélisation du fardeau économique et sanitaire, de l'hémorragie du post-partum due à des utéro-toniques de qualité inférieure au Ghana, au Nigéria et au Sénégal

Sara Rushwan1, Petra Procter[1], Yi-Fang (Ashley) Lee[2], Colleen Higgins[2], Metin Gülmezoglu[1], Lester Chinery[1], Sachiko Ozawa[2] and Jeffrey Loren Jacobs[3]

(1) Concept Foundation, Genève, Suisse,
(2) Université de Caroline du Nord Eshelman School of Pharmacy, NC
(3) MSD for Mothers, Rahway, NJ

Les utéro-toniques sont essentiels pour réduire le risque d'hémorragie du post-partum (HPP) et sauver la vie des mères. Cependant, de nombreuses études de contrôle de la qualité ont révélé que les utéro-toniques utilisés dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) sont de qualité inférieure. L'objectif de cette étude était de modéliser les implications économiques et sanitaires de la mauvaise qualité des utéro-toniques dans trois pays d'Afrique de l'Ouest : le Ghana, le Nigéria et le Sénégal. À notre connaissance, aucune étude n'a estimé le fardeau économique de la mauvaise qualité des utéro-toniques.

Nous avons utilisé un modèle d'arbre de décision pour estimer les impacts spécifiques à chaque pays des utéro-toniques de qualité inférieure sur la prévention de l'HPP. Les principales conclusions des trois modèles nationaux ont démontré les avantages financiers et sanitaires qui pourraient découler de l'utilisation d'utéro-toniques de qualité pour la prévention de l'HPP. Le Ghana a enregistré le bénéfice le plus substantiel de l'amélioration de la qualité des utéro-toniques, avec 2 millions de dollars d'économies et 2 200 cas d'HPP évités pour 100 000 femmes accouchant. À titre de comparaison, les économies annuelles ont été estimées à 1,1 million de dollars au Nigéria et à 224 000 dollars au Sénégal. Le Nigéria et le Sénégal devraient connaître des réductions annuelles respectives de 944 et 875 cas d'HPP pour 100 000 femmes accouchant.

La modélisation de l'impact économique des utéro-toniques de mauvaise qualité a montré que l'amélioration de la qualité des utéro-toniques pourrait entraîner des économies annuelles significatives pour la population, s'élevant à 89 millions de dollars au Nigéria, 18,8 millions au Ghana et 1,3 million au Sénégal. De plus, ces améliorations pourraient également entraîner une réduction de 100 000 cas d'HPP par an. Le modèle ghanéen a été publié et des publications ultérieures suivront pour le Nigéria et le Sénégal, ainsi qu'une analyse comparative.

Sur la base de ces résultats, nous préconisons des interventions politiques pour remédier au problème de la mauvaise qualité des utéro-toniques, notamment la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, la promotion du respect des recommandations cliniques et la sensibilisation au stockage des médicaments. Les résultats obtenus contribueront à l'élaboration de données probantes visant à améliorer la qualité des utéro-toniques et à promouvoir la couverture sanitaire universelle.

L'impact économique des utéro-toniques de mauvaise qualité n'a pas été bien quantifié à ce jour, malgré les preuves croissantes de leur non-conformité et/ou de leur falsification dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Une mauvaise compréhension de la menace que représentent les utéro-toniques de mauvaise qualité risque de conduire à un sous-investissement dans les contre-mesures visant à protéger les patients contre l'acquisition et l'utilisation de ces médicaments.

L'amélioration de la qualité des utéro-toniques pourrait permettre de réaliser d'importantes économies et d'améliorer la santé maternelle dans les pays africains fortement touchés par l'HPP. Les stratégies et politiques visant à réaliser ces améliorations économiques et sanitaires doivent être adaptées au contexte et aux besoins spécifiques de chaque pays.

Optimisation des ressources et définition des priorités pour la préparation et la réponse aux urgences de santé publique en Afrique (session organisée)

Elias Asfaw Zegeye *CDC Afrique, Division de l'économie et du financement de la santé*

Description

La récente pandémie de COVID-19, l'épidémie d'Ebola et d'autres épidémies en Afrique ont mis en lumière les défis auxquels sont confrontés les pays du continent pour optimiser l'allocation des ressources afin de garantir une préparation et une réponse efficaces aux situations d'urgence (PRU). La préparation et la réponse aux situations d'urgence de santé publique concernent la capacité des systèmes de santé publique et de soins, des communautés et des individus à se protéger, à réagir rapidement et à se rétablir des urgences sanitaires, en particulier celles dont l'ampleur, la rapidité ou l'imprévisibilité menacent de dépasser les capacités habituelles.

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) ont développé un large éventail d'initiatives pour aider les États membres à élaborer et à mettre en œuvre des plans de préparation et de réponse complets et régulièrement testés. Ces stratégies incluent le soutien à l'élaboration de plans de préparation et de réponse multirisques et multisectoriels aux urgences de santé publique aux niveaux national, régional et continental. Cependant, malgré l'utilisation d'outils d'évaluation et de priorisation des risques et de la vulnérabilité pour la santé publique, des processus non systématiques dominent la réponse aux urgences sanitaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), y compris en Afrique, lors de l'allocation de ressources limitées aux interventions identifiées. Même lorsque les processus de priorisation sont structurés, ils ne prévoient généralement pas explicitement la prise en compte des critères économiques et d'optimisation des ressources, qui conduisent à l'optimisation des ressources.

Dans ce contexte, et afin d'éclairer le développement d'un processus systématique et fondé sur des données probantes pour la définition des priorités et l'optimisation des ressources, la Division de l'économie et du financement de la santé des CDC Afrique a élaboré un cadre continental pour la définition des priorités et l'optimisation des ressources, fondées sur des données probantes, pour la préparation et la réponse aux urgences de santé publique en Afrique. Une série de données probantes, d'élaboration de lignes directrices et d'études de cas ont été générées pour éclairer l'optimisation des ressources dans le contexte de la préparation et de la réponse aux urgences de santé publique en Afrique.

Cela comprend :

- Une étude de cas sur l'identification et la priorisation des interventions de préparation et de réponse aux situations d'urgence (EPR) dans les cinq pays d'Afrique.
- Une étude de cas sur la mobilisation et l'allocation des ressources aux interventions de préparation et de réponse aux situations d'urgence dans les cinq pays d'Afrique
- Orientations à l'intention des États membres sur l'optimisation des ressources et l'établissement des priorités en matière de préparation et de réponse aux urgences de santé publique.
- Une analyse coût-efficacité du Molnupiravir et du Paxlovid dans trois pays africains.

Une étude de cas sur l'identification et la priorisation des interventions de préparation et de réponse aux situations d'urgence (PRU) dans les cinq pays d'Afrique.

Elias Asfaw Zegeye[1], Osondu Ogbuoji[2]

(1) Africa CDC, Division de l'économie et du financement de la santé, Addis-Abeba, Éthiopie
(2) The Center for Policy Impact in Global Health, Durham, Caroline du Nord

Les résultats de la recherche suggèrent que l'utilisation de méthodes et de processus structurés pour identifier et prioriser les interventions à mettre en œuvre dans le contexte de la REP conduit à une allocation plus efficace, plus juste et plus équitable des ressources, ce qui se traduit par de meilleurs résultats en matière de santé. De plus, de telles approches pourraient encourager les décideurs à allouer davantage de ressources aux initiatives de REP et renforcer la confiance du public dans le processus décisionnel. De plus, l'intégration de critères économiques dans ces processus permet d'optimiser des ressources limitées.

Les États membres de l'Union africaine ont utilisé des outils reconnus tels que la cartographie de l'évaluation des risques et de la vulnérabilité (CERV) et l'outil stratégique d'évaluation des risques de l'OMS (STAR) pour hiérarchiser les agents pathogènes à potentiel épidémique. Ils ont également utilisé des outils reconnus tels que le cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (RSI) et le plan stratégique de préparation et de riposte à la COVID-19 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour identifier les interventions potentielles nécessitant un investissement. Ces outils suggèrent que les pays devraient prendre en compte la nécessité d'investir dans les domaines de la préparation aux situations d'urgence, de la prestation de services de santé de routine, du rétablissement et de l'évaluation, ainsi que du renforcement global du système de santé, en plus de la réduction de la transmission et du traitement des personnes directement touchées par une maladie particulière. Les orientations publiées par l'OMS pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS) fournissent des orientations sur la priorisation des activités identifiées, tant lors de la planification que de

la mise en œuvre. Cependant, le recours à des processus formalisés, systématiques et fondés sur des données probantes pour prioriser les interventions de la PRU est limité, en particulier ceux qui prennent en compte des critères tels que le rapport coût-efficacité, le rapport qualité-prix ou d'autres critères économiques.

Nous présentons un aperçu des approches employées par certains États membres pour identifier et prioriser les interventions de PRU. Ces données sont issues d'une analyse documentaire, d'entretiens avec des informateurs clés impliqués dans la planification de la PRU et de visites de pays en Ouganda, au Malawi, au Nigéria, au Burkina Faso et au Maroc.

Nous prévoyons d'inviter le professeur Osondu Ogbuoji de l'Université Duke à intervenir en tant que commentateur et co-auteur des orientations destinées aux États membres sur l'optimisation des ressources et l'établissement des priorités en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence.

Une étude de cas sur la mobilisation et l'allocation des ressources aux interventions de préparation et de réponse aux situations d'urgence dans les cinq pays d'Afrique

Dr Josephine Gatua *Africa CDC, Division de l'économie et du financement de la santé, Addis-Abeba, Éthiopie*

Une fois que les pays ont défini des interventions prioritaires en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence (PRU) (par le biais d'une priorisation structurée ou d'autres méthodes), l'allocation des ressources à ces interventions prioritaires et leur mise en œuvre réussie permettent d'obtenir les résultats et les impacts souhaités. Lorsque des critères économiques, tels que le rapport coût-efficacité, sont intégrés à la priorisation, ce processus peut contribuer à l'optimisation des ressources.

Les variations dans la disponibilité des ressources financières selon les contextes et les situations d'urgence sont fréquentes, et de nombreux pays disposent de fonds limités, même pour les interventions prioritaires. Des exemples de processus mis en œuvre par divers États membres de l'Union africaine pour mobiliser des ressources financières et les allouer aux interventions de la PRU sont présentés ci-dessous. Ces informations sont issues d'une analyse documentaire et d'entretiens menés avec les parties prenantes concernées par la planification de la PRU, notamment lors de visites de pays.

Nous dressons un aperçu des approches employées par certains États membres en matière de mobilisation et d'allocation des ressources pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence. Ces données sont issues d'une analyse documentaire, d'entretiens avec des informateurs clés impliqués dans la planification de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence, et de visites de pays en Ouganda, au Malawi, au Nigéria, au Burkina Faso et au Maroc.

Guide à l'intention des États membres sur l'établissement des priorités et l'optimisation des ressources en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence

Richmond Owusu

Département de politique, de planification et de gestion de la santé, École de santé publique, Université du Ghana, Legon, Ghana

L'élaboration de processus systématiques de définition des priorités a été recommandée comme stratégie pour promouvoir l'efficacité et l'équité des décisions d'allocation des ressources en situation de crise. Cette urgence est d'autant plus urgente que les urgences sanitaires sont de plus en plus fréquentes, graves et imprévisibles. Il est important que ces processus soient adaptés au continent africain et au contexte de chaque pays africain. En l'absence de directives appropriées à ce sujet, il est nécessaire d'élaborer des orientations pour aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des processus systématiques d'optimisation et d'allocation des ressources aux interventions dans le cadre de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence (PRU).

L'objectif principal des États membres de l'Union africaine (UA) face aux urgences de santé publique est de minimiser l'impact sanitaire, social et économique des menaces pour la santé publique. Il s'agit notamment d'optimiser la santé en prévenant ou en limitant la propagation des maladies et en réduisant la morbidité et la mortalité, de minimiser les perturbations sociales et économiques, ainsi que de favoriser un relèvement socio-économique rapide et un retour à la normale.

Pour optimiser la santé de la population, les décideurs doivent allouer les ressources de manière optimale à l'ensemble des technologies de santé, des programmes de soins et des groupes de patients, en ciblant les bonnes personnes, aux bons endroits, au bon moment et de la bonne manière, afin de maximiser les gains en matière de santé de la population tout en garantissant l'équité. Cependant, les ressources à leur disposition – finances, temps de travail, équipements et installations – sont limitées et peuvent toutes être utilisées à d'autres fins, au sein et en dehors du secteur de la santé.

La Division de l'économie et du financement de la santé (EDS) du CDC Afrique a compilé ces orientations pour aider les pays, en particulier les instituts nationaux de santé publique (INSP) ou les organisations équivalentes, à renforcer les pratiques d'optimisation des ressources fondées sur des données probantes au sein des différents États membres de l'UA.

Une analyse coût-efficacité de deux antiviraux oraux (COAV) contre la COVID-19, le Paxlovid et le Molnupiravir, dans trois pays africains

Ijeoma Edoka

Université de Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

Objectif

Évaluer le rapport coût-efficacité de deux antiviraux oraux (COAV) contre la COVID-19, le Paxlovid et le Molnupiravir, par rapport à la norme de soins, au Ghana, au Rwanda et en Zambie.

Méthodes

Nous avons modélisé les coûts (en dollars US de 2022) et les résultats sanitaires de la phase aiguë de la COVID-19, du point de vue d'un organisme payeur public, dans trois populations cibles non vaccinées : (1) les patients âgés de 65 ans et plus ; (2) les patients adultes présentant au moins un autre facteur de risque sous-jacent de gravité de la maladie ; et (3) tous les patients adultes. De plus, nous avons réalisé une série d'analyses de sensibilité et de scénarios.

Résultats

Français Chez les patients âgés, Paxlovid était moins coûteux et plus efficace (c'est-à-dire dominé) que le traitement standard dans les trois pays étudiés. Le molnupiravir dominait le traitement standard au Rwanda et en Zambie et un rapport coût-efficacité différentiel (RCED) a été estimé à 1 023,58 USD par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) évitée au Ghana. Chez les adultes présentant d'autres facteurs de risque sous-jacents, Paxlovid dominait au Rwanda et en Zambie tandis que le molnupiravir dominait au Rwanda. Ni le Paxlovid ni le molnupriavir n'étaient rentables dans le groupe entièrement adulte, quel que soit le contexte national. Le bénéfice monétaire net différentiel du Paxlovid était systématiquement supérieur à celui du Molnupiravir. Chez les patients vaccinés contre la COVID-19, le Paxlovid était rentable pour les patients âgés en Zambie et au Rwanda, mais pas au Ghana. Les principaux déterminants du rapport coût-efficacité étaient le prix du COAV, la probabilité d'une initiation précoce du traitement et les taux d'hospitalisation.

Conclusion

Dans des contextes africains comme la Zambie, le Ghana ou le Rwanda, les COAV pourraient être rentables chez les populations non vaccinées et à haut risque de progression vers une forme grave de la COVID-19. Des données supplémentaires sont nécessaires pour déterminer le rapport coût-efficacité chez les patients non vaccinés, mais ayant déjà été infectés par la COVID-19 et susceptibles d'avoir développé une certaine protection immunitaire.

Gestion des finances publiques : aide ou obstacle à l'autonomie financière des établissements de santé (session organisée)

Tom Hart *ODI*

Description

Il existe un consensus croissant sur l'importance de l'autonomie financière des établissements de santé, notamment en leur permettant de recevoir directement des fonds, pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Elle peut améliorer l'efficacité des flux de fonds, renforcer la transparence et la responsabilisation, améliorer la réactivité aux besoins locaux et aboutir à des résultats sanitaires meilleurs et plus équitables (Kuwawenaruwa et al. 2018 ; OMS 2022 ; Barroy et al. 2019). Pourtant, les établissements de soins de santé primaires parviennent à conserver et à gérer les fonds dans moins de 40 % des pays à revenu faible ou intermédiaire (Hanson et al. 2022).

Le système de gestion des finances publiques (GFP) est souvent considéré comme un obstacle à l'augmentation de l'autonomie financière des établissements, mais il peut être un important catalyseur d'autonomie, favorisant une plus grande efficacité opérationnelle et une plus grande responsabilité.

Cette session, organisée par l'ODI, ThinkWell et l'Initiative africaine collaborative pour la réforme budgétaire (IACRB), rassemblera des recherches sur l'état de l'autonomie des établissements de santé dans six pays à revenu faible et intermédiaire et explorera comment les systèmes de GFP ont interagi, aidé ou entravé une plus grande autonomie.

Le premier article, rédigé par ThinkWell et ODI, synthétise les recherches menées au Burkina Faso, en Indonésie, au Kenya, au Pakistan, aux Philippines et en Ouganda. Il décrit le système de financement des établissements de santé et son interaction avec les modalités d'achat de chaque pays, notamment la manière dont les ressources sont acheminées vers les établissements de santé, la manière dont les établissements sont intégrés dans les systèmes de gestion des finances publiques, ainsi que leurs pratiques de gestion des dépenses et de rapport.

Le deuxième article, rédigé par le ministère de la Santé ougandais, l'ODI et ThinkWell, examine en détail la manière dont les systèmes de GFP ougandais orientent les ressources vers les collectivités locales et les établissements de santé. Malgré l'octroi de subventions aux établissements de soins de santé primaires depuis 2003, l'expérience ougandaise en matière de financement des établissements est mal documentée. L'article examine comment les établissements utilisent et gèrent ces fonds. Il examine les obstacles à une plus grande autonomie financière posés par le système de GFP et comment des réformes de la GFP numérique pourraient potentiellement résoudre ces problèmes.

Le troisième article, publié par IACRB, offre un aperçu de l'interaction des systèmes et des règles de GFP avec l'autonomie financière des établissements de santé. Il décrit également comment une quinzaine de pays africains ont renforcé ou entendent renforcer l'autonomie de leurs établissements de santé, ainsi que les obstacles à cet égard.

Ordre du jour (90 minutes)

Aperçu (5 minutes)

Rapport de synthèse : Financement des établissements de santé au Burkina Faso, en Ouganda, aux Philippines, au Pakistan, au Kenya et en Indonésie **(25 minutes)**

Étude du rôle des dispositifs de gestion des finances publiques et de l'autonomie financière pour le financement direct des installations : une étude de cas en Ouganda **(20 minutes)**

La gestion des finances publiques comme catalyseur de l'autonomie des établissements de santé en Afrique (20 minutes)

Questions et réponses (20 minutes).

Étude du rôle des dispositifs de gestion des finances publiques et de l'autonomie financière pour le financement direct des installations : une étude de cas en Ouganda

Antoine Lacroix *ODI, Kampala, Uganda*

En Ouganda, les prestataires de soins de santé primaires publics jouissent d'une grande expérience en matière d'autonomie. Une partie de la subvention destinée aux soins de santé primaires est versée directement aux établissements depuis le milieu des années 2000, peu après la suppression des frais d'utilisation. Malgré cette expérience et le rôle moteur joué par les ministères de la Santé et des Finances, de la Planification et du Développement économique dans les réformes, la mise en œuvre du financement direct des établissements en Ouganda a reçu peu d'attention.

Cette étude de cas documente les dispositifs de GFP mis en place par le gouvernement ougandais pour la mise en œuvre du financement direct des établissements et évalue comment ils favorisent ou entravent l'autonomie financière et opérationnelle des établissements de soins de santé primaires. Elle décrit d'abord la structure du système de santé, les modalités d'achat et le rôle des collectivités locales dans la prestation des services de soins de santé primaires. L'étude examine ensuite la manière dont les allocations aux prestataires publics de soins de santé primaires sont déterminées et transférées, en se concentrant sur l'adéquation, la fiabilité et le calendrier des paiements. De plus, au moyen d'entretiens avec des responsables d'établissements de tous types de prestataires de soins de santé primaires, l'étude examine la manière dont les fonctions de GFP sont exécutées au niveau des établissements.

S'appuyant sur ces résultats, l'étude explore comment les processus de gestion des finances publiques pourraient être ajustés afin d'étendre l'autonomie des prestataires en matière de dépenses au-delà des coûts opérationnels de base. Elle évalue également comment des processus de données et des solutions numériques plus performants pourraient être mis à profit pour améliorer les paiements des prestataires et surveiller l'allocation et l'utilisation des ressources par les établissements à travers le pays.

Financement des établissements de santé au Burkina Faso, en Ouganda, aux Philippines, au Pakistan, au Kenya et en Indonésie

Pura Angela Wee Co *Thinkwell, Manille, Philippines*

Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les modalités d'achat des établissements de santé publics sont complexes et impliquent des flux financiers variés, souvent fragmentés. Ces établissements génèrent souvent des revenus grâce aux frais d'utilisation et aux remboursements d'assurance maladie, tout en recevant des fonds publics provenant de différentes sources. La capacité des prestataires de soins de santé publics à recevoir, dépenser et comptabiliser ces fonds varie non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi au sein d'un même pays, selon le niveau de soins, l'unité infranationale et les sources de revenus. Dans certains pays, comme le Kenya et les Philippines, les collectivités territoriales sont légalement habilitées à décider de la gestion des revenus des établissements de santé. Dans d'autres, comme l'Ouganda et le Burkina Faso, les achats sont centralisés et les fonds transitent par les unités infranationales vers les comptes des établissements, les autorités locales étant uniquement responsables du suivi de l'utilisation de ces fonds.

Ce document décrit les dispositifs de GFP soutenant la mise en œuvre du financement direct des établissements et de leur autonomie financière et opérationnelle dans six pays à revenu faible ou intermédiaire : le Burkina Faso, l'Indonésie, le Kenya, les Philippines, le Pakistan et l'Ouganda. Il décrit les modalités d'achat de chaque pays et le flux de ressources vers les prestataires de soins, et comprend une analyse détaillée des réglementations et des processus régissant la préparation, l'exécution et le rapport budgétaires au niveau des établissements. De plus, il détaille la manière dont les paiements, les budgets et les dépenses des établissements sont enregistrés, consolidés et utilisés à des fins de suivi et de planification. Ce document explore également comment la GFP numérique peut soutenir la mise en œuvre des transferts directs entre établissements et remédier aux goulots d'étranglement observés.

La gestion des finances publiques comme catalyseur de l'autonomie des établissements de santé en Afrique

Ms. Danielle Serebro *Master en économie du développement Initiative africaine collaborative de réforme budgétaire, Johannesburg, Afrique du Sud*

Le renforcement de l'autonomie des établissements de santé dépend des règles et systèmes de GFP existants, ainsi que de la volonté du ministère des Finances de les adapter lorsqu'ils constituent un obstacle. Ce constat est bien établi, mais les acteurs de la santé méconnaissent souvent les mécanismes précis par lesquels le système de GFP peut entraver (ou favoriser) la réussite de cette réforme.

Ce rapport vise à dissiper une partie de ce mystère et à expliquer quelles caractéristiques de l'architecture de la GFP constituent des obstacles insurmontables à la réforme envisagée par le ministère de la Santé, et quelles caractéristiques peuvent être assouplies après consultation et justification suffisantes. Il s'appuiera

sur un document de conférence préparé en prévision d'un dialogue politique de l'IACRB sur la GFP comme catalyseur de l'autonomie des établissements de santé, ainsi que sur les contributions de 15 ministères africains de la Santé et des Finances.

En s'appuyant sur les informations des pays participant au dialogue politique et sur les contributions des experts, il examinera comment les établissements sont intégrés dans les processus de formulation budgétaire et les systèmes de GFP ; les implications de la GFP sur la manière dont les fonds circulent vers les établissements à travers les différents niveaux de gouvernement ; comment les systèmes de GFP peuvent soutenir les mécanismes de paiement des prestataires basés sur les résultats ; les processus de gestion des dépenses ; les pratiques de rapport et de responsabilisation ; et l'utilisation de systèmes de gestion financière numériques.

Systèmes de santé communautaire et engagement des parties prenantes pour la CSU et la redevabilité en Afrique

L'utilisation des agents de santé communautaires (ASC) dans la réponse à la COVID-19 dans la région du Nord-Ouest du Cameroun touchée par la crise de mai à août 2021

Kongnyu Emmanuel, Ful Morine, Tih Pius and Warri Denis

Services de santé de la Convention baptiste du Cameroun, Bamenda, région du Nord-Ouest, Cameroun

Introduction

Le Cameroun a enregistré son premier cas de COVID-19 le 5 Mars 2020, importé de France, et le second était l'un de ses contacts proches au Cameroun. Le nombre de cas importés de pays européens a rapidement augmenté avant que la transmission communautaire de la maladie ne soit confirmée fin Avril 2020, le Cameroun se classant cinquième en Afrique subsaharienne et premier en Afrique centrale en termes de cas confirmés (Arsène et al., 2023).

La région agitée du Nord-Ouest affichait un taux de mortalité de 10 %, supérieur au chiffre national de 2 %. La réponse s'est avérée difficile en raison de la crise sociopolitique actuelle, marquée par un fort sentiment antigouvernemental et le déni de l'existence de la COVID-19 par les groupes armés non étatiques (GANE). Ces derniers ont restreint le respect des mesures de prévention de la COVID-19 mises en place par le gouvernement, notamment la vaccination. Par conséquent, le CBCHS, une organisation confessionnelle présente dans le pays depuis 1936 et bénéficiant de la confiance de la population, a dû intervenir, en collaboration avec l'UNICEF, en faisant appel à des agents de santé communautaires.

Objectifs

- Mener une sensibilisation et une prise de conscience communautaire de masse dans 4 des 5 divisions de la région du Nord-Ouest avec des messages vitaux sur la prévention du COVID-19.
- Distribuez des fournitures essentielles WASH, des articles d'hygiène et des masques fabriqués localement aux familles pour améliorer le lavage des mains et le port du masque.

- Promouvoir les pratiques d'hygiène des mains en installant des distributeurs de désinfectant pour les mains à pédale dans les lieux publics.

Méthodologie

Des négociations d'accès ont été menées afin de faciliter les déplacements des agents de santé communautaires dans les différentes communautés pour la sensibilisation, le recensement et la distribution de fournitures essentielles en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (EAH), telles que des seaux avec robinet et du savon, afin de promouvoir le lavage des mains à domicile et le port du masque comme précautions contre la transmission (par contact, par gouttelettes et par voie aérienne). Des distributeurs de désinfectant à pédale ont été installés dans des lieux publics tels que les carrefours, les parkings, les marchés, les bureaux publics et autres lieux fréquentés. Dans diverses communautés, les agents de santé communautaires ont entrepris une sensibilisation de masse et de porte-à-porte auprès des ménages, leur transmettant des messages vitaux sur la prévention de la COVID-19.

Résultats

En quatre mois, nous avons fourni aux ménages des articles essentiels d'hygiène et d'assainissement, ainsi que des messages vitaux sur la prévention du COVID-19 et avons installé des distributeurs de désinfectant pour les mains à pédale, facilement accessibles à des milliers de personnes.

Conclusion

En quatre mois, nous avons fourni aux ménages des articles essentiels d'hygiène et d'assainissement, ainsi que des messages vitaux sur la prévention du COVID-19 et avons installé des distributeurs de désinfectant pour les mains à pédale, facilement accessibles à des milliers de personnes.

Promouvoir le financement et la responsabilisation en matière de santé : le rôle de l'AHBN dans la participation de la société civile pour renforcer la SRMNIAPA+N au Nigéria

Maimuna Abdullahi, Aminu Magashi Garba, Amina Haladu, Khadija Bobboyi and Sadiq Malami

Réseau africain du budget de la santé, Abuja, FCT, Nigeria

Contexte

La stratégie nigériane de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et des personnes âgées, plus nutrition (SRMNIAPA-N) est essentielle pour améliorer les résultats en matière de santé, notamment pour lutter contre les taux élevés de mortalité maternelle et garantir un accès équitable

à des services de santé de qualité. Cependant, cette stratégie se heurte à des difficultés, notamment un engagement insuffisant des groupes de la société civile – tels que les ONG, les jeunes et les médias – et la faiblesse des mécanismes de responsabilisation. Le Réseau africain pour le budget de la santé (RABS), financé par le FMF via PAI, visait à remédier à ces problèmes en renforçant la participation de la société civile et les cadres de responsabilisation. En favorisant une plus large implication dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie, le RABS a cherché à créer une approche plus inclusive et plus responsable du financement de la santé, dans le but d'améliorer les résultats sanitaires au Nigéria.

Buts et objectifs

Le projet visait à soutenir le gouvernement nigérian dans la finalisation, la diffusion et la mise en œuvre de la stratégie SRMNIAPA+N. Les principaux objectifs étaient : (1) renforcer la participation des parties prenantes (ONG, jeunes et médias), (2) élaborer des tableaux de bord de suivi SRMNIAPA+N pour une meilleure responsabilisation financière et non financière, et (3) créer un environnement propice à la participation active des groupes de la société civile à la mise en œuvre de la stratégie.

Méthodes

Une approche participative a été utilisée pour élaborer le tableau de bord du budget et de la responsabilisation de la SRMNIAPA+N. Le processus a débuté par une cartographie des parties prenantes de la société civile afin d'identifier les principaux participants. Un atelier a été organisé au cours duquel les parties prenantes ont élaboré et validé de manière collaborative les indicateurs du tableau de bord, en mettant l'accent sur le financement et la responsabilisation en matière de santé dans le cadre du projet de stratégie SRMNIAPA+N. Ces indicateurs ont ensuite été affinés par l'équipe de le RABS. Une analyse du budget national de la santé pour 2023-2024 a examiné les allocations et les progrès dans des domaines clés tels que la planification familiale, la vaccination et la nutrition, ce qui a alimenté le tableau de bord. La version finale du tableau de bord a été conçue par un graphiste pour plus de clarté et de convivialité. La diffusion a impliqué une conférence de presse et un plaidoyer ciblé auprès des décideurs politiques, des responsables, des acteurs politiques et des législateurs.

Principales conclusions

Le tableau de bord indique une augmentation significative des allocations budgétaires de santé pour la planification familiale, l'approvisionnement en vaccins et le Fonds de fourniture de soins de santé de base (FFSSB), ainsi que pour les produits nutritionnels, par rapport à 2023. Cependant, on observe une réduction notable du financement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes en 2024. Le tableau de bord révèle également un manque de rapports détaillés sur le budget et les dépenses, y compris les comptes vérifiés relatifs à la SRMNIAPA, sur le site Web du ministère fédéral de la Santé. De plus, le rapport annuel d'avancement de la SRMNIAPA+N n'a pas été diffusé au public ni aux décideurs politiques. De plus, la stratégie SRMNIAPA n'a pas encore été officiellement approuvée, lancée ou diffusée par l'honorable Ministre de la Santé. Malgré ces lacunes, des progrès sont évidents dans l'engagement accru de la société civile, avec un plus grand nombre d'OSC et de représentants de la jeunesse participant aux réunions semestrielles de la plateforme SRMNIAPA+N et organisant des séances de compte rendu pour leurs circonscriptions.

Conclusion

L'engagement accru et actif de la société civile a considérablement renforcé la responsabilité et la transparence, contribuant ainsi à tenir le gouvernement davantage responsable de ses engagements en matière de santé.

Perception des parties prenantes sur la nature de la relation entre l'adoption des technologies de l'information et la réactivité des clients : une étude sur la gestion et la performance de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé dans le sud-est du Nigéria

Adaora Uzochukwu[1], Emmanuel Agbaeze[2], and Benjamin Chudi Uzochukwu[3]

(1) Université du Nigéria, Enugu, Eniugu, Nigéria
(2) Département de gestion, Faculté d'administration des affaires Université du Nigéria, Enugu, Nigéria
(3) Université du Nigéria, Nsukka, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Une gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé peut améliorer la prestation des soins, notamment dans les régions aux ressources limitées. Les technologies de l'information (TI) jouent un rôle crucial dans l'optimisation des processus de la chaîne d'approvisionnement, de l'approvisionnement à la distribution, améliorant ainsi la réactivité client. Comprendre le lien entre adoption des TI et réactivité client est essentiel pour améliorer les résultats des soins de santé. En analysant ce lien, les décideurs politiques et les prestataires de soins peuvent identifier les meilleures pratiques et stratégies pour améliorer la performance de la chaîne d'approvisionnement, au bénéfice des patients et des communautés.

Objectifs de l'étude

L'étude vise à examiner la perception des parties prenantes sur l'impact de l'adoption des technologies de l'information sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé dans le sud-est du Nigéria, et son influence sur la réactivité des clients, à identifier les défis et les opportunités.

Méthodologie

L'étude a porté sur 155 travailleurs des soins de santé primaires (SSP) et sur les autorités sanitaires des zones de gouvernance locale (ZGA) dans cinq États du sud-est du Nigeria, en mettant l'accent sur les activités de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé. Des données sur l'adoption des technologies de l'information et la réactivité client ont été recueillies en 2023 au moyen d'un questionnaire structuré, utilisant une échelle de Likert à cinq points pour classer les réponses. Les répondants comprenaient des responsables de centres de santé et des responsables de la chaîne d'approvisionnement logistique des ZGA

coordinateurs des soins de santé primaires, responsables de la vaccination, responsables de la chaîne du froid, responsables des magasins et trésoriers des ZGA), tous directement impliqués dans les activités de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé.

Résultats

Les répondants estiment que les liens directs d'ordinateur à ordinateur avec les principaux partenaires de la chaîne d'approvisionnement permettent de répondre rapidement aux exigences des clients (score de réponse moyen de 3,10 ± 1,20), d'obtenir des informations électroniques sur les clients (score de réponse moyen de 3,13 ± 1,14) et de répondre rapidement aux besoins des clients (score de réponse moyen de 3,80 ± 1,03). Ils estiment également que les ordinateurs portables aident à répondre aux besoins des clients (score de réponse moyen de 3,69 ± 1,13). L'introduction d'une infrastructure basée sur Internet améliore la communication avec les fournisseurs, facilite la circulation de l'information au sein des services et améliore la qualité du partage de l'information (score de réponse moyen de 3,35 ± 1,09). Les répondants estiment également que leur système informatique peut être connecté de manière transparente aux partenaires de la chaîne d'approvisionnement (score de réponse moyen de 3,32 ± 1,03). Les établissements de santé du sud-est du Nigéria, en revanche, sont confrontés à des contraintes financières et à une résistance au changement dans le domaine informatique. Les stratégies pour surmonter ces difficultés comprennent le soutien financier, le renforcement des capacités, le développement des infrastructures, l'engagement des parties prenantes, des politiques claires et l'exploitation de la technologie mobile pour améliorer l'accès aux services de santé.

Conclusion

L'adoption des technologies de l'information a un impact positif sur la réactivité client en améliorant la visibilité de la chaîne d'approvisionnement et la communication. En exploitant les technologies de l'information, les prestataires de soins du sud-est du Nigeria peuvent améliorer les performances de leur chaîne d'approvisionnement et mieux répondre aux besoins de leurs patients.

Engagement communautaire pour la CSU en Afrique : une approche de synthèse réaliste

Evaline Langat *Université Aga Khan, Nairobi, Kenya*

Contexte

Les nations, les populations et les communautés ne peuvent participer au développement national et mondial et en bénéficier sans un accès à des soins de santé adéquats. La couverture sanitaire universelle (CSU) est le principal programme de santé mondial dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD), et son concept repose fortement sur la santé en tant que droit fondamental. En Afrique, 50 gouvernements sur 54 ont mis en œuvre des interventions visant à atteindre la CSU. Cinquante-trois pour

cent de ces interventions ont porté sur la mise en place d'une assurance maladie sociale ou nationale, 17 % sur la mise en place d'une assurance maladie communautaire (AMC) et 30 % sur l'amélioration de la prestation des soins de santé primaires. Moins de dix ans après le début de l'objectif de développement durable, moins de la moitié de ces pays ont réalisé des progrès significatifs vers une couverture CSU de 100 %.

Objectif

Les données montrent que pour que le modèle de CSU d'un pays atteigne les résultats escomptés, des dizaines de variables issues de domaines très variés doivent être prises en compte. Rares sont les études qui analysent précisément les facteurs contribuant au succès ou à l'échec de la méthode de CSU. Notre étude visait à fournir des données contextuelles sur les approches de CSU qui réussissent en Afrique et pourquoi.

Méthodes

Nous avons utilisé une méthode de synthèse réaliste, qui nous permet d'examiner un large corpus de littérature et de dégager des tendances dans les données afin d'expliquer ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances. Nous avons effectué des recherches bibliographiques dans la base de données Cochrane des revues systématiques, PUBMED, EBSCO, Eldis, SCOPUS, CINHAL, TRIP et Google Scholar. Au total, 9 633 citations publiées entre 2005 et 2024 ont été évaluées pour leur éligibilité à l'aide de critères d'inclusion prédéterminés, en mettant l'accent sur l'adoption, le déploiement, la mise en œuvre, les défis et les opportunités de la CSU dans les pays africains. Des données probantes qualitatives, quantitatives et mixtes primaires ont été incluses, ainsi qu'une analyse originale de données secondaires.

Résultats

Au total, 167 articles décrivant la mise en œuvre de la CSU dans 18 pays africains répondaient aux critères d'inclusion. Les pays ayant adopté l'approche de renforcement des soins de santé primaires et l'AMBC ont enregistré des progrès constants vers la CSU. Cela s'explique par le fait que ces stratégies ont été conçues pour fonctionner dans un contexte d'engagement communautaire, ce qui a naturellement renforcé la confiance et l'appropriation de l'intervention par la communauté, lui permettant ainsi de participer pleinement. Elles ont également favorisé un sentiment d'association mutuelle et une approche partagée, tout en donnant la parole à la communauté, augmentant ainsi les chances d'adopter l'intervention de CSU.

Conclusion

Si l'Afrique veut atteindre la CSU d'ici 2030 et maintenir les acquis au-delà des ODD, il est essentiel d'examiner les programmes de CSU et de déterminer où se situe le caractère d'engagement communautaire.

Si l'Afrique veut atteindre la CSU d'ici 2030 et maintenir les acquis au-delà des ODD, il est essentiel d'examiner les programmes de CSU et de déterminer où se situe le caractère d'engagement communautaire.

Okechukwu Ozor1, Enyi Etiaba1 and Obinna Emmanuel Onwujekwe2

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

Les soins de santé primaires sont au cœur de la prestation de services de santé communautaire (PSSC). Leur sous-efficacité constitue un obstacle au bon fonctionnement du système de santé communautaire (SSC) à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays en développement comme le Nigéria, entravant ainsi la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU) dans le pays.

Buts et objectifs

Cet article vise à renforcer la prestation de services de soins de santé primaires en examinant les facteurs clés qui améliorent ou limitent le PSSC au Nigéria aux niveaux individuel, communautaire/établissement et gouvernemental, tout en recommandant des solutions fondées sur des preuves pour maintenir et améliorer le PSSC dans le cadre du SSC afin de réaliser le CSU pour le pays.

Méthodes

Les données ont été recueillies dans le cadre d'une étude qualitative menée dans trois États (Anambra, Akwa-Ibom et Kano) au Nigéria. Il s'agissait de prestataires de santé formels et informels, de dirigeants communautaires et de représentants d'organisations de la société civile, tous sélectionnés à dessein. Quatre-vingt-dix entretiens approfondis et douze groupes de discussion ont été menés, enregistrés, transcrits textuellement et analysés thématiquement à l'aide de codes permettant d'identifier les thèmes clés.

Principales conclusions

Les facteurs limitant le PSSC au niveau individuel étaient un comportement médiocre en matière de recherche de soins, une préférence pour les charlatans et la prédominance masculine dans la prestation de services. Au niveau de la communauté/des établissements : les croyances superstitieuses/culturelles et la mauvaise attitude du personnel des établissements ; au niveau gouvernemental : un soutien financier insuffisant, des détournements de fonds et des équipements sociaux inadéquats. À l'inverse, les facteurs favorables au niveau individuel étaient la participation des membres de la communauté et l'attitude bienveillante des prestataires informels. Aux niveaux de la communauté et des établissements, les facteurs qui ont amélioré le PSSC étaient la synergie entre les prestataires formels et informels ; et le soutien des organisations et structures communautaires. Au niveau gouvernemental, les facteurs favorisants étaient le soutien du gouvernement aux prestataires communautaires formels et informels et une ligne de communication claire.

Conclusions

La prestation de services de santé communautaire par le biais d'un système de santé communautaire fonctionnel peut renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble et conduire à une meilleure santé communautaire, et in fine à la réalisation de la CSU. Les décideurs politiques devraient intégrer la prestation de services de santé communautaire dans la mise en œuvre de tous les programmes et, in fine, travailler avec le système de santé communautaire comme véritable plateforme pour une prestation efficace de services de santé communautaire.

L'Équité, les déterminants sociaux et les inégalités de santé en Afrique

10h00-11h30 Vendredi 3 Mars 2025

Inégalités socioéconomiques en matière de santé en Tanzanie: données de l'Enquête nationale sur le budget des ménages

Francis Donard Ngadaya[1], Peter Binyaruka[1]

Ifakara Health Institute, Dar es Salaam, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de

Contexte

Les connaissances sur les inégalités de santé liées à la situation socioéconomique en Tanzanie sont limitées, notamment sur la répartition des maladies, des handicaps et de la multimorbidité entre les différents groupes socioéconomiques. Ces inégalités affectent considérablement les soins de santé et les résultats sanitaires. Comprendre le fardeau et la répartition des maladies et des handicaps entre les différents groupes socioéconomiques est essentiel pour élaborer des politiques de santé efficaces et améliorer l'équité en santé.

Objectifs

Cette étude examine les inégalités de santé liées à la situation socioéconomique en Tanzanie en utilisant les données de l'Enquête nationale sur le budget des ménages.

Méthodes

L'étude a utilisé des données secondaires issues de l'Enquête nationale sur le budget des ménages tanzaniens (ENBMT) de 2017/18. Le niveau de vie des ménages a été mesuré à partir des dépenses de consommation des ménages, classées en quintiles. Les indices de concentration standardisés ont été utilisés pour mesurer la répartition des maladies et des incapacités autodéclarées. De plus, nous avons également évalué la répartition de la multimorbidité liée aux maladies et aux incapacités lorsqu'une personne présente plusieurs maladies (+) et incapacités (+) dans différents quintiles socio-économiques.

Résultats

Sur 45912 personnes, 18,10 % ont déclaré avoir été malades ou atteintes d'au moins une affection au cours des deux semaines précédant l'enquête, le paludisme étant la maladie la plus répandue (7,72 %). La prévalence des handicaps est de 3,52 %, la marche et la mémorisation étant les types les plus répandus. De plus, l'analyse a révélé divers degrés de multimorbidité dans la maladie, le diabète+ (IC : 0,391), l'hypertension+ (IC : 0,281) et les infections urinaires+ (IC : 0,416) étant concentrés parmi les plus riches. Par conséquent, la tuberculose+ (IC : -0,145), la pneumonie+ (IC : -0,107) et la diarrhée+ (IC : -0,024) étaient plus répandues parmi les plus pauvres. Pour la multimorbidité liée au handicap, l'audition+ (IC : -0,090), la communication+ (IC : -0,045), la mémoire+ (IC : -0,069) et la marche+ (IC : -0,049) étaient plus répandues chez les plus pauvres.

Conclusion

La charge de morbidité et de handicap est inégalement répartie en Tanzanie, les plus pauvres supportant une charge disproportionnée de multimorbidité liée à la maladie et au handicap. Il est donc nécessaire de concevoir des interventions et des politiques de santé ciblées visant à réduire les inégalités de santé, ce qui est essentiel pour obtenir des résultats sanitaires équitables et améliorer la santé globale de la population.

Etude sur les determinants environnmentax physiques et socioeconomiques de la sante

Thiane Gueye *Dakar, Senegal*

Contexte

Le Sénégal, a élaboré en 2017 une Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (SNFS/CSU) où l'orientation stratégiques (OS) N°4 « le renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé » renferme une mesure phare :
Malgré les politiques et programmes mis en place, les maladies climato sensibles, émergentes et ré-émergentes connaissent une recrudescence, favorisées en cela par les déterminants environnementaux.

Méthode

La méthodologie adoptée est basée sur une enquête qualitative combinée avec une revue documentaire afin de répondre à nos objectifs.
L'échantillonnage est raisonné et le choix des cibles est fait à partir de la connaissance liminaire sur la disponibilité des données au niveau des différentes sources.
Pour les données sanitaires et écologiques, les bases du DHIS2 du MSAS et celles du CSE (Centre de suivi écologique) ont été exploitées

Résultats

L'analyse des paramètres suivis de 2017 à 2021 montre que les facteurs liés à l'environnement sont la cause de 21% des maladies dans le monde. L'évolution du paludisme et des pluies moyennes annuelles montre des cas de paludisme plus élevés dans les régions les plus arrosées du Sénégal (Kédougou, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor) avec des moyennes pluviométriques qui tournent autour de 1000mm.

La répartition des problèmes de diarrhée liés à l'accès de l'eau montre des différences selon les régions. Saint-Louis et de Kolda sont parmi les plus affectées avec de plus de 10000 cas (respectivement 1512 et 1153). Suivis des régions où l'accès à une source d'eau potable est difficile qui sont compris entre 12,7 et 70,8% telles que Kolda (70,8%), Tambacounda (33,3%) et Saint-Louis (12,6%). Les programmes enquêtés, les plus cités sont : le PNLP, le PNT, le PEV, ... La majorité des autorités 70% enquêtées affirment qu'il existe un cadre de concertation.

Les prestataires (64%) estiment que la morbidité et la mortalité liées aux maladies climato-sensibles, émergentes et ré-émergentes sont élevées. La majorité de la population (67%) a une bonne connaissance sur les maladies étudiées et leurs déterminants, En effet, elles ont pu au moins citer un exemple de facteurs environnementaux favorisant ces maladies.

Conclusion

C'est une base d'évidences pouvant aider à structurer la prise en charge multisectorielle des questions de santé et à opérer leur déconcentration et leur décentralisation.

Mots clés

déterminants, environnement, Programmes de santé

La situation démographique des ménages a-t-elle une incidence sur les dépenses de santé catastrophiques liées à la prise en charge de l'hypertension artérielle au Ghana ?

Kofi Aduo-Adjei[1], James Akazili[2], Øystein Ariansen Haaland[3], Lumbwe Chola[4]

(1) Université de Bergen, Bergen, Norvège
(2) Centre de recherche en santé de Navrongo, Service de santé du Ghana, Navrongo, région du Haut-Est, Ghana
(3) Université de Bergen
(4) Université de Bergen/Université d'Oslo

Contexte

À l'ère de la prévalence des maladies non transmissibles (MNT), les dépenses de santé catastrophiques

(DCS) liées à la prise en charge de l'hypertension sont devenues une préoccupation nationale au Ghana. Les données existantes suggèrent que les études sur les DCS liées à l'hypertension au Ghana sont insuffisantes.

Objectifs

Cet article vise à évaluer l'impact économique de l'hypertension sur les individus et les ménages en mesurant les dépenses de santé catastrophiques (DSC) liées aux soins de l'hypertension au Ghana.

Méthodes

Nous avons mené une enquête prospective transversale sur les dépenses de santé catastrophiques concernant les dépenses de gestion de l'hypertension chez les patients adultes de l'hôpital municipal de Weija Gbawe (HMWG) et de l'hôpital de district de Shai Osoduko (HoDSO) au Ghana. L'étude a adopté le point de vue du patient, en collectant les dépenses médicales directes et indirectes liées aux soins de l'hypertension auprès de 382 patients. Nous avons estimé l'incidence, les corrélats socioéconomiques et démographiques associés au coût de la gestion de l'hypertension au Ghana. Le DCS a été défini à des seuils de 10 % et 40 % de la capacité du ménage à payer les dépenses médicales directes et indirectes dans l'approche analytique.

Résultats

Nos résultats montrent que les dépenses médicales directes s'élèvent à 25 $ US et les dépenses non médicales directes à 4 $ US par patient et par mois. Le DCS a été estimé en utilisant un revenu des ménages de 10 % et 40 % de la capacité de payer, ce qui révèle que 65 % et 58 % de l'échantillon total connaissent des dépenses de santé catastrophiques et appauvries. Les résultats de nos modèles de régression révèlent que la taille du ménage est un corrélat significatif des paiements de soins de santé catastrophiques liés à la gestion et aux soins de l'hypertension.

Conclusions

La protection financière des personnes souffrant d'hypertension dans les établissements de soins de santé primaires au Ghana reste limitée malgré le fonctionnement du régime national d'assurance maladie. Les résultats suggèrent une action renouvelée vers un mécanisme de financement durable de la santé pour cibler les personnes souffrant d'hypertension au Ghana.

Intégration de critères d'équité et de protection financière dans la conception des prestations essentielles : une étude de cas des interventions contre les maladies infectieuses en Éthiopie

Lelisa Fekadu Assebe[1], Boshen Jiao[2], Nathaniel Hendrix[2], Mieraf Taddesse Tolla[3] and Stéphane Verguet[4]

(1) MSH, Addis-Abeba, Éthiopie
(2) HU,
(3) ACDC,
(4) Harvard TH Chan École de santé publique

Contexte

Les inégalités en matière de santé et de bénéfices non sanitaires des interventions de santé publique constituent des défis majeurs sur la voie de la couverture sanitaire universelle, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). La conception des programmes de prestations de santé (PPS) offre une opportunité de sélectionner les interventions selon des critères établis. L'objectif de cette étude est d'examiner l'impact sur l'équité en santé et la protection financière des interventions sélectionnées, ainsi que leurs coûts, au niveau national en Éthiopie.

Méthodes

Les données sur les prestations de santé moyennes et les coûts des programmes ont été extraites de la dernière base de données du Paquet de services de santé essentiels (PSSE) éthiopien. De même, les estimations démographiques et la prévalence des maladies ont été dérivées de la Charge mondiale de morbidité (FMM), d'une enquête nationale et de sources publiées. Les prestations ont été réparties entre les quintiles de revenu en utilisant un risque ajusté combiné de prévalence et de couverture des maladies, cette dernière étant également utilisée pour estimer les coûts des programmes. Pour chacune des 30 interventions, nous avons estimé les bénéfices en termes d'équité en santé et de protection financière qui résulteraient d'une augmentation progressive de la couverture de 10 points de pourcentage sur un an.

Résultats

Un total de 390 000 années de vie ajustées en fonction de la santé (AVAFS) seraient gagnées et 64 240 cas de dépenses de santé catastrophiques (DSC) évités en mettant en œuvre l'intervention choisie avec une augmentation de 10 points de pourcentage de la couverture. Globalement, les interventions PSSE fournissent 22 % (86 760 AVAFS) des bénéfices de santé aux plus pauvres et 20 % (77 270 AVAFS) au quintile le plus riche. De même, un total de 33 % (21 500) cas de DSC ont été évités dans le quintile le plus pauvre et 14 % (8 740) dans le quintile le plus riche.

Conclusion

Malgré les lacunes actuelles en matière de couverture, l'accès à certaines interventions du programme PSSE pourrait améliorer la santé globale, l'équité et la protection financière. L'impact potentiel des interventions sélectionnées diffère quant à leur impact sur la santé de la population, les inégalités de santé et la protection financière. Il est nécessaire d'examiner les compromis et de pondérer chaque résultat afin de prioriser les interventions dans le cadre du programme de prestations de santé.

Mots-clés

Ensemble essentiel de prestations de santé ; couverture sanitaire universelle ; disparités en matière de santé ; protection contre les risques financiers ; définition des priorités ; maladies infectieuses ; Éthiopie ; Afrique subsaharienne.

L'impact des facteurs sociaux sur les résultats de santé dans les pays africains : preuves tirées de la technique du panel dynamique.

John K. Njenga *Université de Nairobi, Nairobi, Kenya*

L'objectif de cette étude est d'examiner l'effet des facteurs sociaux sur les résultats de santé dans les pays africains responsables de la pandémie de Covid-19. L'étude analyse les effets à l'aide d'un cadre dynamique de panel, en utilisant la première méthode générale des moments (MGM) pour estimer les paramètres du modèle. Les variables indépendantes sont le revenu avec le PIB par habitant comme variable proxy, l'urbanisation, le vieillissement de la population, la population active et le ratio de dépendance. L'espérance de vie, les dépenses de santé actuelles par habitant et le taux de mortalité de moins de cinq ans sont considérés comme les variables dépendantes. Un total de 44 pays africains sont considérés pour l'analyse en utilisant des données annuelles de 2000 à 2021. Une augmentation du PIB par habitant entraîne une augmentation significative des dépenses de santé actuelles par habitant. La population active, l'urbanisation, la Covid-19, le ratio de dépendance et la population n'ont pas d'effet significatif sur les dépenses de santé actuelles dans les pays africains. L'espérance de vie est significativement augmentée par l'augmentation du revenu, tandis qu'elle est significativement réduite par la survenue de la pandémie de Covid-19. La population active, le vieillissement de la population, l'urbanisation et le ratio de dépendance n'ont pas d'effet significatif sur l'espérance de vie.

L'apparition de la Covid-19, l'augmentation du PIB par habitant, l'urbanisation et la population active entraînent une réduction significative du taux de mortalité des moins de cinq ans dans les pays africains. Les pays africains à PIB par habitant élevé connaissent une faible mortalité des moins de cinq ans, un taux d'espérance de vie élevé et des dépenses de santé actuelles élevées par habitant. L'incidence des cas de Covid-19 dans les pays africains à partir de 2020 a entraîné une diminution du taux de mortalité et de l'espérance de vie des moins de cinq ans. L'urbanisation et la population active ont un effet significatif sur le taux de mortalité des moins de cinq ans dans la plupart des pays africains. Les politiques gouvernementales africaines nécessitent la mise en place de mesures visant à renforcer le développement économique, car elles auront un impact considérable sur les résultats sanitaires du pays.

Les ménages aisés accèdent aux services EAH : inégalités socio-économiques dans les dépenses des ménages pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les bidonvilles urbains du sud-est du Nigéria

Uchenna Rita Ezenwaka1, Chinyere Cecelia Okeke2 and Obinna Emmanuel Onwujekwe1

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Université du Nigéria, HPRG, Enugu, Enugu, Nigéria

Contexte

L'accès à l'Eau potable, à l'Assainissement et à l'Hygiène (EAH) est essentiel à la santé et au bien-être humains. Pourtant, de nombreux ménages n'y ont pas accès. Les dépenses des ménages consacrées à l'EAH constituent un indicateur essentiel de l'accès, car elles reflètent le fardeau financier que représente la sécurisation de ces services essentiels. Cependant, peu de recherches ont examiné les dépenses des ménages consacrées à l'EAH au niveau microéconomique, en particulier dans les zones urbaines pauvres. Comprendre les dépenses des ménages consacrées à l'EAH est crucial pour élaborer des politiques et des interventions efficaces visant à améliorer l'accès à ces services. Cette étude vise à combler ce manque de connaissances en réalisant une analyse microéconomique des dépenses des ménages consacrées à l'EAH dans les bidonvilles de l'État d'Anambra, au Nigéria.

Méthodes

Une enquête sur les dépenses des ménages (n = 421) en matière d'EAH a été menée en février dans deux bidonvilles sélectionnés au hasard dans l'État d'Anambra, au Nigéria. Les dépenses des ménages en matière d'EAH ont été collectées à l'aide d'un questionnaire pré-test. Le statut socio-économique (SSE) a été estimé à partir de la propriété des biens des ménages. Les données ont été analysées à l'aide d'analyses univariées, bivariées et de régression multiple. L'indice de concentration (IC) a été calculé pour éclairer l'analyse d'équité.

Résultats

Nos résultats montrent que les dépenses mensuelles moyennes en EAH par ménage étaient de 28 918,05 (environ 19,9 USD). Les dépenses d'hygiène représentaient 42,2 % des dépenses totales en EAH, tandis que les dépenses en eau et assainissement étaient nettement inférieures. Les dépenses en EAH variaient considérablement selon les groupes de revenus, les ménages à faible revenu (P = 0,00) dépensant davantage pour les services EAH que les ménages à revenu élevé. Il existait une disparité significative des dépenses en EAH entre les quintiles de revenu. Les ménages du quintile de revenu le plus bas dépensaient davantage/plus (-0,01) pour les services EAH que ceux du quintile le plus élevé (0,025).

Conclusion

Notre étude met en évidence les inégalités en matière de dépenses EAH parmi les ménages urbains pauvres, les groupes vulnérables supportant une charge financière disproportionnée. Nous recommandons des interventions ciblées sur les ménages à faibles revenus en élaborant des stratégies efficaces, incluant des subventions, des options de financement et des initiatives communautaires, pour garantir un accès équitable aux services EAH essentiels.

Accès aux soins de santé et équité (Approches intersectionnelles de l'équité en matière de soins de santé : Remédier aux disparités d'accès et les déterminants sociaux de la santé)

Oluwayemisi Soyombo *Centre de vision familiale Icare, Lagos, Nigéria*

Cette étude explore les approches intersectionnelles de l'équité en matière de soins de santé à Ilesa, dans l'État d'Osun, au Nigéria, en se concentrant sur la lutte contre les disparités d'accès et les déterminants sociaux de la santé. Ilesa, une zone semi-urbaine du sud-ouest du Nigéria, offre un contexte unique pour examiner l'interaction complexe des facteurs affectant l'accès aux soins et leurs résultats. La recherche adopte un cadre intersectionnel pour analyser comment de multiples identités sociales et facteurs structurels convergent pour influencer les disparités de santé à Ilesa.

En examinant les interactions entre le statut socioéconomique, le sexe, l'âge et les croyances culturelles, cette étude vise à apporter une compréhension nuancée des inégalités en matière de soins de santé dans la région. Les données primaires ont été collectées selon une approche mixte, comprenant des enquêtes auprès de 500 habitants d'Ilesa, des entretiens approfondis avec 30 prestataires de soins et des groupes de discussion avec des dirigeants communautaires. Des données secondaires issues des dossiers médicaux locaux et des rapports gouvernementaux ont complété les données primaires.

Les résultats révèlent d'importantes disparités dans l'accès aux soins de santé selon les différents groupes démographiques d'Ilesa. Les résidents ayant faibles revenus, en particulier les femmes et les personnes âgées, sont confrontés à des obstacles importants pour accéder à des services de santé de qualité. L'étude identifie les principaux déterminants sociaux de la santé dans le contexte d'Ilesa, notamment la pauvreté, le manque d'éducation, l'inégalité entre les sexes et l'insuffisance des infrastructures d'eau et d'assainissement. La recherche souligne le rôle crucial des facteurs environnementaux dans l'évolution de la santé à Ilesa. L'accès limité à l'eau potable et la mauvaise qualité des installations sanitaires dans certains quartiers sont fortement corrélés à des taux plus élevés de maladies d'origine hydrique.

De plus, l'étude révèle que les croyances et pratiques traditionnelles influencent considérablement les comportements de recours aux soins, se conjuguant souvent avec des facteurs socioéconomiques pour exacerber les disparités en matière de santé. L'analyse des politiques de santé locales révèle des lacunes dans la prise en compte du caractère intersectionnel des inégalités de santé. Si certaines initiatives ciblent des groupes vulnérables spécifiques, elles négligent souvent de prendre en compte les désavantages cumulés auxquels sont confrontées les personnes à l'intersection de multiples identités marginalisées.

Cette recherche contribue à la littérature croissante sur les approches intersectionnelles de l'équité en matière de soins de santé, apportant des éclairages précieux issus du contexte semi-urbain nigérian. En mettant en lumière l'interaction complexe des facteurs influençant les résultats de santé à Ilesa, l'étude offre une base pour l'élaboration de stratégies plus efficaces et adaptées au contexte afin de réduire les disparités en matière de santé. Les résultats soulignent l'importance d'adopter des approches holistiques et intersectionnelles de l'équité en matière de soins de santé, qui abordent à la fois les problèmes d'accès immédiat et les déterminants sociaux sous-jacents de la santé.

Cette recherche a des implications pour la politique et la pratique de santé non seulement dans l'État d'Ilesa et d'Osun, mais également dans des contextes similaires au Nigéria et en Afrique subsaharienne.

Défis en matière de durabilité du personnel de santé et de bien-être en Afrique

10:00 AM–11:30 AM Friday, 03 March 2025

Le personnel de santé non salarié de la Sierra Leone : Son système public reste fortement tributaire des différés d'inclusion dans les salaires, malgré les engagements pris en 2016 pour s'attaquer à ce problème.

Pieternella Pieterse *Collège royal des chirurgiens d'Irlande, Dublin, Irlande, Irlande*

Contexte

En 2016, le Ministère de la Santé et de l'Assainissement (MSA) de la Sierra Leone a publié un rapport intitulé « Profil national des ressources humaines pour la santé », qui fournissait une analyse approfondie, par lieu, catégorie et sexe, du personnel de santé employé dans les établissements de santé publics du pays. Le rapport indiquait que 50 % des agents du MSA sont des « bénévoles non rémunérés », formés et en attente d'être recrutés. Ce problème a été identifié et les suggestions du rapport pour y remédier ont ensuite été intégrées à la politique des ressources humaines pour la santé (RHS) 2017-2021 du ministère.

Buts et objectifs

Mener des recherches de suivi pour déterminer si les interventions décrites dans la politique des RHS ont été adoptées et ont été couronnées de succès ; estimer quel pourcentage de travailleurs de la santé formés dans le système public est actuellement « non-salarié ».

Méthodes

Les 16 autorités sanitaires de district (ASD) ont été contactées, en personne, par téléphone et/ou par courriel, afin de connaître la répartition du personnel de leurs établissements de santé publique par catégorie et par salarié/non salarié. Les autorités sanitaires non réactives ont été contactées à six reprises. Des entretiens ont été menés auprès de 110 agents de santé, salariés et non-salariés, et d'informateurs clés (n=15) tels que des membres du personnel du Ministère de la Santé, des responsables des ASD, des représentants de donateurs et d'ONG. L'approbation éthique de la recherche a été obtenue auprès du ministère de la Santé de la Sierra Leone.

Résultats

Neuf des seize ASD ont répondu et rempli notre formulaire de collecte de données. La proportion de

professionnels de santé qualifiés travaillant dans le secteur de la santé publique, en attente d'être recrutés dès que les fonds seront disponibles, reste élevée : 40 à 50 % des travailleurs des établissements de soins de santé primaires ne sont pas rémunérés.

Discussion

Depuis 2016, des postes rémunérés supplémentaires ont été créés, mais pas suffisamment pour absorber tous les travailleurs non-salariés suffisamment formés identifiés en 2016 : le nombre total d'agents de santé salariés est passé de 9 000 en 2016 à entre 12 000 et 14 000 en 2024. De plus, de nouveaux « bénévoles non-salariés » ont été recrutés chaque année. Cela suggère que les options politiques en matière de RHS 2017-2021 n'ont pas été mises en œuvre avec succès. La pratique de « recrutement d'agents de santé nouvellement diplômés avec un accord de report d'inclusion salariale » n'a pas non plus cessé. La Sierra Leone vise à éliminer progressivement les agents de santé auxiliaires, mais ne peut ignorer ceux qui travaillent non-salariés pendant des années en attendant leur inclusion salariale. L'adoption de nouveaux diplômes ou formations diplômantes en soins infirmiers est importante, ce qui augmentera l'offre d'infirmières. Bien que cela soit positif en ce qui concerne le potentiel de la Sierra Leone à améliorer son ratio infirmières/sage-femmes/médecins par rapport à la population, sans créer de postes rémunérés supplémentaires pour les travailleurs de la santé, les nouveaux diplômés en soins infirmiers continueront de se retrouver sans salaire ou sans emploi.

Le préjudice caché de l'absentéisme des collègues : Exploration de son impact sur l'épuisement professionnel et le bien-être émotionnel des professionnels de santé

Onochie Chigozie Eze *Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Enugu, Nigéria*

Contexte

L'absentéisme des professionnels de santé pose des défis majeurs, impactant les soins aux patients, les résultats des soins et le fonctionnement global des établissements de santé. Des études antérieures menées au Nigéria ont révélé une prévalence de l'absentéisme dans les centres de santé primaires (CSP) du pays : 77,7 % des professionnels de santé étaient absents au moins une fois par an, tandis que dans le nord du pays, une autre étude du secteur de la santé a rapporté un chiffre d'environ 50 %. Il s'agit d'un problème omniprésent dans les établissements de santé, qui peut affecter non seulement la charge de travail, mais aussi le bien-être émotionnel du personnel restant.

Objectif

Cette étude examine la relation entre l'absentéisme des collègues et l'épuisement professionnel des professionnels de la santé, en examinant le coût émotionnel sur les personnes qui couvrent les collègues absents.

Méthodes

L'évaluation rapide a été menée à Enugu, dans le sud-est du Nigéria. Enugu a une population de 3,3 millions d'habitants avec un taux de croissance annuel de 2,8 % (Commission nationale de la population, 2010). 5 des 17 zones de gouvernement local ont été délibérément sélectionnées pour représenter la représentation rurale et urbaine et ont fait partie de l'étude. Les LGA étaient connues pour avoir connu des taux élevés d'absentéisme pendant la première phase du projet de preuves anti-corruption. Enugu Nord, Enugu Sud et Enugu Est sont des zones urbaines tandis que Nsukka, Igbo-Etiti sont des zones rurales.
Les participantes ont été sélectionnées parmi 12 centres de santé primaires en fonction de leur expérience et de leur connaissance du sujet étudié. Elles seront en mesure de fournir les informations nécessaires. Au total, douze (12) professionnelles de santé ont été interrogées dans les 12 centres. Des informations détaillées sur les participantes sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Résultats

L'entretien approfondi a montré que la plupart des agents de santé étaient mécontents de l'absentéisme incessant de leurs collègues, ainsi que du fait qu'ils se sentaient également dépassés par la charge de travail, qui est censée être partagée.

Extraits de la transcription :

"Parfois, quand la personne ne m'explique pas la raison de son absence, cela me fait de la peine. À la fin de mon service, j'ai peut-être d'autres choses à faire, et puis je suis déçue que ma collègue ne soit pas de service comme prévu alors qu'elle est censée l'être, je me sens mal. On est censés se répartir les tâches, mais je me retrouve seule à m'occuper de tout. [CHEW, Femme, 49 ans, Enugu Est]

Conclusion

Cette étude, qui visait à mettre en lumière les conséquences souvent négligées de l'absentéisme des collègues, a fourni des informations aux organisations de soins de santé pour développer des interventions ciblées visant à soutenir le bien-être de leur personnel.

Ressources humaines en santé en Algérie : Émigration des médecins Algériens et intentions d'expatriation des médecins résidents

Ahcène Zehnati and Christine Peyron *Université de Bougogne-Franche Comté, Dijon, France*

Contexte

Les recherches sur l'émigration des médecins algériens sont limitées et concernent principalement la France, où le pays est un important fournisseur de médecins. En plus des praticiens déjà expatriés, de nombreux jeunes montrent une forte inclination à partir. Il est donc pertinent d'évaluer leurs intentions d'émigration, car leur départ pourrait aggraver les pénuries de personnel de santé.

Objectifs

Cet article examine l'ampleur de l'émigration des médecins algériens vers la France, ainsi que les intentions d'émigration des médecins résidents en dernière année de spécialisation.

Méthodes

En utilisant diverses sources, nous avons d'abord estimé les taux d'émigration, tant au niveau global que dans des spécialités spécifiques, pour la France en tant que pays de destination, là où les données sont disponibles. Ensuite, à partir d'une étude transversale impliquant 576 médecins résidents dans 6 wilayas (régions), nous avons réalisé une régression logistique afin d'analyser leurs intentions d'émigration.

Résultats

Si l'on considère le lieu de naissance, le taux d'émigration s'élève à 25,1 %, un taux similaire à ceux enregistrés par certains pays de l'Afrique subsaharienne qui connaissent une fuite des cerveaux alarmante. Les taux d'émigration varient selon les spécialités médicales. En ce qui concerne les intentions d'émigration des médecins résidents, l'enquête révèle que 74 % d'entre eux expriment le désir de partir à l'étranger. La France reste la destination préférée avec 42 % d'intérêt, suivie par le Canada, l'Allemagne, les pays du Golfe et les États-Unis. Les variables liées à l'âge, le sexe et la wilaya de formation ont été identifiés comme des déterminants significatifs influençant le désir d'émigration.

Conclusions

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance de mettre en place des politiques et des mesures adaptées pour répondre aux aspirations des médecins résidents, afin de leur offrir des opportunités de vie et d'exercice satisfaisantes dans leur pays d'origine.

Mots-clés

Emigration, médecin, politique de santé, Algérie.

Chômage des professionnels de la santé dans les pays connaissant une pénurie critique de professionnels de la santé

Joseph Nwadiuko1, Ruphin Tanoh Doua2, Lizah Nyawira3

(1) Université de Pennsylvanie, Philadelphie, PA
(2) Université FHB de Cocody-Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire
(3) Amref Health Africa, Nairobi, Kenya

Contexte

Alors que de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire souffrent d'une pénurie de personnels de santé, le chômage simultané de ces professionnels suscite une inquiétude croissante. Cependant, les analyses bibliographiques antérieures ont révélé peu d'estimations du chômage évaluées par des pairs. Le Code de bonnes pratiques mondial pour le recrutement international du personnel de santé identifie 54 « pays de sauvegarde » qui, selon le code, présentent les besoins les plus urgents en matière de personnels de santé et doivent faire l'objet d'un soutien et de mesures de protection (y compris des restrictions de recrutement). Cependant, on ignore combien de ces pays souffrent également de crises du chômage.

Méthodes

Une revue de la littérature a été réalisée afin d'estimer le chômage des professionnels de santé (transversal ou parmi les cohortes de diplômés) dans les pays de sauvegarde. Elle a été complétée par une recherche dans la littérature grise sur l'emploi des professionnels de santé, des médecins, des infirmiers et des sage-femmes dans chaque pays, en anglais, français, espagnol et portugais. Ces recherches ont porté sur des estimations numériques du chômage, mais ont également décrit des exemples concrets de politiques publiques concernant le chômage des professionnels de santé.

Données

Sur les 54 pays figurant sur la liste de sauvegarde, nous avons trouvé 69 estimations du chômage des travailleurs de la santé pour 31 pays (57,4 %), dont 27 (72,9 %) des pays de la région africaine de l'OMS. Les estimations transversales variaient de 0 à 60 % (médiane 15 %) pour les médecins, de 8,8 % à 59,4 % (médiane 35,6 %) pour les infirmières, de 14 à 98,77 % (médiane 39,4 %) pour les sage-femmes et de 6,6 % à 61,2 % (médiane 28,2 %) pour les estimations combinées infirmières/sage-femmes. Les estimations du chômage parmi les jeunes diplômés variaient de 2,5 à 97 % (médiane 48 %). Il n'y avait qu'une seule estimation spécifique au genre du chômage au Pakistan (où 14,9 % des femmes médecins sont au chômage). Les études de cas politiques ont mis en lumière le paradoxe du sous-effectif coexistant avec le chômage (en particulier les postes vacants en milieu rural ou non financés), l'importance de la coordination entre les établissements d'enseignement et les ministères de la santé, la prévalence croissante du travail de santé non rémunéré (par exemple, en Sierra Leone), l'intersection du chômage et de l'immigration (certains gouvernements, comme celui de la Tanzanie, tentant d'envoyer des travailleurs de la santé au chômage dans d'autres pays) et l'existence du chômage dans l'ensemble du secteur public, et pas seulement dans le secteur de la santé.

Conclusions

L'étude suivante démontre qu'au moins la moitié des pays connaissant les plus fortes pénuries de personnel de santé connaissent simultanément un chômage. Cela met en évidence deux réalités : premièrement, les estimations des pénuries de personnel ne tiennent pas compte actuellement du chômage et pourraient être plus inexactes que prévu, notamment pour les sage-femmes. Deuxièmement, il est urgent d'élargir la marge de manœuvre budgétaire et d'améliorer la gouvernance de la production de personnel de santé afin d'améliorer l'absorption de ce personnel.

Impact de la Coopération Internationale pour la Santé dans la réduction de la fuite des cerveaux médicaux d'Afrique : les principaux vecteurs ont-ils de l'importance ?

Ruphin Tanoh Doua *Université FHB de Cocody-Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Description

Une littérature de plus en plus abondante souligne le rôle de l'inefficacité des systèmes de santé, notamment des mauvaises conditions de travail, dans la fuite des cerveaux médicaux. Cependant, peu d'intérêt a été accordé à l'évaluation des politiques visant à renforcer les systèmes de santé et aux moyens par lesquels ces derniers peuvent retenir le personnel médical dans le pays d'origine.

Objectif

Cette étude examine par quels canaux la coopération internationale pour la santé réduit la fuite des cerveaux médicaux (FCM) en provenance d'Afrique.

Données et cadre méthodologique

Nous utilisons un nouvel ensemble de données documentant les flux de fuite des cerveaux des médecins et des infirmières de 53 pays africains, respectivement, vers 29 et 21 pays de destination, puis nous estimons un effet fixe et un modèle de panel de gravité standard de la migration internationale d'observations moyennes sur trois ans, pour la période 1995-2020. La coopération médicale est approximée en utilisant l'aide sanitaire officielle (ASO), le code mondial de pratique de l'OMS (Code de l'OMS) et la Déclaration d'Abuja sur le financement de la santé publique (DAFSP), qui sont trois instruments politiques mis en œuvre pour renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats de santé en Afrique. Comme principaux canaux de transmission, nous nous concentrons sur les infrastructures de santé (nombre de lits d'hôpital pour 1000 personnes), la prévalence du VIH, les inscriptions du personnel médical et les salaires des travailleurs de la santé, généralement ciblés par ces instruments de coopération médicale internationale.

Résultats empiriques

La recherche documente trois principaux résultats empiriques. Premièrement, l'ASO a un effet réducteur direct et indirect sur la fuite des cerveaux des médecins et des infirmières. Son effet indirect passe par les canaux des infrastructures de santé et la réduction de la prévalence du VIH, avec un effet de rétention plus prononcé sur les infirmières en exercice à domicile. Deuxièmement, l'instrument politique de l'Engagement d'Abuja réduit la fuite des cerveaux des médecins et des infirmières, directement et indirectement, également par des canaux tels que les infrastructures de santé et la réduction de la prévalence du VIH. Troisièmement, le Code de l'OMS ne réduit pas la FCM en provenance d'Afrique, même directement et indirectement, mais lorsqu'il interagit avec l'ASO et l'instrument politique de l'Engagement d'Abuja (Financement de la santé publique), il joue un rôle clé dans leurs effets réducteurs sur la fuite des

cerveaux des médecins et des infirmières, avec un effet plus prononcé sur l'émigration des infirmières de leur pays d'origine.

Recommandation politique

Nous recommandons une étroite coopération médicale pour la mise en œuvre des politiques de santé publique dans le cadre de l'assistance sanitaire, du code de pratique de l'OMS et de l'instrument de politique d'Abuja dans les pays africains les plus touchés par la maladie à coronavirus 2012 (FCM). En allégeant les difficultés du système de santé local, par des moyens tels que l'équipement médical, y compris les infrastructures sanitaires, et la lutte contre le VIH/sida, cette étroite coopération peut réduire l'émigration des professionnels de santé de leur pays d'origine en Afrique.

Rapport coût-efficacité des stratégies chirurgicales, diagnostiques et thérapeutiques relatives aux problèmes de santé en Afrique

10h00-11h30 Vendredi 3 Mars 2025

Analyse coût-efficacité de la dialyse péritonéale et de l'hémodialyse en Afrique du Sud : une perspective sociétale

Evelyn Thsehla1, Micheal Boachie2

(1) SAMRC/Wits Centre for Health Economics and Decision Science (PRICELESS SA), Johannesburg, Afrique du Sud
(2) SAMRC/WITS Centre for Health Economics and Decision Science

Description

Plus de 800 millions de personnes sont atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC) dans le monde. L'hémodialyse (HD), la dialyse péritonéale (DP) et la transplantation rénale sont les trois principales modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale terminale. Le coût de ces traitements représente un fardeau considérable pour les systèmes de santé. L'objectif de cette étude est de déterminer le rapport coût- efficacité de la dialyse péritonéale par rapport à l'hémodialyse, sur différents horizons temporels, d'un point de vue sociétal en Afrique du Sud.

Méthodes

Un modèle de Markov a été construit pour estimer le rapport coût-efficacité de la dialyse péritonéale par rapport à l'hémodialyse. Ce modèle, développé sous Excel, intègre des données cliniques et des données de coûts issues de la littérature. Les coûts et les résultats ont été estimés sur des horizons temporels de 5, 10 et 15 ans. Les résultats ont été présentés en années de vie pondérées par la qualité de vie. Le rapport

coût-efficacité a été estimé à l'aide du ratio coût-efficacité différentiel et du bénéfice monétaire net différentiel (BMND). Une analyse de sensibilité probabiliste a également été réalisée pour évaluer la robustesse des résultats.

Résultats

Le coût total par patient sur 5 ans était de 788 384 R pour la DP contre 1 227 708 R pour l'HD. Le coût différentiel de la prestation de DP a été estimé à -438 875 R. Les AVCQ nettes de la prestation de DP par rapport à l'HD ont été estimées à -0,09. Le ratio coût-efficacité de la DP par rapport à la DP était de 5 096 154 R/AVCQ. Le BMND a été estimé à 328 574 R pour la DP et à 322 194 R pour l'HD, ce qui indique le rapport coût-efficacité de la DP. Les résultats de l'analyse de sensibilité probabiliste ont également montré que la DP était rentable avec une volonté de payer de 38 500 R. Les résultats étaient similaires sur un horizon temporel de 10 et 15 ans.

Conclusions

En Afrique du Sud, la DP s'avère rentable à un seuil de volonté de payer inférieur à 38 500 rands. Bien que les résultats de rentabilité favorisent la DP par rapport à l'HD, il convient de faire preuve de prudence lors du choix entre différentes modalités de traitement.

Coût et rentabilité de l'auto-échantillonnage de l'ADN du VPH pour le cancer du col de l'utérus : une revue systématique

Novatus Apolinary Tesha1, Nishant Jaiswal2, George Ruhago3, Eleanor Grieve2, Claudia Geue2 and Cindy Gray2

(1) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(2) Université de Glasgow
(3) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes

Description

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième diagnostic le plus fréquent et la quatrième cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde. L'incidence et les décès dus à ce cancer sont plus élevés dans les pays en développement en raison du manque d'infrastructures de soutien en termes de ressources humaines et de technologies de dépistage efficaces.

L'OMS a publié de nouvelles lignes directrices sur l'utilisation du test ADN du virus du papillome humain (ADN du VPH) comme dépistage primaire, en remplacement du frottis cervical et de l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA). Les tests ADN du VPH peuvent être effectués sur des échantillons prélevés par le clinicien ou sur des auto-prélèvements. Il est important de comprendre le rapport coût-efficacité de l'auto-prélèvement pour éclairer sa mise en œuvre.

Objectif de l'examen

L'objectif de cette revue était de recueillir les données actuelles sur le coût et le rapport coût-efficacité de l'auto-prélèvement du cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale. Il s'agissait d'identifier les stratégies existantes, les populations ciblées et les modèles utilisés, ainsi que d'identifier les lacunes de la littérature.

Méthodes

Nous avons recherché des études sur le rapport coût-efficacité de l'auto-prélèvement pour le cancer du col de l'utérus à travers le monde. Ces études ont été consultées dans les bases de données PubMed, Medline (Ovid), Embase (Ovid) et EcoLI. Les titres, résumés et textes intégraux ont été examinés selon les critères d'inclusion et d'exclusion. La synthèse a été réalisée selon une approche narrative descriptive (SWiM).

Résultats

Vingt-neuf (29) études ont été incluses dans cette revue. Elles provenaient de 16 pays, dont une étude englobait trois pays. Environ la moitié des études provenaient de pays en développement. Les études menées dans les pays développés ciblaient les femmes dont le dépistage était en retard, tandis que la population des pays en développement était la population générale. Dans les pays développés, les stratégies de dépistage par auto-prélèvement consistaient à envoyer des kits d'auto-prélèvement aux femmes en retard (par courrier) et à envoyer un kit de prélèvement après demande de la femme (opt-in), tandis que les stratégies chiffrées dans les pays en développement comprenaient une campagne de santé communautaire et du porte-à-porte. La plupart des études ont utilisé une analyse coût-efficacité utilisant des perspectives sociétales et des horizons de coûts à vie. Quatre études ont également inclus l'analyse d'impact budgétaire dans leurs résultats. Dans les études de micro-coût, le coût par femme dépistée variait de 36,00 $ au Kenya à 78,34 $ au Pérou. La plupart des études coût-efficacité ont utilisé des modèles de Markov individuels. Les études étaient hétérogènes, par exemple en ce qui concerne les perspectives de coûts, les horizons temporels et la modélisation. L'auto-échantillonnage semble être une stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus rentable.

Conclusion

L'auto-prélèvement pour le cancer du col de l'utérus pourrait constituer une stratégie rentable. Cependant, en raison de l'hétérogénéité des études, il est recommandé de mener des études spécifiques à chaque pays afin d'éclairer sa mise en œuvre dans le système de santé d'un pays donné.

Comparaison du rapport coût-efficacité des traitements chirurgicaux et conservateurs pour les fractures traumatiques orthopédiques au Malawi : un modèle de population dynamique

Pakwanja Twea *Doctorant, Norvège*

Contexte et objectifs

Bien que la rentabilité du traitement chirurgical des fractures orthopédiques soit établie, certains pays à faible revenu continuent de privilégier les traitements conservateurs, moins efficaces. Cependant, les effets de ces choix thérapeutiques sur les coûts et les résultats de santé à l'échelle de la population restent insuffisamment étudiés. Cette étude visait à développer un modèle dynamique pour évaluer l'impact à moyen terme de diverses options thérapeutiques pour les fractures traumatiques aiguës sur l'épidémiologie des fractures, les coûts des soins de santé, la qualité de vie liée à la santé et la mortalité. De plus, l'étude visait à quantifier les coûts d'opportunité associés à différentes stratégies thérapeutiques et à estimer les gains d'efficacité potentiels pour plusieurs types de fractures dans différents scénarios thérapeutiques.

Méthodes

Un modèle de Markov multi-états avec des taux de transition variables dans le temps, stratifiés par âge et choix de traitement, a été utilisé pour estimer le fardeau des fractures de la diaphyse fémorale, de l'humérus, des supra-condyliennes, des bimalléolaires, du cubitus proximal et de la rotule. L'analyse a été menée du point de vue du payeur de soins de santé, en se concentrant sur la population malawienne, en particulier les patients souffrant de fractures aiguës traités dans des établissements de santé tertiaires. Trois stratégies de traitement ont été évaluées : l'absence de traitement, le traitement conservateur et le traitement chirurgical, sur un horizon de dix ans. Les données d'entrée du modèle ont été dérivées de la sollicitation d'experts, des données de coûts d'études antérieures et de la littérature complémentaire. Les coûts et les résultats de santé ont été actualisés à 3 % par an. La modélisation de scénarios a comparé les conditions réelles à des scénarios hypothétiques, tels que l'élimination des inefficacités et la modification des choix de traitement. Les principaux indicateurs de résultats comprenaient l'épidémiologie des fractures, les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et les coûts des soins de santé liés aux fractures.

Résultats

L'étude a révélé que le rapport coût-efficacité de la chirurgie par rapport au traitement conservateur varie selon la localisation de la fracture et est influencé par les choix thérapeutiques, les taux et la durée d'hospitalisation, ainsi que les résultats du traitement. Le traitement chirurgical a largement dominé le traitement conservateur pour les fractures fémorales et bimalléolaires, tandis qu'il s'est avéré plus efficace mais plus coûteux pour les fractures du cubitus proximal et de l'humérus. Ces résultats soulignent le potentiel d'optimisation des parcours de soins en fonction du rapport coût-efficacité, permettant aux professionnels de santé de prendre des décisions plus éclairées et d'améliorer les résultats pour les patients.

Conclusions

Les résultats de cette étude confirment la rentabilité générale de la chirurgie par rapport au traitement conservateur, avec des variations selon la localisation de la fracture et le pronostic. La quantification de ces différences selon le type de fracture et l'accent mis sur l'impact des choix thérapeutiques sur la chronicité et les résultats de santé à moyen terme soulignent l'importance de comprendre l'influence significative de la localisation de la fracture et des choix thérapeutiques sur la rentabilité. Cette compréhension est cruciale pour optimiser les soins orthopédiques.

Surmonter les obstacles à l'accès et à la pratique de la santé maternelle en Afrique

Obstacles socioculturels influençant l'accès aux services de santé maternelle dans la zone de gouvernement local de Lafia, État de Nasarawa, Nigéria

Usman Ibrahim *Université fédérale de Lafia, Lafia, Nasarawa, Nigeria*

L'un des principaux problèmes rencontrés pour l'avancement des soins de santé maternelle en Afrique est l'accès aux services de santé, en raison de certains obstacles qui empêchent les femmes d'y accéder. L'objectif de cette étude est d'identifier les barrières socioculturelles qui influencent l'accès aux services de santé maternelle dans la zone de gouvernance local (ZGL) de Lafia, dans l'État de Nasarawa, au Nigéria, en mettant l'accent sur la distance, le patriarcat et la taille de la famille. Le modèle des croyances en matière de santé a été adopté pour expliquer les obstacles à l'accès aux services de santé maternelle. En utilisant la formule de Yamane (1967) pour déterminer la taille de l'échantillon, 400 répondantes ont été sélectionnées pour l'étude. Cinq (5) circonscriptions ont été sélectionnées dans la zone de gouvernance local de Lafia pour l'étude par tirage au sort (bocal à poissons). Les données générées ont été analysées pour montrer la fréquence, les pourcentages et les corrélations à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences/ Logiciels statistiques pour les sciences sociales) version 23.0. Les résultats montrent que la distance, la taille de la famille et le patriarcat agissent comme des obstacles affectant l'accès aux services de santé maternelle dans la ZGL de Lafia. L'étude recommande le placement stratégique des établissements de santé, la construction de routes de desserte, l'autonomisation des femmes, la formation et l'intégration des accoucheuses traditionnelles sur les moyens modernes de gérer les urgences liées aux soins de santé maternelle comme moyens de réduire les obstacles affectant l'accès aux services de santé maternelle dans la ZGL de Lafia.

Mots clés

Distance ; taille de la famille ; patriarcat ; accès.

Dépenses personnelles des femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals/prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Éthiopie, et leurs implications pour le renforcement du système de santé : application d'un modèle économétrique

Elias Asfaw Zegeye12, Josue Mbonigaba2, Caroline Kabiru3

(1). Université du KwaZulu-Natal, Département d'économie, Durban, Afrique du Sud et Division d'économie et de financement de la santé, Centres africains de contrôle et de prévention des maladies, Addis-Abeba, Éthiopie
(2). Université du KwaZulu Natal, Département d'économie, Durban, Afrique du Sud
(3). Centre africain de recherche sur la population et la santé (APHRC), Nairobi, Kenya

Description

La couverture sanitaire universelle (CSU) vise à garantir l'accès aux soins de santé aux personnes dans le besoin, notamment aux femmes enceintes bénéficiant de consultation prénatals (CPN) et de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), sans aucun obstacle financier. Cependant, les frais à la charge des patients affectent l'accès, la couverture et le recours aux CPN et à la PTME chez les femmes enceintes. Cet article vise à évaluer les facteurs explicatifs possibles des dépenses médicales directes à la charge des patients et leur impact sur la CSU.

Méthodes

Un échantillon aléatoire de 484 femmes enceintes fréquentant douze établissements de santé dans six régions d'Éthiopie a été interrogé. Six établissements de santé en milieu urbain et six en milieu rural ont été sélectionnés à partir du dernier rapport de prévalence du VIH du CPN sentinelle. Un modèle économétrique des moindres carrés ordinaires a été utilisé. La variable dépendante était le total des dépenses médicales directes à la charge des femmes enceintes. Les coûts médicaux directs comprenaient les frais de consultation, les analyses de laboratoire et l'achat de médicaments. La distribution de normalité, la linéarité et l'homoscédasticité ont été testées.

Résultats

Une femme enceinte a engagé des frais médicaux directs de 119 birrs éthiopiens/ETB (6 dollars américains) et de 6 ETB (< 0,5 USD) en milieu urbain et rural, respectivement ($p< 0,001$). Les visites de CPN/PTME et les lieux étaient les facteurs statistiquement significatifs liés à la variable dépendante ($p< 0,05$). En maintenant les autres facteurs constants, une augmentation unitaire des visites de CPN est liée à une augmentation de 33 % des dépenses médicales directes (pour les frais de soins, les analyses de laboratoire et les coûts des médicaments) dans les établissements de santé publics. Une femme enceinte en milieu urbain a engagé des dépenses personnelles cinq fois plus élevées que son homologue rurale, ceteris paribus.

Conclusion

Une femme enceinte en milieu urbain a eu des dépenses personnelles plus élevées qu'une femme enceinte en milieu rural. L'augmentation des consultations prénatales/PTME est directement liée à une hausse des dépenses médicales, ce qui peut avoir un effet d'entraînement négatif sur la progression vers la CSU.

Services d'échographie prénatale dans les centres de santé au Rwanda : suivi, évaluation et résultats d'apprentissage, 2024

Melanie EESP Mukantagara[1], Veronique Zinnen[2], Francois Regisi Cyiza[3], Sharon Umutesi[3], Eliane Nderelimana[2] and Silas Rudasingwa[2]

(1) Enabel, Kigali, Rwanda, Rwanda,
(2) Enabel, Kigali, Rwanda,
(3) Centre biomédical du Rwanda, Kigali, Rwanda

Description

L'OMS recommande aux femmes enceintes de réaliser une échographie avant 24 semaines afin d'estimer l'âge gestationnel, de détecter les anomalies et d'améliorer le déroulement de la grossesse. La stratégie adoptée au Rwanda en 2018 a été mise en œuvre dans quelques districts. Des échographies ont été fournies, des infirmières ont été formées à leur utilisation et un système de suivi et d'évaluation a été mis en place. Cet article résume les conclusions de la mise en œuvre de cette stratégie et formule des recommandations pour combler les lacunes identifiées et atteindre les résultats escomptés.

Méthodes

Depuis Juillet 2021, des échographes ont été progressivement introduits dans les centres de santé, des infirmières ont été formées, des indicateurs de mesure des bénéfices ont été sélectionnés, la collecte de données par des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) incluant l'évaluation de la qualité des échographies réalisées a été réalisée par des experts externes d'ici fin 2023 pour obtenir un retour d'information du côté de l'offre et de la demande.

Résultats

Depuis Novembre 2022, plus de 31 000 échographies pour les soins prénatals au niveau des centres de santé de six districts soutenus par le projet Enabel ont été enregistrés. Les échographies réalisées au cours du premier trimestre (CPN1) sont passées de 20 % (2023) lors de la phase pilote à 52 % après la mise à l'échelle. Sur 192 cas orientés des centres de santé vers les hôpitaux de référence, 126 cas ont été trouvés avec un diagnostic correspondant (66 %). Sur 20 participants, 10 avaient un score de 80 % ou plus sur la manipulation de l'appareil d'échographie. Cependant, certaines lacunes ont été identifiées dans la reconnaissance d'images. Les entretiens avec des informateurs clés et les discussions de groupe avec les responsables de la santé, les prestataires de soins et les clients ont confirmé l'utilité des US pour réduire les cas d'orientation obstétricale inutiles et la satisfaction des utilisatrices sur les services reçus au lieu le plus proche. Cependant, l'accessibilité financière reste un problème car les coûts ne sont pas encore remboursés par l'assurance maladie communautaire (CSSR).

Conclusion

Bien qu'il soit prouvé que l'échographie améliore les soins prénatals, la gestion des risques et des complications, ainsi que la satisfaction des patientes, des prestataires de soins et des gestionnaires, en

tant qu'intervention coûteuse, il est essentiel d'évaluer en permanence les bénéfices, la qualité du diagnostic et le traitement des cas afin d'améliorer la stratégie et de garantir l'atteinte de ses objectifs. De plus, combler les lacunes identifiées en matière de compétences et d'aptitudes cliniques, intégrer le module d'échographie à la formation initiale des infirmières et des sage-femmes et prendre en compte le coût de l'échographie dans l'assurance maladie sont les décisions les plus cruciales et les plus urgentes pour le Ministère de la Santé, le Centre biomédical du Rwanda et la Caisse de sécurité sociale du Rwanda (CSSR).

Mots clés

Echographies obstétricales, soins prénatals, centre de santé, santé maternelle

Visites prénatales tardives dans les pays du Sahel : le niveau de pouvoir décisionnel des femmes a-t-il une influence ?

Eric Allara Ngaba[1], Mamadou Fallou Diouf[2]

(1) Université de N'Djamena, N'Djamena, Tchad
(2) Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Contexte

Le taux de mortalité maternelle est le plus élevé dans les pays en développement, en particulier au Sahel. Le taux moyen de mortalité maternelle pour les cinq pays du Sahel (Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger et Tchad) est de 534 pour 100 000 naissances vivantes, contre une moyenne mondiale de 223 pour 100 000 naissances vivantes en 2020. Le contact prénatal est un moyen de prendre en charge les femmes enceintes et les adolescentes afin de réduire ce taux élevé. Il comprend l'identification des risques, la prévention et la prise en charge des maladies liées à la grossesse ou concomitantes, ainsi que l'éducation et la promotion de la santé. Cependant, l'initiation tardive de la consultation prénatale peut compromettre la santé des femmes et augmenter la mortalité maternelle. L'initiation tardive du contact prénatal peut être due aux attitudes et aux comportements des femmes. Ces attitudes et comportements peuvent être liés au niveau de pouvoir décisionnel des femmes. Cela implique qu'un faible niveau de pouvoir décisionnel des femmes peut être associé à un contact prénatal tardif. L'objectif de cette étude est donc de tester l'hypothèse selon laquelle le niveau de pouvoir décisionnel des femmes est négativement corrélé à la visite prénatale tardive dans les pays sahéliens.

Méthodes

L'étude utilise des données d'enquêtes démographiques et de santé transversales menées dans les pays sahéliens. L'enquête a porté sur les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des cinq

années précédant l'enquête. L'observance des visites prénatals tardives chez les femmes a été évaluée par leur initiation tardive après le premier trimestre de grossesse. Ce retard a été mesuré selon que la femme avait ou non accès à des contacts prénatals à partir du quatrième mois (visite prénatal tardive). L'association entre le niveau de prise de décision des femmes et la situation de grossesse a été analysée à l'aide d'un modèle de régression probit binaire.

Résultats

Les résultats attendus montrent que le faible niveau de prise de décision des femmes, reflété par leur manque d'implication dans un processus décisionnel au sein du ménage, conduit à un contact prénatal tardif, ce qui n'est pas conforme à la nouvelle recommandation de l'OMS selon laquelle huit visites/ consultations prénatals sont nécessaires pour que les femmes vivent la grossesse comme une expérience positive.

Conclusions

Le niveau de pouvoir de décision des femmes réduit la probabilité d'accès à un éventuel suivi prénatal tardif. Ces résultats impliquent que les décideurs des pays sahéliens doivent, dans le cadre d'une politique globale, chercher à améliorer davantage le pouvoir décisionnel des femmes par des actions concrètes telles que l'accès gratuit à l'alphabétisation et à l'éducation, un accès plus facile aux activités génératrices de revenus et à la propriété foncière et immobilière.

Stratégies innovantes pour le renforcement des effectifs et des systèmes de santé au Nigéria et en Afrique subsaharienne

11h30-13h00 Vendredi 3 Mars 2025

Développer des systèmes de santé résilients au climat : une nouvelle approche utilisant la radiographie numérique portable basée sur l'intelligence artificielle pour le diagnostic de la tuberculose ; l'expérience nigériane

Mustapha Musa Tukur[1], Mamman Bajehson[1], Husna Baffa[1], Abdulrazaq Dikko[1], Ibrahim Umar[2], Ogoamaka Chukwuogo[3], Sani Useni[3], Iboro Gordon[3] and Bethrand Odume[3]

(1) KNCV Nigeria, Kano, Nigeria
(2) Programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre de l'État de Kano, Nigeria, Kano, Kano, Nigeria,
(3) KNCV Nigeria, Abuja, Nigeria

Contexte/Objectifs

Le Nigéria continue de lutter contre le triple fardeau de la tuberculose (TB), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la tuberculose multirésistante. La détection des cas de tuberculose a connu une amélioration significative au fil des ans, atteignant 59 % en 2022. Ce progrès considérable, réalisé malgré les difficultés liées à la pandémie mondiale de Covid-19, témoigne de la résilience des systèmes de santé mis en place par le pays pour lutter contre les maladies infectieuses. Nous présentons des résultats illustrant le rôle des radiographies numériques portables (RNP) avec intelligence artificielle (IA) dans l'amélioration de la détection des cas de tuberculose dans huit États du Nigéria.

Méthodes

KNCV Nigeria a été le pionnier de l'utilisation du RNP avec IA dans huit États, avec des équipes mobiles déployées pour fournir des services de dépistage et de diagnostic de la tuberculose. Chaque unité RNP est équipée d'un sac à dos contenant l'appareil de radiographie et d'une batterie solaire Mobisun. Cette source d'énergie renouvelable utilise la lumière du soleil pour recharger l'équipement, ce qui permet son utilisation dans les communautés reculées et difficiles d'accès. Nous avons analysé les données en cascade sur un an, de janvier à décembre 2023, dans les huit États participants, en comparant les résultats avec ceux d'autres interventions actives de dépistage de la tuberculose qui n'utilisent pas le RNP avec IA dans ces mêmes États.

Résultats

Pour le RNP avec IA dans les 8 états, 144 282 personnes ont été examinées, identifiant 12 098 présomptifs, 99 % de ces présomptifs ont été évalués, avec 2 837 nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués représentant un rendement de 24 % de la tuberculose, 99 % des cas diagnostiqués ont été inscrits sous traitement, le nombre nécessaire de dépistage (NND) pour obtenir un cas de tuberculose n'était que de 51 et le nombre nécessaire de tests (NNT) pour diagnostiquer un cas de tuberculose n'était que de 4. La combinaison de toutes les autres activités de recherche de cas de tuberculose dans les 8 états montre un rendement moyen de la tuberculose d'environ 8 %, un NND moyen de 203 et un NNT moyen de 14.

Conclusion/Implications

Avec un excellent rendement de 24 % et un NNT de 4, cette intervention hautement efficace utilisant RNP avec IA améliore significativement la détection des cas de tuberculose au Nigéria, contribuant ainsi à la construction de systèmes de santé durables et résilients. Nous recommandons l'intensification de cette approche innovante visant à identifier les cas de tuberculose manquants de manière durable et respectueuse du climat.

L'impact de l'aide publique au développement sur les résultats en matière de santé : une revue systématique rapide de la littérature

Newton Chagoma[1], Sumit Mazmudar[1], Rohan Sweeney[2] and Marc Suhrcke[3]

(1) Centre d'économie de la santé, Université de York, York, Royaume-Uni
(2) Centre d'économie de la santé, Royaume-Uni
(3) Centre d'économie de la santé, Université Monash

Introduction

Chaque année, les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) dépendent de plus de 35 milliards de dollars américains d'aide publique au développement pour la santé (APDS) pour soutenir leurs systèmes de santé. Ce modèle de financement de la santé est issu des efforts internationaux visant à combler les déficits persistants des dépenses nationales de santé et les difficultés qui en découlent pour assurer l'accès universel aux services de santé. Bien qu'une littérature croissante examine l'efficacité de l'APDS sur les résultats de santé, les résultats semblent contradictoires et la base de données probantes est caractérisée par des échantillons d'études, des sources de données, des méthodologies et des résultats de santé ciblés différents.

Méthodes

Afin d'éclairer les politiques de financement et de développement de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, cette revue systématique rapide visait à synthétiser de manière exhaustive les données probantes relatives à l'impact de l'aide sur les résultats sanitaires. Afin d'évaluer la solidité des données causales issues d'études pertinentes, nous avons modifié et appliqué les outils existants d'évaluation du risque de biais. Nous avons opté pour une synthèse narrative afin de mettre en évidence les résultats pertinents pour les politiques, compte tenu de l'hétérogénéité des données probantes.

Résultats

Soixante et une études ont été incluses dans la synthèse. Les résultats les plus fréquemment rapportés concernaient la santé maternelle et infantile, et globalement, les données probantes soulignent les effets positifs significatifs de l'aide sur les résultats sanitaires. Les données examinées proviennent d'une série d'études utilisant différentes méthodes économétriques, avec une rigueur méthodologique variable, et la qualité des études ultérieures variait significativement. Les effets rapportés de l'aide humanitaire et de la santé (ADS) étaient généralement plus importants dans les pays dotés d'une bonne gouvernance, notamment pour les ménages vivants plus près des initiatives financées par l'aide (la voie spatiale). De plus, la multiplicité des partenaires dans le secteur de la santé et la fongibilité de l'aide, bien que souvent perçues négativement, ont eu des effets positifs sur les résultats sanitaires. Globalement, nous constatons que l'ADH est une voie importante pour améliorer la santé et qu'un meilleur ciblage de l'aide pourrait être crucial pour maximiser son impact.

Conclusion

L'aide à la santé numérique (APDS) est un moyen important d'améliorer la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, même si les voies permettant d'optimiser l'efficacité de l'aide à la santé sont moins

évidentes. Par conséquent, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les voies et les mécanismes d'allocation de l'aide à la santé qui ciblent plus efficacement les populations les plus pauvres des pays bénéficiaires. Les décideurs politiques devraient également envisager d'adapter et de contextualiser les canaux d'acheminement de l'aide à la santé existants afin d'accroître l'impact de l'ADS, en particulier auprès des populations pauvres.

Interventions technologiques pour réduire l'absentéisme des professionnels de santé dans l'État de Gombe

Nkata Chuku, Alozie Ananaba, Joy Nnadozie, Precious Ogechukwu Nwadire and Vera Niniola

Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Contexte

L'absentéisme des professionnels de santé est reconnu comme une forme majeure de corruption dans le secteur de la santé et l'un des principaux obstacles à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) au Nigéria. L'État de Gombe, dans le nord-est du Nigéria, a déployé des systèmes biométriques dans les établissements de santé publics, assortis de mesures disciplinaires, afin de réduire l'absentéisme des professionnels de santé.

Objectif

HSCL a mené une étude pour examiner l'état actuel de l'absentéisme dans l'État de Gombe, les effets de l'intervention et les implications politiques.

Méthode

L'étude a été menée dans 20 centres de santé primaires (CSP) sélectionnés dans les trois districts sénatoriaux de l'État, afin d'en assurer la diffusion. Un recensement des effectifs a été effectué dans chaque CSP par rapport à la liste des effectifs. Les informations qualitatives ont été obtenues par le biais d'entretiens avec des informateurs clés, notamment les directeurs des CSP et les responsables de l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État (ADSSPE), au moyen de questionnaires semi-structurés.

Principales conclusions

80 % du personnel était présent le jour de l'évaluation dans les 20 centres de santé primaires. Les responsables des centres ont signalé une baisse de l'absentéisme depuis l'introduction du système biométrique. Outre ce système, certains responsables de centres utilisent également des registres papier

pour suivre l'absentéisme, le système biométrique étant directement rattaché à l'État. Les établissements dotés d'un registre papier de secours et de comités de discipline ont signalé des taux d'absentéisme inférieurs à ceux utilisant uniquement des systèmes biométriques. L' ADSSPE effectue des contrôles ponctuels et retient les salaires des personnes absentes pendant 15 jours ou plus. Les établissements dotés de comités de discipline permettent également au personnel de récupérer son temps de travail en travaillant plus longtemps et en effectuant des quarts de travail.

Conclusion

L'utilisation de systèmes biométriques pour suivre la présence des agents de santé dans les centres de santé primaires a permis de réduire l'absentéisme dans les centres de santé primaires de Gombe. Les établissements dotés d'une plus grande autonomie dans la gestion de la présence du personnel affichent un taux d'absentéisme inférieur à ceux utilisant uniquement le système biométrique administré par l'État. L'État devrait combiner le système biométrique et la gestion des performances du personnel au niveau des établissements en partageant les données de présence issues du système biométrique avec les centres de santé primaires. Cela produira de meilleurs résultats et augmentera la productivité.

Construire un personnel de santé résilient et durable grâce au soutien en matière de santé mentale : une étude de cas de l'État de Kebbi, au Nigéria.

Vera Niniola, Hilda Shehu, Rotimi Oduloju, Alozie Ananaba, Nkata Chuku, Oyinyechi Obih and Christopher Agada

Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Description

La prévalence du stress psychosocial parmi les professionnels de santé au Nigéria est élevée, avec un taux de 61,97 %. Ce niveau de stress est particulièrement élevé dans les domaines à enjeux élevés comme la prise en charge du VIH, la surcharge de travail, le manque de communication et le manque de ressources étant des facteurs de risque majeurs. L'intervention « Prendre soin des soignants » menée par la Fondation Sanitas pour la santé et le développement (SANHDEF) dans l'État de Kebbi visait à améliorer la sensibilisation à la santé mentale et la résilience des professionnels de santé en leur fournissant des outils pour soutenir leur bien-être mental et renforcer leur résilience face au stress professionnel.

Méthodes

Un programme de formation interactif de deux jours sur la santé mentale a été organisé par SANHDEF pour 31 participants de 11 établissements de santé secondaires, dont des conseillers en adhésion, des coordinateurs de cas de VIH, le point focal de l'État pour la prévention de la transmission mère-enfant

(PTME), des infirmières en thérapie antirétrovirale et des représentants des agences d'État pour la lutte contre le sida (SACA) et du programme d'État de lutte contre le sida et les IST (SASCAP).
La formation comprenait des présentations engageantes, des activités de groupe collaboratives et des jeux de rôle réalistes. Une évaluation pré- et post-formation a été réalisée afin d'évaluer l'évolution des connaissances et de la confiance des participants dans la gestion des problèmes de santé mentale. L'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL) a été utilisée pour évaluer l'impact de la formation sur la qualité de vie professionnelle des participants, en mettant l'accent sur la satisfaction et la fatigue compassionnelles.

Résultats

La formation a permis aux participants d'accroître de 25 % leurs connaissances en santé mentale et de renforcer leur confiance dans l'identification et la prise en charge des besoins des patients. Les participants ont également signalé une meilleure sensibilisation à la promotion de stratégies de santé mentale grâce à la création d'environnements favorables aux patients dans leurs établissements. L'outil ProQOL a révélé que 54 % des participants souffraient d'usure de compassion et d'épuisement professionnel, principalement imputables à une charge de travail élevée, à des infrastructures inadéquates et à l'insuffisance des ressources et des équipements des établissements.

Conclusion

L'intervention « Prendre soin des soignants » révèle l'urgence d'apporter des améliorations systémiques pour atténuer ces facteurs de stress et favoriser le bien-être mental des professionnels de santé. La conception du programme s'est avérée efficace pour répondre aux besoins en santé mentale des travailleurs de première ligne et démontre le potentiel d'initiatives similaires pour renforcer les capacités des personnels de santé et la prestation globale des soins de santé au Nigéria.

Projet de renforcement de la gestion des soins de santé primaires de Kaduna : une approche de mise en œuvre de l'apprentissage par l'action pour le renforcement des capacités de gestion des responsables des établissements de soins de santé primaires dans l'État de Kaduna, au Nigéria.

Abolade Oyelere[1], Layi Olatawura[2]

(1) Health Strategy & Delivery Foundation, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(2) Health Strategy and Delivery Foundation

Contexte

En raison de la pénurie de main-d'œuvre, les points de prestation de services du système de soins de santé primaires du Nigéria sont en grande partie occupés par des agents de santé communautaires, dont les rôles ont progressivement évolué, passant de la pratique communautaire à des tâches cliniques dans les établissements de soins de santé primaires, ainsi qu'à des responsabilités managériales supplémentaires. Cet article vise à démontrer comment une approche d'apprentissage par l'action menée par l'État a été déployée et évaluée avec succès par le Projet de renforcement de la gestion des soins de santé primaires de Kaduna-(PRGSSPK) pour renforcer les capacités de gestion et améliorer l'efficacité opérationnelle des responsables des soins de santé primaires dans l'État de Kaduna.

Méthodes

Des données quantitatives de référence ont été collectées sur la capacité de gestion et l'efficacité opérationnelle des responsables de soins de santé primaires dans 107 établissements de soins de santé primaires d'intervention, répartis dans 10 districts sélectionnés de l'État de Kaduna, dans les domaines thématiques suivants : gestion des ressources humaines, gestion financière, gestion des stocks, gestion des données, planification et relations communautaires, gestion des installations et assurance qualité. Le modèle Kirkpatrick a été déployé pour collecter et évaluer les résultats des formations en classe et en cours d'emploi dispensées à 214 responsables de soins de santé primaires des 107 établissements. Une évaluation finale par méthodes mixtes a également été menée, collectant des données quantitatives et qualitatives sur les changements survenus au cours des 8 mois de l'intervention, identifiant les lacunes persistantes et établissant les principaux moteurs du changement. Un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés a été utilisé pour sélectionner 36 sites de soins de santé primaires finaux parmi les 107 évalués au départ, tandis que 19 acteurs du district et de la communauté ont également été interrogés.

Résultats

Les évaluations ont montré des preuves d'une amélioration des capacités des gestionnaires de soins de santé primaires et d'une amélioration de l'efficacité opérationnelle dans tous les domaines thématiques. Le pourcentage de soins de santé primaires diffusant les données des établissements aux membres du Comité de développement des services lors des réunions mensuelles est passé de 21 % au départ à 83 % à la fin de l'étude. De 43 % au départ, 66 % des soins de santé primaires ont correctement documenté les processus de micro-planification tandis que 94 % sur 53 % ont commencé à mener des campagnes de sensibilisation communautaire. Le nombre de gestionnaires de soins de santé primaires ayant une connaissance adéquate de la quantification des médicaments est passé de 1 % à 80 % et la gestion appropriée des médicaments périmés est passée de 10 % à 100 %. De 0 %, tous les responsables de soins de santé primaires ont mis en place des processus de réduction de l'absentéisme, ramenant l'absentéisme de 92 % des établissements à 17 %. Tous les soins de santé primaires évalués ont engagé des dépenses uniquement dans les limites du budget de l'établissement.

Conclusion

La combinaison de formations en gestion en classe et de mentorat en milieu de travail a permis d'améliorer

la gestion des centres de santé primaires (CSP) concernés. Des mécanismes de mentorat institutionnel à long terme en matière de gestion amélioreront encore l'efficacité du système de CSP et offriront des perspectives de recherche futures.

Impacts économiques des maladies non transmissibles et prise de décision en matière de santé en Afrique

11h30-13h00 Vendredi 3 Mars 2025

Impact de la COVID-19 sur la gestion de l'hypertension : une perspective sur la gravité de la maladie, les modèles d'utilisation des services et les dépenses à partir des données sur les demandes de remboursement d'assurance maladie au Ghana

Evans Otieku[1], Ama Pokuaa Fenny[2]

(1) Université du Ghana, Accra, Ghana
(2) Institut de recherche statistique, sociale et économique, Accra, Ghana

Description

La fragilité des systèmes de santé en Afrique et ses conséquences sur la prise en charge des maladies non transmissibles comme l'hypertension ont été exacerbées par la pandémie de COVID-19. Néanmoins, au Ghana, on sait peu de choses sur l'impact de la pandémie sur la gravité et la prise en charge de l'hypertension, ainsi que sur les dépenses associées du point de vue gouvernemental. Nous avançons que la fourniture de telles données probantes pourrait aider le gouvernement et les prestataires de soins de santé à améliorer la résilience du système de santé afin d'atténuer l'impact des futures pandémies sur la prise en charge et le coût financier de l'hypertension.

Objectif

Évaluer et quantifier l'impact du COVID-19 sur la gestion de l'hypertension au Ghana en mesurant les variations de la gravité de la maladie et des dépenses de gestion avant et pendant la pandémie.

Méthodes

Nous avons utilisé des données transversales issues de la base de données de l'Assurance maladie nationale du Ghana, portant sur 525 021 patients hypertendus. Nous avons réalisé des analyses statistiques descriptives et inférentielles pour estimer et comparer l'intensité des épisodes d'hypertension et les dépenses liées aux demandes de remboursement avant et pendant la pandémie de COVID-19.

Résultats

Nous avons observé des changements significatifs dans l'utilisation des services de santé pour l'hypertension pendant la pandémie. Bien qu'il y ait eu une réduction de 20 % du nombre de demandeurs d'indemnisation pour hypertension au cours de l'année de la pandémie, on a constaté une augmentation de la gravité de l'hypertension, mesurée par le nombre d'épisodes d'hypertension par demandeur (une augmentation de 17,6 % (IC à 95 % : 17,3 % - 18,0 % ; p < 0,001)). On a également constaté une augmentation de 18,64 %, soit 22,88 $ (IC à 95 % : 21 $ - 25 $, p = 0,01042) du coût moyen par demandeur d'indemnisation pour hypertension au cours de l'année de la pandémie. L'augmentation du nombre d'épisodes par demandeur a eu l'impact financier le plus important sur le coût moyen par demandeur.

Conclusion

Les résultats de cette étude sont pertinents pour l'élaboration future de politiques et la mise en œuvre de stratégies de contrôle de l'hypertension pendant les pandémies au Ghana.

Multimorbidité des maladies non transmissibles en Ouganda: effets économiques dans le modèle de réponse binomiale et le contexte d'endogénéité.

Tonny Odokonyero and Steven Koch

Université de Pretoria, Pretoria, Afrique du Sud

Description

La majeure partie (au moins les trois quarts) de la mortalité mondiale est désormais imputable aux maladies non transmissibles (MNT). Ce fardeau sanitaire s'alourdit et touche de manière disproportionnée l'Afrique et les pays à faible revenu, posant un sérieux défi de développement. Ce défi est exacerbé par l'émergence et la progression rapide de la multimorbidité liée aux MNT, mais cette problématique, ainsi que les aspects économiques de cette multimorbidité, restent inexplorées. Il est impératif que les analyses économiques se recentrent sur l'étude des aspects économiques de cette multimorbidité.

But et objectif

Cet article visait à examiner les implications économiques de la multimorbidité liée aux MNT dans un contexte africain, en utilisant des données probantes provenant de l'Ouganda.

Méthodes

Nous utilisons les données de la récente Enquête nationale auprès des ménages ougandais (ESM) – modules socio-économiques et sanitaires. Les résultats économiques sont basés sur la survenue d'une

catastrophe économique, calculée à l'aide d'une série de seuils de catastrophe produisant des réponses de type binomial. Nous utilisons l'estimation du maximum de vraisemblance (EMV), testée à l'aide d'un modèle de régression spécial pour la robustesse et le démêlage de l'endogénéité de la multimorbidité liée aux MNT dans un contexte de réponse binomiale.

Principales conclusions

Globalement, la multimorbidité liée aux MNT accroît à la fois l'incidence et l'intensité des catastrophes économiques. Les résultats montrent une augmentation considérable des catastrophes à mesure que les maladies chroniques évoluent de l'absence de MNT à la comorbidité liée aux MNT, au-delà des seuils de catastrophe. Les résultats du modèle de régression spéciale concordent avec ceux du modèle EMV. Cependant, les résultats les plus cohérents confirmant les effets économiques dévastateurs sont détectés par les effets de la multimorbidité des principales MNT. La catastrophe économique due à la multimorbidité est plus prononcée lorsque les individus ou les ménages sont touchés par la multimorbidité des principales MNT, avec des effets marginaux compris entre 11 et 34 points de pourcentage.

Conclusion

La multimorbidité liée aux MNT soumet ainsi les individus et les ménages à des effets dévastateurs considérables sur les résultats économiques, mais ces effets sont encore plus dévastateurs en cas de multimorbidité liée aux principales MNT. Outre l'apport de connaissances sur l'économie de la multimorbidité liée aux MNT, les données probantes étayent les arguments en faveur d'un investissement dans la lutte contre la multimorbidité liée aux MNT, en particulier la multimorbidité liée aux principales MNT, plutôt que de se concentrer sur une seule MNT en matière de politiques conservatrices. Adapter les politiques ou les arguments en faveur d'un investissement ciblé sur le défi de santé publique émergent que représente la multimorbidité liée aux MNT est crucial pour protéger la population contre les risques accrus de catastrophe économique.

Fardeau économique et stratégies d'adaptation pour l'hémodialyse dans la région de Dar es Salaam, Tanzanie - Une étude transversale

Grace John Mallange[1], Amani Thomas Mori[2] and Oddvar Martin Kaarbøe[2]

(1) Muhimbili University of Health and Allied Sciences, PO Box 65001, Dar es Salaam, Tanzania, Tanzanie, République-Unie de

(2) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, 5020 Bergen, Norvège

Description

L'insuffisance rénale chronique (IRC) constitue un problème majeur de santé publique, non seulement en raison de la morbidité et de la mortalité croissantes, mais aussi d'un coût élevé pour les patients et le système de santé. Cette étude vise à estimer les coûts pour les patients et les stratégies mises en œuvre pour faire face au coût de l'hémodialyse dans la région de Dar es Salaam, en Tanzanie.

Méthodes

Cette étude transversale a porté sur 436 patients atteints d'IRC sous hémodialyse dans huit centres de Dar es Salaam entre 2022 et 2023. Les données ont été recueillies en interrogeant les patients/soignants à l'aide d'un questionnaire pré-testé. Les données de coût ont été recueillies en shillings tanzaniens (TZS) et converties en 2022 USD (1 USD = 2314 TZS). Les données ont été analysées avec Stata 18. Le modèle linéaire généralisé à effets mixtes (MGL) a été utilisé pour identifier les facteurs associés au traitement par hémodialyse. Les stratégies d'adaptation ont été exprimées sous forme de proportions.

Résultats

Le coût annuel moyen de l'hémodialyse était de 3 861,8 USD. Les coûts médicaux directs représentaient 34,6 % (1 334,8 USD), les coûts non médicaux directs 17,6 % (680,3 USD) et les coûts indirects 47,8 % (1 846,8 USD). La charge économique était presque trois fois plus élevée chez les patients payant de leur poche (OOP) que chez ceux bénéficiant d'une assurance maladie, soit 7 902 USD contre 2 859 USD. Seuls 40 % des patients ont déclaré qu'ils travaillaient encore, mais ils manquaient environ 12 jours de travail par mois. Le coût de l'hémodialyse était significativement associé au fait d'avoir un revenu supérieur à 43 USD, d'avoir une assurance maladie, une quote-part, le coût des médicaments, du transport, des repas et le nombre de jours de travail perdus. Les stratégies couramment utilisées pour faire face aux coûts de l'hémodialyse comprenaient le soutien de la famille, des proches et des amis (87 %), l'emprunt d'argent (46 %), la vente d'actifs (22 %), le saut de traitement (20 %), le retrait des enfants de l'école (18 %) et la demande de dispense de paiement (16 %).

Conclusion

Le fardeau économique de l'hémodialyse est élevé, en particulier pour les patients payant à la charge de l'hôpital, par rapport au salaire minimum national, qui correspond à un salaire annuel de 1 556 USD (secteur formel). Le gouvernement tanzanien devrait mettre en place des politiques exonérant de frais médicaux tous les patients atteints d'IRC sans assurance maladie, faute de quoi ils risquent de sombrer dans la pauvreté.

Mots-clés

hémodialyse, fardeau économique, stratégies d'adaptation.

Utilisation des données économiques de la santé dans la prise de décision en matière de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles au Kenya

James Odhiambo Oguta, Elvis Omondi Achach Wambiya, Penny Breeze, Catherine Akoth, Robert Akparibo, Duncan Gillespie and Peter Dodd

Université de Sheffield, Sheffield Centre for Health and Related Research (SCHARR), Sheffield, Royaume-Uni

Contexte

Le Kenya a connu une augmentation significative du fardeau des maladies non transmissibles (MNT), les maladies cardiovasculaires (MCV) et le diabète figurant parmi les principales causes de décès et d'invalidité. Inverser la tendance des MNT nécessite la mise en œuvre et l'intensification des interventions de prévention et de contrôle. Les données probantes en économie de la santé sont essentielles pour éclairer les processus de définition des priorités et permettent de comparer les interventions alternatives en termes de coûts et de conséquences. Cependant, l'état de l'adoption de ces données au Kenya est mal documenté. Cette étude visait à explorer les points de vue des acteurs kenyans sur l'adoption de ces données, les défis rencontrés et les recommandations.

Méthodes

Nous avons mené dix-sept entretiens approfondis auprès d'acteurs impliqués dans la prévention, la prise en charge, l'élaboration des politiques et la recherche sur les maladies cardiovasculaires (MCV) au Kenya. Parmi les personnes interrogées figuraient des responsables du ministère de la Santé aux niveaux national et départemental, des représentants d'organisations de la société civile, du secteur privé, ainsi que des économistes et des chercheurs de la santé. Une approche thématique inductive a été utilisée pour analyser les données.

Résultats

Les parties prenantes ont constaté une utilisation limitée des données probantes en économie de la santé dans la prise de décision concernant les maladies non transmissibles au Kenya. Parmi les défis figuraient la non-priorisation de l'économie de la santé comme critère de décision, le manque de capacité à générer et à synthétiser les données économiques, la qualité limitée et médiocre des données pour la modélisation économique, et la non-implication des décideurs concernés dans la production de ces données. L'institutionnalisation de la prise de décision en économie de la santé, le renforcement des capacités d'utilisation, l'engagement des parties prenantes concernées, la simplification de la communication et de la diffusion des données probantes aux décideurs, et la réduction des lacunes en matière de données ont été identifiés comme essentiels pour améliorer l'adoption des données probantes en économie de la santé dans la prise de décision concernant les MNT au Kenya. En outre, un meilleur plaidoyer en faveur de la production et de l'utilisation des données probantes en économie de la santé auprès des décideurs afin

de les sensibiliser et d'améliorer leur adoption a été jugé important.

Conclusion

Cette étude met en évidence une lacune dans l'intégration des données probantes en économie de la santé dans la prise de décision au Kenya. Des efforts concertés sont nécessaires pour institutionnaliser l'utilisation de ces données au sein du ministère de la Santé. Les analystes devraient impliquer les parties prenantes concernées lors de la conception et de la production des données probantes en économie de la santé.

Facteurs associés au coût direct de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à l'Hôpital de zone de Ouidah – Kpomassè – Tori Bossito en 2024

Patrick Makoutode and Prémist Clément Brun

IRSP-CAQ, Ouidah, Benin

Introduction

Les accidents vasculaires cérébraux constituent un problème de santé publique à cause de leur morbidité et mortalité élevées mais également de leur coût direct de prise en charge. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés au coût direct dans la zone sanitaire OKT en 2024.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique menée à l'Hôpital de zone OKT. Le choix des patients hospitalisés pour AVC fut exhaustif. La collecte des données a été réalisée à l'aide de fiches de dépouillement des dossiers médicaux et du logiciel de caisse, d'un questionnaire et ceci conformément aux principes éthiques. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel 2022 et analysées à l'aide du logiciel STATA 14. La détermination des facteurs associés au coût direct a été possible grâce à un modèle de régression linéaire multiple au seuil de 5%.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 60 ans ± 13,25. Le coût direct médian était de 216 100 (162 400 ; 285 299) FCFA. Les facteurs associés étaient : le délai de recours aux soins (p=0,000), la durée d'hospitalisation (p=0,000), l'AVC ischémique (p=0,000).

Conclusion

Le coût direct élevé de prise en charge des AVC constitue une barrière d'accès aux soins pour les patients, notamment les plus démunis. Il est important d'agir sur les facteurs qui augmentent ce coût et trouver des mécanismes pour améliorer l'accessibilité financière aux soins.

Mots clés

AVC, Coût direct, Hôpital, Bénin.

Facteurs influençant l'inscription, l'équité et le remboursement des assurances maladie en Afrique

11h30-13h00 Vendredi 3 Mars 2025

Quels facteurs influencent la probabilité d'adhérer à une mutuelle gérée par des professionnels ? Résultats d'une étude cas-témoins transversale menée dans deux districts du Mali.

Hamidou Niangaly[1], Manuela De Allegri[2] Laurence Touré[3], Dansiné Diarra[3] Valéry Ridde[4]

(1) Institut national de santé publique, Bamako, Mali
(2) Heidelberberg Institute of Global Health, Heidelberg University Hospital and Faculté de médecine, Heidelberg University, Allemagne, Allemagne
(3) Miseli, Dansiné Diarra, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Bamako, Mali
(4) , Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Introduction

En Afrique de l'Ouest, les pays promeuvent de nouveaux modèles d'assurance maladie communautaire pour surmonter les difficultés rencontrées par les régimes existants. Nous avons étudié les facteurs associés à la probabilité d'être affilié à l'une des deux mutuelles professionnelles du Mali.

Méthodes

Nous avons mené une enquête transversale selon une méthodologie cas-témoins et utilisé un échantillonnage à plusieurs degrés pour sélectionner les adhérents et les non-adhérents de la Mutuelle. La principale variable de résultat était l'adhésion ou non à la Mutuelle. Un modèle de régression logistique à effets mixtes à trois niveaux a été utilisé pour estimer l'association entre l'adhésion individuelle et une série de facteurs individuels, familiaux et communautaires.

Résultats

Sur les 1 270 personnes interrogées, 847 et 423 étaient respectivement non-adhérents et adhérents. Les

répondants ayant un niveau d'éducation primaire (AOR = 1,6, P = 0,035), secondaire (AOR = 2,31, P = 0,001) ou supérieur/universitaire (AOR = 5,5, P < 0,001) ; qui étaient économiquement actifs (AOR = 1,52, P = 0,05) et se considéraient riches (AOR = 1,94, P < 0,001) étaient plus susceptibles de souscrire à des Mutuelles. Ceux qui déclaraient avoir une bonne perception de leur santé (AOR = 0,68, P = 0,038) étaient moins susceptibles de souscrire à des Mutuelles.

Conclusion

Bien que sensiblement plus élevé que celui des régimes communautaires, le taux d'adhésion à ces mutuelles gérées par des professionnels reste faible et les déterminants de la participation ne diffèrent pas sensiblement de ceux rapportés dans la littérature générale. Il est urgent de cibler les besoins des personnes pauvres et vulnérables et de mettre en place des stratégies de communication plus généralisées pour améliorer l'adhésion à ces nouvelles mutuelles et garantir l'accès à la CSU.

Facteurs prédictifs du remboursement des maladies non transmissibles; exemple de la mise en œuvre du Fonds national d'assurance maladie (FNAM) dans le cadre de l'assurance maladie universelle (AMU) en Tanzanie

Othman Haji[1], Alphoncina Kagaigai[1], Castory Munishi[1], Amani Thomas Mori[2], Oddvar Martin Kaarbøe[2] and George Mugambage Ruhago[1]

(1) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(2) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, 5020 Bergen, Norvège

Background

Les maladies non transmissibles (MNT) sont en hausse, représentant 74 % des décès annuels dans le monde. Cette hausse est liée à l'évolution des modes de vie, à l'urbanisation et au vieillissement de la population. En Tanzanie, les MNT sont responsables de près d'un tiers des décès (27 %). On estime que la prévalence de l'hypertension est de 26 % et celle des troubles hyperglycémiques de 20 %.

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), système d'assurance maladie sociale, est un mécanisme de financement alternatif pour la prise en charge des maladies chroniques coûteuses, afin de protéger les individus contre des dépenses de santé catastrophiques. On observe une augmentation des demandes de remboursement et des remboursements pour les services liés aux maladies non transmissibles (MNT) auprès de la CNAM, mais les facteurs prédictifs du remboursement des MNT majeures par la CNAM restent flous. Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs du remboursement des MNT majeures, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré, les cancers, les maladies rénales chroniques, les maladies respiratoires chroniques et les maladies mentales, auprès de la CNAM.

Objectif

Déterminer les facteurs prédictifs du remboursement des principales maladies non transmissibles au FNAM en Tanzanie de janvier 2021 à décembre 2023.

Méthode

Étude transversale, appliquant des méthodologies quantitatives pour analyser les données secondaires des demandes de remboursement dans la base de données de la FNAM. Elle ciblait les bénéficiaires de la FNAM ayant présenté au moins une demande de remboursement pour maladies non transmissibles entre janvier 2021 et décembre 2023, identifiés selon la classification CIM-10.
Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R Statistical. Une analyse de régression multivariée a été utilisée pour déterminer l'association entre les facteurs prédictifs de remboursement et la charge de remboursement des maladies non transmissibles (MNT) pour la FNAM. L'autorisation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la MUHAS, et l'approbation de la FNAM a également été accordée.

Résultats

L'étude a révélé que diverses MNT ont un impact substantiel sur les montants de remboursement. Plus précisément, les cancers (0,79 [0,78, 0,80]), les maladies rénales chroniques (0,29 [0,29, 0,30]) et le diabète (0,07 [0,06, 0,07]) étaient positivement associés à une augmentation du montant de remboursement (logarithmique). De plus, l'âge est un prédicteur significatif du remboursement des MNT, les personnes âgées de 65 ans et plus étant associées à la plus forte augmentation du remboursement (logarithmique) des MNT (0,12 [0,12, 0,13]). L'étude a également constaté que les demandes de remboursement des MNT provenant d'établissements privés étaient associées à des montants de remboursement (logarithmiques) plus élevés (0,03 [0,03, 0,03]). De plus, les hôpitaux de zone ont montré une association positive avec une augmentation du montant de remboursement (logarithmique) des MNT (0,02 [0,01, 0,02]). De même, les demandes de remboursement de maladies non transmissibles émanant des conseils municipaux (0,14 [0,13, 0,14]) étaient statistiquement significatives et associées à une augmentation du montant du remboursement par rapport aux demandes émanant des zones rurales.

Conclusion

Plusieurs catégories de maladies non transmissibles (MNT) ont une influence considérable sur les montants remboursés. L'âge, le sexe, le type d'établissement de santé (niveau et propriété) et l'urbanité sont des facteurs importants qui déterminent les remboursements des MNT.

Effet de l'atténuation des risques de l'assurance maladie sur l'équité des soins de santé et la couverture universelle en Afrique subsaharienne

Damianus Okaka[1], Ojah Kalu [2]

(1) KAFU
(2) Wits

L'étude a examiné l'effet des paiements directs à la charge des patients et des différentes méthodes de prépaiement des soins de santé sur l'équité des systèmes de santé en Afrique subsaharienne (SSA). L'équité est mesurée en termes de résultats des systèmes de santé (c'est-à-dire l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité des moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle et le taux brut de mortalité). Plus spécifiquement, l'étude a exploré l'effet de la mutualisation financière et de l'atténuation des risques financiers sur l'équité du système de santé afin de déterminer la pertinence d'une approche de financement pour la couverture sanitaire universelle (CSU). L'effet modérateur de variables de contrôle soigneusement sélectionnées a également été analysé.

Le concept de production de santé, fondé sur la théorie du capital santé de Grossman (1972), a servi de cadre à l'analyse empirique de ce travail. L'étude a utilisé des données de panel provenant de 47 pays sur une période de 19 ans. Les données secondaires proviennent des bases de données gouvernementales et multilatérales concernées.

L'étude initiale a utilisé une analyse descriptive et bivariée. Une régression multivariée a été utilisée pour évaluer la force et la direction de la relation hypothétique entre les variables pertinentes de l'étude. Notre panel présentant une série temporelle importante et une section transversale longue, nous avons effectué des tests de racine unitaire et de cointégration avant l'estimation. Afin de contrôler le biais de variable omise dans l'hétérogénéité inobservée, qui pose des problèmes d'interprétation dans l'analyse des données de panel, nous avons déployé des techniques d'estimation à effets aléatoires et fixes. Le test de Hausman a été utilisé pour sélectionner le modèle d'estimation approprié.

Les résultats empiriques révèlent que les modes de financement personnel par les soins et l'assurance maladie privée (AMP) ont un effet négatif sur les résultats de santé. Tous les autres modes de financement par prépaiement ont un effet positif sur les résultats de santé. En revanche, l'assurance maladie sociale (AMS), méthode privilégiée par l'OMS et les experts en financement de la santé pour la CSU, n'a qu'un effet négligeable sur les résultats de santé.

La principale conclusion de cette étude est que toute forme de paiement privé, que ce soit au point de service ou par prépaiement (AMP), est inéquitable. Des travaux empiriques antérieurs montrent que le POP entrave l'accès aux soins de santé nécessaires, ce qui pourrait expliquer son association négative avec les résultats de santé. En revanche, rien ne prouve que le AMPI réduise l'accès aux soins de santé nécessaires. Les partisans du AMP soutiennent que, fondé sur le marché, il permet une allocation des soins de santé plus optimale. Nous soutenons que l'allocation par le marché est dictée par la concurrence et que, dans le domaine de la santé, cette concurrence peut emprunter des voies qui réduisent le bien-être, par exemple le ticket modérateur, l'écrémage et la maximisation des profits. Selon Carrin (2002), la mutualisation financière, où les ménages sont censés effectuer des paiements réguliers, comme l'AMO, n'est pas adaptée à l'ASS en raison de l'importance du secteur informel, de la forte concentration des revenus et de la dispersion de la population rurale. Ces facteurs augmentent les coûts administratifs, réduisent la taille des fonds disponibles pour les soins de santé et limitent la diversification des risques. De plus, les assurances maladie d'Afrique subsaharienne sont exposées au gaspillage de la part des administrateurs (Debpuur et al., 2015). Face à ce gaspillage, même des bassins importants ne peuvent conduire à une amélioration au sens de Pareto. De plus, selon Atinga et al. (2015), les assurances maladie d'Afrique subsaharienne sont exposées de manière disproportionnée aux distorsions du marché (par le biais de l'aléa moral et de la sélection adverse) par rapport aux assurances maladie d'autres régions. Nous apportons la preuve dans

ce travail que certains de ces problèmes sont responsables de l'association insignifiante entre l'assurance maladie et les résultats de santé en Afrique subsaharienne.

Nous concluons que le paiement direct rend les systèmes de santé en Afrique subsaharienne moins équitables. Pour que la mutualisation financière des soins de santé soit efficace et adaptée à la CSU en Afrique subsaharienne, les décideurs politiques devraient intervenir sur le marché par le biais de politiques et de législations visant à accroître la taille des mutualisations, à réduire les distorsions du marché, à accroître le montant des cotisations allouées aux soins de santé et à réduire le gaspillage des fonds dû à la corruption et à d'autres malversations. Ils devraient également élaborer des méthodes rentables de collecte des cotisations auprès des employés du secteur informel. Nous recommandons également des politiques encourageant le partage des risques liés aux coûts de la maladie par le biais de partenariats public-privé.

Facteurs influençant l'inscription à l'assurance maladie des patients d'un hôpital public au Cameroun : analyse transversale en milieu hospitalier

Adanze Nge Cynthia *Université Dokuz Eylul, Izmir, Turquie*

Description

L'assurance maladie est censée attirer des fonds supplémentaires pour les soins de santé, améliorer l'efficacité opérationnelle et l'efficience des systèmes de santé. Cette étude visait à évaluer les facteurs influençant l'adhésion à l'assurance maladie des patients d'un hôpital public camerounais.

Méthodes

Nous avons mené une étude transversale en milieu hospitalier auprès de 385 patients des hôpitaux publics camerounais de Septembre 2022 à Mars 2023. L'auto-évaluation a mesuré l'adhésion à une assurance maladie comme un résultat binaire. Les chercheurs ont collecté les données à l'aide d'un questionnaire et les ont synthétisées sous forme de fréquences et de pourcentages. Nous avons utilisé les tests du khi-deux et de Fisher pour comparer les données, ainsi que la régression logistique binaire pour identifier les facteurs indépendamment liés à la souscription à une assurance maladie. Les résultats ont été présentés sous forme de rapports de cotes ajustés (RCA) avec des intervalles de confiance à 95 %.

Résultats

Des 385 participants, 121 (31,4 %) étaient inscrits à des régimes d'assurance maladie. Les chances de souscrire à un régime d'assurance maladie étaient plus élevées chez les personnes âgées de 46 à 55 ans (AOR : 4,2, IC à 95 % : 1,2-15, valeur de p : 0,0025) et celles travaillant dans le secteur public (AOR : 3,5, IC à 95 % : 1,1-11,2, valeur de p : 0,0035). À l'inverse, les chances de s ouscrire à un régime d'assurance maladie

étaient plus faibles chez les participants gagnant moins de 86 $ par mois (AOR : 0,1, IC à 95 % : 0,0-0,3, valeur de p : 0,0001).

Discussion

L'étude montre que l'âge, le secteur d'activité et le niveau de revenu influencent l'adhésion à l'assurance maladie au Cameroun. Les travailleurs du secteur public et les personnes âgées de 46 à 55 ans étaient plus susceptibles de s'inscrire que ceux gagnant moins de 86 dollars par mois. Les interventions et les politiques devraient cibler les travailleurs à faibles revenus et ceux du secteur privé afin d'améliorer la couverture maladie. Pour accroître l'adhésion des jeunes et des personnes âgées, des interventions et des campagnes de sensibilisation spécifiques à chaque âge sont nécessaires.

Conclusion

Cette étude met en évidence les facteurs déterminants influençant l'adhésion à l'assurance maladie des patients d'un hôpital public camerounais. L'âge, le secteur d'activité et le niveau de revenu ont eu un impact significatif sur les taux d'adhésion, avec une plus forte adhésion chez les personnes âgées de 46 à 55 ans et celles travaillant dans le secteur public. À l'inverse, des niveaux de revenu plus faibles étaient associés à une baisse de l'adhésion. Ces résultats suggèrent la nécessité d'interventions et de politiques ciblées pour améliorer la couverture maladie, en particulier chez les personnes à faibles revenus et les travailleurs du secteur privé. De plus, des stratégies spécifiques à chaque âge, notamment des campagnes de sensibilisation, sont nécessaires pour stimuler les taux d'adhésion des populations jeunes et âgées, améliorant ainsi l'accès global aux soins et la protection financière.

Dynamique de l'assurance maladie, potentiel d'intégration du VIH et implications du droit à la santé et à l'équité en Afrique subsaharienne : Synthèse des données

Daniel Ogbuabor[1], Iris Semini[2]

(1) Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria, Enugu, Nigéria
(2) Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, Suisse

Description

Malgré l'absence de consensus sur les dépenses de santé optimales pour garantir le droit à la santé, les pays africains ne financent pas suffisamment la santé. Les dépenses totales de santé en Afrique varient entre 5 % et 6 % du produit intérieur brut. Le financement de la lutte contre le VIH dépend fortement des financements internationaux. Malgré l'adoption croissante de l'assurance maladie sociale (AMS), l'intégration du VIH dans les régimes d'AMS en Afrique subsaharienne (ASS) a été lente.

Objectifs

Cette étude a évalué l'intégration du financement du VIH dans l'assurance maladie et a identifié les caractéristiques essentielles des dispositifs d'assurance en Afrique nécessaires pour réaliser le droit à la santé lors de l'intégration du VIH dans les régimes d'assurance maladie.

Méthodes

Nous avons examiné la littérature empirique et grise sur l'intégration du VIH dans les régimes d'assurance maladie sociale et ses effets sur le droit à la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Nous avons également examiné la littérature empirique sur l'assurance maladie sociale et ses effets sur le droit à la santé en Afrique subsaharienne. Nous avons inclus des articles sur tous les plans et méthodes d'étude, publiés en anglais entre 2015 et 2023, décrivant l'intégration du VIH dans les régimes d'assurance maladie sociale dans les PRFI et la dynamique de ces régimes en Afrique subsaharienne. Nous avons exploré les thèmes liés au financement, à la mutualisation, aux prestations, aux achats et à la gouvernance afin de décrire les mécanismes de financement de la santé et du VIH. Nous avons évalué l'effet de l'assurance maladie sociale sur le droit à la santé à l'aide d'un cadre normatif comprenant la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et l'équité.

Résultats

Les stratégies de financement pour l'intégration de l'assurance maladie et du VIH comprennent les subventions publiques, les contributions philanthropiques, la collecte de fonds auprès du HIV Trust, l'allègement de la dette et la taxe obligatoire sur les billets d'avion. Une meilleure sensibilisation aux prestations d'assurance maladie, aux programmes de traitement universels indépendamment des critères d'éligibilité, à la dépénalisation des populations clés, au déploiement de primes à échelle mobile, à des procédures administratives transparentes et à des régimes nationaux d'assurance maladie uniques peuvent améliorer les inscriptions et réduire la fragmentation. Les prestations sont plus efficaces avec un ensemble uniforme de services liés au VIH, incluant des soins préventifs, des examens périodiques, des directives d'orientation explicites et des politiques de contrôle d'accès, ainsi que les préférences des consommateurs. Des systèmes de paiement différenciés pour divers prestataires, la classification des médicaments contre le VIH comme médicaments pour les soins chroniques, les achats groupés, les programmes de tarification des médicaments et le recours aux prestataires de soins primaires constituent des options d'achat stratégiques. Les pays ont besoin de lois et de politiques favorables, d'un renforcement des capacités institutionnelles et d'une coordination pour intégrer le VIH dans les régimes d'assurance maladie. Les régimes d'assurance maladie ont amélioré la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et l'équité des soins de santé en Afrique subsaharienne, mais les preuves de leur impact sur le droit à la santé des PVVIH sont rares.

Conclusions

L'intégration du VIH dans l'assurance maladie sociale doit être améliorée en Afrique. Les données issues de cette étude peuvent éclairer la conception et la mise en œuvre d'une assurance maladie sociale prenant en compte le VIH en Afrique. Le cadre du droit à la santé est un outil potentiel pour suivre l'intégration de l'assurance maladie sociale et du VIH.

Financement de la santé, durabilité des politiques et pratiques réglementaires en Afrique et au-delà

11h30-13h00 Vendredi 3 Mars 2025

Une évaluation de la conformité réglementaire et des meilleures pratiques dans les pharmacies électroniques opérant au Kenya et en Inde.

Sammy Masibo[1], Gautam Satheesh[2], Sasi Tiruttani[2], Irene Khayoni[3], Emmanuel Kweyu[4], Benjamin Palafox[5], Devaki Nambiar[2], Abdul Salam[2], Francis Wafula[3] and Catherine Goodman[6]

(1) Strathmore Business School, Université Strathmore, Kenya, Nairobi, Nairobi, Kenya
(2) The George Institute for Global Health, Inde
(3) Strathmore Business School, Université Strathmore, Kenya
(4) iLabAfrica, Université Strathmore, Kenya
(5) London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni
(6) Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Description

Les pharmacies en ligne mal réglementées peuvent compromettre la performance du système de santé par des pratiques abusives telles que la délivrance de médicaments délivrés uniquement sur ordonnance (MDO) sans ordonnance valide, la distribution de médicaments de mauvaise qualité et un conseil inadéquat aux patients. Nous avons évalué la conformité des pharmacies en ligne au service des usagers au Kenya et en Inde aux exigences réglementaires locales et aux meilleures pratiques mondiales.

Méthodes

Nous avons défini les e-pharmacies comme des pharmacies B2C vendant des médicaments sur des sites web et les avons identifiées sur Google® à l'aide de requêtes de recherche courantes. Deux évaluateurs ont audité indépendamment les sites web à l'aide de REDCap® (Janvier-Mai 2023). Nous avons évalué leurs performances par rapport aux exigences nationales et aux meilleures pratiques mondiales, en les classant par données de trafic provenant de « Similarweb.com » et par localisation géographique déclarée. L'Inde ne disposant pas de réglementation spécifique aux e-pharmacies, les « exigences proposées » ont été formulées à partir de projets de documents stratégiques. Nous avons évalué la disponibilité des informations sur les médicaments à partir de six molécules cibles et analysé les données à l'aide de Stata 18.0.

Résultats

Nous avons identifié 26 et 61 pharmacies en ligne opérant respectivement au Kenya et en Inde. Aucune pharmacie en ligne n'était entièrement conforme. En moyenne, les pharmacies en ligne desservant le Kenya respectaient 74 % des réglementations, contre 54 % pour l'Inde [fourchette : 50-92 % (Kenya) ; 29-71 % (Inde)]. Les pharmacies en ligne à fort trafic ont signalé des taux de conformité moyens comparativement

meilleurs [83 % contre 72 % (Kenya) ; 62 % contre 51 % (Inde)]. Une meilleure conformité a été observée de manière comparable pour les pharmacies en ligne situées physiquement dans les deux pays étudiés [78 % contre 61 % (Kenya) ; 54 % contre 40 % (Inde)]. Malgré l'interdiction réglementaire, 62 % et 34 % des pharmacies en ligne accessibles depuis le Kenya et l'Inde respectivement ont répertorié des stupéfiants/médicaments contrôlés à la vente. Seulement 5 % des pharmacies en ligne desservant l'Inde et 19 % des pharmacies en ligne desservant le Kenya ont affiché des informations d'enregistrement. La quasi-totalité (90 %) des sites web de pharmacies en ligne en Inde et 58 % au Kenya proposaient un service de téléchargement d'ordonnances, ce qui implique que les pharmacies en ligne au service des clients en Inde pourraient être plus susceptibles de respecter les exigences en matière de prescription. Des informations complètes sur les médicaments n'étaient affichées que sur 16 % des pharmacies en ligne en Inde et 42 % au Kenya. Une assistance téléphonique était proposée par la plupart des sites web des deux pays, bien qu'un seul au Kenya et aucun en Inde n'affichait les coordonnées des pharmaciens superviseurs. Des rappels de renouvellement étaient proposés par 8 sites web en Inde et un seul au Kenya. Une politique de confidentialité n'était pas disponible sur 13 % et 35 % des pharmacies en ligne opérant en Inde et au Kenya. Aucune pharmacie en ligne au Kenya ne proposait de procédure de règlement des plaintes.

Conclusion

La conformité réglementaire des pharmacies en ligne varie considérablement. Cela devrait inciter à une application plus stricte de la réglementation au Kenya et à l'introduction de réglementations en Inde. Nous recommandons une réglementation fondée sur les risques, où les régulateurs identifient les pharmacies en ligne conformes, renforcent le contrôle de celles qui sont partiellement conformes et suppriment celles qui ne le sont pas.

Mécanisme de financement direct en Tanzanie : Une analyse exploratoire des éléments probants

Peter Binyaruka[1], John Joseph Maiba[2], Ntuli Kapologwe[3], Gemini Mtei[4]

(1) Ifakara Health Institute (IHI), Dar-es-Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(2) Ifakara Health Institute (IHI), Dar-es-Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(3) Department of Preventive Services, MOH et Gemini Mtei,
(4) Abt Global (anciennement Abt Associates), USAID Public Sector Systems Strengthening Plus (USAID PS3+), Dar es Salaam, Tanzanie.

Description

Les soins de santé primaires (SSP) sont essentiels à la couverture sanitaire universelle dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, mais ils sont souvent sous-financés. Le financement direct des établissements de santé (FDES) répond à ce problème en allouant directement des ressources financières aux établissements de santé. Les principaux objectifs du FDES sont de rationaliser l'allocation des ressources, de promouvoir la décentralisation budgétaire et d'accorder une autonomie aux établissements de santé afin d'améliorer leur disponibilité, leur prestation et leur réactivité. Compte tenu du nombre

croissant de données probantes sur l'impact du FDES en Tanzanie, nous avons réalisé une étude exploratoire des informations publiées disponibles afin de synthétiser ses effets dans les établissements de SSP.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude exploratoire par le biais d'une recherche électronique dans la littérature scientifique et grise publiée entre 2017/2018, date d'introduction du MFD en Tanzanie, et Juin 2024. Au total, 15 publications pertinentes pour l'évaluation du MFD en Tanzanie ont été extraites. Nous avons extrait, synthétisé et analysé les données afin de mieux comprendre les effets du MFD.

Résultats

La plupart des études (9) se sont concentrées sur l'effet du MFD sur la qualité des soins, la gouvernance et la responsabilisation. Quatre (4) études se sont concentrées sur l'autonomie en matière de planification et de dépenses, tandis que d'autres études avaient des thèmes transversaux. Malgré quelques difficultés observées, la plupart des études ont démontré un effet positif du MFD en Tanzanie sur la gestion financière, l'utilisation des services, la responsabilisation et le fonctionnement des comités de gouvernance des établissements, la disponibilité des produits de santé, le renforcement des systèmes de gestion financière, l'équité dans le financement des établissements et la performance globale du système de santé. D'autres études ont évalué l'économie politique de l'introduction du MFD, les progrès de la mise en œuvre et l'acceptabilité de la réforme du MFD en Tanzanie. Une étude a comparé le MDF et le financement basé sur la performance en relation avec les achats stratégiques et l'autonomie financière.

Conclusion

L'étude de cadrage indique que le MDF a un impact positif sur les soins de santé primaires en Tanzanie. Il a amélioré la gestion financière, l'utilisation des services, la gouvernance et la responsabilisation des établissements de santé. Il a également amélioré la disponibilité des produits de santé, renforcé les systèmes de gestion financière et favorisé l'équité dans le financement des établissements. Cependant, la mise en œuvre du MDF se heurte également à des défis, notamment la nécessité d'un renforcement continu des capacités et la levée des obstacles politiques et administratifs. Des recherches plus approfondies et des efforts soutenus sont essentiels pour optimiser le MDF et garantir que ses avantages soient pleinement exploités dans tous les établissements de soins de santé primaires.

Évaluation économique de la santé d'une intervention visant à réduire l'impact de la multimorbidité au Malawi et en Tanzanie

Nateiya Mmeta Yongolo[1], Mathew Rubach[2], Hendry R Sawe[3], Ben Morton[1], Felix Limbani[4], Sarah Urassa[5], Sarah White[6], Rachel Manongi[7] and Eve Worall[8]

(1) Département des sciences cliniques, École de médecine tropicale de Liverpool, Royaume-Uni
(2) Division des maladies infectieuses et de la santé internationale, Département de médecine, Université Duke
(3) Département de médecine d'urgence, Université de la santé et des sciences connexes de Muhimbili, Tanzanie, République-Unie de
(4) Malawi Liverpool Wellcome Trust, Malawi
(5) Directeur des services médicaux, Centre médical chrétien du Kilimandjaro, Tanzanie, République-Unie de
(6) Santé publique internationale, École de médecine tropicale de Liverpool, Royaume-Uni,
(7) Collège universitaire de médecine chrétienne du Kilimandjaro, Moshi, Tanzanie, République-Unie de
(8) Département des sciences cliniques, École de médecine tropicale de Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

Description

La multimorbidité, c'est-à-dire la présence de plus de deux maladies chroniques, présente des défis complexes en matière de ressources pour les systèmes de santé en Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé sont orientés verticalement vers les maladies infectieuses

Objectif

La multimorbidité, c'est-à-dire la présence de plus de deux maladies chroniques, présente des défis complexes en matière de ressources pour les systèmes de santé en Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé sont orientés verticalement vers les maladies infectieuses

Méthodes

L'étude s'inscrivait dans une étude de cohorte prospective, recrutant des participants parmi les admissions médicales aiguës dans des hôpitaux de district et tertiaires au Malawi et en Tanzanie. Les dossiers cliniques et les tests au point de service ont été utilisés pour diagnostiquer systématiquement le VIH, l'hypertension, le diabète, l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique, l'accident vasculaire cérébral, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'hépatopathie chronique et l'insuffisance rénale chronique. Les coûts des soins de santé et les données EQ-5D-5L ont été collectés sur 90 jours pour calculer les scores d'utilité et la qualité de vie liée à la santé. Les coûts des participants, les coûts catastrophiques et les scores d'utilité de la santé ont été analysés et comparés pour les participants avec et sans multimorbidité.

Résultats

Les coûts totaux des soins de santé étaient statistiquement significativement plus élevés pour les participants atteints de multimorbidité (Malawi : 56,79 $ contre 30,93 $, p = 0,028 ; Tanzanie : 310,28 $ contre 169,34 $, p = 0,002). Les participants atteints de multimorbidité ont engagé des frais médicaux significativement plus élevés en Tanzanie (Tanzanie : 207,33 $ contre 63,75 $, p = 0,002) qu'au Malawi (11,73 $ contre 3,52 $, p = 0,153). Les participants atteints de multimorbidité ont engagé des frais non médicaux significativement plus élevés au Malawi (22,54 $ contre 14,96 $, p = 0,030) qu'en Tanzanie (9,36 $ contre 12,36 $, p = 0,110). Il n'y avait pas de différence significative dans les coûts indirects. Le revenu mensuel avant l'hospitalisation et en hospitalisation était plus élevé pour les personnes atteintes de multimorbidité, mais la réduction de revenu n'était pas statistiquement significative. Français Les coûts catastrophiques étaient plus fréquents dans la multimorbidité (sans multimorbidité 5,5 %, avec multimorbidité 7,70 %, p = 0,485). Les participants atteints de multimorbidité avaient des scores d'utilité sanitaire plus faibles au départ en

Tanzanie (moyenne 0,276 contre 0,407, p = 0,05) mais pas au Malawi (0,417 contre 0,490, p = 0,12). À la fin (évaluation finale des participants dans le cadre de l'étude), l'utilité sanitaire est restée plus faible pour les personnes atteintes de multimorbidité (Malawi : 0,832 contre 0,917, p = 0,006 ; Tanzanie : 0,838 contre 0,914, p = 0,094).

Conclusion

Le poids économique (coût pour le patient) et l'impact de la multimorbidité sur l'utilité sanitaire sont considérables au Malawi et en Tanzanie, avec des différences significatives de coûts et de scores d'utilité sanitaire observées entre les individus atteints et non atteints de multimorbidité. La multimorbidité augmente les coûts médicaux, notamment en Tanzanie, et est associée à une moindre utilité sanitaire à l'admission. Des stratégies ciblées et adaptées au contexte sont nécessaires pour gérer la multimorbidité et optimiser les résultats sanitaires, l'utilisation des ressources et les priorités de financement.

Analyse de la viabilité budgétaire de la politique de gratuité des soins de santé maternelle et infantile du Burkina Faso

Alain Siri[1,2], Patrick Gueswendé Ilboudo[3]

(1) Institut des Sciences des Sociétés, Ouagadougou, Burkina Faso
(2) Secrétariat Exécutif de la Politique Nationale de Développement Economique et Social (SEN-PND), Ouagadougou, Burkina Faso
(3) Centre de recherche sur la population et la santé africaines, Nairobi, Kenya

Contexte

En Avril 2016, le Burkina Faso a mis en place un programme de soins de santé maternelle et infantile gratuits. Cette étude a examiné la viabilité financière de ce programme en examinant les moyens de financer efficacement sa mise en œuvre.

Méthodes

Une définition légèrement modifiée de l'espace budgétaire à quatre dimensions a été utilisée pour examiner la viabilité budgétaire du programme de soins de santé gratuits. Cette analyse a principalement utilisé des données secondaires provenant de diverses sources. L'analyse statistique comprenait une étude documentaire, une estimation du taux d'imposition optimal, une analyse de l'aide publique au développement et une analyse d'enveloppement des données pour évaluer l'efficacité de la prestation des services de santé.

Résultats

Dans le scénario 1, le programme de soins de santé gratuits consommera respectivement 14,60 % et 16.00%

du budget du ministère de la Santé en 2018 et 2023, soit 0,40 % et 0,50 % du PIB global au cours de ces années. Le fardeau du programme sera sensiblement plus faible dans les scénarios 2 et 3, allant respectivement de 11,70 % à 14,60 % et de 9,70 % à 14,60 % du budget du Ministère de la Santé. De plus, le taux d'imposition optimal estimé pour élargir l'espace budgétaire était de 24,00 %, ce qui indique qu'une légère augmentation des recettes fiscales totales suffirait à financer le programme. Les résultats ont également fait état d'un score d'efficacité technique moyen de 0,73 sur la période 2008-2018, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir des marges de manœuvre pour des économies supplémentaires.

Conclusion

Outre un engagement ferme du gouvernement, l'augmentation de la mobilisation des ressources nationales, la réduction des inefficacités dans le domaine des soins de santé et l'amélioration de la coordination des accords de financement conjoint sont des mesures essentielles pour assurer le financement des programmes.

Mots-clés

Santé maternelle, Santé infantile, Politique de santé gratuite, Fiscalité, Durabilité, Burkina Faso

Contribution du Fonds de Prestation de Soins de Santé de Base au Financement des Soins de Santé Primaires ; Une Analyse Approfondie de Deux États Nigérians

Precious Nwadire, Nkata Chuku, Alozie Ananaba, Vera Niniola, Joy Nnadozie and Amarachi Okike

Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Description

Les systèmes de santé nigérians, comme ceux d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire, ont été confrontés à des défis tels que le sous-financement et la répartition inéquitable des ressources pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU). En réponse à ces défis, le Fonds pour la fourniture de soins de santé de base (FFSSB) a été créé en 2014 dans le cadre de la loi nationale sur la santé. Le FFSSB est un modèle durable pour garantir l'équité et la protection des populations vulnérables contre les risques financiers, en garantissant l'accès à un ensemble minimal de services de santé. En finançant directement les établissements de soins de santé primaires (SSP), le FFSSB visait à remédier au sous-financement persistant, qui a eu un impact négatif sur la qualité des services fournis. HSCL a mené une étude pour évaluer la mise en œuvre du FFSSB dans les États de Gombe et de Yobe.

But et objectifs

Cette étude visait à évaluer l'impact du FFSSB sur le financement des SSP et les modèles de dépenses dans les SSP.

Méthode

L'étude a été menée auprès de 20 centres de santé primaires sélectionnés dans les trois districts sénatoriaux de chaque État. Elle a utilisé une approche mixte comprenant des méthodes de collecte de données qualitatives et quantitatives. Celle-ci comprenait l'extraction de données financières pour 2022, une analyse documentaire et des entretiens avec des informateurs clés afin de comprendre les pratiques de gestion financière et les habitudes de dépenses des centres de santé primaires.

Principales conclusions

En 2022, le revenu mensuel moyen du PHC était de 873 652 et 603 586 dans les États de Gombe et de Yobe respectivement. Le Fonds de prestation de soins de santé de base (FFSSB) est devenu la principale source de revenus des centres de santé primaires, contribuant respectivement à environ 38 % et 41 % dans les États de Gombe et de Yobe. Les autres sources comprennent les recettes provenant des frais médicaux, les recettes de capitation du régime d'assurance maladie de l'État, etc. Les dépenses mensuelles des centres de santé primaires s'élevaient à 844 235 et 514 882 nairas dans les États de Gombe et de Yobe respectivement. L'analyse des tendances des dépenses a révélé que les médicaments et les consommables médicaux absorbaient une part importante des budgets des SSP (50 % à Gombe et 39 % à Yobe). De plus, les dépenses ponctuelles liées aux agents de santé étaient importantes (15 % et 26 % à Gombe et Yobe, respectivement). Ces revenus et dépenses moyens suggèrent également que les SSP ont de faibles marges d'épargne, en particulier dans les États de Gombe, et sont vulnérables aux chocs financiers.

Conclusion

Le FFSSB s'est imposé comme un élément essentiel du financement des soins de santé primaires au Nigéria. Depuis sa création en 2019, le fonds a largement contribué à la viabilité financière des soins de santé primaires, constituant souvent une source de revenus importante. En élargissant l'espace budgétaire, le FFSSB a permis d'accroître les effectifs, d'améliorer les infrastructures et d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels. Cependant, la viabilité du FFSSB et son optimisation au sein des établissements de santé méritent d'être approfondies. Un effort concerté est nécessaire pour accroître le financement direct des soins de santé primaires, car c'est seulement ainsi que nous pourrons nous rapprocher de la CSU.

Évaluations économiques des interventions en matière de santé et de nutrition en Afrique

Analyse coûts-avantages des programmes d'enrichissement de l'huile comestible et de la farine de blé en Éthiopie : retour sur investissement

Elias Asfaw Zegeye *Josue Mbonigaba, Quentin Johnson*

Contexte et objectif

La malnutrition en micronutriments demeure un problème de santé publique majeur en Éthiopie, touchant la majeure partie de la population. L'objectif est d'évaluer et d'illustrer les impacts positifs potentiels de l'enrichissement sur l'économie et la santé publique éthiopiennes, et de mesurer l'investissement et son retour sur investissement dans les secteurs économique, sanitaire et social.

Méthodes

Un cadre d'analyse coûts-avantages est appliqué. Les coûts et les avantages de la farine de blé et de l'enrichissement alimentaire ont été mesurés en unités monétaires. Une approche mixte, composée de données primaires et secondaires (y compris une revue de la littérature pertinente), a été utilisée pour identifier, mesurer et évaluer les coûts et les avantages. Une validation supplémentaire des données d'entrée a été effectuée pour la liste des indicateurs de la modélisation ACB.

Résultats

Les pertes économiques annuelles estimées dues à l'anémie ferriprive, aux carences en acide folique et en vitamine A au sein de la population éthiopienne s'élèvent à 519 100 000 dollars (0,62 % du PIB estimé pour 2021). En 2020, un apport insuffisant en vitamine A a été responsable de plus de 2 750 décès et de plus de 50 000 000 dollars de pertes économiques. Plus de 11 millions d'enfants souffrent de carence en vitamine A. Au cours des dix prochaines années, cela entraînera plus de 32 000 décès, près de 600 millions de dollars de pertes et 127 millions d'enfants présentant un apport insuffisant en vitamine A.

Le ratio avantages-coûts (RAC) moyen pondéré est de 13,0. Autrement dit, chaque dollar investi dans l'enrichissement de la farine de blé en Éthiopie peut rapporter 13,00 dollars à l'économie grâce à une amélioration de la santé et à une productivité accrue de la population et de la main-d'œuvre. En supposant le coût estimé de l'enrichissement de l'huile sur 10 ans, chaque dollar investi dans l'enrichissement de l'huile végétale en Éthiopie a le potentiel de rapporter 2,75 dollars à l'économie éthiopienne. Un investissement combiné de 2 dollars dans les programmes d'enrichissement de la farine de blé et de

l'huile alimentaire rapportera 15,75 dollars à l'économie nationale.

Conclusion

Les effets positifs de l'enrichissement de la farine de blé et des huiles alimentaires sur la santé publique sont considérables. En Éthiopie, le programme d'enrichissement des aliments à base de farine de blé et d'huiles alimentaires a un impact positif sur le PIB du pays. Investir dans ce programme aura un impact positif sur la santé et le développement économique. Ce programme pourrait être appliqué à d'autres pays à faibles revenus.

Analyse des coûts du projet d'amélioration de la santé reproductive et de la nutrition des adolescents dans l'ouest du Hararghe, en Éthiopie

Hanna Gulema1, Alemayehu Worku2, Dagmawit Tewahido3, Nebiyou Fasil4 and Yemane Berhane4,

(1) Institut continental d'Addis de santé publique, Addis-Abeba, Éthiopie
(2) Université d'Addis-Abeba, Éthiopie
(3) Institut continental de santé publique d'Addis, Éthiopie
(4) Institut continental de santé publique d'Addis, Éthiopie.

Description

L'intensification d'interventions efficaces nécessite une analyse détaillée des coûts, non seulement en termes de dépenses financières immédiates, mais aussi en termes de durabilité et d'accessibilité à long terme. Pour être efficace, l'analyse des coûts doit également prendre en compte les coûts économiques « invisibles ». Seule une compréhension complète des implications financières permettra de garantir que les interventions restent abordables, adaptables et efficaces à long terme

Objectif

L'objectif de cette analyse des coûts est de fournir des informations permettant d'intensifier les interventions existantes et de déterminer la durabilité et l'accessibilité financière de projets similaires.

Méthode

Les données de coût ont été analysées à l'aide de la méthode des coûts par activités, et les coûts totaux et unitaires ont été calculés pour trois interventions : l'Association villageoise d'épargne et de crédit, l'Analyse et action sociales et l'intervention gouvernementale. Deux ensembles de données ont été utilisés pour l'analyse : les dépenses réelles du projet et le modèle d'estimation des coûts. Afin de comparer les dépenses réelles du projet, un modèle d'estimation des coûts a été développé, intégrant l'aspect économique du projet selon une procédure standard. L'horizon temporel considéré dans ce rapport

d'analyse des coûts s'étend d'octobre 2016 à février 2020, soit une durée totale de 41 mois.

Résultat

Le coût unitaire par adolescente et par groupe pour l'Association Villageoise d'Épargne et de Crédit, basé sur le modèle de coût, s'est élevé respectivement à 14 $ US et 317 $ US. Cependant, les dépenses financières réelles, par adolescente et par groupe, étaient de 33 $ US et 719 $ US. Au niveau individuel, le coût unitaire pour l'intervention en matière de santé sexuelle et reproductive et de nutrition, et de compétences de vie était de (276 $ US) par groupe et de 13 $ US par individu, respectivement. Cependant, les dépenses réelles étaient de 351 $ US et de 16 $ US, respectivement, pour le groupe et l'individu.

Le coût unitaire estimé de l'analyse et de l'action sociales s'élève à 1 1344 USD et 46 USD par groupe et par personne. En revanche, les dépenses réelles se sont élevées respectivement à 825 USD et 28 USD par groupe et par personne.

Une intervention au niveau gouvernemental de 5 357 $ US et de 4 643 $ US par kebele a été constatée respectivement dans le modèle de dépenses réelles et dans le modèle d'estimation.

Conclusion

Le coût de mise en œuvre d'un programme est important pour les décisions d'extension futures. Cependant, s'appuyer sur des données financières réelles peut induire en erreur quant à l'ampleur des coûts de mise en œuvre, car elles ne tiennent pas compte de la valeur non monétaire des ressources. C'est l'une des raisons de la différence entre les rapports de coûts basés sur les dépenses financières réelles et ceux basés sur le modèle d'hypothèses de coûts de ce rapport.

Étude des dépenses liées à la prise en charge de la santé des patients hypertendus dans les zones urbaines du Burkina Faso.

Rosemonde Maïmouna Guissou

Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso

Introduction

L'hypertension, en plus d'être la maladie chronique non transmissible (MCNT) la plus répandue au monde, est également un facteur de risque commun à d'autres MCNT majeures. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, dont le Burkina Faso, on sait peu de choses sur le coût de la prise en charge de l'hypertension pour les ménages. L'analyse des coûts de la maladie est néanmoins essentielle pour fournir des données probantes aux décideurs politiques afin d'orienter l'allocation des ressources et de réduire la charge de morbidité et d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins. Nous analysons les coûts de la prise en charge des patients hypertendus en milieu urbain au Burkina Faso.

Méthode

Une étude transversale a été menée dans la ville de Ouagadougou du 2 novembre au 13 décembre 2023. En utilisant une méthode d'étude du coût de la maladie, 429 patients hypertendus des secteurs de santé public (249) et privé (180) du district sanitaire de Bogodogo ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire structuré. Nous présentons les coûts médians et les intervalles interquartiles. Les coûts ont été comparés entre les deux secteurs à l'aide du test de Wilcoxon-Mann Whitney.

Résultats

Les coûts mensuels de la prise en charge de l'hypertension, qui comprennent principalement le traitement (moderne et/ou traditionnel et/ou alternatif) et la mesure de la tension artérielle, avaient une valeur médiane de 20,95 USD [12,37-37,11]. Certains répondants avaient fait face à d'autres types de dépenses liées à leur hypertension au cours des 12 derniers mois précédant l'entretien : hospitalisations (pour 16,32 %) avec un coût médian de 268,35 USD [56,08 - 659,72] et d'autres types de dépenses (dont 134/154 étaient des examens de laboratoire et/ou d'imagerie) pour un coût médian de 54,84 USD [32,99 - 116,19]. 43,82 % des répondants avaient une ou plusieurs autres maladies cardio-vasculaires non vasculaires dont le coût médian mensuel de prise en charge était de 3,30 USD [0 - 15,61]. De plus, le coût total médian de la dernière visite chez le médecin était de 17,24 USD [8,91 - 44,20].

Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les secteurs privé et public, à l'exception des autres dépenses liées à la gestion de l'hypertension au cours des 12 derniers mois et des coûts de la dernière visite chez le médecin qui étaient plus élevés dans le secteur privé, ainsi que des autres dépenses mensuelles de gestion des maladies chroniques non transmissibles qui étaient plus élevées dans le secteur public.

Conclusion

Si l'absence de différence significative entre les coûts mensuels de prise en charge des patients hypertendus dans les deux secteurs reflète une harmonisation des traitements dispensés à tous, des interrogations subsistent quant au poids de ces coûts sur les ménages dans un pays où le salaire minimum fixe est de 74,22 USD.

Cela renforce la pertinence de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle souhaitée par le pays.

Évaluation économique des interventions auprès des aidants pour les enfants ayant des troubles du développement : une revue exploratoire

Angela Kairu[1], Edwin Dzoro[2], Vibain Angwenyi[2], Charles Newton[3], Charlotte Hanlon[4], Rosa Hoekstra[5], Amina Abubakar[2] and Edwine Barasa[6]

(1) Programme de recherche KEMRI Wellcome Trust, Unité de recherche en économie de la santé (HERU), Nairobi, Kenya
(2) Université Aga Khan, Institut pour le développement humain, Nairobi, Kenya
(3) Programme de recherche KEMRI Wellcome Trust, Unité de neurosciences, Kilifi, Kenya

(4) Université d'Édimbourg, Deanery of Clinical Sciences Centre for Clinical Brain Sciences, Édimbourg, Royaume-Uni
(5) Kings College London, Département de psychologie, Institut de psychiatrie, de psychologie et de neurosciences, Londres, Royaume-Un
(6) Unité de recherche en économie de la santé, Programme de recherche KEMRI Wellcome Trust, Nairobi, Kenya

Introduction

Les familles africaines ayant des enfants présentant des troubles du développement (TD) sont confrontées à de nombreux défis, notamment l'isolement social, la stigmatisation et la pauvreté. La plupart des enfants atteints de TD ne sont pas identifiés et ne bénéficient d'aucun soutien formel. Les interventions auprès des aidants sont des modèles d'éducation et de formation destinés aux aidants d'enfants présentant des TD, dont la mise en œuvre s'est avérée adaptable et peu intensive. Cependant, les données d'évaluation économique des interventions auprès des aidants pour les TD, essentielles à une allocation efficace des ressources, sont limitées. Cette revue visait à décrire la nature des données disponibles et les aspects méthodologiques des évaluations économiques des interventions auprès des aidants pour les TD.

Méthodes

Cette revue de la littérature a utilisé le cadre d'Arksey et O'Malley et s'est alignée sur l'extension PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Sept bases de données électroniques, la littérature grise et les références citées ont été systématiquement consultées afin d'identifier les études éligibles portant sur les évaluations économiques des interventions auprès des aidants d'enfants présentant des troubles de l'attention (TA), publiées entre 1993 et 2023. La qualité des études incluses a été évaluée à l'aide de la liste de contrôle Drummond. Les données ont été systématiquement extraites, tabulées et synthétisées qualitativement par analyse thématique inductive.

Résultats

Les recherches ont produit 7453 articles. Trente études répondaient aux critères d'inclusion et portaient sur les interventions auprès des soignants pour les troubles des conduites (n = 8), les troubles du spectre autistique (n = 6), les troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (n = 5), les comportements perturbateurs (n = 5), les problèmes de comportement (n = 3), les troubles anxieux (n = 2) et les retards de langage (n = 1). L'approche d'évaluation économique la plus utilisée était les modèles basés sur des essais (n = 22), suivis des modèles d'analyse décisionnelle (n = 6). Les méthodes n'étaient pas explicitement mentionnées dans 2 études. Les analyses d'évaluation économique comprenaient une analyse coût-efficacité (n = 13), l'établissement des coûts (n = 8), l'analyse coût-utilité (n = 4), l'analyse coût-bénéfice (n = 1), l'analyse des seuils (n = 1) et des analyses combinées (n = 3). Sept études ont rapporté que les interventions étaient rentables, six études ont rapporté que l'intervention était économique et une a identifié les coûts des soignants comme un facteur de coût. Les principaux défis méthodologiques identifiés étaient liés à l'établissement des coûts, à la mesure des résultats chez les enfants et à l'horizon temporel approprié pour la modélisation.

Conclusion

Les interventions auprès des aidants naturels démontrent une rentabilité, et les données probantes disponibles soutiennent l'adoption des interventions évaluées. De plus, cette revue a identifié des défis méthodologiques clés et mis en évidence des pistes de recherche supplémentaires pour remédier à ces

limites. Les interventions auprès des aidants naturels constituent une piste prometteuse pour améliorer l'accès et réduire les coûts associés aux services de santé pour les enfants présentant des troubles de l'attention. Prioriser davantage d'études d'évaluation économique dans ce domaine permettrait d'éclairer la prise de décision en matière d'allocation efficace des ressources et de promouvoir l'inclusion et l'accès équitable aux services pour les enfants présentant des troubles de l'attention au sein du système de santé.

Coûts économiques associés à la perte auditive en Afrique du Sud

Winfrida Mdewa

SAMRC/Wits Centre for Health Economics and Decision Science - PRICELESS SA, Comet (1459), Afrique du Sud

Description

La perte auditive congénitale constitue un problème de santé publique majeur en Afrique du Sud. Elle est influencée par divers facteurs génétiques, environnementaux et liés aux soins de santé. Sa prévalence en Afrique du Sud est estimée entre 3 et 6 pour 1 000 naissances vivantes, un taux supérieur à celui de nombreux pays à revenu élevé, mais cohérent avec les taux observés dans d'autres régions d'Afrique. La prévalence mondiale croissante de la perte auditive est coûteuse, tant en termes de santé et de bien-être des personnes concernées que de pertes financières liées à leur exclusion des moyens de communication, de l'éducation et de l'emploi. Les études menées à ce jour ont porté sur les causes, la prévalence et la nécessité ou la faisabilité d'interventions potentielles pour lutter contre la perte auditive en Afrique du Sud, mais aucune tentative n'a été faite pour estimer le fardeau économique de la perte auditive pour le pays.

Objectifs visés

L'objectif de cette étude était d'estimer les coûts économiques et les années de vie ajustées sur l'incapacité associés à la perte auditive congénitale en Afrique du Sud.

Objectifs

Estimer les coûts sociétaux à vie associés à la perte auditive congénitale en Afrique du Sud

Méthodes

Nous avons construit un modèle de survie de cohorte pour estimer les coûts sociétaux de la perte auditive congénitale sur toute la durée de vie. Nous avons estimé les coûts directs des soins de santé, les coûts de l'éducation et les pertes de productivité. Les données du modèle sont issues d'une revue de la littérature et de consultations d'experts. Les analyses ont été réalisées dans Microsoft Excel, avec une analyse de sensibilité sur certains paramètres.

Principales conclusions

La perte auditive congénitale devrait coûter à la société 1 040 218,06 ZAR au cours de la vie d'un individu. La plupart de ces pertes (54 %) sont dues à une baisse de productivité au travail et à l'éducation spécialisée. Les ressources en éducation spécialisée pour les enfants sourds contribuent à 43 % du coût total à vie. Les coûts directs des soins de santé associés à la perte auditive s'élevaient à environ 366 millions de rands ZAR et ne représentaient que 3 % du coût total à vie.

Conclusion principale

En Afrique du Sud, la perte auditive engendre des coûts économiques considérables. Les interventions auprès de la petite enfance, telles que le dépistage et le diagnostic précoces chez les nouveau-nés, les aides techniques et l'orthophonie, peuvent réduire les coûts particulièrement élevés liés à l'apparition prélinguale d'une déficience auditive sévère à profonde et générer un retour sur investissement substantiel.

Une analyse des coûts d'une intervention de santé en milieu scolaire portant sur la santé menstruelle et la gestion de l'hygiène dans les écoles secondaires en Ouganda : un essai contrôlé randomisé en grappes en milieu scolaire.

Stephen Lagony[1], Daria Bucci[2], Rebecca Prah[3], Levicatus Mugenyi[4], Kate Nelson[2], Edward Obicho[4], Helen Weiss[2] and Giulia Greco[2]

(1) Unité de recherche MRC/UVRI et LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda
(2) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres, Royaume-Uni
(3) École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Londres
(4) Unité de recherche MRC/UVRI et LSHTM Ouganda, Entebbe, Ouganda

Introduction

Une mauvaise santé menstruelle (SM) est associée à l'absentéisme scolaire des filles. Les données probantes sur les coûts et la rentabilité des interventions visant à améliorer la gestion de la santé menstruelle dans les contextes à faibles ressources sont limitées. Les directives scolaires du gouvernement ougandais sur la santé menstruelle recommandent la mise à disposition de toilettes propres et privées, un approvisionnement régulier en eau et en savon, un approvisionnement d'urgence en serviettes hygiéniques, des analgésiques et la formation des enseignants. Malgré cela, des études antérieures ont montré que ces directives ne sont pas bien appliquées. Nous avons évalué l'impact d'une intervention scolaire à composantes multiples (MENISCUS) sur les résultats en matière d'éducation, de santé et de bien-être dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé en grappes mené dans soixante écoles secondaires en Ouganda. Trente écoles ont été randomisées pour bénéficier de l'intervention MENISCUS. L'intervention MENISCUS comprend la formation des enseignants à l'éducation à la puberté, des sketches, la fourniture de kits d'hygiène menstruelle aux filles, la fourniture d'analgésiques, une formation aux techniques de gestion de la douleur et l'amélioration des installations scolaires de base en eau, assainissement et hygiène.

Objectifs et buts

- estimer le coût total différentiel de la mise en place et du fonctionnement de l'intervention MENSICUS
- estimer le coût unitaire par élève atteint
- estimer le coût de l'extension de l'intervention à toutes les écoles en Ouganda.

Méthodes

Un cadre de calcul des coûts a été développé pour identifier les centres de coûts pour l'intervention MENISCUS et une approche de calcul des coûts basée sur les ingrédients a été utilisée pour collecter les coûts d'installation et de mise en œuvre. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de l'intervention. Les coûts ont été collectés du point de vue des prestataires. Les coûts financiers et économiques ont été identifiés à partir des comptes du projet et des données d'évaluation des processus, puis évalués à l'aide d'une feuille de calcul Excel. Tous les coûts de recherche ont été exclus. Les coûts ont été collectés en shillings ougandais et convertis en dollars américains de 2023 en utilisant le taux de change de la Banque d'Ouganda de 1 $ US = 3 662 UGX. Les coûts d'investissement ont été annualisés en utilisant le taux d'actualisation de la Banque d'Ouganda de 11 %. Les coûts ont été déclarés en utilisant les directives de déclaration de la liste de contrôle des normes de rapport d'évaluation de l'économie de la santé consolidée (LCNREESC)de 2022.

Principales conclusions

Le coût total différentiel de mise en place de l'intervention s'est élevé à 40 990 USD et son coût de fonctionnement annuel à 181 503 USD, soit un coût unitaire de 6 050 USD par école, 44 USD par élève ou 85 USD par élève. Le coût de son extension s'élève à 22 140 814 USD.

Conclusion

Cette étude a fourni une estimation des coûts de mise en œuvre d'interventions en matière de santé menstruelle en milieu scolaire, dans un contexte aux ressources limitées où elles n'existaient pas auparavant. Les données issues de cette étude éclaireront la programmation et la budgétisation des interventions en matière de santé menstruelle.

Transitions de gouvernance et de financement pour la couverture sanitaire universelle en Afrique

14h00-15h30 vendredi 3 mars 2025

Une analyse institutionnelle de la gouvernance des hôpitaux secondaires au Nigéria

Ajibola Ogunsola and Karen Grépin

Université de Hong Kong, Hong Kong, Hong Kong

Contexte

La responsabilité des soins secondaires, y compris les fonctions liées à la gestion des hôpitaux dispensant ces soins, a été déléguée aux États nigérians depuis au moins les années 1980. Pour gouverner ces hôpitaux secondaires, les États eux-mêmes se sont appuyés sur une forme de structure de gestion décentralisée. Les conseils de gestion hospitalière (HMB), entités semi-autonomes, ont été créés pour formuler des règles de fonctionnement qui servent de guide à la prise de décision au niveau des hôpitaux. Les résultats des processus de gouvernance dans un tel arrangement sont susceptibles d'être déterminés, entre autres, par trois variables institutionnelles : la conception des règles de fonctionnement ; le niveau de congruence dans l'interprétation/compréhension de ces règles ; et le degré de conformité à ces règles, assuré par le suivi et les sanctions.

Objectif

Cette étude vise à comprendre les processus de gouvernance des hôpitaux secondaires au Nigéria en examinant les présentations des variables institutionnelles identifiées ci-dessus dans le contexte de l'étude.

Méthode

Nous utilisons le cadre d'analyse et de développement institutionnels d'Ostrom comme cadre théorique et adoptons une approche comparative. Les cas ont été sélectionnés à l'aide d'une mesure de la performance bureaucratique afin d'évaluer l'environnement institutionnel, en partant du principe que l'environnement prédominant est susceptible d'exercer une influence importante sur la façon dont nos facteurs institutionnels se présentent. Deux cas [états] extrêmes – de bonne et de mauvaise performance bureaucratique – ont été sélectionnés afin de nous permettre d'identifier des contrastes importants et utiles. Dans les deux contextes d'étude, nous avons mené des entretiens approfondis avec des bureaucrates au niveau des HMB et des hôpitaux. Nous nous sommes concentrés sur les personnes impliquées dans les activités courantes, notamment l'approvisionnement en médicaments, le financement et la gestion des ressources humaines.

Principales conclusions

Les analyses préliminaires ont révélé des différences notables entre les cas dans la conception des règles, notamment dans leurs composantes. Nous avons constaté que le suivi était inadéquat dans les deux contextes, mais nous avons constaté des stratégies différentes adoptées par les contrôleurs lorsque les ressources nécessaires au suivi étaient insuffisantes. Par exemple, le rationnement des visites de suivi et le recours à la menace de visites ont été utilisés. Les analyses ont également révélé que les mutations de personnel constituaient un instrument de sanction courant dans nos deux contextes.

Conclusion

Nos analyses contribuent à une meilleure compréhension des processus de gouvernance dans la littérature sur les systèmes de santé. Dans le contexte de l'étude, nous identifions les domaines dans lesquels des réformes institutionnelles pourraient s'avérer nécessaires et proposons des recommandations quant à la forme que pourraient prendre ces réformes.

Évaluation rapide de la gouvernance et de la coordination du programme de ressources humaines en santé communautaire du Nigéria : Influenceurs, prestataires et services de santé communautaire (IPSSC)

Abolade Oyelere, Kimberly Idoko, Yewande Ogundeji

Fondation pour la stratégie et la prestation de soins de santé, FCT, Nigéria

Description

Le programme Community Health Influencers, Promoters & Services-CHIPS (Influenceurs, prestataires et services de santé communautaire (IPSSC)) est le programme phare du Nigéria en matière de personnel de santé communautaire, lancé en février 2018 dans le but déclaré de combler les lacunes en matière d'accès aux soins de santé, d'améliorer le continuum des soins, de relier les ménages aux systèmes de santé, de compléter les systèmes de données nationaux, d'améliorer les résultats en matière de santé et de renforcer la composante communautaire des soins de santé primaires (SSP).

But

L'objectif de l'évaluation était de cerner les lacunes, les besoins, les défis et les meilleures pratiques en matière de leadership, de politiques et de supervision de soutien du programme CHIPS dans le but de générer, d'affiner et d'aligner les idées pour combler les lacunes et les défis identifiés.

Méthodologie

L'évaluation était qualitative. Elle comportait une analyse documentaire du processus et des documents opérationnels, des directives et des outils du programme IPSSC, ainsi que des entretiens avec des informateurs clés, notamment des cadres supérieurs de l'unité de mise en œuvre du programme IPSSC (UMP) et des coordinateurs IPSSC des États, sur les lacunes, les besoins, les défis, les meilleures pratiques, etc., en matière de leadership, de politiques et de supervision formative du programme.

Principales conclusions

01 La coordination entre l'UMP et les structures qui la surplombent et la subdivisent peut, au mieux, être décrite comme un chantier en cours. Dans les États, le niveau d'implication des secrétaires exécutifs des agences de développement des soins de santé primaires dans l'appropriation et la supervision des programmes varie, mais laisse également une marge de progression considérable. Cet écart est dû en partie à un manque d'orientation sur leurs rôles au sein du programme.

02 Sur le plan politique, l'Unité nationale de planification et d'évaluation (UMP) a déployé des efforts considérables pour garantir un environnement politique dynamique, grâce à l'existence de politiques, de lignes directrices et d'outils couvrant la quasi-totalité des aspects du programme IPSSC. Cependant, le processus visant à amener les utilisateurs finaux à pleinement internaliser et

02 mettre en œuvre ces politiques et lignes directrices pourrait être bien plus efficace qu'il ne l'est actuellement.

03 À tous les niveaux, et particulièrement aux niveaux inférieurs, l'exercice de la supervision formative est confronté à des problèmes de rareté et d'inadéquation. Cela s'explique par diverses raisons, allant du financement insuffisant à la multiplicité des outils de supervision, décrite par certains superviseurs comme complexe, en passant par les priorités concurrentes entre les superviseurs, le manque d'adéquation et de compétence entre les superviseurs, etc.

Conclusion

L'unité nationale de planification et d'intervention (UNPI) doit prendre des mesures concrètes pour renforcer ses mécanismes de communication, ses interactions régulières et sa visibilité auprès des acteurs et structures nationaux et infranationaux concernés. À l'avenir, un programme IPSSC 2.0 pourrait être envisagé avec l'engagement total des États, appuyé par des preuves démontrant clairement le coût de l'absence d'investissement dans le programme IPSSC.

La couverture sanitaire universelle dans le contexte de sa transition épidémiologique et financière en Côte d'Ivoire

Zohore Olivier Koudou[1], Kouamé Gérald N'guessan[2]

(1) Université Félix Houphouet Boigny, ABIDJAN, Côte d'Ivoire, Côte d'Ivoire
(2) Ecole Supérieure de Commerce, Abidjan, Côte d'Ivoire

Contexte

Conformément à l'engagement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU), la Côte d'Ivoire s'efforce de réduire les dépenses à la charge des patients et d'améliorer l'étendue de l'accès et la qualité des services de santé en augmentant la population couverte, les services couverts et la proportion des coûts couverts.

Malgré des efforts considérables, les progrès vers la CSU en Côte d'Ivoire sont lents. Le faible niveau de financement de la santé publique et la forte dépendance à l'aide extérieure sont préoccupants compte tenu des transitions imminentes des donateurs et de la réduction des financements extérieurs concessionnels pour la santé. Ce retard dans les progrès vers la CSU est en outre menacé par quatre transitions sanitaires interdépendantes : l'évolution démographique, la charge de morbidité, l'aide au développement pour la santé et le financement national de la santé. Dans le contexte de ces transitions, la réalisation de la CSU nécessite des efforts et une collaboration intentionnelle entre de multiples acteurs de l'écosystème de la santé.

Objectifs

Cette étude visait à évaluer la capacité de la Côte d'Ivoire à financer et à piloter le programme de couverture sanitaire universelle (CSU) dans le contexte de l'évolution des conditions sanitaires et des besoins en ressources liés aux maladies, aux transitions démographiques et aux transitions financières. La Côte d'Ivoire traverse actuellement des transitions dans son système de santé, notamment le double fardeau des maladies infectieuses et non transmissibles, et le passage d'une aide concessionnelle des donateurs à un financement national de la santé. Ces transitions auront une incidence sur la réalisation de la CSU en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative, comprenant des entretiens semi-directifs avec les parties prenantes concernées au niveau national en Côte d'Ivoire. Les données issues des entretiens ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique.

Résultats

Les lacunes en matière de capacités identifiées par les répondants comprenaient des connaissances limitées pour mettre en œuvre les régimes d'assurance maladie au niveau infranational, une mauvaise gestion des informations et des données pour suivre les progrès vers la CSU, ainsi qu'une communication et une collaboration interinstitutionnelles limitées entre les agences gouvernementales et les ministères. De plus, les participants à notre étude ont indiqué que les politiques actuelles qui sous-tendent les réformes majeures de la santé, comme la loi nationale sur la santé (fonds de base pour les soins de santé), semblent théoriquement suffisantes pour soutenir les progrès de la CSU, mais que leur mise en œuvre constitue un défi majeur en raison du manque de sensibilisation aux politiques, de la faiblesse des dépenses publiques en matière de santé et de la faible production de données probantes pour étayer les décisions.

Conclusion

Notre étude a révélé d'importantes lacunes en matière de connaissances et de capacités pour promouvoir la CSU dans le contexte des transitions démographiques, épidémiologiques et financières de la Côte d'Ivoire. Parmi celles-ci, on peut citer une méconnaissance des transitions démographiques, une faible capacité de mise en œuvre de l'assurance maladie aux niveaux infranationaux, la faiblesse des dépenses publiques de santé, une mauvaise mise en œuvre des politiques et un manque de communication et de collaboration entre les parties prenantes. Pour relever ces défis, des efforts collaboratifs sont nécessaires pour renforcer les connaissances.

Perspectives économiques et comportementales sur le paludisme et les problèmes de santé qui y sont liés en Afrique

14h00-15h30 Vendredi 3 Mars 2025

Le poids économique et les coûts dévastateurs des soins de santé pour les enfants souffrant de drépanocytose dans les foyers des régions endommagées par le paludisme : aperçu de l'Ouganda et du Malawi

Kamya Carol [1], Idro Richard [2], Kalibbala Dennis [4], Kamija Phiri [3,5], Gondwe Nkosi Thandile [3,5], Akun Pamela [2], Kirikumwino Joanita, [4] Kaarboe Oddvar [1], Robberstad Bjarne[1]

(1) Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, Bergen, Norvège
(2) Département de pédiatrie et de santé infantile, Collège des sciences de la santé de l'Université Makerere, Kampala, Ouganda
(3) École de santé mondiale et publique, Université des sciences de la santé de Kamuzu, Blantyre, Malawi
(4) Global Health Uganda, Kampala, Ouganda
(5) Unité d'excellence de formation et de recherche, Blantyre, Malawi

Description

Les maladies chroniques telles que la drépanocytose (SCA) entraînent fréquemment des dépenses de santé catastrophiques, souvent à la charge des patients. Il existe peu de données probantes sur le fardeau économique des enfants atteints de SCA, en particulier dans les régions d'endémie palustre. Cette étude visait à évaluer le fardeau économique des ménages atteints de SCA et l'incidence de ces dépenses de santé catastrophiques en Ouganda et au Malawi.

Méthodes

Cette étude de cohorte prospective s'inscrivait dans un essai clinique portant sur des alternatives de chimioprévention du paludisme, par la dihydroartémisinine-pipéraquine hebdomadaire ou la sulfadoxine-pyriméthamine mensuelle, chez des enfants atteints d'anémie falciforme en Ouganda et au Malawi. Les participants étaient des enfants âgés de 6 mois à 15 ans, soignés dans des hôpitaux sélectionnés. Le fardeau économique de la drépanocytose a été déterminé en estimant le coût de la maladie du point de vue des ménages, en évaluant et en additionnant les coûts directs et indirects. Nous avons ajusté des modèles de régression quantile afin d'identifier les facteurs associés aux coûts directs et indirects.

Résultats

Sur les 723 enfants inscrits atteints de drépanocytose, 437 venaient d'Ouganda et 286 du Malawi. L'âge moyen était respectivement de 7,3 ans (ET 3,9) et de 8,0 ans (ET 4,1). Les coûts annuels médians étaient de 2 433 USD (ET 2 206) en Ouganda et de 614 USD (ET 1 042) au Malawi. Les principaux contributeurs au fardeau économique étaient les coûts médicaux directs en Ouganda, tandis qu'au Malawi, les coûts indirects prévalaient, car tous les coûts médicaux directs sont pris en charge par le gouvernement. Il y avait une association significative entre les coûts directs et l'indice de richesse, montrant une corrélation négative. De plus, les coûts directs présentaient une association positive avec les épisodes de paludisme. En revanche, les coûts indirects étaient positivement corrélés aux taux d'hospitalisation et à l'indice de richesse. L'indice de concentration (IC) et les courbes de concentration ont révélé une distribution pro-riche avec des valeurs de -0,12 (SE = 0,00, P < 0,00) au Malawi et de -0,23 (SE = 0,02, P < 0,000) en Ouganda.

Cela suggère que les patients issus de ménages plus pauvres supportent des coûts directs plus élevés. Tous les ménages ont subi des dépenses de santé catastrophiques, le quartile le plus pauvre ayant l'incidence la plus élevée à différents seuils.

Conclusion

Les ménages ayant des enfants atteints de drépanocytose engagent des dépenses élevées qui, pour une part importante d'entre eux, sont considérées comme catastrophiques. L'incidence du paludisme, les hospitalisations et l'indice de richesse sont les principaux facteurs prédictifs de la variabilité des coûts. Il est nécessaire d'alléger le fardeau des dépenses élevées des ménages les plus pauvres, notamment en Ouganda.

Le rôle de la perception du risque et des réseaux sociaux dans les comportements préventifs contre le paludisme à Zambèze, Namibie

Bryony Simmons1, Davis Mumbengegwi2, Alfred Mukong2, Elisa Sicuri3 and Lesong Conteh4

(1) London School of Economics & Political Science, Londres, Royaume-Uni
(2) Université de Namibie, Windhoek, Namibie
(3) Institut de Barcelone pour la santé mondiale, Barcelone, Espagne
(4) London School of Economics & Political Science, Londres, Angleterre, Royaume-Uni

Introduction

Le paludisme demeure un enjeu majeur de santé publique, notamment en Afrique subsaharienne. Dans la région du Zambèze, en Namibie, la transmission du paludisme persiste malgré les objectifs d'élimination. Des mesures préventives telles que les moustiquaires, la prévention des moustiques et la pulvérisation intra domiciliaire de pesticides peuvent atténuer le risque de paludisme, mais leur efficacité dépend de leur adoption et de leur respect. Comprendre les facteurs qui influencent les comportements préventifs est essentiel pour optimiser les stratégies de lutte contre le paludisme. Cette étude examine comment les caractéristiques individuelles, la perception du risque et les caractéristiques et comportements préventifs des réseaux sociaux des individus contribuent à l'adoption de mesures préventives contre le paludisme.

Objectifs

Examiner l'impact de la perception du risque et des réseaux sociaux sur l'adoption de comportements spécifiques de prévention du paludisme chez les individus à Zambèze, en Namibie.

Méthodes

Une enquête auprès des ménages a été menée dans deux régions de la province du Zambèze, en Namibie (août 2022-avril 2023). Les répondants (18 ans ou plus ; n = 1009) ont été interrogés sur leur risque

perçu de paludisme (échelle de 0 à 10), les méthodes de prévention utilisées et les données démographiques. Deux comportements préventifs ont été examinés : l'utilisation de moustiquaires et l'utilisation d'autres barrières physiques pour éviter les moustiques (c'est-à-dire rester à l'intérieur la nuit ou fermer/utiliser des moustiquaires sur les portes et les fenêtres). Le réseau social d'un individu a été défini comme les individus vivant dans le même village. Des modèles de régression Probit et des moindres carrés ordinaires (MCO) ont été utilisés pour estimer les comportements préventifs individuels en fonction de la perception et des caractéristiques du risque au niveau individuel, ainsi que des comportements préventifs moyens au niveau du groupe et des caractéristiques des autres membres du même réseau social.

Principales conclusions

La majorité de la population a déclaré utiliser des moustiquaires (moyenne = 0,781, ET = 0,413), tandis que la proportion utilisant d'autres barrières physiques était plus faible (moyenne = 0,233, ET = 0,423). Les résultats suggèrent que l'utilisation moyenne de moustiquaires au sein du réseau social d'un individu n'était pas prédictive de l'utilisation individuelle de moustiquaires. Inversement, l'utilisation d'autres barrières physiques était significativement influencée par les comportements du réseau social. Lorsque l'on considérait uniquement les facteurs au niveau individuel, la perception individuelle du risque était associée à une utilisation accrue d'autres barrières physiques, mais pas à l'utilisation de moustiquaires.

Conclusion

Les résultats soulignent l'importance de la perception individuelle du risque et des réseaux sociaux dans l'élaboration des comportements de prévention du paludisme. L'absence de lien entre l'utilisation de moustiquaires par l'entourage d'un individu et sa propre utilisation suggère que d'autres facteurs, comme la disponibilité des moustiquaires, pourraient jouer un rôle.

Coûts d'opportunité potentiels pour les ménages d'enfants qui recevront un vaccin contre le paludisme dans le cadre du PEV au Burkina Faso et au Mali

Fadima Yaya Bocoum[1], Halimatou Diawara[2], Seydou Traore[3], Rosemonde Maïmouna Guissou[4], Seydou Yabre[5], Fatoumata Koita[3], Alassane Dicko[3] and Ranju Baral[6]

(1) Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso,
(2) Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako - Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme, Mali, Bamako, Mali
(3) Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (MRTC), Mali
(4) Université Thomas Sankara, Gampela, Burkina Faso,
(5) Université Thomas SANKARA, Burkina Faso
(6) PATH, Seattle, WA

Conclusion

L'introduction d'un vaccin antipaludique aura des répercussions économiques tant sur les systèmes de

santé que sur les ménages ayant des enfants de moins de 5 ans, qui sont les bénéficiaires visés par ce vaccin. L'évaluation des coûts d'opportunité liés à l'utilisation d'un vaccin antipaludique multidose pour leurs enfants est importante pour comprendre le rapport coût-bénéfice complet de cette intervention vitale. Nous estimons ici les coûts pour les ménages associés à la vaccination antipaludique des jeunes enfants au Burkina Faso et au Mali.

Méthode

Nous avons utilisé un questionnaire structuré auprès des parents/aidants adultes d'enfants sortis des établissements de santé après avoir bénéficié d'autres services de vaccination infantile, ces derniers servant de substitut au vaccin antipaludique. Les données ont été collectées auprès de 104 aidants dans 8 établissements de santé des districts sanitaires de Nongre-Masson et Nanoro au Burkina Faso ; et auprès de 100 aidants dans 7 établissements de santé des districts sanitaires de Bougouni et Diema au Mali. Les coûts directs (transport, nourriture, etc.) et indirects (perte de revenus due au temps perdu pour les déplacements et les temps d'attente, par exemple) pour les ménages ont été estimés.

Résultats

La plupart des aides- soignants se rendaient à l'établissement de santé à pied ou à vélo (70,2 % au Burkina Faso et 66 % au Mali). Aucun des répondants n'a déclaré avoir effectué de paiement direct pour recevoir des services de vaccination au Burkina Faso. Au Mali, 2,2 % des soignants ont engagé des paiements pour la visite, en particulier pour la carte de vaccination et/ou les gants. En moyenne, les soignants ont passé 144 minutes au Burkina Faso et 101 minutes au Mali entre leur arrivée à l'établissement de santé et la fin de la visite. Le coût total par épisode de vaccination pour les ménages a été estimé à 3,10 $ US au Burkina Faso et à 3,03 $ US au Mali. La perte de revenus était le principal facteur de coût pour les ménages, représentant plus de 85 % du coût dans les deux pays. Les frais de transport constituaient en moyenne 8,6 % et 12 % du coût total pour les ménages au Burkina Faso et au Mali, respectivement.

Conclusion

Le coût d'opportunité du temps perdu pour l'accès des enfants à la vaccination est considérable. Cela souligne l'importance de tirer parti des consultations existantes dans les établissements de santé pour l'administration du vaccin antipaludique, lorsque cela est possible.

Coûts financiers et économiques du traitement du paludisme dans un établissement de santé public au Nigéria : données d'un centre médical universitaire

Charles C Ezenduka *Campus d'Enugu de l'Université du Nigéria*

Contexte/Objectif

Le paludisme demeure l'une des principales causes de décès et d'invalidité au Nigéria, représentant un

lourd fardeau économique pour la population. Les données actuelles sur les coûts de traitement des établissements restent essentielles pour améliorer l'efficacité des décisions d'allocation des ressources et ainsi améliorer la lutte contre le paludisme et son élimination. Cette étude a estimé les coûts financiers et économiques du traitement du paludisme non compliqué dans un établissement de santé public au Nigéria.

Méthodes

Une étude du coût de la maladie a été utilisée pour estimer le coût du traitement du paludisme non compliqué dans un établissement de santé secondaire. Des données prospectives et rétrospectives ont été collectées sur une période de trois mois, entre septembre et novembre 2021. Du point de vue de l'échantillon, les coûts hospitaliers ont été estimés à partir d'une procédure standard et exhaustive d'établissement des coûts. Les éléments d'investissement et les éléments récurrents ont été identifiés, mesurés et valorisés selon l'approche par ingrédients, combinée à une méthode de réduction progressive. Les coûts des éléments d'investissement ont été annualisés en fonction de leur durée de vie utile. Les coûts attribuables au traitement du paludisme ont été calculés sur la base de la proportion de cas de paludisme traités par rapport au total des consultations externes. Les coûts ont été globalement divisés en coûts financiers et économiques. Les coûts ont été calculés en monnaie locale [naira] et convertis en dollars américains au taux de change de 2021 [1 $ US = 448 N].

Résultats

Le coût annuel total de N84,548 millions (US$188, 723,51) a été dépensé par l'établissement pour le traitement du paludisme non compliqué, à 32,48 US$ par cas, ce qui représente environ 25 % des dépenses totales de l'hôpital au cours de l'année d'étude. Le personnel représentait 77 % des dépenses totales, suivi des médicaments antipaludiques à 8,7 %. Le coût financier du traitement s'élevait à 216 869,50 US$ par an, à 37,33 US$ par cas. Plus de 45 % des consultations externes ont été traitées pour un paludisme non compliqué. Les changements dans les coûts du personnel, les prix des médicaments et la prévalence du paludisme ont eu un impact significatif sur les résultats de l'étude, soulignant la nécessité d'améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources hospitalières dans la gestion des cas de paludisme dans l'établissement.

Conclusion

Les résultats suggèrent que le traitement du paludisme au sein de l'établissement consomme une part importante des ressources de l'établissement, représentant jusqu'à un quart du budget de l'hôpital. Ces coûts sont principalement liés au personnel et à une forte proportion de cas de paludisme, ce qui indique qu'il est possible d'améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources afin d'éviter les gaspillages et de réduire les coûts pour le prestataire et, in fine, pour le patient. Les résultats de l'étude contribueront à la planification visant à améliorer l'efficacité de la lutte contre le paludisme et de son élimination. L'importante implication budgétaire souligne la nécessité d'un soutien financier continu à la lutte contre le paludisme au Nigéria.

Analyse économique de deux modèles A et B de prise en charge du paludisme au niveau communautaire par les Agents de Santé Communautaire (ASC) en Côte d'ivoire.

Karna Georges Kone *Muso health, Montréal, QC, Canada*

Contexte

En Côte d'Ivoire, au niveau communautaire, la réponse du système de santé contre le paludisme se focalise sur la prévention et la prise en charge communautaire. Dans une perspective de rationnement des ressources, le Fonds mondial a entrepris une réflexion sur les modèles de prestation de services paludisme pour les ASC afin de déterminer quelle serait l'option efficiente pour soutenir la mise en œuvre. Dans ce contexte, cette étude comparative de deux modèles d'intervention de la prise en charge du Paludisme au niveau communautaire a été réalisée.

Méthodologie

L'approche est basée sur l'analyse de données secondaires issues des modèles A et B, complétée par des entretiens avec des acteurs clés de la lutte contre le paludisme et de la santé communautaire en Côte d'Ivoire. Elle a permis de dresser l'inventaire des ressources disponibles et des ressources consommées pour la mise en œuvre du paquet d'activités communautaires pour la lutte contre le paludisme. Les activités pour lesquelles les budgets de chaque source de financement ont été engagés ont été identifiées et des coûts y ont été associés. L'analyse de la structure des coûts a permis d'identifier les variables susceptibles d'avoir une incidence sur les budgets.

Résultats

Le budget estimé du modèle A est de 5, 925 millions d'euros et celui le modèle B est de 4, 453 millions d'euros en 2023. Le modèle A, a un ratio plus faible, soit 0,41 euro par habitant par année contre 1,20 euro par habitant par année pour le modèle B. Le modèle A, a un rapport budget global ASC plus faible (521,7 Euros par ASC par année contre 2 158,5 euros par ASC par année pour le modèle B). Le ratio budget RH par ASC et par année est de 273,8 euros pour le modèle A et de 391,8 euros pour le modèle B. L'analyse comparée des structures du budget des deux modèles montre que 1% du budget du modèle A est alloué au système de gestion de l'information sanitaire, contre 44% du budget du modèle B.

Conclusion

Au terme de cette évaluation rapide entre le modèle A et le modèle B, il ressort que le modèle A parait plus efficient que le modèle B en termes de prise en charge des cas alors que le modèle B parait plus efficient que le modèle A en termes de renforcement du système.

Innovations en matière de santé numérique et stratégies axées sur les données pour l'équité et l'accès aux soins de santé

14h00-15h30 Vendredi 3 Mars 2025

Comment les données et les informations sur la santé au niveau communautaire sont-elles générées et gérées pour résoudre les problèmes de santé au sein des systèmes de santé communautaires au Nigéria ?

Iheomimichineke Ojiakor[1], Enyi Etiaba[2] and Obinna Emmanuel Onwujekwe[1]

(1) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria
(2) Université du Nigéria, Nsukka, Enugu, Nigéria

Contexte

Le renforcement des systèmes d'information de gestion de la santé (SIGS) à tous les niveaux du système de santé, y compris au niveau communautaire, est essentiel pour optimiser les soins et atteindre les objectifs de santé. Cependant, les connaissances sur la manière dont les données et informations de santé sont collectées, stockées et utilisées au niveau communautaire sont limitées. Leur lien avec les niveaux supérieurs du système de santé, comme les soins de santé primaires (SSP), reste également flou.

Objectif

Cette étude a évalué les types de données de santé collectées dans les communautés et les pratiques globales en matière de données et de systèmes d'information au sein des communautés, dans le cadre du système de santé communautaire, dans trois États du Nigéria.

Méthodes

Les données ont été collectées qualitativement au moyen de 90 entretiens approfondis (EA) et de 12 discussions de groupe (DG) avec des membres de la communauté sélectionnés à dessein, des prestataires de santé formels et informels, notamment des agents de santé communautaires dans les États de Kano, d'Anambra et d'Akwa-Ibom, au Nigéria. L'analyse des données a été guidée par le cadre des « Éléments constitutifs des systèmes de santé élargis », qui accorde une place importante aux communautés au sein des systèmes de santé. Les données issues des EA et des DG ont été analysées thématiquement selon trois grands thèmes : les types de données collectées au sein du système de santé communautaire, la transmission et la gestion des données, et les défis des pratiques HMIS au sein du système de santé communautaire.

Résultats

Différents types de données, notamment les dossiers des patients et les données sur les activités de santé

communautaires, sont collectées au niveau communautaire et transmises par de multiples canaux aux niveaux supérieurs du système de santé pour la prise de décision. Ce processus implique des agents de santé formels et informels, des groupes communautaires et des intermédiaires organisationnels. Cependant, des défis importants persistent, tels que l'absence de personnel spécialisé pour la collecte de données, la contribution limitée des prestataires informels, les difficultés de communication des données aux niveaux supérieurs et la fragmentation des pratiques de gestion des données. Ces problèmes sont aggravés par des infrastructures inadéquates et un manque de stockage centralisé et de coordination, ce qui entraîne des lacunes dans la qualité et l'efficacité des données.

Conclusion

Des données et systèmes d'information sanitaires non structurés existent au niveau communautaire, mais leur collecte et leur utilisation ne sont pas optimisées. Il est nécessaire d'investir dans la collecte et l'utilisation des données de santé générées au niveau communautaire, en particulier celles collectées en dehors des établissements de soins primaires. La mise en œuvre d'une stratégie numérique unifiée pour les systèmes d'information sanitaire (SIS) peut améliorer considérablement la gestion des données et la prestation des soins de santé au niveau communautaire. Cette étude fournit des informations précieuses aux décideurs politiques pour améliorer l'efficacité des SIS et favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes et un renforcement des décisions globales du système de santé.

Prévision des taux de rétention grâce à l'apprentissage automatique : étude de cas du Fonds d'assurance maladie communautaire amélioré (FAMCa) de Tanzanie

Iheomimichineke Ojiakor[1], Enyi Etiaba[2] and Obinna Emmanuel Onwujekwe[1]

(1) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Dar es Salaam, Tanzanie, République-Unie de
(2) Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, PO Box 65001, Dar es Salaam, Tanzanie, Tanzanie, République-Unie de
(3) Section d'éthique et d'économie de la santé, Département de santé publique mondiale et de soins primaires, Université de Bergen, 5020 Bergen, Norvège

Introduction

Les pays en développement comme la Tanzanie dépendent fortement des paiements directs pour financer leur santé. Malheureusement, ces paiements directs exposent souvent les patients à des dépenses de santé catastrophiques (DSC), ce qui freine les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). La Tanzanie a mis en place un Fonds de santé communautaire amélioré (FAMCa) en 2017/2018, un mécanisme de prépaiement visant à réduire le poids des coûts de santé pour sa population. À notre connaissance, aucune étude n'a été menée en Tanzanie pour déterminer le taux de fidélisation des membres du FAMCa à partir de données secondaires.

Objectif

Développer un modèle d'apprentissage automatique pour prédire la rétention des membres du FAMCa en utilisant les données 2019/2020 et 2020/2021.

Méthodes

Cette étude rétrospective a porté sur 4 020 750 bénéficiaires enregistrés dans le système de gestion des informations de santé FAMCa de Tanzanie. Les données relatives aux demandes de remboursement ont été extraites de la base de données électronique de FAMCa pour la période 2019-2021. Un modèle de régression logistique a été utilisé comme approche de modélisation. Une matrice de confusion a été utilisée pour calculer les indicateurs de performance du modèle, tels que l'aire sous la courbe de fonctionnement du récepteur (AUC-ROC), la précision, la sensibilité et la spécificité.

Résultats

Les taux annuels de renouvellement des adhésions en 2019/2020 et 2020/2021 étaient comparables, à 71,5 % et 74,8 %, respectivement. Le modèle de régression logistique a produit une AUC-ROC de 0,61, indiquant une performance légèrement supérieure à celle d'un classificateur aléatoire avec une AUC-ROC de 0,5. En utilisant un seuil de 0,5, le modèle avait une précision de 71,4 %, une sensibilité de 99,8 % et une spécificité de 2,6 %. Les performances du modèle ont été significativement améliorées en ajustant le seuil de prédiction de 0,5 à 0,7, ce qui a porté la précision à 60 %, la sensibilité à 62 % et la spécificité à 53 %.

Conclusion

Les résultats démontrent le potentiel des techniques d'exploration de données et d'analyse du Big Data pour les données d'assurance maladie, un domaine largement sous-exploité dans les pays en développement. L'étude a également démontré que des modèles d'apprentissage automatique peuvent être formés à partir des données FAMCa. Les recommandations de cette étude fournissent des éléments essentiels à prendre en compte pour la conception de futures bases de données, afin qu'elles puissent générer des données secondaires de haute qualité.

Exploiter la technologie numérique pour l'alphabétisation en santé et l'équité en santé ; la viabilité de l'intégration des activités des équipes de santé communautaire avec l'engagement interactif numérique de leur population de référence ; une analyse contextuelle de l'Ouganda.

Irene Jean Kagogwe *Université de Leeds, Leeds, Royaume-Uni*

Les technologies de santé numérique ont démontré leur efficacité pour rationaliser la gestion des données, l'administration et la prestation des services de santé au sein des systèmes de santé. L'Organisation mondiale de la Santé met toutefois tout autant l'accent sur le développement d'interventions de santé numérique pour les personnes et la population en général. Cela permettrait d'accroître la demande et de renforcer l'équité en santé en réduisant l'analphabétisme. L'alphabétisation en santé permet aux individus de s'autogérer, de se faire soigner rapidement et de participer activement à la construction de systèmes de santé résilients. Cela justifie des solutions innovantes pour atténuer les faibles niveaux inquiétants d'alphabétisation en santé, principalement en Afrique subsaharienne.

But

L'étude visait à établir la faisabilité de l'exploitation des systèmes numériques des équipes de santé villageoises en Ouganda, afin d'intégrer l'engagement interactif de la population desservie pour améliorer l'alphabétisation et l'équité en matière de santé.

Objectifs

les objectifs de l'étude étaient de : a) découvrir comment le contexte social, économique et de gouvernance de l'Ouganda permet ou inhibe l'exploitation du système numérique existant des agents de santé communautaires pour faire progresser l'alphabétisation en santé pour la population au sens large et b) analyser la possibilité d'adopter des outils de santé numériques par la population du bassin versant.

Méthodologie

Une revue documentaire a été menée pour extraire des données de documents d'orientation, de lignes directrices, de plans de mise en œuvre et de rapports d'évaluation de programmes afin de construire un cas contextuel pour l'Ouganda. Les archives numériques des ministères concernés et les bibliothèques en ligne des bailleurs de fonds et des partenaires de mise en œuvre ont été consultées pour trouver des documents accessibles au public. L'extraction des données a été facilitée par RQDA et des feuilles de calcul Excel, ainsi que par un outil d'extraction de données qualitatives modifié de JBI. Deux codeurs indépendants ont collaboré pour élaborer des codes par déduction, et le conflit a été résolu par consensus. Les observations clés ont été recueillies et une approche cadre a été adoptée pour l'analyse des données.

Principaux résultats

Les principales conclusions ont indiqué que : a) les technologies de santé numériques sont socialement acceptables et réduisent la fracture numérique liée au genre b) les responsables locaux de la mise en œuvre peuvent adapter, configurer et prendre en charge les applications avec compétence c) il existe des infrastructures de distribution telles que l'électricité et la connectivité haut débit, bien qu'avec des incohérences dans l'approvisionnement, d) les interventions de santé numérique par les équipes de santé communautaires sont bien rationalisées dans la stratégie nationale de santé. Il existe cependant des lacunes réglementaires, le financement est insuffisant et la gamme d'outils numériques est limitée à des packages de soins particuliers avec une communication à sens unique.

Conclusion

Les opportunités indiquées peuvent être exploitées pour créer une intervention efficace en matière d'alphabétisation numérique en matière de santé à l'échelle de la population afin d'accélérer la demande de services de santé stratégiques comme les soins préventifs.

Exploiter les innovations en santé numérique pour améliorer la couverture de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et atténuer la transmission du VIH dans les zones à haut risque : Une étude de cas de l'État de Zamfara, Nigeria.

Alimi Oyindamola[1], Kenneth Kukhiyep Alau[1], Dayo Popoola[2], Lan Terhemba[3], Chukwuneku Opiti[4], Nkata Chuku[4] and Alozie Ananaba[4]

(1) Health Systems Consult Limited (HSCL) - Projet USAID ACE3, FCT, Abuja, Nigéria
(2) Health Systems Consult Limited (HSCL) -USAID ACE3 Project, FCT, Abuja, Nigeria,
(3) Health Systems Consult Limited, FCT, Abuja, Nigeria,
(4) Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Introduction

L'État de Zamfara est l'un des États nigérians où la couverture en matière de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est la plus faible. La situation sécuritaire précaire dans la région constitue un obstacle majeur à la fourniture de soins de santé cohérents, compromettant ainsi l'objectif ambitieux d'éradication de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des stratégies urgentes et innovantes sont impératives pour améliorer la prestation et la couverture des services. Ces mesures visent à accroître le recours à la PTME, conformément aux directives nationales relatives à la PTME.

Descriptions

Un tableau de bord robuste de visualisation des données a été mis en place pour analyser et classer les zones de gouvernance local (ZGA) selon leurs niveaux de sécurité (segmentés en rouge, jaune et vert). Cette analyse approfondie a guidé la formulation d'approches ciblées pour renforcer la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). La stratégie de santé numérique du projet impliquait l'intégration de DHIS2, PowerBI et LAMISPlus (DME) afin d'améliorer la collecte, l'analyse et la visualisation des données. Cette intégration a facilité le suivi des données en temps réel et l'allocation ciblée des ressources. Le modèle en étoile a permis d'étendre les services de PTME des 13 pôles existants à 89 centres de soins de santé primaires (SSP) qui servent de relais dans toutes les ZGA. La collaboration avec les acteurs locaux a joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre efficace des services de PTME dans les ZGA à haute sécurité. Dans ce contexte, la couverture de la PTME désigne le pourcentage de femmes enceintes (FE) qui ont reçu des services de PTME par rapport à l'objectif établi, tandis que le taux de positivité signifie la proportion de FE qui ont été testées positives au VIH parmi celles testées.

Résultats

Les données analysées de Juillet 2023 à juin 2024 ont révélé une augmentation du taux de recours à la PTME, passant de 78 % à 100 %. Sur les 52 571 nouvelles consultations prénatales (CPN) documentées et testées pour le VIH, 70 nouveaux cas de personnes séropositives ont été identifiés et mis sous traitement.

Conclusion

L'utilisation d'outils automatisés de visualisation des données a amélioré l'analyse des données, la prise de décision stratégique et l'allocation efficace des ressources, ce qui a permis d'améliorer considérablement le taux de PTME dans toutes les zones de gouvernement local de l'État de Zamfara. Cette stratégie constitue un modèle pour exploiter les solutions de santé numérique afin d'atteindre des objectifs vitaux de santé publique, notamment dans les régions à haut risque sécuritaire.

Mots-clés

Santé numérique, PTME, VIH, DHIS2, PowerBI, LAMISPlus

Évaluation de la maturité numérique des passerelles du Fonds de Provision de Soins de Santé de Base au niveau des États au Nigeria

Sunday Nto[1], Stephen O Asaolu[1], Olugbemisola Samuel[1], Sunday Atobatele[2], Andikan IFI Ibanga[3], Abubakar Mohammed[2], Abdulahi Adegoke[4], Daniel Azuka[2], Shamsudeen Yau[4], Salamat Sadiq[2] and Sidney Sampson[5]

(1) Institut Sydani pour la recherche et l'innovation, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(2) Initiative Sydani pour le développement international, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(3) ONG, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(4) Division du suivi et de l'évaluation, Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria
(5) Groupe Sydani, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

Contexte

La mise en œuvre du FPSSB auprès de différentes instances (Agence nationale de développement des soins de santé primaires – ANDSSP et Agence nationale d'assurance maladie – ANAM) a amélioré le financement des soins de santé, la demande et l'accès à des soins de qualité, ainsi que le renforcement des capacités des professionnels de santé. Cependant, le manque de données complètes et précises pour évaluer l'état d'avancement du programme compromet les efforts visant à suivre et à optimiser efficacement les performances du BHCPF.

Buts et objectifs

Cette étude vise à évaluer la maturité numérique et à obtenir un aperçu complet de l'état actuel du système de suivi, d'apprentissage et d'évaluation (SSAE) du FPSSB à travers les passerelles au niveau de l'État.

Méthodes

L'étude a été menée dans six États (Abia, Edo, Gombe, Ondo, Plateau et Sokoto) représentant les six zones géopolitiques du Nigéria. Un questionnaire structuré de 37 questions a été conçu pour recueillir un large éventail d'indicateurs de maturité numérique, tels que l'infrastructure numérique, les processus et les compétences des ressources humaines. Chaque réponse a été notée sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant « Aucune maturité » et 5 « Maturité avancée », afin d'obtenir un score composite classé en cinq (5) niveaux de maturité distincts :
Pas de maturité (0 à 37) ; Maturité de bas niveau (38 à 74) ; Maturité de niveau moyen (75 à 111) ; Maturité de haut niveau (112 à 148) ; et Maturité de niveau avancé (149 à 185).

Principales conclusions

Les résultats de l'étude ont révélé que les six (6) États se situent dans les fourchettes de scores de maturité de niveau moyen et avancé. Cela indique des progrès significatifs en matière de capacités numériques, aucun n'étant dans les fourchettes de scores de maturité nulle et faible. Parmi les deux passerelles (ANDSSP et ANAM), les États du Plateau (135), Gombe (126), Edo (124) et Sokoto (113) ont affiché un niveau de maturité numérique élevé. Seul l'État d'Ondo (156). Dans la passerelle ANAM, a atteint un niveau de maturité numérique avancé, indiquant un engagement fort en faveur de la transformation numérique, tandis que l'État d'Abia avait le niveau de maturité numérique le plus bas (91). Ce résultat indique que les États devraient se concentrer sur l'amélioration de leurs efforts actuels et investir davantage dans l'innovation pour atteindre des niveaux de maturité numérique plus élevés.

Conclusion

L'évaluation du FPSSB dans les six États nigérians révèle une maturité numérique significative. Globalement, tous les États se situent entre un niveau de maturité moyen et avancé. Cependant, pour optimiser davantage la qualité des données, la prise de décision et les résultats sanitaires, un système de suivi, d'apprentissage et d'évaluation basé sur les TIC est essentiel.

Dépenses et utilisation des médicaments sur ordonnance - une approche pour examiner les politiques, les facteurs facilitants et les facteurs d'accès dans le système Medicaid des États américains

Kwesi Eghan *Sciences de gestion pour la santé, Arlington, Virginie*

Contexte

Les dépenses et l'utilisation des médicaments sur ordonnance sont les dépenses qui connaissent la croissance la plus rapide et la plus grande variation au sein des programmes Medicaid des États américains. L'adoption de l'Affordable Care Act -ACA (la Loi sur les soins abordables) en 2010 et les extensions ultérieures de Medicaid dans les États ont entraîné des gains substantiels de couverture maladie pour plusieurs groupes démographiques. Il est essentiel que les décideurs politiques américains,

les régimes d'assurance maladie, y compris les responsables de la mise en œuvre de Medicaid au niveau des États, identifient les déterminants des dépenses pharmaceutiques au niveau des États afin d'influencer la définition des priorités et des budgets, d'identifier des stratégies efficaces de contrôle des dépenses pharmaceutiques et d'améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources Medicaid au niveau des États.

Objectif

Pour identifier les prédicteurs des dépenses en médicaments Medicaid au niveau de l'État, examiner les effets des interactions entre ces prédicteurs sur les dépenses en médicaments Medicaid après l'introduction de l'ACA et estimer un modèle d'utilisation et de dépenses pharmaceutiques Medicaid

Méthodologie

L'unité d'analyse de l'étude est le programme Medicaid des États américains. Notre plan d'étude repose sur une étude transversale et rétrospective utilisant des données secondaires sur les demandes de remboursement d'assurance maladie et des données démographiques, politiques et sur les besoins en services de santé au niveau des États. Un total de 26 815 541 dossiers de demandes de remboursement de médicaments Medicaid, soit une moyenne de 76 615 demandes de remboursement de médicaments par État et 2 100 variables démographiques étatiques, ont été analysés rétrospectivement. La variable dépendante est le total des dépenses en médicaments, mesuré en termes de médicaments sur ordonnance remboursés par résident admissible et par an (Medicaid Drug PerCapitaExp). Le modèle comportemental d'Anderson sur l'utilisation des services de santé a été adopté comme cadre conceptuel pour identifier et analyser les 53 variables indépendantes. L'étude utilise un ensemble de données de panel au niveau des États couvrant la période 2009-2015 (n = 350) avant et après l'ACA afin d'examiner l'importance des variables démographiques, des besoins en soins de santé, économiques et politiques pour expliquer les variations des dépenses pharmaceutiques Medicaid par habitant dans tous les États américains (n = 350). Nous avons réalisé une analyse économétrique pour estimer les paramètres du modèle de régression. Sans connaissance préalable des estimations les plus précises pour les dépenses en médicaments au sein de Medicaid, nous avons estimé des modèles de régression à panel à effets fixes (EF) et à effets aléatoires (EA).

Résultats

Les coefficients estimés révèlent des influences significatives sur les dépenses en médicaments des dépenses Medicaid non médicamenteuses de l'État, de la proportion d'hommes dans la population et des programmes de formation des prestataires sur les génériques. Le modèle de régression à effets aléatoires (EA) explique 52,6 % de la variation de la variable dépendante, un très bon ajustement pour les données de panel. Les coefficients de plusieurs variables incluses dans le modèle (par exemple, les prescriptions par habitant, la proportion d'hommes et la formation des prestataires sur les génériques) n'étaient pas statistiquement différents de zéro. L'inclusion d'un terme d'interaction entre l'expansion de l'ACA et le pourcentage des dépenses Medicaid de l'État remboursées par le gouvernement fédéral a produit un effet négatif-significatif sur les dépenses en médicaments au niveau de l'État.

Conclusion

L'étude contribue à la compréhension conceptuelle des déterminants des dépenses pharmaceutiques au sein des systèmes de santé et des programmes de tiers payeurs de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle.

Financement de la santé communautaire et durabilité des soins primaires en Afrique

14h00-15h30 Vendredi 3 Mars 2025

Évaluation de la viabilité et de l'impact des régimes d'assurance maladie communautaires (Cbhis) au Nigéria : une revue systématique

David E Iniama *École d'économie et de sciences politiques de Londres, Royaume-Uni*

Contexte

La mise en place d'une couverture santé universelle (CSU) demeure un défi majeur dans les pays en développement, où les dépenses médicales à la charge des patients pèsent sur une part importante de la population. Au Nigéria, où de nombreux frais de santé sont directement pris en charge par les patients, les régimes d'assurance maladie communautaires (AMC) se sont imposés comme une alternative prometteuse aux frais médicaux traditionnels. Ces régimes sont conçus pour offrir des soins de santé abordables, notamment aux personnes des secteurs informel et rural. Malgré leurs avantages potentiels, les AMC nigérians sont freinés par de faibles taux d'inscription, des difficultés d'infrastructure et un financement insuffisant.

But et objectifs de la recherche

Cette étude vise à examiner et à évaluer la viabilité et l'impact des systèmes d'assurance maladie communautaire (SAM) au Nigéria. Elle vise plus particulièrement à explorer les facteurs influençant l'adhésion et la volonté de payer (VDP) à ces programmes, à évaluer leur impact sur les résultats de santé et l'utilisation des services, et à examiner les facteurs influençant l'efficacité globale des AMC au sein de la communauté.

Méthodes utilisées

L'étude a consisté en une recherche documentaire approfondie dans cinq bases de données électroniques et dans la littérature grise, en se concentrant sur les publications en anglais à partir de 2012. La stratégie de recherche a utilisé des mots-clés et des synonymes pertinents. La qualité méthodologique des études incluses a été évaluée à l'aide des outils STROBE et CASP, respectivement pour les recherches quantitatives et qualitatives.

Principales conclusions

L'analyse a identifié 11 études parmi un pool initial de 883 articles qui répondaient aux critères d'inclusion. Les résultats ont montré une forte volonté de s'inscrire (VDI) à 91,1 % et une volonté de payer (VAP) à 90,2 %, avec une satisfaction à l'égard des services rapportée à 68,0 %. Les principaux déterminants de la VDI et de la VAP comprenaient le niveau d'instruction, la taille du ménage, l'état matrimonial, le revenu, la profession et l'âge. De plus, des facteurs tels que la proximité des établissements de santé, la disponibilité de services gratuits ou subventionnés et la qualification du personnel soignant ont influencé la VDI et la VAP. L'introduction des SMIC a été corrélée à une augmentation de la fréquentation des cliniques prénatales et des services ambulatoires, offrant des avantages notables comme la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les jeunes enfants, un meilleur accès et des services plus efficaces. Cependant, la VAP était significativement plus élevée chez les résidents urbains que ruraux, reflétant les disparités socio-économiques. L'étude met en évidence un niveau élevé de VDI et de VAP, mais indique une satisfaction à l'égard des services, une sensibilisation et une connaissance modérées des AMC.

Conclusion

Les AMBC présentent un potentiel important pour améliorer l'accès aux soins et réduire les dépenses à la charge des patients. Cependant, pour concrétiser pleinement ces avantages, il est nécessaire de renforcer la sensibilisation et l'éducation, d'apporter un soutien financier aux ménages à faibles revenus et de mettre en œuvre des politiques ciblées pour optimiser l'efficacité du système et contribuer à une couverture santé plus large au Nigéria.

Financement direct des établissements de santé primaires en Afrique subsaharienne : y a-t-il des leçons à tirer pour le Malawi ?

Takondwa Mwase[1], Tom Hart[2], Dominic Nkhoma[3]

(1) AUDA-NEPAD, Johannesburg, Afrique du Sud
(2) ODI
(3) Université des sciences de la santé de Kamuzu

Contexte

Les progrès réalisés dans l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé, et en fin de compte des résultats sanitaires, sont inégaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et en particulier en Afrique subsaharienne (ASS). Par exemple, les résultats en matière de santé maternelle demeurent extrêmement médiocres et inéquitables. Ces résultats médiocres et inéquitables sont liés, entre autres, à de faibles investissements dans la santé et à des dépenses de santé inefficaces et inéquitables. Pour surmonter ces défis, plusieurs pays d'ASS ont commencé à mettre en œuvre le financement basé sur la performance (FBP) et le mécanisme de financement direct (MFD) dans les établissements de santé primaires. Cependant, les preuves de leur impact sur la quantité, la qualité et la rentabilité des services de santé, entre autres, restent mitigées. Notre objectif était de synthétiser les données probantes à ce jour et d'examiner leurs implications pour le financement des établissements de santé primaires dans le contexte du Malawi.

Méthodes

Nous avons effectué une revue de portée des revues à comité de lecture dans PubMed, BMC, PLOS, Lancet, Hinari et la littérature grise en utilisant des termes de recherche clés tels que : « financement basé sur la performance – FBP », « paiement à la performance », « P4P », « incitations basées sur la performance », « facilité de financement direct », « facilité de financement direct Kenya, Tanzanie etc », « FBP Afrique subsaharienne », « FBP Kenya, Tanzanie, Nigéria, Zambie, Malawi etc ». Les critères d'inclusion étaient tout article sur les réformes du financement de la santé : FBP et FDF publié après 1995 (au début des vastes réformes du financement de la santé en ASS).

Résultats

Le manque de ressources au niveau des établissements est souvent identifié comme un obstacle important à l'amélioration des soins de santé primaires. Face à ce problème, une réponse courante consiste à chercher à fournir des ressources supplémentaires, une autonomie accrue et une meilleure performance grâce aux programmes FBP et FDF. Les programmes FBP sont répandus en ASS, complexes et ont même été expérimentés au Malawi (avec des résultats mitigés), mais ils sont rarement nationaux ou pleinement intégrés aux systèmes nationaux. En revanche, il existe plusieurs exemples de programmes FDF nationaux en Afrique de l'Est. Les données existantes sur la rentabilité des programmes FBP et FDF ne suggèrent pas qu'ils soient rentables par rapport au seuil utilisé dans le Paquet de Santé Essentiel du Malawi (61 USD par habitant et par an). Cependant, il existe peut-être d'autres moyens d'évaluer leur rapport qualité-prix.

Conclusion

La conception de tout financement direct des établissements de santé primaires au Malawi doit prendre en compte les questions de rentabilité, qu'il s'agisse d'atteindre l'autonomie ou des incitations pour les établissements, les compromis entre simplicité et complexité, et la nécessité de garantir à la fois l'implication de la communauté et une supervision de soutien du niveau national au niveau du district et du district à l'établissement.

Comment les activités menées par les ménages et les communautés qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé peuvent-elles être formellement intégrées au système de soins de santé primaires ? - Réflexions de trois États nigérians

Enyi Ifeoma Etiaba[1], Chinelo Esther Obi[2], Obinna Emmanuel Onwujekwe[3]

(1) Université du Nigéria, ENUGU, Nigéria
(2) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Enugu, Nigéria
(3) Groupe de recherche sur les politiques de santé, Université du Nigéria, Enugu, Enugu, Nigéria

Introduction

Les approches contextualisées de promotion de la santé et de prévention des maladies s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé (DSS). C'est pourquoi le comité sur les DSS reconnaît les individus (ménages) et les communautés comme les points d'entrée, respectivement aux niveaux micro et méso, pour aborder ces déterminants. Cet article met en lumière les approches contextuelles qui ont contribué à la santé communautaire et comment celles-ci peuvent être intégrées équitablement au système formel de soins de santé primaires (SSP).

Méthodes

Une étude qualitative a été menée dans trois États aux contextes différents : Akwa Ibom, Anambra et Kano. Au total, 61 entretiens approfondis (EI) ont été menés dans ces trois États, auprès de prestataires de soins de santé formels (11), de prestataires de soins informels (31) et de chefs traditionnels et religieux (19), tandis que douze groupes de discussion ont été menés auprès de membres de la communauté (groupes d'hommes et de femmes). Une analyse thématique manuelle a été réalisée, guidée par un Cadre élargi des systèmes de santé.

Résultats

Diverses activités communautaires liées à la santé ont été identifiées dans les États étudiés, notamment des programmes de sensibilisation à la santé, la distribution de médicaments et de soins médicaux, l'éducation nutritionnelle, l'assainissement de l'environnement et des initiatives de sécurité visant à protéger les établissements de santé et les prestataires de soins, généralement organisées par les groupes de jeunes de la communauté. D'autres initiatives allaient de l'alliance/collaboration avec les associations de la diaspora et les philanthropes autochtones à l'utilisation de structures communautaires telles que le groupe de femmes pour organiser des discussions sur la santé pour les membres de la communauté. L'application des mesures d'assainissement et d'hygiène de l'environnement était la forme la plus courante de production de santé communautaire, abordant les DSS.

Conclusion

Les activités communautaires impliquent de multiples secteurs et acteurs locaux, ce qui est essentiel pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et assurer une prestation équitable des soins. Aller plus loin, en intégrant ces activités au contexte du système officiel de soins de santé primaires, améliorera l'accès et la prestation des services de santé communautaires, essentiels à la couverture sanitaire universelle.

Maintenir la fonctionnalité des établissements de soins de santé primaires grâce aux frais d'utilisation et ses implications pour les dépenses personnelles : résultats d'une étude de cas sur la politique et la pratique de délégation des tâches pour les services de santé maternelle au Nigéria.

Francis Ifeanyi Ayomoh[1], Gemma Hughes[2], Alan Silman[1] and Sara Shaw[1]

(1) Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni,
(2) Université de Leicester, Leicester, Royaume-Uni

Description

L'Initiative de Bamako de 1987 recommandait la mise en place d'un fonds renouvelable pour les médicaments (FRM) afin de garantir la disponibilité des médicaments essentiels dans les établissements de soins de santé primaires (SSP). Ce fonds exigeait des établissements de soins de santé primaires qu'ils facturent les médicaments essentiels à leurs patients à un tarif réduit afin de réduire les ruptures de stock dans les établissements de SSP. De nombreux établissements de SSP du Territoire de la capitale fédérale du Nigéria (TCF) sont confrontés à des pénuries de personnel, de produits et d'infrastructures nécessaires à la prestation de services de santé maternelle et autres services essentiels. Notre étude de cas visait à comprendre l'influence et les facteurs qui influencent la politique et la pratique de délégation des tâches pour les services de santé maternelle dans le TCF du Nigéria.

Méthodes

Notre étude de cas s'appuyait méthodologiquement sur une analyse interprétative des politiques. Nous avons mobilisé des décideurs politiques, des partenaires de développement, des régulateurs et des professionnels de santé primaire au moyen d'entretiens et de groupes de discussion. Nous avons analysé les documents politiques pertinents ainsi que les transcriptions des entretiens et des groupes de discussion afin de comprendre comment la délégation des tâches était perçue et mise en œuvre au sein des établissements de santé primaire pour les services de santé maternelle.

Résultats

Nous avons constaté d'importantes lacunes en matière de personnel, d'infrastructures et de produits nécessaires à la prestation de services de santé maternelle dans les établissements de soins de santé primaires. Plus de la moitié du personnel des établissements de soins de santé primaires était composée de bénévoles, sans contrat formel de rémunération, mais dépendant de maigres allocations financées par les revenus générés par l'établissement. Nous avons également constaté que des frais d'utilisation étaient fréquemment payés pour des services de santé maternelle tels que l'accouchement et la planification familiale. Les gestionnaires des établissements de soins de santé primaires étaient guidés par les principes du fonds renouvelable pour les médicaments pour demander des frais d'utilisation aux patientes. Cependant, ces frais ne devaient pas couvrir uniquement le coût des médicaments essentiels. Ils étaient également collectés pour financer les indemnités des bénévoles et fournir les produits essentiels et les infrastructures de base – une transformation du « fonds renouvelable pour les médicaments » en « fonds de soutien aux établissements ». Nous en avons déduit que des frais d'utilisation plus élevés que prévu auraient été demandés pour couvrir les besoins des établissements afin de combler les lacunes en matière de personnel, d'infrastructures et de produits. Cela pourrait entraîner une augmentation significative des dépenses à la charge des patientes des établissements de soins de santé primaires.

Conclusion

La prestation des services de santé maternelle dans les établissements de soins de santé primaires du FCT souffre de pénuries de personnel, de produits et d'infrastructures. Pour pallier ces lacunes, les patients doivent s'acquitter de frais d'utilisation plus élevés (supérieurs aux frais prévus pour le fonds renouvelable des médicaments). Cette situation a des répercussions sur les dépenses directes pour les services de santé maternelle dans les établissements de soins de santé primaires et pourrait freiner les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

Financement des soins de santé primaires dans le cadre des budgetde santé : étude de cas de trois États nigérians

Vera Niniola, Precious Nwadire, Nkata Chuku, Alozie Ananaba, Amarachi Okike and Joy Nnadozie

Health Systems Consult Limited, Abuja, Nigeria

Description

Les soins de santé primaires (SSP) sont essentiels à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) au Nigéria, mais ils restent gravement sous-financés. Malgré l'objectif de la Déclaration d'Abuja d'allouer 15 % du budget national à la santé, seuls 5,75 % du budget 2023 ont été alloués, une proportion encore plus faible étant consacrée aux SSP. Cette étude examine l'allocation et l'utilisation des fonds destinés aux établissements de SSP dans le contexte plus large des budgets de santé des États, en se concentrant sur trois États : Gombe, Kaduna et Yobe.

But et objectifs

L'étude vise à évaluer la proportion des budgets de santé des États alloués aux soins de santé primaires dans les États de Gombe, Kaduna et Yobe et la tendance des déblocages budgétaires des agences de développement des soins de santé primaires des États (ADSSP), en évaluant comment ces allocations s'alignent sur l'objectif plus large de la CSU.

Méthodes

Une analyse comparative a été réalisée à partir des données budgétaires des ADSSP des trois États. L'étude a comparé le budget total de la santé à la part allouée aux soins de santé primaires, ainsi que les dépenses réelles de 2020 à 2023. Des entretiens avec des informateurs clés, des responsables de la santé des États et des prestataires de soins de santé primaires, ont été menés afin de recueillir des informations qualitatives sur les défis et les réussites du financement des soins de santé primaires.

Principales conclusions

Les résultats révèlent que les allocations aux soins de santé primaires constituaient une petite fraction du total des budgets de santé des États en 2022 : 12 % à Kaduna, 5 % à Gombe et 7 % à Yobe. De plus, les déblocages de fonds étaient irréguliers, avec seulement 60 à 70 % des fonds alloués débloqués chaque année en moyenne. Les paiements directs représentent 61 % des entrées dans les établissements de soins de santé primaires dans l'État de Gombe et 25 % dans l'État de Yobe, ce qui met en évidence le fardeau financier qui pèse sur les individus. La mise en place du Fonds pour la fourniture de soins de santé de base (FPSSC) n'a pas pleinement comblé les lacunes persistantes en matière de financement et d'allocation des ressources, qui continuent d'entraver la prestation de services et l'amélioration des infrastructures dans les établissements de soins de santé primaires. Des défis systémiques, tels que des retards de déblocage budgétaire de 6 à 9 mois, ont été identifiés, perturbant davantage la prestation de services et augmentant le recours aux paiements directs.

Conclusion

Alors que les efforts pour atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja se poursuivent, il est crucial d'allouer des fonds plus stratégiques et plus ciblés aux budgets de santé des États afin de donner la priorité aux soins de santé primaires. Une attention particulière portée à l'amélioration du financement des soins de santé primaires, par le biais des budgets des États et de mécanismes comme le FPSSC, est essentielle pour renforcer la prestation de services et atteindre la CSU au Nigéria.

Promouvoir la viabilité financière des établissements de santé publics et la protection financière de la population dans le cadre de l'assurance maladie communautaire (AMC) : leçons du Rwanda

Muhammed Semakula[1], Elisabeth Uwanyiligira[2], Enock Rwamuza[3], Okore Okorafor[3] Sabine Musange[4]

(1) Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda
(2) USAID, Rwanda
(3) USAID Ireme / MSH, Rwanda
(4) CIIC-HIN, Rwanda

Description

Dans les réformes visant à atteindre la couverture sanitaire universelle, la viabilité financière des établissements de santé publics n'est souvent pas suffisamment prioritaire, même si les établissements de santé publics sont essentiels pour garantir l'accès aux services de santé de base. La AMC du Rwanda est son plus grand régime d'assurance maladie et couvre les services de santé principalement par l'intermédiaire des établissements publics pour plus de 90 % de la population. Les membres de la AMC sont soumis à un ticket modérateur de 10 % au point de service. Cependant, l'incidence et l'ampleur des cas sociaux (patients inscrits à la AMC incapables de payer le ticket modérateur et non-membres qui ne peuvent pas payer l'intégralité du coût des soins reçus) n'ont pas fait l'objet d'une enquête systématique,

bien qu'on considère qu'ils ont un impact de plus en plus négatif sur la viabilité financière de certains établissements de santé publics. Le rapport de l'auditeur général de 2022 a montré que les créances dues, en raison de cas sociaux, s'élevaient à 1,29 milliard de Frw (≈ 1,2 million de dollars US) dans 22 hôpitaux. Les établissements comptant de nombreux cas sociaux peuvent avoir du mal à générer suffisamment de fonds pour se procurer les intrants médicaux de qualité nécessaires en temps voulu, ce qui entraîne une baisse de la qualité de la prestation de services. En outre, une incidence élevée de cas sociaux peut indiquer une lacune dans la protection financière ; un problème qui devrait être mieux compris pour aider le Rwanda à parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Objectif

Cette étude permet de mieux comprendre l'ampleur et la nature de l'impact financier des cas sociaux sur la pérennité des établissements de santé publics. Elle vise notamment à identifier les principales causes de ces cas et les schémas systématiques d'apparition de ces cas au Rwanda.

Méthodes

L'étude utilise une approche méthodologique mixte comprenant une analyse quantitative des informations financières des établissements, des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de discussion afin de comprendre le point de vue des représentants des établissements de santé publique et des représentants du ministère de la Santé et du gouvernement central. L'échantillonnage des établissements est effectué de manière ciblée afin de garantir une représentation à tous les niveaux des établissements de santé publique.

Résultats

Les résultats préliminaires indiquent que les pertes financières dues aux cas sociaux sont plus importantes dans les établissements de niveau supérieur (hôpitaux) et ont un impact négatif significatif sur leurs opérations. De plus, le coût des cas sociaux pour les hôpitaux aurait augmenté de 111 % entre 2019 et 2022. Cette augmentation des cas sociaux témoigne d'un déficit croissant de protection financière de la population, qui nécessite une attention urgente. Les principales recommandations politiques de cette étude suggèrent l'adoption de mécanismes financiers supplémentaires pour couvrir le coût des cas sociaux, en particulier dans les hôpitaux de niveau supérieur, et une révision de la politique de co-paiement des mutuelles de santé.

Santé Mentale

14h00-15h30 Vendredi 3 Mars 2025

Déterminants du bien-être subjectif et psychologique des adolescents et des jeunes adultes en Afrique subsaharienne : revue systématique et étude de cas

Paidamoyo Bodzo[1], Darshini Govindasamy[2], Olufunke Alaba[3], Okore Okorafor[3]

(1) Unité d'économie de la santé, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud
(2) Conseil sud-africain de recherche médicale, Le Cap, Afrique du Sud
(3) Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud

Contexte

Les adolescents et les jeunes représentent la plus grande partie de la population d'Afrique subsaharienne (ASS). Comprendre et améliorer leur bien-être doit être une priorité, car il est associé à un meilleur bien-être individuel et sociétal. Les recherches sur les déterminants du bien-être des adolescents et des jeunes se sont concentrées dans les pays du Nord. Les interventions conçues pour ce contexte ont peu de chances de fonctionner en ASS en raison des défis spécifiques auxquels ce pays est confronté.

But et objectifs

L'objectif de cette étude était de passer en revue systématiquement la littérature sur les déterminants du bien-être subjectif et psychologique des adolescents et des jeunes en ASS et d'organiser ces facteurs selon le modèle socio-écologique de Bronfenbrenner.

Méthodes

Cet article combine une revue systématique et une étude de cas. L'étude de cas a été incluse pour trianguler les résultats de la revue systématique, visant à identifier les différences de bien-être des adolescents et des jeunes entre les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu faible à intermédiaire d'Afrique subsaharienne. La revue s'est basée sur les lignes directrices de la déclaration PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis). Une recherche systématique a été effectuée dans les bases de données suivantes : EBSCOhost, PubMed, Scopus, Google Scholar et le National Bureau of Economic Research (NBER). La stratégie de recherche a été guidée par la littérature. Pour l'étude de cas, les données de la vague 5 de la National Income Dynamic Study, une étude longitudinale représentative à l'échelle nationale menée en Afrique du Sud, ont été utilisées. Une régression Probit avec le bien-être comme variable prédictive a été utilisée dans l'analyse.

Principales conclusions

La recherche a généré 7 701 résultats. Parmi ceux-ci, 19 étaient éligibles à l'analyse. Celle-ci a souligné l'importance des facteurs individuels, interpersonnels et communautaires comme déterminants du bien-être au sein de la population cible. L'échantillon de l'étude de cas était de 6 987 personnes, et l'âge était limité à 15 et 24 ans. L'âge moyen était de 19,31 ans (écart type = 2,84). 53 % étaient des femmes, et 65 % évaluaient leur bien-être comme moyen et supérieur, tandis que 17 % étaient déprimées, selon l'échelle CES-D-10. La religion, les aspirations, le revenu du ménage, le statut socio-économique, la confiance dans les proches et l'âge étaient des prédicteurs statistiquement significatifs du bien-être.

Principales conclusions

Il s'agit de la première étude à analyser et à structurer systématiquement les déterminants du bien-être des adolescents et des jeunes adultes en Afrique subsaharienne. Des politiques multisectorielles sont nécessaires pour contribuer à l'amélioration du bien-être des adolescents. Davantage d'études utilisant des données longitudinales collectées exclusivement auprès des adolescents et des jeunes doivent être menées en Afrique subsaharienne.

Évaluation économique des interventions en santé mentale pour la dépression, le trouble bipolaire et les troubles anxieux au Nigéria

Oshokunuozaname Dania and Edifofon Akpan

Helpman Development Institute, Abuja, Territoire de la capitale fédérale, Nigéria

La dépression, les troubles anxieux et le trouble bipolaire sont des affections chroniques et hautement invalidantes qui apparaissent tôt dans la vie et persistent souvent, entraînant des pertes économiques et sanitaires importantes. Cette étude souligne la nécessité d'accroître les investissements en santé mentale afin d'atténuer les impacts de ces pathologies au Nigéria. À l'aide du module santé mentale de l'outil OneHealth, nous avons calculé les coûts des traitements et leurs impacts sur la santé de 2022 à 2042, en supposant une augmentation linéaire de la couverture thérapeutique. Nous avons intégré une amélioration de 5 % de la capacité de travail et de la productivité grâce au traitement, en comparant ces améliorations aux taux actuels de participation au marché du travail et au PIB par habitant. La valeur actuelle nette des investissements nécessaires de 2022 à 2042 pour améliorer significativement la couverture thérapeutique efficace de la dépression, des troubles anxieux et du trouble bipolaire est estimée à 6,3 milliards de dollars américains et à 10,7 milliards de dollars américains pour les scénarios modéré et agressif, respectivement. Notre analyse met en évidence le lourd fardeau économique des troubles de santé mentale au Nigéria et illustre les bénéfices sanitaires et économiques substantiels d'investissements dans des interventions fondées sur des données probantes pour ces troubles. Pour atténuer les effets néfastes des problèmes de santé mentale et améliorer l'espérance et la qualité de vie tout en réduisant les pertes de productivité, le Nigéria devrait : renforcer la gouvernance et la législation en matière de santé mentale ; accroître le financement de la santé mentale ; prioriser les interventions en santé mentale ; et investir dans les modèles fondés sur des données probantes démontrés dans cette étude. Ces actions s'inscrivent dans le thème général de la promotion de systèmes de santé africains résilients et solides grâce à des stratégies économiques et politiques de santé éclairées.

Lutter contre les disparités en matière de sensibilisation, de formation et de pratique des premiers secours psychologiques parmi les premiers intervenants au Nigéria

Oluwaseun Adewunmi[1], Yu Par Khin[2], Nawa Nobutoshi[2], Takeo Fujiwara[2], C.M Adewunmi[3], Eyitayo Lawal[4]

(1) Master en santé publique en santé mondiale, Université médicale et dentaire de Tokyo
(2) Département de santé publique, Université médicale et dentaire de Tokyo
(3) Département des sciences de l'activité physique et de l'éducation pour la santé, Faculté d'éducation, Université de Lagos
(4) Département de promotion de la santé et d'éducation, Faculté de santé publique, Université d'Ibadan

Objectifs

L'objectif de cette étude était d'examiner si et comment les premiers intervenants au Nigeria fournissent des Premiers Secours Psychologiques aux victimes d'urgence. Les objectifs clés incluent l'évaluation de la sensibilisation des premiers intervenants à l'égard des Premiers Secours Psychologiques, la détermination de leur niveau de formation en PSP et leur niveau d'utilisation de la PSP dans le traitement des urgences.

Méthodologie

Une enquête transversale descriptive, utilisant une approche mixte, a été menée auprès de premiers intervenants vivant dans l'État de Lagos, au Nigéria. L'étude quantitative a porté sur 386 répondants, tandis que l'étude qualitative a sélectionné 17 participants par échantillonnage en boule de neige parmi différentes strates de premiers intervenants, en fonction de leurs rôles et de leurs expériences variées en matière d'intervention d'urgence.

Résultat

Les résultats de cette étude ont montré que 59,6 % des répondants connaissaient les PSP, 27,2 % étaient formés et 38,3 % les pratiquaient. Cependant, les résultats ont révélé une différence significative de sensibilisation selon le niveau d'études : les personnes ayant suivi un cursus universitaire étaient 4,21 fois plus susceptibles d'en être conscientes que celles n'en ayant pas suivi (OR = 1,73-10,23). Les résultats qualitatifs ont révélé que les répondants n'avaient pas accès aux possibilités de pratiquer les PSP en raison de l'absence de protocoles dans leurs environnements d'apprentissage et de pratique.

Conclusion

En conclusion, cette étude met en évidence des niveaux variables de sensibilisation et de formation aux premiers secours psychologiques (PSP) parmi les répondants, ce qui met en évidence les opportunités et les défis liés à la préparation aux interventions d'urgence. Il est nécessaire d'élaborer des stratégies de sensibilisation aux PSP auprès des personnes plus âgées, et les premiers intervenants débutants devraient également bénéficier d'une formation aux PSP.

Mots-clés

Premiers secours psychologiques, premiers intervenants, victimes d'urgence, Nigéria.

Comprendre l'implication économique des troubles mentaux courants (dépression et anxiété) chez les jeunes au Ghana : étude qualitative

Lucy Owusu[1], Tessa Roberts[2], Barbara Barrett[3]

(1) King's College London/Navrongo Health Research Center, Navrongo, Upper East Region, Ghana
(2) University of London, Londres, Angleterre, Royaume-Uni
(3) , King's College London, Londres, Angleterre, Royaume-Uni

Introduction

Des données provenant de pays à revenu élevé suggèrent que les troubles mentaux courants (TMC) chez les jeunes sont associés à un fardeau économique considérable. Au Ghana, il existe peu de données probantes sur le fardeau économique des TMC chez les jeunes. Cette étude vise à comprendre les pertes financières et de productivité liées aux TMC chez les jeunes ghanéens, ainsi que les mécanismes d'adaptation utilisés par les ménages concernés.

Méthodes

Vingt-cinq (25) participants ont été interrogés entre Février et Juin 2024 à l'aide d'un guide thématique structuré. Les participants ont été échantillonnés de manière ciblée, dont 6 jeunes atteints de troubles cognitifs chroniques (TCC) (âgés de 15 à 29 ans) identifiés par le biais de services formels et informels, 3 aidants (pour les participants de moins de 18 ans), 5 prestataires de soins de santé mentale, 8 informateurs clés des niveaux du district, régional et national ayant une expérience de la mise en œuvre des politiques, de la législation et des services de santé mentale, et 2 guérisseurs traditionnels et 1 guérisseur confessionnel (qui fournissent un soutien alternatif en santé mentale). Les principaux sites d'étude étaient la municipalité de Kassena Nankana et le district de l'Ouest (région du Haut-Est du Ghana). Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audio, transcrits et traduits du twi/kassim vers l'anglais. Des approches inductives et déductives ont été utilisées pour élaborer des codes et des sous-codes à l'aide de QDA Miner Lite version 3.2. Les codes ont été regroupés par thèmes et analysés thématiquement.

Résultats

Les résultats indiquent que la plupart des jeunes atteints de TMC ne reçoivent aucun traitement, car les TMC légères à modérées sont rarement signalées ou mal diagnostiquées. Cependant, la minorité qui consulte pour des TMC sévères, qu'il s'agisse de soins formels ou alternatifs, subit un lourd fardeau économique. Ce fardeau résulte du coût élevé des médicaments dû aux fréquentes pénuries de médicaments gratuits dans les établissements publics, du coût des rituels de prière et des sacrifices spirituels liés aux soins alternatifs, des frais de transport pour les examens de suivi et l'accès aux médicaments, et de la baisse des revenus des aidants. Les jeunes économiquement actifs et les aidants ont signalé des pertes d'emploi et une réduction du temps de travail. Les jeunes scolarisés ont fait état d'absentéisme et de mauvais résultats scolaires, limitant ainsi leur accès à l'enseignement supérieur.

Le fardeau financier de la TMC a été exacerbé par la pauvreté, la préférence pour la recherche de soins en dehors de la communauté immédiate en raison de la stigmatisation (contribuant aux coûts de déplacement élevés), les pénuries de médicaments, les mauvais diagnostics, les expériences négatives des services et le retard de la recherche de soins jusqu'au point de crise en raison d'une mauvaise reconnaissance des symptômes plus légers de la TMC.

Le soutien familial, les groupes religieux et les associations communautaires ont été les principaux mécanismes d'adaptation. Des ONG ont également apporté un soutien supplémentaire, en faisant don de médicaments aux personnes dans le besoin, et des prestataires de soins ont pris en charge la nourriture et les factures des patients.

Conclusion

Les résultats de cette étude peuvent éclairer les mesures visant à répondre aux besoins non satisfaits des jeunes atteints de troubles cognitifs majeurs. Les études futures devraient quantifier l'impact économique des troubles cognitifs majeurs et évaluer le rapport coût-efficacité de modèles de prise en charge prometteurs, tels que les programmes en milieu scolaire.