JOURNAL RESOLIS #03 (2015)

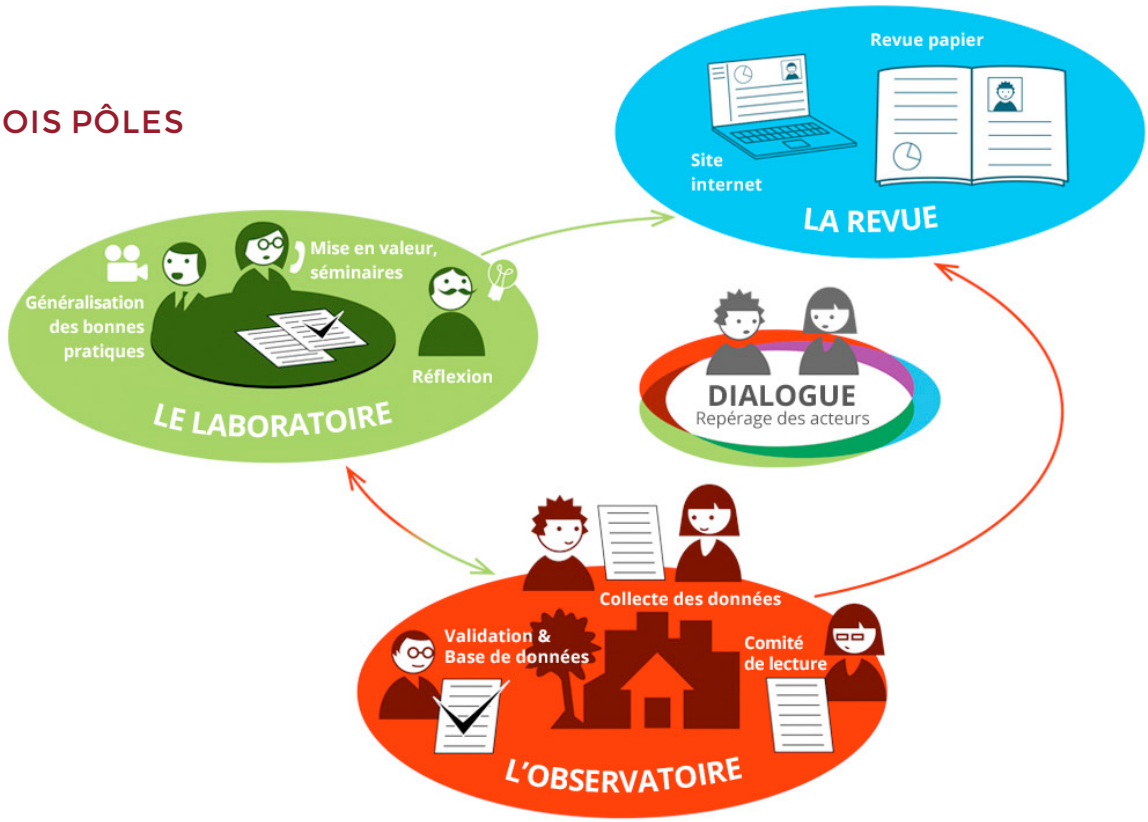
SANTÉ ET PAUVRETÉ DANS LES PAYS DU SUD

RESOLIS — RECHERCHE ET EVALUATION DE SOLUTIONS INNOVANTES ET SOCIALES

CONTRIBUER AU PROGRÈS SOCIAL PAR LA CAPITALISATION ET LE PARTAGE DES SAVOIRS DE TERRAIN.

Tel est le principe qui a conduit Philippe Kourilsky, Professeur émérite au Collège de France, à fonder en 2010, RESOLIS (association à but non lucratif).
Les actions de terrain dans le domaine de la solidarité sont trop souvent méconnues alors qu'elles peuvent être sources de véritables innovations sociales. RESOLIS a développé des outils de repérage, d'évaluation et de valorisation des meilleures pratiques et de leurs auteurs.

SES TROIS PÔLES



SON ÉQUIPE

Michel Brugière Pauvreté France

Hervé Bouzanquet Secrétaire général et trésorier

Philippe Kourilsky Président

Jacques Glowinski Administrateur

David Ojcius Rédacteur en chef

Alice Balguerie Programmes & Financements

Agnès Chamayou Programmes & Développement

Pierre Corvol Vice-Président

Soumia Malinbaum Administratrice

Sophie Dupraz Programmes & Communication

Henri Rouillé d'Orfeuil Relations extérieures

LE *JOURNAL RESOLIS* EST :
publié par l'Association RESOLIS
(Loi 1901 - Siret n° 794 833 863 000 10)
4, rue de la Sorbonne ,75005 PARIS
www.resolis.org
CONTACT : observatoire@resolis.org

Coordonné par Alice Balguerie et David Ojcius

Imprimé en France

© AUTEURS 2015
Les textes publiés sont disponibles sous la licence Creative Commons.
Les auteurs conservent leurs droits sur leur article mais autorisent la revue à le publier, le copier, le distribuer, le transmettre et l'adapter à condition qu'ils soient correctement cités.

www.creativecommons.org/licenses/

GRAPHISME : Frédéric Ledoux

L'attente pour accéder aux soins. Bangui (République Centrafricaine), 2014

Sommaire

Introduction p.8

DES ÉPIDÉMIES ÉVITABLES p.9

- **EDITORIAL**
- **AUTEUR** : David Ojcius

Chapitre 1 ..... p.11

ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION SUR L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA

EBOLA : PEUR OU SOLIDARITE ?..... p.12

- **EDITORIAL**
- **AUTEUR** : Michel Brugière

L'EPIDEMIE DE PANIQUE.
L'IMPACT D'EBOLA SUR LES ECONOMIES D'AFRIQUE OCCIDENTALE..... p.14

- **ARTICLE**
- **AUTEURS** : Sophia Hafner et David Ojcius
- **RÉSUMÉ** : Bien que le virus Ebola ait déjà provoqué des milliers de morts, une épidémie bien pire frappe actuellement : la peur d'Ebola. Cette dernière entraîne des pertes économiques énormes pour le Libéria, la Guinée et la Sierra Leone (les trois Etats les plus durement touchés par le virus), mais aussi pour les autres pays de la région. La peur provoque une baisse du commerce local et international, et pousse les touristes vers d'autres destinations. Il est impossible de connaître l'étendu des conséquences économiques et sociales à long terme, mais la Banque Mondiale estime que l'épidémie coûtera environ 359 millions de dollars au Libéria, à la Guinée et à la Sierra Leone, et que les pertes économiques pourraient atteindre 809 millions de dollars.

Chapitre 2 ..... p.23

RÉDUIRE LES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ POUR LES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES

LUTTER CONTRE LA PAUVRETÉ ET POUR L'ACCÈS AUX SOINS :
EXEMPLE D'UN FONDS DE SOLIDARITE MIS EN PLACE À PORT-AU-PRINCE
PAR ATD QUART-MONDE..... p.24

- **FICHE**
- **AUTEUR** : Régis de Muylder
- **RÉSUMÉ** : Les ONG française « ATD-Quart Monde » et haïtienne « Service Œcuménique d'Entraide » ont élaboré un système de fonds de solidarité. Cette initiative multi-financée a permis à des familles démunies de Port-au-Prince de bénéficier d'un circuit de soins en dépit du coût exorbitant des services de santé

GRATUITÉ DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
MISE EN PLACE PAR L'ONG MSF ET LE GOUVERNEMENT MALIEN..... p.26

- **FICHE**
- **AUTEUR** : Rolf Heinmüller

RÉSUMÉ : Au Sud du Mali, 2 types de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 4 ans ont été mis en place : d'abord une gratuité partielle, par l'ONG Médecins Sans Frontières, en ne couvrant que le diagnostic rapide et le traitement du paludisme, puis totale pour tous les soins primaires. Les centres de santé ont immédiatement, et durablement, vu leur fréquentation augmenter.

GRATUITÉ DES SOINS DE SANTÉ POUR LES GROUPES VULNÉRABLES AU BURKINA FASO..... P.28

FICHE

AUTEUR : Valéry Ridde

RÉSUMÉ : En 2008, l'ONG HELP et la Direction régionale de la santé au Burkina Faso ont mis en place une expérimentation d'exemption du paiement des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou allaitantes et les indigents. L'analyse scientifique menée par des chercheurs indépendants permet d'en mesurer les résultats.

CIDR ELARGIT LA PROTECTION SOCIALE EN TANZANIE GRACE A UN PARTENARIAT PUBLIC/PRIVE p.30

FICHE

AUTEUR : Alain Letourmy

RÉSUMÉ : L'ONG CIDR, en partenariat avec les organismes d'assurance de santé locaux, a créé des organismes hybrides de mutuelle dans le district de Mbozi de la région rurale de Mbeya en Tanzanie. L'action a été répliquée dans un district voisin, et un fonds d'assurance spécifique pour les personnes atteintes du VIH a été mis en place grâce à des partenariats public/privé.

Chapitre 3 ..... *p.33*

OFFRIR DES SERVICES ADAPTÉS AUX BESOINS DES POPULATIONS

FINANCEMENT SOLIDAIRE DES ÉVACUATIONS SANITAIRES AU NIGER PAR MÉDECINS DU MONDE..... p.34

FICHE

AUTEUR : Mamoudou Barro

RÉSUMÉ : Non-prises en compte dans les politiques d'exemption des soins de santé, les évacuations sanitaires restent des facteurs limitant fortement l'accès aux soins des populations vulnérables. En 2009, l'ONG Médecins du Monde a alors mis en place un programme de financement solidaire des évacuations sanitaires dans le district sanitaire de Keita au Niger.

L'INSTALLATION DE MÉDECINS PRIVÉS COMMUNAUTAIRES : ENTRE INSERTION PROFESSIONNELLE ET ACCÈS A LA SANTÉ..... p.36

FICHE

AUTEUR : Dominique Desplats

RÉSUMÉ : Le déficit en médecins généralistes en zones rurales et périurbaines reste préoccupant en Afrique. L'ONG Santé Sud a mis au point le concept de médecine générale communautaire, ainsi qu'un dispositif professionnel qui a permis l'installation de 245 médecins au Mali, à Madagascar, au Bénin et en Guinée. Six évaluations externes ont permis d'analyser la pertinence et la faisabilité de cette offre de soins de proximité, et de déterminer les conditions qui permettraient son intégration/extension dans les systèmes de santé.

LUTTER CONTRE LES FISTULES OBSTETRICALES ET FORMER LE PERSONNEL MÉDICAL LOCAL AU MALI..... p.39

FICHE

AUTEUR : Michel Brugière

RÉSUMÉ : En 1993, Médecins du Monde a entrepris un programme de prise en charge des fistules obstétricales à l'hôpital régional de Mopti (Mali) afin de traiter les femmes malades et de former une équipe chirurgicale autonome sur place. Le programme a alors évolué vers une prise en charge globale, médicale et psychosociale des femmes victimes de fistules obstétricales, et a également développé un volet de prévention et de sensibilisation communautaire.

Chapitre 4 ..... *p.43*

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL VIVENT LES POPULATIONS

COMBINAISON DE METHODES DE PLANIFICATION POUR L'ELABORATION D'UN PROGRAMME DE SANTE A SAUT D'EAU (HAÏTI). p.44

- **FICHE**
- **AUTEUR** : Joseph-Adrien Emmanuel Demes
- **RÉSUMÉ** : Dès 1999, l'ONG Concern Worldwide, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population haïtien, a mis en place un programme de santé publique à Saut d'Eau, grâce à une participation directe des populations locales.

Pesée d'un enfant. Bangui (République Centrafricaine), 2014

Introduction

Éditorial

DES ÉPIDÉMIES ÉVITABLES

Le premier cas officiel d'Ebola a touché un garçon de 2 ans en Guinée, décédé le 6 Décembre 2013, il y a à peine un peu plus d'un an. Sa mère est morte quatre jours plus tard, suivie par sa sœur. L'épidémie a commencé avec l'apparition d'une nouvelle souche du virus d'Ebola, qui a circulé localement pendant des mois avant que l'épidémie ne devienne évidente [1].

Dans un monde idéal, l'épidémie d'Ebola aurait pu être arrêtée avec les premiers cas, s'ils avaient été isolés et leurs contacts rapidement mis sous surveillance. Mais les premiers cas sont apparus dans une région rurale d'un pays pauvre, où personne n'était compétent pour diagnostiquer le virus d'Ebola.

Lorsque les médias ont commencé à remarquer l'épidémie au printemps 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait déjà signalé une centaine de morts en Guinée. L'épidémie s'était depuis élargie au Libéria, où quelques cas avaient été recensés. Certaines organisations de santé avaient exprimé leurs craintes, mais des épidémies similaires avaient eu lieu dans le passé en Afrique et elles avaient été contenues avec l'aide d'organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé et Médecins sans Frontières.

Même si actuellement l'épidémie ralentit et devrait finalement être contenue, elle aura probablement tué près de 10 000 personnes d'ici là. En plus de tuer inutilement tant de gens, l'épidémie cause des dommages incommensurables aux systèmes de soins de santé qui étaient déjà fragiles. L'épidémie Ebola a également des conséquences négatives pour l'économie des trois pays d'Afrique de l'Ouest, qui étaient déjà pauvres. Pour être juste, les pays riches et les bailleurs de fonds sont venus en aide aux pays touchés par l'épidémie, en envoyant du matériel sanitaire, des professionnels de la santé, et même des soldats. Mais des leçons doivent être tirées : la prévention et la solidarité en amont ou aux prémices de l'épidémie auraient permis de sauver de nombreuses vies et d'économiser des ressources matérielles importantes. Au minimum, une aide devrait être fournie pour renforcer la surveillance et pour soutenir les systèmes de santé afin que des épidémies similaires soient contenues rapidement et à moindre coût à l'avenir.

Il est à ce propos rassurant de voir que des actions de solidarité existent à une échelle plus locale et qu'elles ont des impacts sur la qualité de vie et la santé des populations à travers le monde. Dans ce numéro spécial, de courts rapports décrivent des projets locaux qui ont réussi au Bénin, au Burkina Faso, en Guinée, en Haïti, à Madagascar, au Mali, au Niger, en Tanzanie et au Togo.

Les quatre premiers rapports décrivent des actions de terrain visant à améliorer l'accès aux soins des populations les plus vulnérables en réduisant ou en éliminant les coûts de soins de santé. Ainsi, deux ONG en Haïti ont collaboré pour développer un système de financement qui permet aux familles pauvres de bénéficier de soins de santé et d'être protégées contre les dépenses de santé catastrophiques. Au Mali, les soins de santé sont disponibles gratuitement pour les enfants de moins de cinq ans, avec un accent mis sur le diagnostic et le traitement du paludisme. Au Burkina Faso, une ONG et une direction régionale de la santé se sont alliées pour permettre l'exemption du paiement des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes ou allaitantes et les indigents. Enfin, un réseau de fournisseurs de soins de santé en Tanzanie a établi un partenariat avec la région et une société pour prendre en charge les coûts de traitement du SIDA.

Les trois rapports suivants décrivent des projets qui améliorent les soins de santé en adaptant les services aux besoins des populations locales. Au Niger, un mécanisme de financement solidaire a été utilisé pour mettre en place les évacuations médicales, avec un coût raisonnable de transport. Dans plusieurs pays francophones d'Afrique (Bénin, Guinée, Madagascar, Mali et Togo) une ONG a facilité l'installation de médecins généralistes communautaires dans des zones rurales qui étaient auparavant de véritables déserts médicaux. Et au Mali, une ONG a lancé un programme dans un hôpital régional pour traiter les fistules obstétricales. Au départ, l'objectif était de traiter le nombre maximum de femmes touchées dans les meilleures conditions possibles et de former une équipe chirurgicale autonome sur place, mais le programme a évolué pour s'occuper également plus largement des soins médicaux et psychosociaux des femmes.

Le rapport final se concentre sur la gestion de l'eau potable en Haïti. Une ONG a collaboré avec le ministère haïtien de la Santé publique pour mettre en place le programme, qui était également possible grâce à une participation directe de la population locale. En général, des actions de terrain sont efficaces et durables sur le long terme qu'avec la participation de la population concernée.

David Ojcius
Rédacteur en chef de RESOLIS
Professeur en immunologie et microbiologie,
Université de Californie Merced
david.ojcius@resolis.org

BIBLIOGRAPHIE :

S. Baize et al., ***Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea***, New England Journal of Medicine (2014) 371:1418-1425.

Chapitre 1

ELEMENTS DE REFLEXION SUR L'EPIDEMIE D'EBOLA

Éditorial

EBOLA : PEUR OU SOLIDARITÉ

Novembre 2014

La maladie au virus Ebola est connue depuis 1976. Depuis sa découverte, des épisodes épidémiques ont éclaté à plusieurs reprises spontanément en Afrique centrale. Contrairement à la situation actuelle, ils étaient limités tant au plan géographique qu'au plan épidémique et ce bien que les services de santé n'étaient pas particulièrement performants. Pourquoi en 2014 cette nouvelle poussée épidémique a dérapé ? Elle touche plusieurs pays : la Guinée, la Sierra-Léone, le Libéria et maintenant le Mali. Elle a déjà tué plusieurs milliers d'africains.

Plusieurs facteurs expliquent la diffusion de l'épidémie. En premier lieu, c'est dans cette zone de l'Afrique que se situe le réservoir de virus au sein d'une espèce de singes. Les pays touchés sortent de périodes d'instabilités politiques graves, de guerres civiles destructrices, qui ont affaibli les Etats, leurs services publics et plus particulièrement les services de santé. Ces défaillances et carences publiques sont sûrement le plus important facteur. En effet, l'absence de politiques préventives est fortement responsable de la situation actuelle. Comme dans beaucoup de domaines liés à la lutte contre la pauvreté, une démarche de prévention est nettement moins coûteuse, monétairement et humainement, que l'état d'urgence.

En outre, les populations africaines sont très mobiles. Elles se déplacent d'un pays à l'autre pour commercer tout comme pour se mettre à l'abri de la violence endémique. Les frontières sont poreuses et quasiment sans contrôle. Une partie de la population a même refusé les mesures de prévention qui lui étaient conseillés par des équipes spécialisées itinérantes. Pour les populations locales, cette attitude les a rendu responsable de la propagation de la maladie, et a entraîné le massacre de malades, suspects et soignants.

A côté de ces facteurs nationaux, des facteurs internationaux aggravent la diffusion de l'épidémie. Les pays riches, c'est-à-dire les Etats-Unis et l'Union Européenne, en raison de leur lenteur à intervenir et de leurs hésitations à mobiliser une aide massive d'urgence, ont également leur part de responsabilité. Est-ce que les 3 000 militaires américains promis sont arrivés au Libéria ? Est-ce que l'Hôpital et les spécialistes de la France sont arrivés en Guinée ? Est-ce que le milliard d'Euros de l'Union européenne est arrivé sur le terrain ? Aujourd'hui, seule une organisation humanitaire non-gouvernementale est active et soigne des centaines de malades. Elle a alerté à plusieurs reprises, en vain, la communauté internationale sur les risques d'extension de l'épidémie. Ce n'est que depuis que cette épidémie occupe, matin et soir, tout notre espace médiatique, que la communauté internationale s'est réellement saisie du sujet.

Les journalistes ont tendance à la décrire sur un ton catastrophiste générateur de peur et de repli égoïste. On peut légitimement s'interroger sur l'élément déclencheur de l'aide internationale : elle est certainement plus motivée par la peur que par un élan de solidarité.

Cependant, cette peur collective est infondée dans notre pays hyper-médicalisé et riche d'infectiologues à la renommée internationale. Les médias doivent naturellement nous tenir informés de l'évolution de l'épidémie. Ce devoir doit néanmoins s'exercer de manière pédagogue et selon une approche rationnelle. Rappelons que la maladie à Ebola est une maladie infectieuse bien connue. Nous connaissons sa période d'incubation, ses modes de transmission, ses symptômes et les organes atteints. Même s'il est vrai que, pour le moment, nous ne disposons pas de molécule spécifique efficace et il faudra du temps pour développer et tester des vaccins, le traitement symptomatique et l'isolement des porteurs et des malades ne sont pas dénués d'efficacité. A cela s'ajoute les dispositifs de contrôle mis en place ici et là-bas pour contenir l'épidémie. Toutes ces informations objectives permettent de rassurer nos concitoyens et d'éviter de céder à la panique. L'épidémie à virus Ebola n'est pas la peste noire du moyen-âge, ni la grippe espagnole du début du XXème siècle, toutes deux responsables de millions de morts.

Dans ce tableau, seule bonne nouvelle est l'OMS qui, malgré sa culture bureaucratique, a autorisé l'utilisation de molécules qu'elle n'avait pas encore agréée.

L'Ebola est une épidémie que nous pouvons contenir et éradiquer : les stratégies de préventions, individuelles et collectives, sont efficaces. Il ne tient qu'à nous de remplacer notre paralysante peur par une « ***solidarité active et massive*** » auprès des principales victimes, nos voisins africains. Sans réponse rapide et adéquate, cet épisode frappera de plein fouet des populations déjà vulnérables et les plonger plus durablement dans une extrême pauvreté.

Michel Brugière
Membre de RESOLIS
Ancien président de l'association Centre Primo Levi
Ancien directeur de Médecins du Monde
brugierem@gmail.com

Article

L'ÉPIDÉMIE DE PANIQUE L'IMPACT D'EBOLA SUR LES ÉCONOMIES D'AFRIQUE OCCIDENTALE

AUTEURS :

Sophia Hafner,
scientifique à l'Université de Copenhague.
sophia.hafner@paris7.jussieu.fr

David Ojcius,
Rédacteur en chef de RESOLIS, Professeur en immunologie et microbiologie à l'Université de Californie, Merced
david.ojcius@resolis.org

DATE D'ÉCRITURE DE L'ARTICLE : Octobre 2014

RÉSUMÉ : ***Bien que le virus Ebola ait déjà provoqué des milliers de morts, une épidémie bien pire frappe actuellement : la peur d'Ebola. Cette dernière entraîne des pertes économiques énormes pour le Libéria, la Guinée et la Sierra Leone (les trois Etats les plus durement touchés par le virus), mais aussi pour les autres pays de la région. La peur provoque une baisse du commerce local et international, et pousse les touristes vers d'autres destinations. Il est impossible de connaître l'étendu des conséquences économiques et sociales à long terme, mais la Banque Mondiale estime que l'épidémie coûtera environ 359 millions de dollars au Libéria, à la Guinée et à la Sierra Leone, et que les pertes économiques pourraient atteindre 809 millions de dollars.***

INTRODUCTION

Ebola est facile à contenir. C'est du moins la théorie des laboratoires modernes et bien équipés d'Europe et d'Amérique. En effet, en mettant en place une quarantaine, en appliquant rigoureusement les règles de protection, et en assurant un système de communication efficace entre les populations, les travailleurs de la santé et les gouvernements devraient pouvoir contenir rapidement et efficacement la propagation. Sans surprise, quelque chose manque à cette théorie qui échoue fatalement à considérer des facteurs tels l'insuffisance des systèmes sanitaires et le profond manque de confiance des populations vis-à-vis des gouvernements, des hôpitaux et des étrangers, auxquels s'ajoutent la superstition et l'importance des pratiques culturelles **[1]**.

Le nombre officiel de morts causés par la pire épidémie d'Ebola de l'Histoire, affectant principalement la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, a définitivement dépassé le seuil des 3 000 morts[1] et 7 000 personnes infectées. Ces chiffres sont probablement 2,5 fois plus importants étant données les difficultés pour reconnaître et lister les cas ainsi que la résistance des communautés à les déclarer. Parallèlement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le nombre d'infections atteindra les 21 000 personnes au cours des semaines prochaines et les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) prévoient que 1,4 million de personnes seront concernées en janvier, selon leur pire scénario **[2,3,4].**

LE RÈGNE DE LA PEUR

Ebola est très certainement un horrible virus. Cependant, en vérité, une épidémie bien pire frappe actuellement : la peur d'Ebola. Alors que la maladie Ebola a peu de chance, dans l'état actuel du génome de son virus, de se transformer en épidémie à grande échelle ; la panique, elle, a déjà atteint des niveaux pandémiques **(Encadré 1)**.

Encadré 1 : Faits basiques concernant Ebola

LE VIRUS EBOLA

1. Il appartient à la famille des Filoviridae, à l'espèce Ebolavirus Zaïre et au genre Ebolavirus.

1. En décembre 2014, l'OMS reconnaît déjà plus de 5 500 morts

- 2. Il se trouve principalement en Afrique subsaharienne centrale et occidentale.
- 3. Les chauves-souris (en particulier les chauves-souris frugivores) et les primates constituent vraisemblablement son réservoir animal.
- 4. Les chauves-souris frugivores sont capturées et consommées dans certaines régions (viande de brousse), ce qui permet la transmission du virus de l'animal à l'homme.
- 5. La transmission de l'homme à l'homme nécessite un contact direct avec des individus infectés ou avec des fluides corporels contaminés tels du sang, de la salive ou du vomi.

LA MALADIE À VIRUS EBOLA

- Chez les humains comme chez d'autres mammifères, le virus Ebola entraîne une fièvre hémorragique mortelle nommée la maladie à virus Ebola.
- Elle a été décrite pour la première fois en 1976 en République Démocratique du Congo.
- Ses symptômes incluent fièvres, maux de tête, douleurs abdominales et musculaires, diarrhées, vomissements et saignements ; elle peut ainsi être confondue avec la malaria ou la grippe.
- La principale cause de décès n'est pas l'hémorragie, mais la chute excessive de la pression sanguine ainsi que l'affaiblissement du système immunitaire, augmentant les risques ultérieurs d'infections.
- La période moyenne d'incubation est de 11 jours et peut durer jusqu'à 21 jours.
- Le taux de létalité varie, selon les souches, entre 53 % et 90 %, avec une moyenne de 83 % ; le taux de létalité de la souche de l'épidémie actuelle est d'environ 70 %.
- Une personne infectée peut en contaminer deux autres en moyenne.
- Pour son taux de mortalité élevé plutôt que pour son risque de transmission, le virus Ebola est répertorié avec les pathogènes de catégorie 4 par l'OMS. Il requiert ainsi un confinement de niveau de biosécurité 4.

L'ÉPIDÉMIE EBOLA DE 2014

- L'épidémie actuelle d'Ebola est la plus grave depuis sa découverte en 1976.
- Elle a débuté en Guinée en décembre 2013 puis s'est propagée vers le Liberia, la Sierra Leone, le Nigeria et le Sénégal.
- Selon des sources officielles : au premier octobre 2014, 7 492 personnes avaient été infectées et 3 439 en étaient mortes.

Mais pourquoi Ebola fait-il si peur ? Quelques mots clefs bien placés tels « incurable », « agent pathogène de catégorie 4 », « mortalité élevée » et « mort rapide » plus d'indénombrables photos gores sur Google Images feront l'affaire. Certaines interprétations hollywoodiennes, comme le film « Alerte ! » de 1995, participent à ancrer l'idée erronée d'une personne agonisant pendant que le sang coule de tous les orifices de son corps **[5]**.

Le facteur de nouveauté pèse aussi dans la balance. En Afrique occidentale, il y a actuellement plus de victimes des vieilles épidémies comme la malaria, la tuberculose ou le SIDA que du virus Ebola. Mais ces maladies « traditionnelles » tuent plus lentement et moins spectaculairement. De plus, elles existent depuis suffisamment longtemps pour que le monde s'y soit accoutumé. Pourtant, Ebola a infecté près de 1 500 victimes entre sa découverte en 1976 et l'épidémie de 2014, soit moins de la moitié du bilan mortel officiel en dix mois **(Encadré 2)**. Aussi, toutes les précédentes épidémies étaient très localisées alors que soudainement les frontières nationales sont transgressées et des pays occidentaux comme l'Espagne et les États-Unis sont concernés **[1]**.

Encadré 2 : Mode de transmission et risque de mutations

MODE DE TRANSMISSION

Dans l'esprit populaire, la dangerosité d'un pathogène est directement corrélée à sa probabilité d'infection. Ainsi, beaucoup croient encore qu'Ebola est fortement contagieux. Or, cette conception est erronée. Si le virus Ebola est traité comme un pathogène de catégorie 4, ce n'est pas pour sa transitivité, mais pour son taux de mortalité extrême ainsi que pour l'absence de traitement ou de vaccin.

Les chauves-souris frugivores de la famille des Pteropodidae semblent être les hôtes naturels du virus. D'autres animaux peuvent être porteurs, comme les chimpanzés, les gorilles, les singes, les antilopes et les porcs-épics. Les humains contractent le virus après un contact direct avec du sang, des organes ou des sécrétions d'animaux infectés. Les chauves-souris frugivores font notamment partie de l'alimentation en « viande de brousse » de certains villageois d'Afrique occidentale **[1]**. Selon les analyses génétiques, les trois dernières épidémies d'Ebola proviendraient probablement d'un ancêtre commun d'Afrique centrale vers 2004. Chaque épidémie correspond à un évènement zoonotique indépendant issu de la même population virale hétérogène dans son réservoir naturel, suivi d'une transmission interhumaine soutenue sans sources zoonotiques supplémentaires **[2]**.

La transmission d'homme à homme nécessite le contact direct d'une peau blessée ou de surfaces muqueuses avec du sang, des sécrétions, des organes ou des fluides biologiques de personnes infectées. C'est pourquoi les travailleurs de la santé n'utilisant pas suffisamment d'équipement de protection s'exposent à des risques d'infections plus élevés en traitant leurs patients. Les rites funéraires impliquant de toucher ou d'embrasser le défunt conduisent aussi à des risques élevés de transmission virale. Les patients ne deviennent contagieux qu'après l'apparition des premiers symptômes (généralement entre 2 et 21 jours après l'infection ; ceux-ci consistent en une fatigue soudaine ainsi que des douleurs à la tête, à la gorge et aux muscles). Cependant, le risque de transmission perdure aussi longtemps que le virus demeure dans le sang des victimes ainsi que dans leurs fluides biologiques comme le sperme et le lait maternel. Le sperme peut continuer à transmettre le virus jusqu'à sept semaines après la guérison clinique **[1]**.

En moyenne, une personne infectée peut en contaminer deux autres, un nombre qui reste faible : la grippe a un taux de transmission de 10 et la rougeole entre 10 et 15. Cela s'explique par le fait que sa transmission nécessite un contact direct et, car ironiquement, le virus tue ses victimes trop vite pour qu'elles aient eu le temps d'interagir avec beaucoup de nouveaux hôtes potentiels.

LE VIRUS EBOLA POURRAIT-IL MUTER ET DEVENIR PLUS CONTAGIEUX ?

La *mutation* est un terme trop dangereux pour être prononcé auprès des médias. Selon les croyances populaires abreuvées de science-fiction, une seule mutation transforme des humains en superhéros et des lapins en monstres carnivores.
Concrètement, le pire des scénarios en termes de mutation serait que le virus devienne aérien. C'est-à-dire qu'il acquiert la capacité de se propager par les particules d'aérosols ou par les gouttelettes produites en toussant, en reniflant ou en pulvérisant des poussières ou des liquides qui seraient transportés par les courants d'air. Cela augmenterait nettement son taux de transmission, élargirait la portée de sa transmission et rendrait sa décontamination bien plus longue et ardue. Une transmission interhumaine soutenue associée à un taux de transmission élevé constitue en effet le prérequis d'une pandémie majeure.

Cependant, cette possibilité demeure hypothétique à l'heure actuelle. Les experts s'accordent à dire qu'un tel scénario est extrêmement peu probable et que le risque est généralement surestimé. Le principal argument se base sur les précédents faisant foi : aucun virus connu se transmettant par les fluides corporels ne s'est jamais converti en virus respiratoire. Y compris les exemples tristement célèbres comme le VIH et le virus de l'hépatite B, qui prolifèrent sur l'ensemble de la planète depuis longtemps déjà sans la moindre mutation significative **[3]**. De plus, à en juger par son Histoire génétique depuis sa découverte en 1976, le virus Ebola ne semble pas spécialement friand des recombinaisons avec d'autres virus qui pourraient lui fournir des capacités supplémentaires, contrairement au virus de la grippe aviaire. Or, il faut certainement plus qu'une poignée de substitutions nucléotidiques aléatoires pour changer fondamentalement la stratégie de transmission d'un virus **[2]**.
Par ailleurs, il est difficile de connaître le nombre minimal de mutations qui pourrait permettre au génome viral d'Ebola de voyager dans l'air et de survivre suffisamment longtemps hors d'un hôte infecté. Des scientifiques ont essayé de simuler ce type d'évolution *in vitro* dans un laboratoire en utilisant deux types de virus de grippe aviaire (H5N1 et H7N9) afin de surveiller les évènements génétiques correspondant dans des réservoirs animaux. Le principal résultat fut un énorme scandale international à propos du type de recherche dont la publication pouvait être autorisée. Il est donc difficile d'imaginer que quelqu'un ose proposer un projet similaire sur Ebola **[4]**.

[1] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/

[2] S. K. Gire et al., Genomic surveillance elucidates Ebola virus origin and transmission during the 2014 outbreak, Science (2014), 345(6202)-:1369-1372.
[3] http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/ebola/11135883/Ebola-could-become-airborne-United-Nations-warns-of-night-mare-scenario-as-virus-spreads-to-the-US.html
[4] S. Hafner, Microbes Infect. (2014), 16(8):587-90.

La couverture médiatique a aussi sa part d'ambiguïté dans l'histoire. Si elle fut indispensable pour attirer enfin l'attention du public, malgré un délai considérable durant les débuts de l'épidémie, et à terme déclencher les opérations d'aide internationale et les donations ; elle joue indubitablement un rôle dans l'actuelle contagion mondiale de la peur **[6]**.

C'est la peur qui pousse les gens à s'enfermer, les agriculteurs à quitter leurs terres et les investisseurs à abandonner les pays. La peur vide les marchés et les magasins tout en maintenant les personnes loin des hôpitaux. La peur creuse aussi le fossé entre les populations et les gouvernements. La peur tue : comme les huit fonctionnaires et journalistes lynchés par des villageois en colère le 18 septembre près de Nzérékoré en Guinée.
D'une manière tristement pragmatique, tous ces effets (sur la santé, la confiance des populations en leurs gouvernements et celle que la communauté internationale accorde à un pays) peuvent se résumer à l'argent, à l'effet de l'épidémie sur l'économie.

ÉPIDÉMIES, ÉCONOMIE ET EBOLA

L'expérience montre que les épidémies tendent à entraîner des pertes économiques colossales catalysées par la panique, dépassant largement en nombre et en empreinte géographique les morts actuels. En 2002-2003, l'épidémie de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) en Chine puis la contagion dans 37 pays a infecté 8 000 personnes et en a tué 800, soit un nombre considéré relativement petit ; pourtant, elle a entrainé des pertes de 50 milliards de dollars sur l'économie mondiale, considérées élevées.

L'épidémie Ebola est pratiquement la dernière chose dont avaient besoin les fragiles économies d'Afrique occidentale, progressant timidement ces dernières années après plusieurs guerres civiles, conflits religieux et remaniements politiques **(Image 1)**. Techniquement, il semble étrange de parler d'une seule économie. En effet, l'Afrique occidentale est un patchwork de nations aux différents passés, problèmes, cultures et structures politiques et économiques **[1]**. La Sierra Leone et le Nigeria étaient des colonies britanniques alors que le Sénégal, la Guinée et la Côte d'Ivoire appartenaient à l'Afrique-Occidentale française. Le Liberia, quant à lui, fut fondé par des esclaves afro-américains libérés. Ce contexte historique a encore de nos jours des répercussions sur sa capacité à profiter de l'aide internationale. Par exemple, les États-Unis se concentrent principalement sur le Liberia où ils ont envoyé près de 3 000 soldats pour superviser l'installation de 17 hôpitaux dotés de 100 lits chacun **[2,4]** ; au léger regret de la Sierra Leone qui utilise actuellement des bons du Trésor pour financer sa lutte contre l'épidémie **[4]**.

Image 1 : Ebola en Afrique de l'Ouest (novembre 2014)

En bref, alors que les piliers économiques de l'Afrique occidentale se basent fortement sur l'agriculture et l'exploitation minière, ces deux secteurs subissent sévèrement les dommages collatéraux d'Ebola, conduisant à une inflation et à un énorme déficit financier des finances publiques et des comptes extérieurs

L'IMPACT SUR L'ÉCONOMIE LOCALE

La mobilité constitue un prérequis pour tout échange économique ; or, la mobilité est gravement amputée par les effets de l'épidémie Ebola à toutes les échelles et à tous les niveaux. Une nouvelle fois, l'une des raisons en est la peur. Celle-ci frappe en premier les commerces locaux, ayant typiquement lieu sur les places de marchés et dans les rues. Aujourd'hui, les rues sont vides **(Image 2)** et les agriculteurs ont fui les régions affectées, ajoutant une menace de famine à celle du virus pendant que les cultures pourrissent dans les champs abandonnés.

Image 2 : Représentation d'un marché à Conakry (Guinée)

Le facteur peur exacerbe les conséquences des restrictions gouvernementales sur les mouvements des personnes et des marchandises mises en place sous forme de quarantaines, de couvre-feux, de fermetures des barrières et d'arrêts des transports. De nombreux marchés transfrontaliers ont été fermés, privant des milliers de vendeurs de leur source de revenus quotidiens **[8]**. Au Mali, les propriétaires des magasins proches de la frontière guinéenne s'approvisionnaient habituellement dans les pays voisins en savons, essence ou cacahuètes. Bien que les frontières soient restées ouvertes, peu d'entre eux osent continuer leurs achats et beaucoup sont en rupture de stocks.

Le faible système sanitaire figure lui aussi parmi les tragiques victimes de l'épidémie. « Ebola est en train de détruire le système sanitaire » affirmait Bill Gates, au nom de la Fondation Bill et Melinda Gates, durant la cérémonie de clôture de la Conférence Sibos de 2014 sur les services bancaires. Près de 150 travailleurs de la santé sont morts à cause du manque d'équipement de protection. D'autres ont fui et de nombreux hôpitaux publics ont fermé, abandonnant les traitements des personnes atteintes de malaria ou de choléra. De plus, certains patients refusent d'entrer dans les hôpitaux de peur de contracter Ebola **[4]**.

L'IMPACT SUR LE COMMERCE INTERNATIONAL

Sans surprise, l'un des premiers types d'échange international et de source de revenus à s'effondrer fut le tourisme. Il s'agit probablement du domaine économique souffrant le plus de la présence du virus, car Ebola est tout de suite associé dans l'esprit populaire avec *n'importe quel* pays plus ou moins africain **[6]**. En effet, les trois pays les plus affectés ne figurent pas vraiment dans le top des destinations touristiques, mais certains de leurs voisins les plus « attractifs » subissent déjà les conséquences de l'épidémie. Selon les directeurs des groupes hôteliers de Lagos, la plus grande ville nigériane, la peur fait chuter dramatiquement les réservations. Pourtant, le Nigeria n'a connu « que » 20 cas d'Ebola et 8 morts, et son gouvernement affirme que l'épidémie y est maintenant contenue **[8,9]**. Pareillement, le Sénégal, destination subsaharienne préférée des Français, s'attend à un fort recul du tourisme malgré un unique cas d'Ebola et aucune mort jusqu'à maintenant.

Une fois de plus, le phénotype créé par la peur est exacerbé par les décisions officielles comme les restrictions de voyage et les fermetures des frontières. British Airways, Emirates ainsi que certaines compagnies aériennes africaines ont annulé leurs vols vers les pays affectés. De même, la Côte d'Ivoire a fermé ses frontières et a interdit les vols vers les pays voisins afin d'éviter une contagion longue distance du virus **[8,10]**. Dommage collatéral : l'arrêt du fret aérien n'interrompt pas seulement le transport de marchandises, mais aussi d'équipements médicaux et d'assistance.

Juste derrière les touristes, ce sont les investisseurs étrangers qui abandonnent le navire en plein naufrage. De nombreuses grandes entreprises minières évacuent leur personnel étranger, maquillant parfois ces évacuations en voyage d'affaires ou en vacances, et réduisent leurs opérations au strict minimum pendant que plongent les actions des entreprises. China Union, qui avait récemment commencé à extraire et exporter du minerai de fer depuis le Liberia et qui n'avait déjà pas de très bonnes relations avec les communautés voisines de la mine **[12]**, a réduit ses activités et envisage un arrêt temporaire complet de ses activités si l'épidémie n'est pas rapidement contrôlée, en invoquant un cas de force majeure. Shell, le géant pétrolier possédant des intérêts et des investissements colossaux au Nigeria, a mis en place une équipe de gestion de crise destinée à surveiller de près l'évolution de l'épidémie et prête à quitter rapidement le pays si nécessaire **[8]**. Sime Darby, le plus grand producteur mondial d'huile d'olive, a ralenti sa production ; ArcelorMittal, l'un des leaders mondiaux de l'acier et de l'exploitation minière, a arrêté ses plans d'extension au Liberia ; et le Groupe Sicfa basé en Côte d'Ivoire a interrompu ses exportations de caoutchouc **[9]**.

Il existe cependant des exceptions. L'entreprise russe RUSAL, leader de la production mondiale d'aluminium, a offert sept thermomètres laser, permettant de mesurer la température à distance, au port autonome de Conakry et a accepté de collaborer à la formation du personnel médical sur place, selon le chef des projets sociaux de RUSAL, André Tolkanov. Cela pourrait ressembler à une crise soudaine d'altruisme si la Guinée ne possédait pas la plus grande réserve de bauxite de la planète, de plus de 564 millions de tonnes, et si RUSAL ne venait pas de lancer un énorme projet d'extraction, le projet Dian-Dian (COBAD), prévu pour être opérationnel en 2016. La construction lancée en juillet 2014 comporte des investissements majeurs pour des infrastructures telles des chemins de fer, des routes, des ports, des écoles et des centres sanitaires ainsi que la création de plus de 500 emplois locaux et sous-traités. Alors que le gouvernement guinéen a reçu une compensation financière et que la population a profité de généreuses distributions de riz, il est évidemment dans l'intérêt de tous que le projet perdure **[13,14,15]**.

E-BOLA ET EBOLA BUSINESS

Certains types de commerce réussissent de manière inattendue à tirer leur épingle du jeu. Avec près de 177 millions d'habitants, le Nigeria est le pays le plus peuplé d'Afrique. Il a vécu récemment un boom de l'Internet. En 2009, 44 millions de personnes utilisaient Internet dans ce pays dans lequel 43 % de la population a moins de 14 ans ; ce qui signifie qu'un tiers des adultes disposent d'un accès à Internet. En juillet, le Nigeria rapportait son premier cas d'Ebola et une dizaine de personnes sont mortes depuis. Il s'agit d'un petit nombre de victimes en comparaison avec les pays voisins, d'autant plus que la maladie semble aujourd'hui maîtrisée. Les informations diffusées sur Internet, par exemple sur www.ebolafacts.com, ont probablement joué un rôle. Cependant, la peur demeure et les Nigérians ne sortent pas de chez eux, désertant les marchés et les grandes surfaces. En conséquence, les ventes en ligne ont explosé. Les commandes des plus gros sites d'e-commerce nigérians, Jumia, Konga et Kaymu, ont plus que triplé ; en tête: les produits sanitaires et les produits d'entretien. Il est difficile d'estimer à quel point cela limite les dégâts sur l'économie du pays. Néanmoins, les entreprises d'e-commerce partagent indéniablement les mérites de la maîtrise de l'expansion de la maladie. En effet, elles nécessitent peu de personnel qui, en plus, peut être formé au respect des règles de santé et de sécurité requises **[16]**. Si la Guinée n'est quant à elle pas complètement entrée dans l'ère numérique, elle connaît tout de même sa propre version de l'Ebola Business : le marché des antiseptiques explose, les T-shirts « Stop Ebola » fleurissent et les ONG proposant des campagnes de sensibilisation apparaissent partout, certaines aux intérêts plus monétaires qu'humanitaires.

EBOLA EN CHIFFRES

La catastrophe économique mise à part, la simple lutte contre Ebola est déjà chère, très chère. Les factures médicales des gouvernements comme des groupes et des fondations humanitaires du monde entier s'élèveront à des centaines de millions de dollars (chaque station d'isolement coûte plusieurs centaines de milliers de dollars) **[8]**.
L'OMS a affirmé qu'il faudrait environ un milliard de dollars pour empêcher la propagation de la maladie **[18]**.
Malheureusement, les dégâts économiques dépasseront très probablement les factures médicales. Les ministres des finances concernés ainsi que des institutions comme la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et le Fonds Monétaire International (FMI) sont occupés à corriger leurs chiffres et ajuster leurs prévisions. Les premières estimations ont été publiées récemment : elles présagent une effrayante intensité des dégâts. Les croissances des Produits Intérieurs Bruts (PIB) de la Guinée et du Liberia sont divisées par deux, dégringolant à 2,4 % – 2,5 %. La Sierra Leone, ex-championne de la croissance économique avec 11,3 % l'année dernière, devrait perdre au moins 3 à 4 points **[18]** ou même plonger à 2 % selon les estimations les plus pessimistes **[4]**. La Banque Mondiale calcule que l'épidémie coutera environ 359 millions de dollars à ces trois nations et que les pertes économiques pourraient atteindre 809 millions de dollars (voire plusieurs milliards si la maladie se propage dans d'autres pays africains), selon le président de la Banque Mondiale, Jim Yong Kim. Cette institution a jusqu'ici mobilisé plusieurs attributions financières d'un total de 230 millions de dollars pour chacun de ces trois pays, tandis que le FMI estime que 300 autres millions de dollars seraient nécessaires pour les six mois à venir **[18,19]**.

CONCLUSION

Bien entendu, il est impossible de chiffrer définitivement les coûts en plein cœur de l'épidémie, et tous les chiffres ne sont donc que des spéculations préliminaires. La facture finale dépendra de la durée et de la propagation maximale de la maladie, qui dépendra à son tour de la gestion mondiale de l'épidémie **[8]**. Il existe une mince marge séparant les mesures nécessaires à la maîtrise efficace et durable de la maladie et l'inutile et évitable panique mettant en danger le tissu fragile de la vie normale. Malheureusement, le mal est fait. Il reste à savoir si les dégâts peuvent être limités par une réponse internationale massive et organisée pour combattre la maladie dans un premier temps et pour, dans un second temps, aider les nations affectées en leur procurant des systèmes sanitaires décents ainsi que les équipements de base pour faire face à l'épidémie. Cela prendra sans doute des années voire des décennies.
Il reste toujours l'espoir d'en tirer des leçons. Après les accusations à l'encontre de la Chine, durant l'épidémie de SRAS, d'avoir caché des informations à la communauté internationale, l'apparition l'an dernier de la dernière version de la grippe aviaire, H7N9, a été rapidement contrôlée avec une transparence exemplaire et une collaboration internationale limitant à la fois la panique et la propagation de la maladie **[20]**. Ebola pourrait avoir souligné la nécessité d'améliorer le développement des traitements pour les maladies rares, car ces maladies négligées peuvent se transformer soudainement en épidémie mondiale quand les conditions propices sont réunies. Au moins, aujourd'hui, trente ans après la découverte du virus Ebola, des thérapies et des vaccins sont testés à plein régime **[11]**.
Ils devraient être prêts... pour la prochaine épidémie.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Entretien avec Peter Piot
http://www.vox.com/2014/9/29/6851701/the-man-who-discovered-ebola-on-why-this-epidemic-spiraled-out-of

[2] Estimation de l'évolution du nombre de cas d'Ebola
http://www.nytimes.com/2014/09/24/health/ebola-cases-could-reach-14-million-in-4-months-cdc-estimates.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&version=HpSum&module=first-column-region&region=tnews&WT.nav=top-news&_r=0

[3] Estimation de l'évolution du nombre de cas d'Ebola
http://www.sidiief.org/ebola-loms-prevoit-jusqua-20-000-cas-dici-novembre-2014/

[4] La réponse américaine à Ebola
http://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21618909-there-scramble-control-runaway-epidemic-help-time-ebola

[5] Faits concernant Ebola
http://www.vox.com/cards/ebola-facts-you-need-to-know/what-is-the-ebola-virus

[6] Pourquoi Ebola fait-il si peur
blogs.reuters.com/great-debate/2014/08/14/remember-the-movie-outbreak-yeah-ebolas-not-really-like-that/

[7] Les inconvénients de l'isolement
http://www.economist.com/blogs/gulliver/2014/08/ebola

[8] Impact d'Ebola sur l'économie
http://www.economist.com/news/international/21612158-epidemics-damage-economies-well-health-panicking-only-makes-it-worse

[9] Ebola frappe les économies d'Afrique occidentale
http://country.eiu.com/article.aspxarticleid=902189274&Country=Sierra+Leone&topic=Economy&subtopic=Forecast&subsubtopic=Economic+growth&u=1&pid=1861920170&oid=1861920170&uid=1

[10] La réponse de la Côte d'Ivoire à Ebola
http://news.abidjan.net/h/511450.html

[11] Les quarantaines gênent la lutte contre l'épidémie
http://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21615641-quarantines-are-hampering-fight-against-epidemic-unintended-consequences

[12] China Union au Liberia
http://www.sdiliberia.org/DamningReportIronOreChinaUnion

[13] RUSAL offre des thermomètres laser à la Guinée
http://guineeemergence.com/?p=1463

[14] Le projet Dian-Dian
http://guineeemergence.com/?p=855

[15] L'entreprise RUSAL démarre les travaux Dian-Dian à Boké
http://www.conakryinfos.com/mines-la-compagnie-rusal-lance-les-travaux-du-projet-dian-dian/

[16] Ebola booste l'e-commerce au Nigeria
http://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21618915-fear-virus-boosts-e-commerce-africas-most-populous-nation-e-bola

[17] Ebola business
http://guineeemergence.com/?p=1440#more-1440

[18] Les prévisions de la Banque Mondiale concernant l'impact économique d'Ebola
http://guineeemergence.com/?p=1357

[19] Aide de la Banque Mondiale pour combattre Ebola
http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2014/09/25/world-bank-group-nearly-double-funding-ebola-crisis-400-million

[20] La réponse rapide de la Chine à H7N9
Häfner S (2013) Birds of ill omen - is H7N9 the harbinger of the next pandemic? Microbes and Infection 15(6-7):429-31; Häfner S (2013) Birds of ill omen - is H7N9 the harbinger of the next pandemic? Microbes and Infection 15(6-7):429-31.

Equipe de Médecins du Monde soignant un enfant. Bangui (République Centrafricaine), 2014

Chapitre 2

REDUIRE LES COUTS DE SANTE POUR LES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES

Fiche

Lutter contre la pauvreté et pour l'accès aux soins: exemple d'un fonds de solidarité mis en place à Port-au-Prince par ATD Quart Monde

Résumé : Les ONG française « ATD-Quart Monde » et haïtienne « Service Œcuménique d'Entraide » ont élaboré un système de fonds de solidarité. Cette initiative multi-financée a permis à des familles démunies de Port-au-Prince de bénéficier d'un circuit de soins en dépit du coût élevé des services de santé.

AUTEUR(S)

Régis De Muylder

Docteur en médecine & coordinateur du programme santé, ATD Quart Monde – Terre et Homme de demain

regis.demuylder @gmail.com

PROGRAMME

Démarrage : 1993

Lieu de réalisation : Port-au-Prince

Budget : N/C

ORGANISME(S)

ATD Quart Monde

12 rue Pasteur

94 580 Pierrelaye

http://www.atd-quartmonde.org/

Salariés : 2

Bénévoles : 10

Fiche rédigée par :
Pauline Riffier

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mardi 15 avril 2014*

Appréciation(s) du comité : ***Impacts élevés !***, ***Innovant !***

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Association, ONG*

Pays : *Haïti*

Bénéficiaires : *Bottom Of the Pyramid (BOP)*

Envergure du programme : *Locale*

Domaine(s) : *Santé, Droits fondamentaux, Budget*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : De Muylder, « Lutter contre la pauvreté et pour l'accès aux soins: exemple d'un fonds de solidarité mis en place à Port-au-Prince par ATD Quart Monde », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Le secteur public de santé en Haïti repose sur un système de partage direct des coûts pour financer les frais de fonctionnement (hors salaires) des structures de santé. La contribution des usagers à chaque acte, servant à garantir une offre minimale de services, constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins (manque de ressources et appauvrissement lors de frais de santé inattendus ou importants). Le quartier de Haut Martissant est une zone très pauvre de Port-au-Prince touchée par des actes de violence entre 2000 et 2009.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

De 1993 à 2010, l'objectif était d'améliorer les conditions de vie de la communauté (accès à la santé, à l'éducation et à une activité rémunératrice). En santé, l'élaboration d'un fonds de solidarité a permis à des familles très démunies d'avoir accès à un circuit de soins (14 US$ par personne couverte et par an). Suite à une évaluation interne (2011), les objectifs se sont précisés :
- Garantir l'accès et la continuité des soins à une population très pauvre
- Contribuer au développement communautaire
- Apporter une attention particulière aux jeunes enfants
- Entrer en dialogue avec des acteurs de la politique de santé dans le pays

ACTIONS MISES EN OEUVRE

- 1993: ouverture du Centre de Santé Saint-Michel (CSSM), par ATD Quart Monde et le Service Œcuménique d'Entraide
- A partir de 2011 : système d'abonnement unique; clarification des critères déterminant les bénéficiaires ; élargissement des actes de santé pris en charge ; réduction des prix voire gratuité accentuée ; collaboration avec d'autres centres pour les actes ne pouvant être réalisés au CSSM ; groupes de réflexion avec les bénéficiaires ; renforcement des moyens matériels, financiers et humains.

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- 2000 : 268 familles bénéficient de l'abonnement, soit 1474 individus dont 229 enfants de moins de 5 ans
- 2010 : le système de protection de santé touchait 1849 personnes dont 231 enfants de moins de 5 ans
- Fin 2012, suite aux modifications apportées : 707 abonnements octroyés, soit 2932 personnes, dont 577 enfants de moins de 5 ans.
- 70 % des familles bénéficiaires du système consultent dans le circuit proposé par celui-ci.

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

S'ajustant aux réalités vécues par les bénéficiaires grâce à une évaluation interne, le programme a modelé ses stratégies d'actions pour garantir l'accès à la santé à une population très pauvre. Ainsi, en collaboration avec la population, des sources privées et les pouvoirs publics, un système de fonds de solidarité a pu être mis en place.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

Partenariat entre ATD Quart Monde et le Service Œcuménique d'Entraide pour la création du CSSM.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
Le montant du forfait pouvait constituer un obstacle pour certaines familles.

Solutions adoptées pour répondre aux difficultés et/ou obstacles :
- Réduction substantielle du forfait et passage à un système d'abonnement : cotisation peu élevée donnant droit à la réduction du forfait et à des soins de seconde ligne (examens complémentaires non réalisés dans le centre, référence à des soins spécialisés auprès de structures étatiques ou autres préalablement identifiées comme partenaires du programme)
- En 2011, évaluation interne du système, pour juger de l'efficacité et de l'efficience du programme, sur 40 familles ayant bénéficié de l'abonnement (2009-2010) et 41 familles (échantillon témoin) vivant dans la même zone mais ne bénéficiant pas de l'abonnement.

Améliorations futures possibles :
- Etude de l'impact du système sur la qualité des soins et sur l'état de santé de la population couverte
- Collaborer avec d'autres partenaires et rejoindre d'autres initiatives poursuivant les mêmes objectifs

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
FACTEURS DE REUSSITE:
- Ce projet n'est pas isolé, il s'inscrit dans un programme plus large visant à améliorer les conditions de vie des familles les plus pauvres, tout en s'appuyant sur leur participation.
- Le système répond à un vrai besoin dans la mesure où les frais liés à la santé constituent un facteur déstabilisant des budgets toujours fragiles et étaient à l'origine d'endettement et d'appauvrissement.

CONSEILS POUR UNE GENERALISATION:
Ce système demande des moyens humains et financiers importants. Il pourrait constituer une étape vers la couverture universelle de santé s'il rejoint d'autres initiatives poursuivant les mêmes objectifs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

De Muylder, R. « Lutte contre la pauvreté et accès aux soins : un exemple de Fonds de Solidarité à Port-au-Prince » FACTS Reports (Numéro Spécial 9, 2014)

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 :
http://www.resolis.org/upload/fiche/annexe/14_20140424_lutter_contre_la_pauvretyo_et_pour_l_aoaccyos_aux_soins_par_un_exemple_de_fonds_de_solidarityo_ya_port_au_prince.pdf

GRATUITE DES SOINS POUR LES ENFANTS DES MOINS DE 5 ANS, MISE EN PLACE PAR L'ONG MSF ET LE GOUVERNEMENT MALIEN

Résumé : Au Sud du Mali, 2 types de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 4 ans ont été mis en place : d'abord gratuité partielle, par l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF), en ne couvrant que le diagnostic rapide et le traitement du paludisme, puis totale pour tous les soins primaires. Les centres de santé ont immédiatement, et durablement, vu leur fréquentation augmenter.

AUTEUR(S)

Rolf Heinmüller

MD, cand. PhD (épidémiologie et biostatistique, McGill), Unité de Santé internationale, Université de Montréal

rolf @heinmueller.org

Fiche rédigée par :
Pauline Riffier

PROGRAMME

Démarrage : 2005

Lieu de réalisation : District de Kangaba, Mali

Budget : N/C

ORGANISME(S)

Médecins Sans Frontières, Centre Opérationnel de Bruxelles (MSF-OCV)

8 rue Saint Sabin

75001 Paris

http://www.msf.fr

Salariés : N/C

Bénévoles : N/C

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 16 avril 2014*

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Établissement Public, Association, ONG*

Pays : *Mali*

Bénéficiaires : *Enfants de moins de 5 ans, Bottom Of the Pyramid (BOP)*

Envergure du programme : *Nationale*

Domaine(s) : *Santé, Biens essentiels*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Heinmüller, « GRATUITE DES SOINS POUR LES ENFANTS DES MOINS DE 5 ANS, MISE EN PLACE PAR L'ONG MSF ET LE GOUVERNEMENT MALIEN », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Afin d'améliorer l'accès des populations vulnérables aux services de santé, la gratuité des soins est de plus en plus préconisée. En 2005, dans le district de Kangaba (Sud Mali), MSF a monté un programme d'exemption des soins pour les enfants de 0 à 4 ans (« Projet Paludisme »), en s'appuyant d'abord sur 7 des 11 centres de santé communautaires (CScom) du district. Fort de ces actions, le ministère de la santé malien a poursuivi ce programme à l'échelle nationale. Une évaluation a permis d'analyser les effets liés réciproquement à l'intervention de l'ONG et du gouvernement.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

L'objectif initial de MSF était de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme, plutôt que d'expérimenter différentes formes de gratuité de soins. Cependant, la gratuité partielle a été rendue totale par la suite car l'ONG a compris que la gratuité partielle ne permettait pas une prise en charge de la majorité des cas de paludisme.

ACTIONS MISES EN OEUVRE

- 2005, MSF a permis la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme dans 7 CScom : tests de diagnostic rapide (TDR) pour tous les patients et traitements par combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) pour les enfants. MSF a aussi mené une campagne informative
- 2006, MSF a instauré la gratuité totale des soins pour les enfants de moins de 5 ans: compensation financière des CScom, formation du personnel soignant, ravitaillement en médicaments par un circuit spécifique à MSF
- 2007, le Ministère de la santé a rendu gratuit les CTA pour les enfants de moins de 5 ans au niveau national
- 2008, MSF a étendu gratuité totale des soins pour les enfants aux 11 CScom du district, et a modifié le système de compensation des CScom en fonction des coûts réels
- Evaluation des différentes pratiques mises en place par les 2 acteurs (Janvier 2003-Décembre 2009)

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Nombres de consultations d'enfants par mois : 20 à 50 avant intervention, plus de 200 grâce à la gratuité totale dans le district d'intervention (moyenne de 400 en période de haute transmission, pic de 1000)
- Fréquentation des CScom multipliée par 1.264 quand il n'y avait qu'un médecin à proximité, mais seulement multipliée par 0.708 quand il y avait un hôpital.
- Fréquentation multipliée par 1.5 (période de haute transmission palustre) grâce à la gratuité des CTA par la seule intervention de l'État. Peu ou pas d'effet significatif en période de basse transmission
- Fréquentation doublée (période de haute transmission) grâce à la gratuité des CTA accompagnée par l'ONG, et multipliée par 1.4 en période de basse transmission. Ceci montre une certaine confiance en la qualité des services fournis en présence d'une ONG
- Fréquentation globale multipliée par 4.7 grâce à la gratuité totale (en comparaison avec une absence d'exemption)
- Charge de travail du personnel multipliée par 3 : 21 consultations/jour/personne, contre 3 avant l'introduction de la gratuité totale pour les enfants de moins de 5 ans (soit une utilisation normale du personnel médical)

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

Le programme a su mettre en place un système d'exemption des soins pour les enfants de 0 à 4 ans, en modifiant continuellement son approche pour correspondre aux réalités de terrain. Le programme est ainsi passé d'une gratuité partielle à une gratuité totale des soins dans la région de Kangaba. Le gouvernement malien a alors été apte à s'inspirer de cette initiative et à la diffuser à l'échelle nationale.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

11 Centres de Santé Communautaires du district de Kangaba.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
- Formation du personnel : CScom dirigés par des infirmiers brevetés (non pas des infirmiers d'Etat) et grande mobilité du personnel soignant
- Lors de l'extension nationale de la gratuité par le Ministère, la campagne d'information de la population a perdu en efficacité (radio locale uniquement), ruptures de stocks des pharmacies (4 mois/an), supervision et formation moins intenses (par rapport à celles menées par MSF)

Améliorations futures possibles :
- Une évaluation pourrait analyser si les mesures de gratuité ont bénéficié aux ménages pauvres ou résidants dans des villages éloignés
- Améliorer la gestion des stocks de médicaments (ravitaillement anticipé), simplifier les manuels, et développer un travail efficace d'information des populations

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
PRESENTATION DES FACTEURS DE REUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
- Le personnel de santé a été en mesure de faire face à une charge de travail additionnelle (pics mensuels allant jusqu'à 1000 consultations d'enfants par CScom)
- La stratégie des « agents palu » a été institutionnalisée par l'Etat, l'UNICEF assurant salaires et kits en 2012

CONSEILS POUR UNE GENERALISATION OU TRANSPOSITION DU PROGRAMME
- Mettre en place une importante campagne d'information de la population, une intense supervision et formation des personnels médicaux, et mieux prévoir les ruptures de stocks des pharmacies pour les empêcher à terme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Heinmüller, R., Dembélé, Y.A., Jouquet, G., Haddad, S., Ridde, V. « Soins gratuits avec une ONG ou par l'Etat au Mali – effets sur la fréquentation des centres de santé par les enfants de 0 à 4 ans » FACTS Reports (2013) sous presse

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 :
http://www.resolis.org/upload/fiche/annexe/10_20140416_pour_en_savoir_plus_gratuite_des_soins_pour_les_enfants_des_moins_de_5_ans_mise_en_place_par_l_aoong_msf_et_le_gouvernement_malien.pdf

GRATUITE DES SOINS DE SANTE POUR LES GROUPES VULNERABLES AU BURKINA FASO

Résumé : En 2008, l'ONG HELP et la Direction régionale de la santé au Burkina Faso ont mis en place une expérimentation d'exemption du paiement des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou allaitantes et les indigents. L'analyse scientifique menée par des chercheurs indépendants permet d'en mesurer les résultats.

AUTEUR(S)

Valéry Ridde

Ph.D., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal, École de santé publique de l'Université de Montréal, Canada (@ValeryRidde)

valery.ridde @umontreal.ca

PROGRAMME

Démarrage : 2008

Lieu de réalisation : Région sanitaire du Sahel, Districts de Dori et Sebba

Budget : 2000000 €

Origine et spécificités du financement : Bureau d'aide humanitaire de l'Union Européenne (ECHO)

ORGANISME(S)

ONG HELP

Reuterstr. 159

53113 Bonn (Germany)

http://www.help-ev.de/en/

Salariés : 53

Bénévoles : 0

Adhérents : 11

Fiche rédigée par :
Pauline Riffier

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 16 avril 2014*

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Établissement Public, Association, ONG*

Pays : *Burkina Faso*

Bénéficiaires : *Femmes, Enfants de moins de 5 ans, Bottom Of the Pyramid (BOP)*

Envergure du programme : *Locale*

Domaine(s) : *Santé*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Ridde, « GRATUITE DES SOINS DE SANTE POUR LES GROUPES VULNERABLES AU BURKINA FASO », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Malgré une politique de relance des soins de santé primaires engagée par le Burkina Faso au début des années 1990, l'accès aux soins reste problématique. Les décideurs peinent à s'engager pour une couverture universelle aux soins de santé. Les groupes les plus vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et indigents) restent dans l'incapacité de contribuer aux paiements directs qui sont demandés dans les centres de santé. La direction régionale de la santé et l'ONG allemande HELP ont alors expérimenté une intervention centrée sur l'exemption du paiement des soins dans les districts de Dori et Sebba en Septembre 2008.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le principe est de rendre gratuit les soins de santé pour les groupes vulnérables. En contrepartie, les comités de gestion (COGES) sont remboursés par l'ONG HELP qui agit alors comme un tiers-payeur. L'expérimentation vise à court terme à améliorer l'accès aux centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des publics cibles, mais aussi à renforcer leur pouvoir d'agir ainsi que celui des COGES, à améliorer les capacités financières des COGES et à réduire les dépenses de santé. À plus long terme, cela devrait permettre une meilleure santé et une diminution des risques de tomber dans la pauvreté.

ACTIONS MISES EN OEUVRE

Activités mises en œuvre par l'ONG, les équipes de districts et les COGES : campagnes d'informations et de sensibilisation, mobilisation communautaire, formations des membres des COGES, formations et supervisions médicales des agents de santé, remboursement des actes et contrôle financier. Des comités villageois ont été mis en place pour identifier les personnes pauvres pouvant bénéficier du programme. Des évaluations et analyses de ces actions ont alors été menées par des chercheurs indépendants de l'intervention. Une équipe interdisciplinaire de chercheurs canadiens et africains a été mobilisée pendant cinq ans.

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Amélioration de l'équité d'accès aux soins et pertinence du choix des bénéficiaires ; Les agents de santé et membres COGES connaissent les bénéficiaires et mécanismes de remboursement ; 1 an après l'expérimentation, 67% des ménages connaissent le prix, voire la gratuité d'une consultation pour enfants et 61% le prix, voire la gratuité, pour un accouchement
- Pas de détérioration de la qualité des soins ; -62% de recours aux antibiotiques pour les enfants ; -72% de recours aux produits injectables dans les cas d'infections respiratoires aiguës ; Avis positif des parturientes sur la qualité des soins (prix de l'accouchement, réponse aux questions, explication du déroulement du travail, confiance et sécurité, intention à l'allaitement, confort de l'installation)
- Renforcement du pouvoir d'agir des femmes (dont leur autonomie de décision vis-à-vis de leur mari) ; Sentiment de valorisation et de reconnaissance sociale pour les membres des COGES (qui participent aux rencontres et acquièrent de nouvelles compétences de gestion grâce aux formations)
- Réduction des dépenses engendrées par la maladie pour les ménages ; 57% à 67% des ménages affirment ne rien avoir dépensé pour soigner leurs enfants 1 an après l'expérimentation ; Diminution des coûts pour les accouchements (passé de 1.075 F à 196 F) ; Coût moyen d'une consultation d'un enfant de moins de 5 ans de 1.8€ ; Diminution du délai moyen de remboursement par l'ONG des actes effectués sans paiement dans les CSPS (passé de 46 jours à 33 jours)
- Fréquentation des centres de santé : +100% d'accouchements ; +48% de fréquentations ; +48% de fréquentation des CSPS par les enfants vivant à plus de 10 km 1 an après l'expérimentation (+75% pour ceux vivant entre 5 et 9 km, +66% pour ceux situés à moins de 5 km) ; Aujourd'hui, 80% des enfants sont pris en charge dans un délai de 3 jours après l'apparition du premier symptôme
-Modélisation estime que le passage à l'échelle nationale de l'intervention permettrait de sauver entre 14000 et 19000 vies d'enfants de moins de 5 ans

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

Pour la première fois au Burkina Faso, une ONG s'est liée à un service public dans l'optique de mettre en place un processus de gratuité des soins de santé pour les groupes les plus vulnérables. Le programme s'est complètement intégré au système de santé. De plus, chaque aspect du programme (financier, quantitatif, qualitatif, social, intellectuel et technique) a été analysé et jugé par une équipe indépendante de chercheurs.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

Collaboration entre l'ONG allemande HELP, la Direction régionale de la Santé (Burkina Faso) et des chercheurs indépendants.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
- Certains agents de santé : Inquiétude sur les dérives/abus de certains usagers ; Restent attachés au paiement direct ; Se plaignent de l'absence de bénéfices financiers face à l'augmentation de leur charge de travail
- Agents de santé et COGES : Scepticisme face à la poursuite de l'expérimentation et à sa reprise par le gouvernement
- Lenteur des remboursements ; Incidences de la hausse de l'utilisation des services sur les systèmes de gestion (tensions sur la trésorerie, les stocks de MEG et fiches de remboursement, augmentation de la charge de travail)
- Prescripteurs : Pas de modifications de leurs pratiques pour les enfants de 5 à 10 ans ; Stabilité du nombre moyen de médicaments par ordonnance
- Conflits d'intérêts dans la sélection des indigents : seuls 0,21% des pauvres vivant dans l'aire de santé des 4 CSPS ont été retenus comme indigents et 0,28% des extrêmement pauvres.

Améliorations futures possibles :
- Evaluation de l'impact sur les indicateurs de mortalité ou de pauvreté
- L'expérimentation peut être comprise comme un premier pas vers la couverture universelle aux soins de santé réclamée par tous les acteurs internationaux. Les décideurs politiques et leurs partenaires devraient prendre la responsabilité de l'extension et de sa pérennité à l'échelle du pays, notamment en se donnant les moyens de la financer

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
PRESENTATION DES FACTEURS DE REUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
- La sélection communautaire des indigents n'a pas posé de problème de stigmatisation sociale et a été efficace.
- L'implication des COGES, l'effectivité des remboursements, l'intégration dans le système de santé et la capacité d'adaptation du programme

CONSEILS POUR UNE GENERALISATION OU TRANSPOSITION DU PROGRAMME
Processus de pérennisation : 1) Pertinence sociale, approche participative et forte adhésion des populations à la gratuité des soins pour les personnes vulnérables ; 2) Intégration totale de l'expérimentation au sein du système de santé en place ; 3) Production de nombreuses évaluations rigoureuses et réalisation de stratégies d'application des connaissances.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ridde, V. et al. « L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins pour les groupes vulnérables au Burkina Faso » FACTS Reports (2013)

POUR EN SAVOIR PLUS

Plus de 70 publications disponibles ici : http://www.equitesante.org/helpburkina

Réseaux sociaux :
https://www.facebook.com/helpBF?ref=hl
https://www.facebook.com/HELPfromGermany/app_211338262354385
https://twitter.com/HELPfromGermany
https://www.youtube.com/user/HELPfromGermany
https://plus.google.com/+Help-evDe/posts

Fiche

CIDR ÉLARGIT LA PROTECTION SOCIALE EN TANZANIE GRACE A UN PARTENARIAT PUBLIC/PRIVE

Résumé : L'ONG CIDR, en partenariat avec les organismes d'assurance de santé locaux, a créé des organismes hybrides de mutuelle dans le district de Mbozi de la région rurale de Mbeya en Tanzanie. L'action a été répliquée dans un district voisin, et un fonds d'assurance spécifique pour les personnes atteintes du VIH a été mis en place.

AUTEUR(S)

Alain Letourmy

CERMES/CNRS, Economiste

letourmy @vjf.cnrs.fr

Fiche rédigée par : Pauline Riffier

PROGRAMME

Démarrage : 2002

Lieu de réalisation : Région de Mbeya, Tanzanie

Budget : N/C

Origine et spécificités du financement : GTZ, USAID, Coopération suisse, Coopération française

ORGANISME(S)

Centre International de Recherche et Développement (CIRD)

17 rue de l'Hermitage

60350 Autrêches

http://www.cidr.org

Salariés : N/C

Bénévoles : N/C

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 16 avril 2014*

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Établissement Public, Association, ONG*

Pays : *Tanzanie*

Bénéficiaires : *Population rurale, Bottom Of the Pyramid (BOP)*

Envergure du programme : *Nationale*

Domaine(s) : *Santé, Protection sociale*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Letourmy, « CIDR ÉLARGIT LA PROTECTION SOCIALE EN TANZANIE GRACE A UN PARTENARIAT PUBLIC/PRIVE », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Dès 1990, la Tanzanie a commencé à mettre en place des régimes de protection maladie ; l'assurance obligatoire donnant accès à tous les établissements conventionnés du pays, publics et privés caritatifs. En milieu rural, dès 1996, le gouvernement a promu le modèle de Community Health Funds (CHF) : adhésion volontaire, cotisation faible, mais un accès gratuit aux seuls établissements publics de soins du district. Moins de 4% de la population était couverte par les CHF fin 2010. Pour le secteur informel urbain, des organismes équivalents aux CHF, les TIKAs, ont été promus. A côté des CHF et des TIKAs existent quelques mutuelles et des régimes volontaires de micro assurance de santé. A cette catégorie d'organismes se rattachent les Self Managed Health Insurance Schemes (SMHIS) que l'ONG CIDR a lancé en milieu rural, dans la région de Mbeya.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le projet lancé par le CIRD (2002) a commencé par prendre la forme classique de développement de micro assurance participative dans un ensemble de villages. Les SMHIS (Self Managed Health Insurance Schemes, organismes d'assurance santé) étaient alors mis en réseau dans la perspective du montage d'une gestion professionnelle.
L'objectif global étant une amélioration de l'accès à la protection sociale et à la santé.

ACTIONS MISES EN OEUVRE

- 2007, Memorandum of Understanding (MoU) : partenariat entre le Conseil de district, le réseau des mutuelles et le CIDR, pour permettre aux membres des SMHIS d'accéder aux dispensaires en payant une cotisation, ce qui rapporterait au district 2 fois le montant payé, en vue d'améliorer la qualité de l'offre de soins. Mise en place d'un « matching fund » par le gouvernement pour doper les CHF (cf. en savoir plus)
- 2008, Création d'un nouveau MoU avec l'entrée du Moravian Church Health Mbozi Hospital (MCMH). Les SMHIS bénéficient alors partiellement du « matching fund ».
- 2011, Institutionnalisation du réseau des SMHIS et unification des modèles de SMHIS et de CHF. Le nouveau modèle de Self Managed Community Health Fund (SMCHF) a été implanté dans 5 villages (cf. en savoir plus)
- Extension du programme au district voisin de Kyeka (culture cacaoyère)
- L'entreprise Biolands (premier exportateur mondial de cacao) s'assure de payer pendant 5 ans un montant forfaitaire pour couvrir 60% des cotisations de tous les fermiers du district.
- La fondation Elton John et le CIDR ont créé un fonds d'assurance pour couvrir les malades du VIH/SIDA adhérents des mutuelles, en cas de séropositivité. L'ONG Mango Tree a payé une partie des cotisations.

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- 5 000 bénéficiaires des mutuelles ont choisi l'adhésion aux SMHIS
- En 2009, 16 millions € transférés par le réseau de mutuelles. En 2010, retour de 4 millions € de plus que les cotisations
- Le SMCHF, implanté dans 5 villages (288 membres), couvre 1 051 bénéficiaires
- Réseau de CHIF (Community Health Insurance Fund) lancé fin 2010. En Juin 2011: 40 CHIF, 10 569 bénéficiaires
- Mutuelles sont attractives pour les personnes atteintes par le VIH/SIDA
- Mango Tree a payé la cotisation de 1 330 bénéficiaires, agents de la lutte contre le VIH/SIDA, et de 301 personnes atteintes.

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

Le partenariat public/privé est la principale originalité de ce programme. A cela s'ajoutent la réflexion et la création d'organismes hybrides de mutuelle.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

- Acteurs publics : Autorités sanitaires de district, établissements publics de soins, CHF
- Acteurs privés : régimes privés de type mutualiste appuyés par l'ONG, établissements de soins privés sans but lucratif, Biolands, Fondation Elton John, ONG Mango Tree

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
- Si le réseau de mutuelles ne reçoit plus de contribution des pouvoirs publics ni de l'entreprise, sa viabilité financière sera mise en danger et les établissements privés seront fragilisés
- Risque principal : remise en cause totale du modèle (cogestion et séparation de l'acheteur du payeur par la mise en place d'une association indépendante). L'argument des détracteurs de l'expérimentation est qu'elle appelle la privatisation du CHF.

Solutions adoptées pour répondre aux difficultés et/ou obstacles :
Le National Health Insurance Fund (NHIF) est officiellement en charge de l'extension de la couverture maladie à l'ensemble de la population. Il devrait construire une offre de produits et la diffuser par l'intermédiaire d'organismes capables d'intervenir auprès des ménages du secteur informel

Améliorations futures possibles :
Ce qui a été mis en place dans le district de Kyela doit maintenant être répliqué sur Mbozi, notamment avec d'autres associations de lutte contre le VIH/SIDA, et pourrait l'être dans d'autres zones à forte prévalence.

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
- Le gouvernement s'est concentré sur l'affirmation du principe de paiement des soins, ce qui justifiait la promotion de l'assurance maladie. Il a privilégié aussi le lancement du NHIF et les procédures de conventionnement des établissements
- Certains bailleurs étaient favorables à une évolution du modèle de CHF et considéraient que les SMHIS constituaient une expérience intéressante dans cette perspective
- Biolands a permis une amélioration des relations entre acteurs publics et privés, et de faire pression sur les autorités pour subventionner la prime des non producteurs
- Les SMHIS et CHIF sont un exemple de combinaison de micro assurance de santé et de gratuité des soins, car les moins de 5 ans ne paient pas la prime.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Letourmy, A., Galland, B., Guillebert, J. "Une expérimentation de partenariat public/privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie » FACTS Reports (2013) sous presse

POUR EN SAVOIR PLUS

« Self Managed Health Insurance Schemes » :
Les SMHIS se distinguent des CHF sur 3 points importants. En premier lieu, ce sont des organismes payeurs dont la cotisation est calculée en fonction du risque et qui sont indépendants des prestataires de soins. Selon les villages, la cotisation varie entre 3000 et 5000 Tsh par personne et par an (de 1,5 à 2,5 €). En revanche les CHF sont liés aux établissements publics, financés sans lien avec le risque des adhérents et ne payent pas les prestataires de soins. On peut à cet égard discuter de l'assimilation des CHF à des organismes de micro assurance. L'adhésion aux CHF du district est de 10000 Tsh par famille (6 membres) et par an (5 €). En deuxième lieu, les SMHIS reprennent le principe mutualiste de gouvernance par les adhérents, alors que les CHF sont pilotés par l'administration du district, car les comités de suivi n'ont aucun pouvoir réel. Enfin, la garantie des SMHIS comprend l'accès à un hôpital privé confessionnel de Mbozi, le Moravian Church Mbozi Hospital (MCMH) et offre un service d'ambulance et de transport du corps en cas de décès, alors que les CHF ne donnent accès qu'aux établissements publics du district, depuis les dispensaires jusqu'à l'hôpital public de district.

Le « matching fund » :
L'accès des mutuelles au « matching fund » a été négocié comme suit : a) les SMHIS transfèrent le montant total des cotisations au niveau du district, b) le district ajoute ces cotisations à celles collectées par les CHF et demande au fonds le doublement du montant total, c) le doublement obtenu, le district restitue les cotisations des SMHIS et partage le montant équivalent reçu du fonds : 25% pour les SMHIS, 50% pour le district, 25% pour le MCMH. Dans cette démarche, le district, le réseau des mutuelles et le MCMH sont donc tous gagnants et obtiennent des ressources pour atteindre leurs propres objectifs : améliorer l'offre publique pour le district, obtenir du cash pour le MCMH, subventionner indirectement les cotisations pour le réseau.

Principes du « Self Managed Community Health Fund » :
- Combiner les avantages comparatifs des deux modèles (SMHIS/CHF) ;
- Améliorer l'attractivité du produit ;
- Séparer l'offre et la demande de soins pour permettre aux prestataires d'être payés selon les prix réels des soins délivrés aux bénéficiaires ;
- Mettre en place une association CHF à base de membres avec gouvernance participative et ouverte uniquement aux membres ;
- Organiser une gestion commune et un contrôle par les autorités de district des fonds collectés ;
- Introduire un système de gestion professionnelle de l'information ;
- Améliorer la garantie sans augmenter la cotisation ;
- Allouer les fonds (cotisations et « matching Fund ») de manière à améliorer rapidement la qualité des soins ;
- Augmenter le nombre de personnels de santé qualifiés au niveau des centres de santé et des dispensaires ;
- Mettre en place un système de transport efficace.

Auscultation d'un enfant. Bangui (République Centrafricaine), 2014

Chapitre 3

OFFRIR DES SERVICES ADAPTES AUX BESOINS DES POPULATIONS

FINANCEMENT SOLIDAIRE DES EVACUATIONS SANITAIRES AU NIGER

Résumé : Non-prises en compte dans les politiques d'exemption des soins de santé, les évacuations sanitaires restent des facteurs limitant fortement l'accès aux soins des populations vulnérables. En 2009, l'ONG Médecins du Monde a alors mis en place un programme de financement solidaire des évacuations sanitaires dans le district sanitaire de Keita au Niger.

AUTEUR(S)

Mamoudou Barro

Médecin, Master en Santé Publique, Coordinateur Général MDM France Mission Niger

mbarro6 @yahoo.com

Fiche rédigée par :
Pauline Riffier

PROGRAMME

Démarrage : 2009

Lieu de réalisation : District sanitaire de Keita, région de Tahoua, Niger

Budget : 200000 €

Origine et spécificités du financement : Bureau d'aide humanitaire de l'Union Européenne (ECHO)

ORGANISME(S)

Médecin Du Monde France (MDM)

62 rue Marcadet

75018 Paris

http://www.medecinsdumonde.org/

Salariés : 1585

Bénévoles : 2214

Adhérents : 2100

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 16 avril 2014*

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Établissement Public, Association, ONG*

Pays : *Niger*

Bénéficiaires : *Universel, Population rurale*

Envergure du programme : *Locale*

Domaine(s) : *Santé, Participation citoyenne*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Barro, « FINANCEMENT SOLIDAIRE DES EVACUATIONS SANITAIRES AU NIGER », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Selon les données de l'IDH (Indice de Développement Humain), environ 85% de la population au Niger vit sous le seuil de pauvreté avec moins de 2$/jour. En 2006, le Niger a rendu gratuite la prise en charge des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, ce qui a améliorer l'accès aux services de santé. Toutefois, ce système ne couvre pas les évacuations sanitaires, dont les coûts élevés restent à la charge des patients et sont hors de portée de la plupart des ménages ruraux.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

L'ONG MDM France, en collaboration avec l'Equipe Cadre de District (ECD) a mené une expérience pilote dans le district sanitaire de Keita (Région de Tahoua). Ce programme visait l'amélioration des évacuations sanitaires en agissant sur les barrières financières et géographiques, dans une perspective globale d'amélioration des conditions d'accès à la santé.

ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Mai 2009, «centime additionnel » : Prélèvement d'un centime additionnel (0.15€) sur chaque nouvelle consultation pour financer les évacuations sanitaires depuis les cases de santé ou les Centres de Santé Intégrées (CSI) vers l'Hôpital de District (HD) de Keita ou le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tahoua. Ce centime additionnel pour la population ciblée par la gratuité a été subventionné par MDM durant 7 mois
- Organisation du système de collecte de fonds: dispositif de collecte et de déblocage de fonds sous la responsabilité du COSAN (Comité de Santé). Le patient est ainsi pris en charge dès son contact avec les services de santé.
- Appui logistique : service d'ambulances, système de télécommunication sur l'ensemble du district, différents outils de gestion des évacuations sanitaires
- Evaluation du programme : analyse quantitative avant et après la mise en place du centime additionnel
- Depuis le début de l'année 2014 un passage à l'échelle des 8 districts que compte la région de Tahoua est en train d'être mis en œuvre.

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Doublement des cas évacués : 191 en 2008, 460 en 2009
- Les moins de 5 ans représentent environ 23% des évacués et les cas gynéco-obstétricaux représentent environ 49% du total. 72% des évacués correspondent donc aux populations cibles de la gratuité
- 77% des fonds collectés proviennent des centimes additionnels des populations cibles de la gratuité
- Coût moyen du transfert des cas à évacuer de l'ordre de 24 349 FCFA ou 37€

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

MDM a su collaborer à la fois avec les établissements de santé et la population nigérienne pour mettre en place un système de financement solidaire suggérant une implication des citoyens et une organisation rigoureuse de la part du personnel médical. Elle a su innover en matière de lutte pour l'accès à la santé, en décelant un volet (l'extraction sanitaire) qui n'avait jamais été pris en compte dans les autres programmes d'exemption des soins

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

Equipe Cadre de District, Cases de santé, Centres de Santé Intégrée, Hôpital de District de Keita, CHR de Tahoua, Comité de Santé.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
La présence de MDM a certainement contribué à l'atteinte de ces résultats encourageants, d'autant plus qu'elle a financé pendant une période ce centime additionnel pour les groupes cibles de la gratuité (contribution à hauteur de 70% des fonds collectés). Aujourd'hui se pose la question de savoir si la population cible devrait payer ou non ce centime additionnel.

Améliorations futures possibles :
- Dans le cas où la population cible ne doit pas payer le centime additionnel, une des solutions envisageables serait d'intégrer ce centime dans le remboursement des factures de la gratuité, ou de trouver un mécanisme au niveau communautaire en le prélevant au niveau des collectivités locales.
- Analyser les données qualitatives concernant le devenir des patients évacués et l'appréciation par les usagers de ce système
- Poursuite du système après le retrait de MdM France grâce à une meilleure appropriation du système de référencement mis par l'Equipe Cadre du District et les collectivités locales. Le financement solidaire des évacuations sanitaires fonctionne grâces aux centimes additionnels des populations non ciblées par la gratuité des soins et aux contributions des collectivités locales

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
PRESENTATION DES FACTEURS DE REUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
L'approche centime additionnel a permis d'agir sur la barrière géographique d'accès aux soins au niveau secondaire dont le coût est parfois plus élevé que le coût de la prestation des soins. Ce système a permis, soit d'éviter qu'un ménage ne se paupérise (besoins de santé, dépenses de santé imprévues prises en charge par un seul individu ou ménage), soit que le patient ne se soigne pas faute de pouvoir payer pour son évacuation.

CONSEILS POUR UNE GENERALISATION OU TRANSPOSITION DU PROGRAMME
La pérennité d'une telle approche, liée à sa capacité à maintenir son niveau de financement sur le long terme et à l'augmenter lorsque les besoins de santé évoluent, repose sur la capacité et la volonté des populations à payer ce centime additionnel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Barro, M., Barroy, H., Djibo, H., Hercot, D., Ridde, V. « Financement solidaire des évacuations sanitaires pour améliorer l'accès aux soins d'urgence, DS Keita (Niger) » FACTS Reports (2013) sous presse

L'INSTALLATION DE MÉDECINS PRIVÉS COMMUNAUTAIRES : ENTRE INSERTION PROFESSIONNELLE ET ACCES A LA SANTE

Résumé : Le déficit en médecins généralistes en zones rurales et périurbaines reste préoccupant en Afrique. L'ONG Santé Sud a mis au point le concept de médecine générale communautaire, ainsi qu'un dispositif professionnel qui a permis l'installation de 245 médecins au Bénin, en Guinée, à Madagascar et au Mali. 6 évaluations externes ont permis d'analyser la pertinence et la faisabilité de cette offre de soins de proximité et de déterminer les conditions qui permettraient son intégration/extension dans les systèmes de santé.

AUTEUR(S)

Dominique Desplats

Médecin généraliste, conseiller projets ONG Santé Sud

Dominique.desplats @santesud.org

Fiche rédigée par : Pauline Riffier

PROGRAMME

Démarrage : 1989 (Mali), 1996 (Madagascar), 2009 Bénin), 2013 (Guinée), 2014 (Togo en cours)

Lieu de réalisation : Mali, Madagascar, Bénin, Guinée, Togo

Budget : 3700000 €

Origine et spécificités du financement : Budget total de Santé Sud 2013: public (UE, AFD, org. Internationales) - privé (fondations, mécénat, collectivités territoriales) - dons particuliers

ORGANISME(S)

ONG Santé Sud

200 Bd National, Le Gyptis, Bt. N

13003 Marseille

http://www.santesud.org

Salariés : 50

Bénévoles : 0

Adhérents : 300

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 16 avril 2014*

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Association, ONG*

Bénéficiaires : *Population rurale, Elèves, étudiants*

Domaine(s) : *Santé, Éducation, Formation*

Pays : *Mali*

Envergure du programme : *Internationale*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Desplats, « L'INSTALLATION DE MÉDECINS PRIVÉS COMMUNAUTAIRES : ENTRE INSERTION PROFESSIONNELLE ET ACCES A LA SANTE », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

En Afrique, les zones rurales concentrent 60 à 80 % de la population et sont des déserts médicaux : plus de 76% des médecins restent dans les villes (selon l'OMS). La qualité des soins y est médiocre, le taux de fréquentation des structures de santé est inférieure à 30%. En 1988 une rencontre entre l'ONG française Santé Sud, le directeur de l'Ecole de médecine du Mali et des professeurs a encouragé le développement de la « médecine de famille » en zone rurale.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le programme d'installation de médecins privés communautaires, lancé par l'ONG Santé Sud, a débuté en 1989 au Mali, en 1996 à Madagascar, en 2009 au Bénin et en 2013 en Guinée. Le concept est né d'une double problématique : répondre à une demande de soins individuels (soigner la personne et sa famille) tout en gardant une vision globale des problèmes de santé d'une collectivité. Cette stratégie combinée Médecine de Famille/Soins de Santé Primaires est appelée « Médecine Générale Communautaire » (MGC).

ACTIONS MISES EN OEUVRE

Installation des MGC en 4 étapes :
- Mise en relation de l'offre et de la demande : sensibilisation des jeunes médecins ; formation en MGC des candidats avec 4 modules théoriques d'une semaine chacun + stage chez un aîné référent MGC (création d'un diplôme universitaire en 2013 au Bénin avec la Faculté de médecine de Parakou) ; identification des demandes locales ; avis du médecin-chef du district sanitaire
- Etude de faisabilité par le candidat : délimitation de l'aire de responsabilité et de la population de référence ; étude de l'environnement socio-sanitaire; simulation des activités attendues et des résultats financiers sur 3 ans ; identification d'un cabinet/centre médical et des conditions d'acquisition (si besoin)
- Contractualisation et installation : contrat privé avec les responsables de la structure de santé communautaire ou convention d'association au service public pour une installation privée stricte ; mobilisation d'aides ciblées (kit médical, installation solaire, dotation initiale en médicaments essentiels, moto, etc.)
- Suivi et mise en réseau professionnel : suivi formatif (4 suivis sur 2 ans) ; adhésion à l'association médicale représentative; échanges de pratiques en groupes de pairs; participation à des réseaux de recherche-action

Par la suite, une formation complémentaire a été assurée pour les jeunes diplômés sur le terrain pour : planifier les activités préventives et curatives, organiser le travail en équipe, gérer l'approvisionnement en médicaments essentiels, utiliser le système d'information sanitaire, communiquer avec les autorités sanitaires, les élus des collectivités locales, les communautés, etc.
- 6 évaluations externes : ORSTOM et OMS au Mali, INSPC, COEF Ressources et AFD à Madagascar, évaluation longitudinale du processus d'installation par l'IRSP de Ouidah (Bénin).

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Médecins en activité grâce au programme : 150 au Mali, 60 à Madagascar (dont 1/3 de femmes), 30 au Bénin et 5 en Guinée. Nombre de bénéficiaires estimé à environ 3 millions de personnes (aire de responsabilité de chaque médecin : 12 000 habitants en moyenne)
- Les populations bénéficiaires et les médecins sont globalement satisfaits. Les évaluateurs ont trouvé le programme pertinent.
- Rémunération des MGC par la participation financière communautaire : satisfaction des MGC pour leur niveau de revenus
- Tarification accessible pour la grande majorité de la population ; pratique du crédit appréciée par la population
- Augmentation de la fréquentation des centres de santé et utilisation du paquet curatif et préventif
- Rôle social du MGC : il est souvent le seul lettré universitaire et a donc un rôle auprès des autorités, élus et acteurs du développement.
- Identité collective des MGC : défense de leur statut, prise en charge d'activités professionnelles (participation à la formation initiale, formation continue en réseau, solidarité entre jeunes et anciens, etc.).

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

La mise en œuvre opérationnelle et complète d'un programme d'action ayant favorisé à la fois l'insertion professionnelle, la valorisation d'un cœur de métier, la santé en milieu rural et un partenariat public/privé.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et Département de Santé Publique au Mali, INSPC (Institut National de Santé Publique et Communautaire) d'Antananarivo à Madagascar, IRSP (Institut Régional de Santé Publique) de Ouidah (Bénin), INSP (Institut National de Santé Publique) à Conakry (Guinée) et Universitaires nationaux.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
- Il y a un mouvement d'adhésion encore limité au niveau institutionnel, ministériel et universitaire
- Les conditions d'exercice de la médecine privée communautaire ne sont pas assez reconnues sur le plan institutionnel. Sa pérennité n'est pas garantie au-delà de l'encadrement des installations assurées actuellement par l'ONG
- De ce fait, pour les jeunes médecins et leurs familles, la médecine générale correspond à un déclassement, l'idéal type étant représenté par le spécialiste hospitalier ou le médecin qui fait carrière en santé publique dans l'administration.

Solutions adoptées pour répondre aux difficultés et/ou obstacles :
- Renforcement des capacités des associations professionnelles qui se sont créées dans le cadre du programme (AMC au Mali, AMC-MAD à Madagascar, AMGCB au Bénin)
- Développement de formations spécifiques diplômantes (Universités, Instituts)

Améliorations futures possibles :
- Mesurer l'impact au niveau des taux de fréquentation et des indicateurs de santé
- Stratégie politique plus affirmée dans le prolongement des réformes administratives de décentralisation, en lien avec la création des communes et dans un cadre privé-public avec des fonds attribués
- Les Etats doivent pourvoir aux soins des zones non viables (habitat très dispersé et/ou zones de grande pauvreté), soit dans le cadre de la fonction publique, soit en subventionnant des prestataires
- Réfléchir à un processus pouvant lier sans concurrence les politiques de gratuité des soins à la médecine privée communautaire (ex : prise en charge sur résultats des activités de santé publique).

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
PRESENTATION DES FACTEURS DE REUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
- L'autonomie de gestion doublée d'une supervision du paquet d'activités par l'équipe du district sanitaire
- La confiance entre médecins privés communautaires et services publics de santé, et les bénéfices de leur collaboration ont poussé certains médecins responsables de district à solliciter l'installation de jeunes médecins privés communautaires pour améliorer la couverture sanitaire du niveau primaire
- La Faculté de Parakou a intégré la médecine générale communautaire pour en faire un diplôme universitaire qui pourrait évoluer vers une filière spécifique.

CONSEILS POUR UNE GENERALISATION OU TRANSPOSITION DU PROGRAMME
- La contractualisation doit permettre au nouveau MGC d'être associé au système de santé avec une place légitime et un rôle bien défini
- Le fait de favoriser l'installation de médecins en périphérie ne suffit pas en soi, les mesures d'accompagnement doivent être particulièrement réfléchies et efficientes

Idée de sujet(s) de recherche fondamentale ou appliquée, utile(s) pour le présent programme :
- Transition épidémiologique et pratique médicale de proximité
- Prise en charge et suivi des maladies chroniques
- Prise en charge des urgences en situation isolée (prévention de la mortalité maternelle et infantile ++)
- Systèmes de préfinancement des soins et partenariat public/privé

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Desplats, D. « Faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar » FACTS Reports (2013) sous presse

- Documents bibliographiques disponibles sur le site : www.santesud.org

- « Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar » par D. Desplats et C. Razakarison (disponible sur le site de Santé Sud)

POUR EN SAVOIR PLUS

La Médecine Générale Communautaire (MGC) : « le médecin généraliste communautaire exerce son métier de façon autonome dans un esprit de service public. Il vit en permanence sur son lieu d'installation, pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité ».

Annexe 1 :
http://www.resolis.org/upload/fiche/annexe/12_20140416_pour_en_savoir_plus_l_installation_de_my_decins_privy_s_communautaires.pdf

LUTTER CONTRE LES FISTULES OBSTÉTRICALES ET FORMER LE PERSONNEL MÉDICAL LOCAL AU MALI

Résumé : En 1993, Médecins du Monde a entrepris un programme de prise en charge des fistules obstétricales à l'hôpital régional de Mopti (Mali) afin de traiter les femmes malades et de former une équipe chirurgicale autonome sur place. Le programme a alors évolué vers une prise en charge globale, médicale et psychosociale, des femmes victimes de fistules obstétricales, et a également développé un volet de prévention et de sensibilisation communautaire.

AUTEUR(S)

Michel Brugière

Médecin, Ancien Directeur Général de Médecins du Monde (1990-2010), Président de l'Association Primo Levi

brugierem @gmail.com

PROGRAMME

Démarrage : 1993

Lieu de réalisation : Région de Mopti (Mali)

Budget : N/C

ORGANISME(S)

Médecin Du Monde France (MDM)

62 rue Marcadet

75018 Paris

http://www.medecinsdumonde.org/

Salariés : 0

Bénévoles : 0

Fiche rédigée par :
Pauline Riffier

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 16 avril 2014*

Solution(s) : ***Santé***

Opérateur(s) : *Association, ONG*

Bénéficiaires : *Femmes*

Domaine(s) : *Santé*

Pays : *Mali*

Envergure du programme : *Locale*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Brugière, « LUTTER CONTRE LES FISTULES OBSTÉTRICALES ET FORMER LE PERSONNEL MÉDICAL LOCAL AU MALI », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Au Mali, 1000 nouveaux cas de fistules obstétricales (cf. Annexes) touchent les femmes chaque année et il n'existe que 3 hôpitaux en capacité d'apporter une réponse chirurgicale. La fistule frappe en générale des femmes jeunes, de bas niveau socio-économique, qui n'ont pas bénéficié de consultations prénatales pendant leur grossesse et qui ont accouché à domicile.
Médecins Du Monde (MDM) était présent dans la région de Mopti depuis 1985 pour développer un vaste programme d'appui aux Soins de Santé Primaire, et c'est au cours de ce programme couvrant 500 000 personnes que MDM a découvert l'importance des fistules obstétricales en milieu rural, et son absence de prise en charge à tout niveau (en 1990, il n'existait qu'un seul service d'Urologie à Bamako capable de traiter chirurgicalement les fistules).

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le Dr Robein a initié en 1993 le programme de MDM au Mali, s'inscrivant dans le cadre de l'OMS pour « une maternité sans risque » et visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles. A l'origine, le programme ne devait durer que 5-6 ans mais il a finalement duré jusqu'à ce jour. Ce programme a développé au fur et à mesure de son avancement 4 volets : chirurgical, de sensibilisation communautaire, social et enfin psychologique. A l'heure où le Mali diffuse une stratégie nationale d'éradication de la fistule obstétricale, MDM est entré dans une phase de désengagement du programme au bénéfice des acteurs maliens, à échéance de 2013, soit après 20 ans de présence.

ACTIONS MISES EN OEUVRE

- 1993-1994, Volet chirurgical à Mopti : accord-cadre signé avec la Direction Nationale de la santé prévoyant 5 missions par an de chirurgiens de MDM (2 à 3 semaines chacune). 1995-1998: Consolidation du volet chirurgical
- 1998-2000, Réhabilitation et équipement du bloc opératoire, construction d'un pavillon d'hospitalisation pour les fistuleuses, 2 chirurgiens maliens formés, enquête anthropologique organisée, élaboration d'un document de synthèse des données épidémiologiques pour la Direction Nationale de la Santé (pour mieux appréhender ce problème socio-sanitaire)
- 2006-2010, supervision et formation continue des partenaires maliens. Dès 2006, 2 séjours annuels des chirurgiens expatriés (discussion et partage des indications thérapeutiques des cas les plus difficiles)
- 2000, Volet sensibilisation communautaire : Informer et éduquer des communautés sur les fistules obstétriques pour stopper les préjugés excluant les fistuleuses (prévention primaire); Encourager le dépistage par la communauté et changer son comportement vis-à-vis des fistuleuses (Prévention secondaire). Méthode de sensibilisation : tournées d'une troupe de théâtre et messages radiophoniques diffusés dans toutes les langues locales, puis tournées d'information des Techniciens de Développement Communautaire (TDC) dans les villages (explication des circonstances de survenue des fistules, comment les éviter et les guérir, prise en charge à l'hôpital régional de Mopti gratuite)
- MDM prend en charge les frais de transport aller-retour du village à l'Hôpital
- Volet prise en charge sociale, avec création et gestion d'un Centre d'Hébergement jouxtant l'Hôpital (par l'association française Delta Survie) : permet aux femmes de reprendre confiance en elles, de se reconstruire un avenir, d'avoir des activités génératrices de revenus (coiffure, couture, poterie, tissage, cuisine...) et des cours d'alphabétisation
- 2006, Evaluation du programme réalisée par une équipe médicale (1 médecin, 2 infirmières) et résultats confiés à une équipe française de chirurgiens urologues. Puis mise en place d'un accompagnement psychologique des fistuleuses : programme d'intervention créée par une psychologue expatriée de MDM, puis recrutement d'une psychologue clinicienne malienne.

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Après la 1ère année : 250 cas de fistules diagnostiqués, 108 interventions réalisées (taux de fistules fermées de 75 %)
- 1995-1998 : 300 nouveaux cas diagnostiqués ; 210 interventions, 75 % de fermeture initiale, 95 % de fermeture secondaire après un 2ième temps opératoire
- 1993-2010 : 1747 interventions effectuées (soit 1054 patientes), 85,6% sont porteuses de fistules simples, 14,4% de fistules complexes, 84,4% de fermeture global, 74,5% de guérison (fistules fermées sans incontinence urinaire résiduelle), 15,6 % d'échec (soit 173 fistules sur 1108)
- 2003 : jeune chirurgien malien affecté à l'hôpital de Mopti. Fin 2004, ce jeune chirurgien et le chirurgien Directeur-adjoint de l'Hôpital sont en mesure d'assurer les cures chirurgicales des fistules simples non compliquées
- 2008-2010 : plus de 400 villages sensibilisés, près de 20 000 personnes ont assisté aux causeries
- L'augmentation du nombre des consultations à l'hôpital de Mopti à un stade plus précoce de la maladie prouve que l'information a bien circulé.
- Accompagnement psychologique : les femmes traitées reprennent goût à la vie et se sentent utiles à leur communauté ; les femmes qui n'ont pu être guéries gèrent mieux la maladie et se sentent moins seule.

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

Médecin du Monde, en 20 ans de présence, a su faire évoluer son programme d'actions sur 4 volets successifs (la chirurgie, la sensibilisation communautaire, la prise en charge sociale et la prise en charge psychologique) afin de venir en aide de façon globale aux femmes victimes de fistules obstétricales. De plus, les formations de personnels médicaux ainsi que l'équipement des lieux ont permis l'autonomisation des acteurs locaux.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

Hôpital de Mopti, Direction Nationale de la santé, Direction des Affaires Sociales et du Développement Communautaire

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
- Les autorités ne prennent pas en compte l'urgence et l'ampleur du problème sanitaire
- 2000-2006, la Direction Nationale de la Santé peine à affecter 2 médecins maliens à l'hôpital de Mopti pour suivre la formation chirurgicale et assurer la continuité des soins postopératoires des fistuleuses opérées
- Pour les TDC : causeries avec les femmes interdites en villages Wahabites (musulmans intégristes) ; saison des pluies (villages inaccessibles) ; période de récoltes (femmes étaient au champ) ; linguistique (pays Dogon, 60 dialectes).

Solutions adoptées pour répondre aux difficultés et/ou obstacles :
- MDM a recruté un chirurgien urologue malgache ayant déjà une longue pratique chirurgicale de cette pathologie
- 2012-2020, nouvelle phase de planification sanitaire au Mali : Un des axes majeurs de la politique de santé reproductive portera sur la promotion de l'accouchement dans les structures de santé de base en présence de personnel qualifié
- Le volet formation de chirurgiens maliens été prévu dès le démarrage du programme, mais il fallait avant que les urologues expatriés explorent finement cette pathologie et élaborent les protocoles de traitement.

Améliorations futures possibles :
- La politique de santé au Mali doit autoriser la gratuité des soins en cas de fistule obstétricale
- Prévention, hébergement, accompagnement psychologique, activités génératrices de revenu : un partenariat renforcé avec les ONG maliennes doit se poursuivre pour que ces volets puissent être assurés
- Les actions de prévention doivent être maintenues et renforcées en s'appuyant sur tous les moyens de communication. Elles doivent être faites en direction de la Société Civile pour influer sur la lutte contre les mariages et grossesses précoces, les mutilations génitales et le combat pour la scolarisation et l'éducation des filles.

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
PRESENTATION DES FACTEURS DE REUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
- Philosophie d'intervention de MDM : assurer le transfert de compétences pour autonomiser les bénéficiaires
- Les campagnes de sensibilisation, la notoriété des chirurgiens expatriés et la gratuité de l'intervention
- Associésaux volets chirurgie, sensibilisation communautaire et prise en charge sociale, l'accompagnement psychologique garantit une meilleure réinsertion sociale des femmes
- Peu de matériel nécessaire pour cette chirurgie : 1 rachianesthésie, des instruments chirurgicaux, sondes urinaires, fils de sutures et antibiotiques au besoin, soit 70 €/ patiente.

CONSEILS POUR UNE GENERALISATION OU TRANSPOSITION DU PROGRAMME
La prise en charge psychologique doit se faire également avec les accompagnants et leur famille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brugière, M. « Fistules obstétricales au Mali : Lutte contre la mortalité maternelle et infantile » FACTS Reports (2013) sous presse
- Rapport Mille Femmes de Mopti, Médecins du Monde (rapoort sur la prise en charge de 1000 femmes victimes de fistules obstétricales en région de Mopti de 1993 à 2010)

POUR EN SAVOIR PLUS

Une fistule obstétricale est une perforation de la paroi du vagin qui le met en communication avec la vessie (fistule vesico-vaginale) ou le rectum (fistule recto-vaginale) ou encore les deux (fistule vesico-recto-vaginale). Cette perforation intervient à la suite d'un accouchement long et dystocique, c'est-à-dire lorsque la progression du fœtus est arrêtée dans la fière génitale et que sa sortie est impossible par les voies naturelles, par nécrose des tissus trop longtemps comprimés par le mobile fœtal. Plus rarement elles peuvent être provoquées par l'utilisation de forceps, par une césarienne, par viols ou par excisions extrêmes.
La fistule obstétricale engendre une incontinence urinaire permanente, une incontinence fécale si le rectum est touché, et une ulcération vulvaire secondaire à l'émission des urines ou des matières fécales. Une aménorrhée s'installe souvent secondairement. La plupart de ces femmes ont donné naissance à un enfant mort-né ; à la souffrance de la stérilité s'ajoute alors celle de l'abandon par le conjoint. Peu à peu, un ostracisme général frappe ces femmes et les relègue dans une situation d'isolement, d'exclusion sociale et de précarité économique. Les femmes sont socialement rejetées car les manifestations physiques de cette maladie, telles que l'odeur, sont interprétés comme des signes incurables et de stérilité.
A terme, cet isolement affectif et social entraine des états dépressifs sévères pouvant entrainer des suicides.
La réparation chirurgicale des fistules obstétricales est une chirurgie complexe qui nécessite des opérateurs entrainés, des spécialistes formés.

L'Hôpital Régional de Mopti :
150 lits
Un service de médecine interne, avec infectiologie et bactériologie
Un service de pédiatrie
Un service de chirurgie générale, dont des lits ont été réservés pour les fistules
Un service de gynécologie, la maternité est en dehors de l'hôpital
2 blocs opératoires
1 laboratoire
1 service radiologie capable de faire des UIV
Un service d'ophtalmologie et un cabinet dentaire.

Les Techniciens de Développement Communautaire sont des agents de la fonction publique qui ont été mis à la disposition de Médecins du Monde par la Direction des Affaires Sociales et du Développement Communautaire et que MDR a rémunéré pour la campagne spécifique de sensibilisation à la prise en charge des Fistules Obstétricales.

L'enregistrement avant les soins. Bangui (République Centrafricaine), 2014

Chapitre 4

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL VIVENT LES POPULATIONS

Combinaison de méthodes de planification pour l'élaboration d'un programme de santé à Saut d'Eau (Haïti)

Résumé : Dès 1999, l'ONG Concern Worldwide, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population haïtien, a mis en place un programme de santé publique à Saut d'Eau, grâce à une participation directe des populations locales.

AUTEUR(S)

Joseph-Adrien Emmanuel Demes

Professeur Faculté de Médecine et de Pharmacie, UEH (Université d'Etat de Haïti), Etudiant au PH.D en Santé Publique, Université de Montréal

adrienjed @yahoo.com

PROGRAMME

Démarrage : 1999

Lieu de réalisation : Saut d'Eau (Haïti)

Budget : N/C

Origine et spécificités du financement : Population Saut d'Eau, gouvernements irlandais et anglais, fonds propres Concern World Wide et Union Européenne

ORGANISME(S)

Concern Worldwide, Ministère de la Santé Publique et de la Population haïtien (MSPP) et Centre de Sa

52-55 Lower Camden Street

Dublin

https://www.concern.net/

Salariés : 11

Bénévoles : 100

Fiche rédigée par :
Pauline Riffier

COMITÉ DE LECTURE

Date de lecture de la fiche : *mercredi 30 avril 2014*

Solution(s) : ***Environnement***, ***Santé***

Opérateur(s) : *Établissement Public, Association, ONG*

Pays : *Haïti*

Bénéficiaires : *Universel*

Envergure du programme : *Locale*

Domaine(s) : *Santé, Biens essentiels*

Copyright: Licence Creative Commons Attribution 3.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
*Pour citer un texte publié par RESOLIS : Demes, « Combinaison de méthodes de planification pour l'élaboration d'un programme de santé à Saut d'Eau (Haïti) », **Journal RESOLIS** (2014)*

ORIGINES ET CONTEXTE DU PROGRAMME

Suite au rejet de financement par la Commission européenne en 1999 d'un projet de santé concernant la commune rurale de Saut d'Eau (commune divisée en 4 sections rurales et communales, 40% de terres montagneuses et arides, environ 40 000 habitants), l'ONG Concern Worldwide et le Ministère de la Santé Publique et de la Population haïtien (MSPP) ont poursuivi un dialogue avec la communauté locale pour réaliser ce projet.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le but a été de consulter la population locale pour faire un état des lieux et l'associer à la définition des besoins prioritaires, à la conception et à la mise en œuvre des actions. Le dialogue engagé avec la communauté locale a abouti à une démarche participative selon la méthode "Action et apprentissage participatifs" (AAP) afin de placer la communauté de Saut d'Eau au centre du projet.

ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Captation de sources (zones rurales, et prioritaires), système d'adduction d'eau potable réhabilité (ville)
- « Gestion intégrée de l'eau » par les organisations communautaires de base (OCB), membres de la communauté et Concern Worldwide
- Construction de ponts pour franchir les rivières à la saison des pluies (lieux identifiés par la population)
- Création, par la direction départementale de la santé, d'un comité de gestion (5 membres de la communauté)
- Protection et assainissement de plusieurs points d'eau (définis par les OCB et population)
- Diffusion de messages (par exemple via des chansons populaires adaptées) sur le traitement et l'utilisation de l'eau (réalisés par Concern Worldwide et les OCB)
- Formations (AAP et approche participative) adressées aux responsables des OCB et à des personnes désignées par les communautés pour animer des processus participatifs d'élaboration de plans d'actions

RÉSULTATS ET IMPACTS, QUANTITATIFS ET QUALITATIFS, DES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Comités de gestion de l'eau ont eu un rôle majeur contre l'épidémie de Choléra en Haïti (2010/2011). Ils sont toujours actifs aujourd'hui
- Elaboration d'un projet relatif à l'accès à l'eau potable (MSPP / Concern) :
>> lutte contre les maladies diarrhéiques, les gastro-entérites et la malnutrition (premières inquiétudes sanitaires des habitants)
>> favorise l'éducation des enfants et particulièrement des filles (corvée d'eau quotidienne)
>> permet l'irrigation des terres (meilleure productivité et diversification des pratiques culturales, dont le développement du maraîchage)

ORIGINALITÉ DU PROGRAMME

La planification de ce programme repose sur l'utilisation combinée des méthodes de cadre logique et de la méthode « Action et apprentissage participatifs » (AAP). La communauté de Saut d'Eau a été au centre du projet. Les techniciens du MSPP et les experts de Concern Worldwide ont facilité l'expression de la population.

PARTENARIAT(S) DÉVELOPPÉ(S) DANS LE CADRE DU PROGRAMME

Concern Worldwide, MSPP, la communauté de Saut d'Eau et OCB

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Difficultés et/ou obstacles rencontrés durant la mise en oeuvre du programme :
- Problèmes de confiance au début du processus : scepticisme des participants (habitués aux planifications de type cadre logique) vis-à-vis de la méthode AAP ; méfiance de la communauté envers les équipes (nombreuses promesses sans suite faites par des organisations passées par Saut d'Eau)
- 2 points d'eau ont subi des dégâts majeurs lors des cyclones. La communauté n'a pas su les réparer.
- Manque de compétences et de moyens du personnel du Centre de santé dans la construction d'infrastructures de communication ou dans des projets d'irrigation
- Conflits entre les membres de Concern Worldwide et la population dans la définition des priorités, l'orientation des activités et la gestion des initiatives communautaires

Solutions adoptées pour répondre aux difficultés et/ou obstacles :
- Evaluations participatives pour inciter les communautés à s'engager dans les activités en cours de réalisation
- Le projet MSPP / Concern relatif à l'accès à l'eau potable, rédigé selon la méthode « Planification des Interventions Par Objectifs » (PIPO), a permis d'élaborer un cadre logique selon une démarche participative.
- Exercices pratiques et jeux de rôles : pour instaurer un climat de confiance et assurer la bonne compréhension des concepts de participation et d'apprentissage par l'équipe.

Améliorations futures possibles :
- Selon la communauté, l'éducation des enfants doit être une priorité égale à celle de l'accès à l'eau potable.
- Identifier les personnes (physiques ou morales) devant assurer la maintenance et les réparations en cas de sinistre.

Présentation des facteurs de réussite et conseils pour une généralisation ou transposition du programme :
FACTEURS DE REUSSITE:
- Les causes des problèmes de santé sont multiples (absence de routes et de réseaux d'irrigation, déficiences nutritionnelles, problèmes d'accès à l'eau potable et d'éducation), les projets sectoriels ont donc un impact limité. L'approche AAP permet de faire le lien entre les différents problèmes et d'avoir une vision « systémique » des problèmes.
CONSEILS POUR UNE GENERALISATION:
- L'écoute, le partenariat et l'apprentissage mutuel sont à la base de cette coopération. L'implication de la communauté permet donc d'acquérir une connaissance précise des réalités locales, économiques, sociales et culturelles des milieux, et de susciter une meilleure acceptation et appropriation du projet.
- La réalisation ne se limitera à la durée de son financement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Demes J., « Etude de cas : Méthodes de planification des programmes de santé communautaire et accès à l'eau potable en milieu rural en Haïti », FACTS Reports (Numéro Spécial 9, 2014)

POUR EN SAVOIR PLUS

DEFINITION :
La méthode « Action et apprentissage participatifs » (AAP) est connue par les anglo-saxons depuis les années 1990 sous l'appellation PLA (Participatory Learning Action) (Pretty et al. 1995). Son approche repose sur une interaction avec la population, qui est considérée comme la mieux placée pour définir ses besoins et les actions permettant de les satisfaire. Cela sous-entend un renversement des rôles : le participant connaît plus et mieux que le «facilitateur» qui doit faire preuve d'ouverture d'esprit pour apprendre du terrain. Cela suppose une certaine flexibilité, une capacité d'adaptation et le refus des processus préfabriqués. L'expert devient un enquêteur et un facilitateur. Les données permettant l'analyse émergent donc directement du terrain.

resolis.org

ISSN 2276-4275