

LA PROTECTION FINANCIÈRE ET L'ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SOINS DE SANTÉ :
APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS
TROUVER DES SOLUTIONS AUX DÉFIS COMMUNS
DU 15 AU 19 FEVRIER 2016
ACCRA, GHANA

Jour 1, Session V



#accessauxsoins #RNAMafrique16



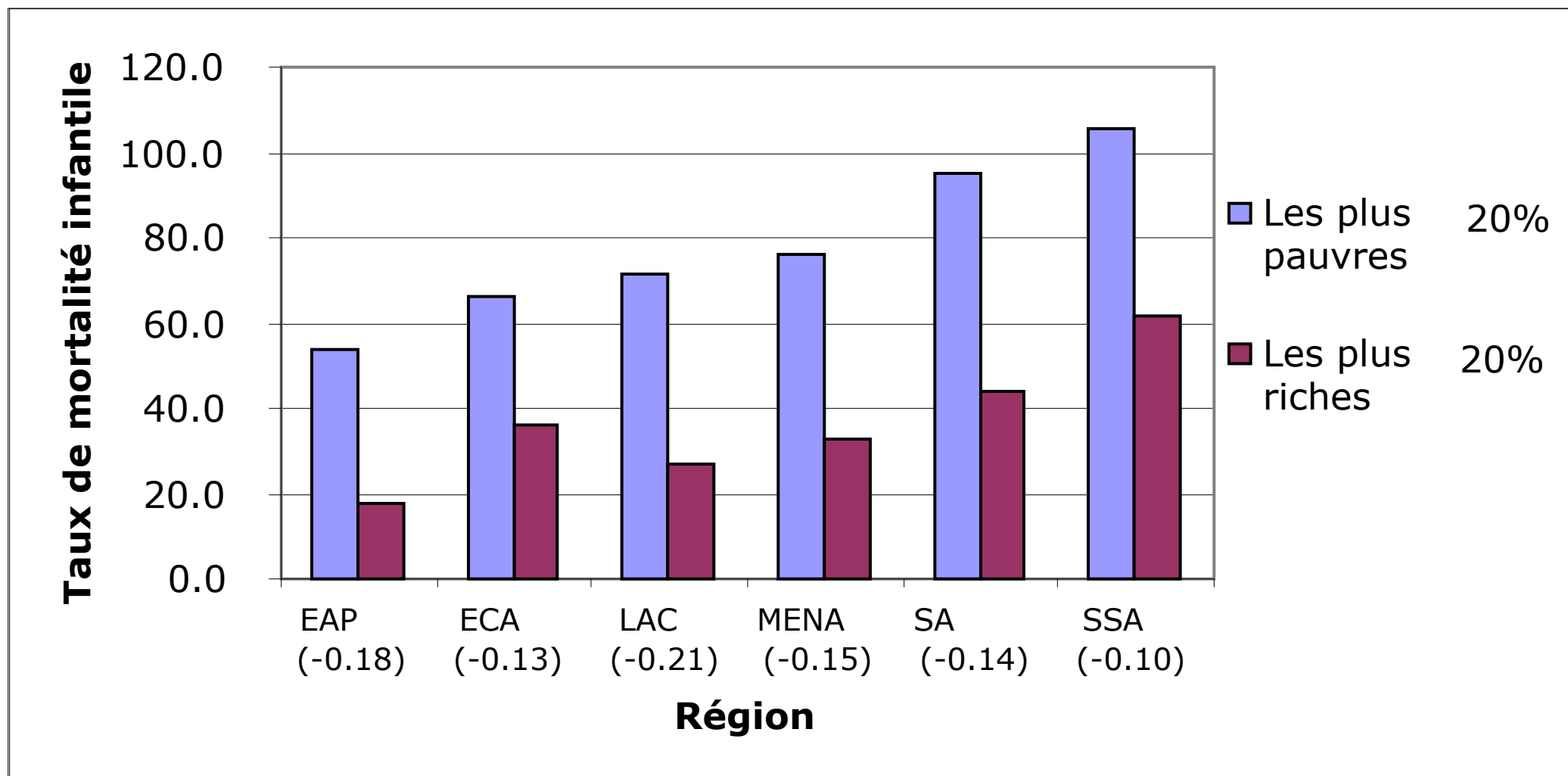
Couvrir les pauvres et assurer un financement plus équitable de la santé

**Protection financière et accès amélioré aux soins de santé : atelier
d'apprentissage entre égaux
Trouver des solutions à des problèmes communs**

Abdo Yazbeck
Banque mondiale

Accra, February 15, 2016

Mortalité infantile par région



EAP=Extrême-Orient et Îles du Pacifique, ECA=Europe et Asie centrale, LAC=Amérique latine et Caraïbes, MENA=Moyen-Orient et Afrique du Nord, SA=Asie du Sud, SSA=Afrique subsaharienne

Nous avons un problème !

Données de 56 pays (2,8 milliards), comparant les pauvres et les riches (quintiles—20 % de la pop.)

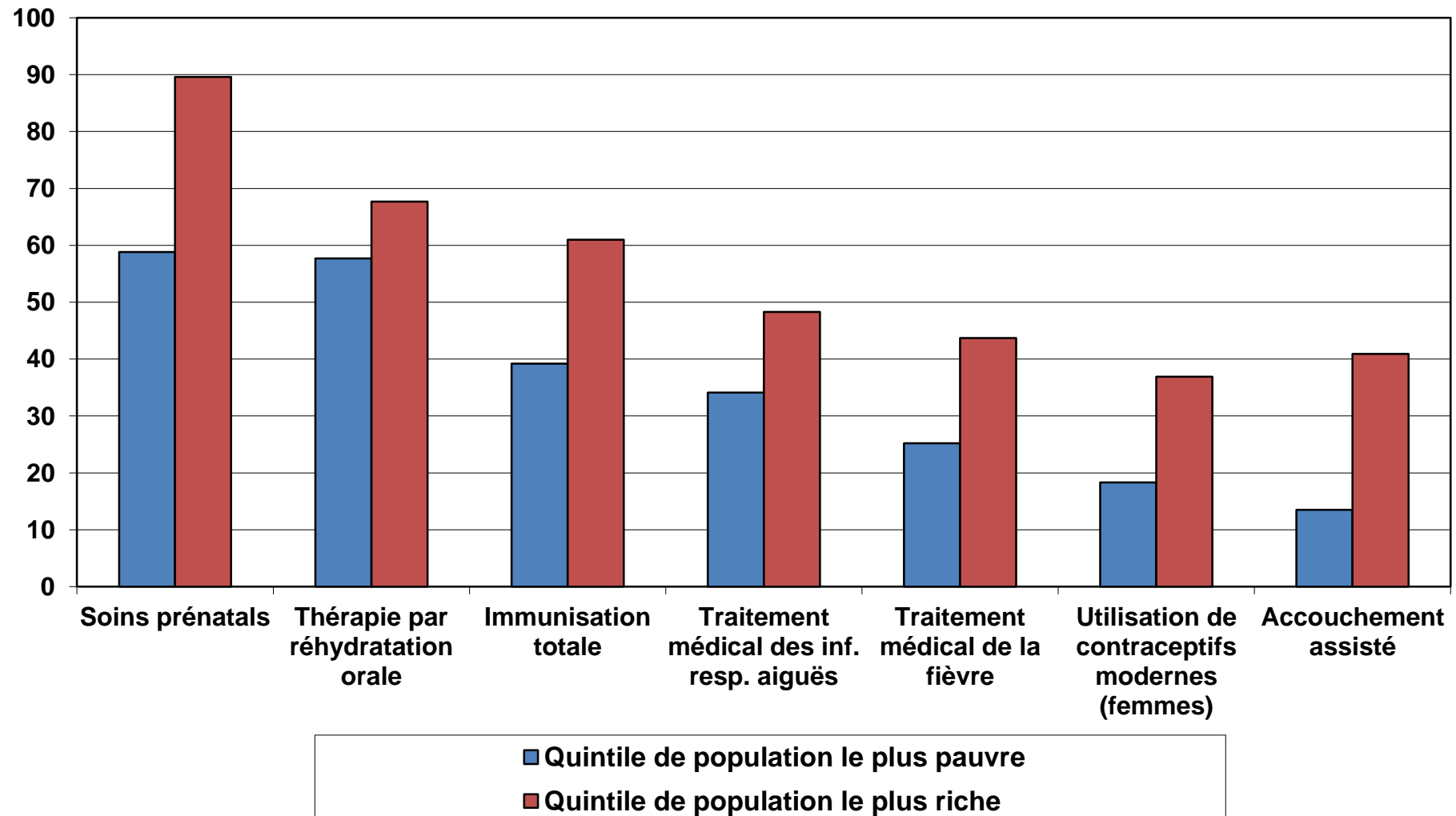
- Un nourrisson a plus de **2 fois** plus de risques de mourir avant d'atteindre l'âge d'un an
- Un enfant a plus de **3 fois** plus de risques de souffrir d'un retard de croissance grave
- Le taux de fécondité à l'adolescence est **3 fois** plus élevé

La route de l'enfer est pavée de bonnes intentions

Le secteur de la santé fait partie du problème, et non de la solution

UTILISATION DES SERVICES BASIQUES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Taux de couverture dans les quintiles les plus riches et les plus pauvres de la population,
56 pays à revenus faibles & intermédiaires



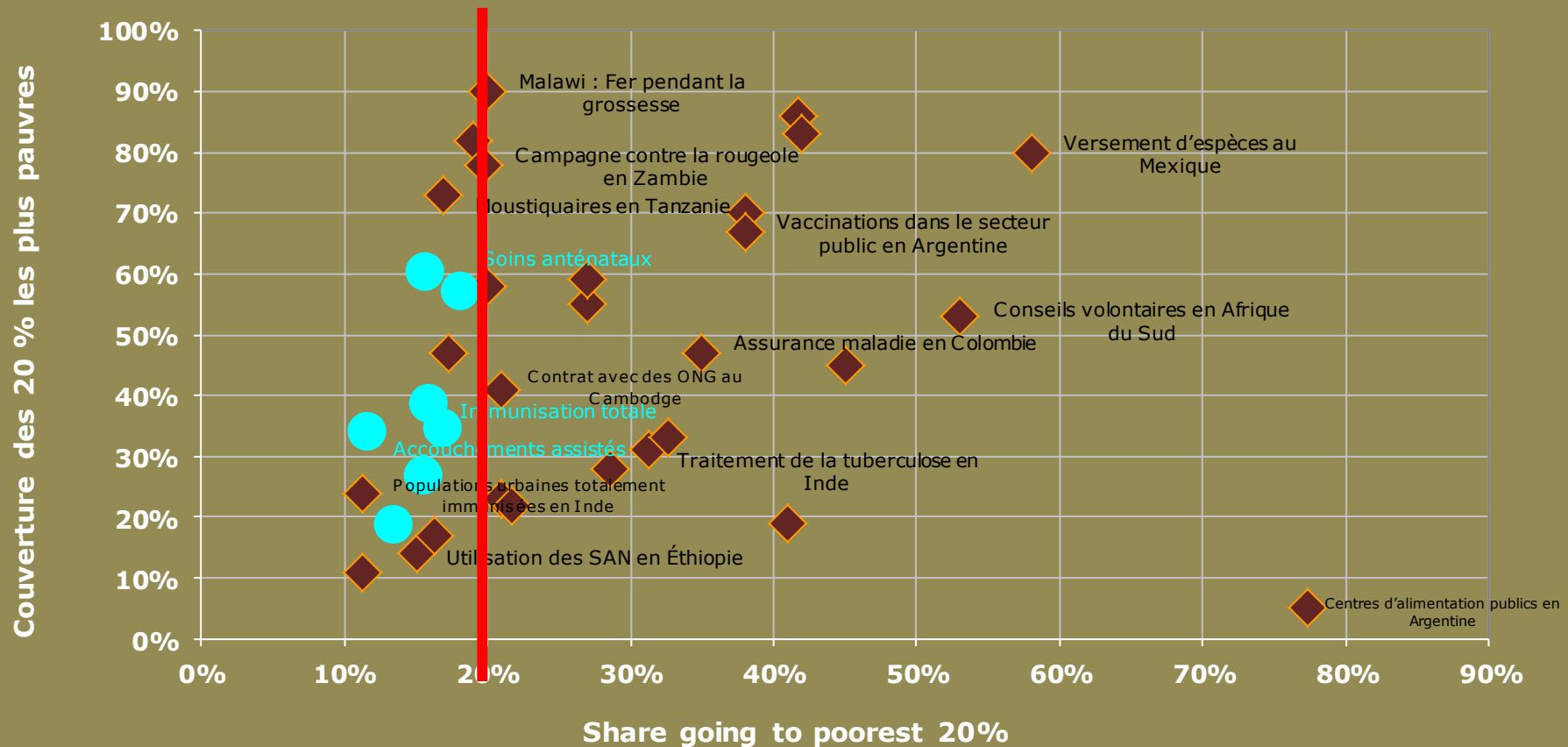
POURQUOI ?

Quels sont les points de blocage ?

- Les Pauvres sont plus exposés aux maladies et aux blessures
 - Les facteurs environnementaux sont pires aux endroits où ils vivent
 - Leur travail est plus dangereux et les expose à plus de risques
- Les Pauvres demandent moins de services et sont moins observants quand ils sont soignés
 - Manque de connaissances/d'éducation
 - Manque de ressources pour payer pour les soins et le transport
 - Manque de temps libre (ils perdent beaucoup d'argent s'ils ne vont pas à leur travail)
- Ils ne sont pas bien servis par le système de santé
 - Emplacement des établissements de santé
 - Disponibilité des intrants critiques (prestataires, médicaments, équipements)
 - Qualité des soins dans les établissements qu'ils fréquentent
 - Mauvais traitements par les prestataires (ou au moins perception)

RÉSULTATS DES ÉTUDES PRÉSENTÉES LORS DE LA CONFÉRENCE RPP

Comparés aux conclusions des EDS



Existe-t-il des facteurs de succès clés?

Thèmes récurrents (A.C.T.I.V.)

Aanalyser les causes des inégalités

Caractériser les réponses en les adaptant aux contraintes et capacités locales

Tenter d'utiliser de nouvelles façons de faire les choses

Intensifier progressivement les efforts pour atteindre de meilleurs résultats en tirant les leçons des plans pilotes et des expériences

Vérifier que l'utilisation des services par les pauvres s'améliore et que les points de blocage sont en cours d'élimination

Réforme pro-pauvres

6 règles empiriques

1. Production de revenus : séparer les paiements par les pauvres de l'utilisation des services
2. Allocations : allouer des sommes pour suivre les pauvres
3. Paiement des prestataires : lier les paiements des prestataires à l'utilisation des services par les pauvres
4. Organisation : éliminer la « distance » entre les pauvres et les services
5. Réglementation : amplifier la voix des pauvres dans le secteur de la santé
6. Persuasion : éliminer l'écart entre les besoins et la demande pour les pauvres

Production de revenus – Règle empirique

Séparer les paiements par les pauvres de l'utilisation des services

- Expansion de la couverture d'assurance maladie pour les Pauvres
 - **Colombie & Mexique** : expansion des arrangements de sécurité sociale
 - **Rwanda** : expansion de l'assurance maladie communautaire
- Mécanisme d'exonération du paiement des droits
 - **Cambodge** : fonds capitalisé pour la santé
 - **Indonésie** : carte de santé

Allocations Règle empirique

Allouer des sommes pour suivre les pauvres

- Ciblage direct des pauvres
 - **Chili & Mexique** : transferts conditionnels d'espèces ciblés
- Ciblage des établissements qui servent les pauvres
 - **République kirghize** : égalisation des dépenses par tête
 - **Brésil** : mise en place progressive ciblée des services de santé familiale

Paielement des prestataires – Règle empirique

Lier les paiements des prestataires à l'utilisation des services par les pauvres

- Incitations pour les municipalités
 - **Brésil** : accroissement de l'utilisation par les pauvres
- Incitations par le biais de contrats avec des ONG
 - **Cambodge** : contrôle de l'utilisation par les pauvres
- Incitations par le biais de droits à payer
 - **Cambodge** : fonds capitalisé ciblant les pauvres

Organisation – Règle empirique

Éliminer la *distance* entre les pauvres et les services

- Répondre aux besoins des pauvres
 - **Brésil, Cambodge, Colombie, Mexique, Népal, & Rwanda** : définition d'un forfait de prestations
- Éliminer la distance sociale
 - **Inde** : livraison par la communauté
 - **Rwanda** : gestion par la communauté
 - **Népal** : planification participative

Réglementation Règle empirique

Amplifier la voix des pauvres dans le secteur de la santé

- Correction de deux déficits auxquels les pauvres sont confrontés : voix politique et puissance du marché
 - **Népal** : planification participative
 - **Rwanda** : supervision communautaire
 - **Cambodge** : identification communautaire
 - **Tanzanie** : besoins et préférences de recherche
 - **Chili** : planification des ménages
 - **Kenya** : mobilisation communautaire

Persuasion Règle empirique

Éliminer l'écart entre les besoins et la demande pour les pauvres

- Combinaison d'informations et d'incitations
 - **Tanzanie** : marketing social
 - **Chili & Mexique** : transferts d'espèces conditionnels
 - **Brésil, Cambodge, Chili & Kenya** : sensibilisation par le biais d'interventions d'éducation en matière de santé et de communication pour le changement de comportements.

A breakthrough in measuring inequalities in health has shattered myths about the effectiveness of health systems in helping the poor. The resulting evidence on outcome inequality is overwhelming. Children from poor families from over 50 low- and middle-income countries suffer from malnutrition and die at much higher rates than children from better-off families. Fertility rates for poor women far outpace those of better-off women. The most jarring finding, however, is not that the poor suffer more, but that health systems, even when publicly financed, are much more likely to serve the better-off than the poor and, by doing so, increase inequalities in health, nutrition, and fertility outcomes. There is hope, though. In this ocean of inequality, islands of success exist and critical lessons can and should be learned.

Attacking Inequality in the Health Sector distills the operational knowledge relevant to attacking health sector inequality and uses available empirical evidence to answer two critical questions: Why is there persistent inequality in health care? What can be done about it?

Using 14 evaluated, proven successes and an exhaustive literature review, this book serves as a practical “how to” manual for defining, understanding, and effectively addressing the problems of inequality in health service use. It will be of particular interest to policy makers, advocates in civil society, and development agencies that are committed to improving health service use by the poor and socially vulnerable.

WORLD BANK INSTITUTE
LEARNING FOR DEVELOPMENT



THE WORLD BANK

ISBN 978-0-8213-7444-3



SKU 17444

Attacking Inequality in the Health Sector

Yazbeck

Combattre l'inégalité dans le secteur de la sante

Attacking Inequality in the Health Sector

A Synthesis of Evidence and Tools

Abdo S. Yazbeck



THE WORLD BANK