

différents facteurs (sociodémographiques, économiques, durée du traitement) ont été recherchés par une régression logistique multivariable.

Résultats.– Au total, 126 enfants sur 194 (65,2%), âgés en moyenne (DS) de 29,5 (8,2) mois, ont été vus dont 56 % de filles et 28,6 % souffraient de MA sévère (indice PPT < –3) à l'admission. Le taux de rechute était de 17,5 %. Les facteurs associés étaient un gain pondéral durant le traitement inférieur à 15 % du poids initial, un périmètre brachial (PB) à la sortie inférieur à 130 mm et un faible niveau socioéconomique avec des OR (IC à 95 %) respectifs de 41,2 (8,5–199,0), 9,0 (2,3–35,2), 3,9 (1,1–14,2).

Discussion et conclusion.– Un PB de 130 mm à la sortie paraît élevé à atteindre mais 61 % des enfants avaient déjà un PB supérieur à 123 mm à l'admission. Pour limiter les rechutes, il faudrait reconsidérer les critères de sortie, améliorer les conditions socioéconomiques, renforcer les conseils nutritionnels et suivre la croissance des enfants en post-guérison.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.06.164>

Session G3 – Politiques et systèmes de santé

G3-1

Proposition d'un modèle d'évaluation et notation en santé : cas des districts sanitaires ivoiriens

D. Bassalia^a, P. Planche^b, P. Swennen^c, D. Porignon^d, D. Kouassi^e, M. Dosso^f

^a ULg et Institut national de santé publique, Abidjan RCI, Cote d'Ivoire

^b Projet santé Ivoir-belge, Abidjan RCI, Cote d'Ivoire

^c Projet santé Ivoir-Allemand, Abidjan RCI, Cote d'Ivoire

^d ULg et OMS, Department Health Governance, Genève, Suisse

^e Institut national de santé publique, Abidjan RCI, Cote d'Ivoire

^f Université de Cocody, Abidjan RCI, Cote d'Ivoire

Introduction.– À cette ère actuelle de mondialisation sanitaire où la communauté internationale s'implique avec des politiques comme les objectifs du millénaire et la couverture universelle, la question de la performance des systèmes et services de santé reste problématique. En Cote d'Ivoire, de nombreux dysfonctionnements existent au niveau de la performance des districts sanitaires. Notre étude propose un modèle d'évaluation et de notation comme solution à ce problème.

Méthodes.– L'approche était constructiviste et la méthodologie alliait techniques qualitatives et quantitatives. Les données ont été obtenues par exploitation de la littérature, d'avis d'experts et d'acteurs du système sanitaire. La validation a été faite à travers des réunions de consensus et des tests de terrain.

Résultats.– Le modèle proposé comprend :

- 103 critères de notation de la performance dont 27 pour l'échelon de soins primaire, 34 pour l'échelon de soins de référence, 42 pour l'équipe cadre de district ; leur répartition suivant les ressources de production, la capacité à mettre en œuvre des paquets minimum d'activités et les résultats sanitaires sont respectivement de 25, 71 et 7 ;

- un système de valorisation des critères avec la note 1 ou 0 selon la satisfaction du critère ;

- un système de pondération des critères selon leur importance ;

- une technique de calcul de score par échelon ;

- un système de classification des districts en quatre catégories grâce à 20 critères : non opérationnel, opérationnel, performant et appui.

Discussion et conclusion.– Bien connue dans le domaine économique, la notation pourrait s'envisager dans la santé grâce au modèle proposé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.06.165>

G3-2

Les dépenses catastrophiques de santé, une épidémie oubliée : le programme tuberculose au Burkina

S. Laokri, B. Dujardin

École de santé publique, université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Introduction.– Les politiques de gratuité, comme celle proposée par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNT), ont été introduites pour tendre vers une couverture universelle des services de santé des pays en développement. Cependant, les barrières à l'accès aux soins y subsistent et minent les résultats attendus de ces programmes de santé.

Méthodes.– En 2007–2008, 242 entretiens approfondis ont été menés dans six districts ruraux du Burkina Faso auprès de patients tuberculeux à microscopie positive enrôlés dans le PNT. Les données collectées portaient sur le relevé exhaustif des coûts directs, indirects et intangibles supportés par les ménages. Pour ceux-ci, lorsque 10 % du revenu annuel est atteint, les dépenses de santé sont qualifiées de catastrophiques (DCS).

Résultats.– La gratuité du PNT a été effective dans moins de 2 % des cas. La médiane des coûts directs était de 69,3 € (36,4–118,1) et correspondait à 23 % du revenu annuel des ménages ; 74,6 % des patients ont fait face à des DCS. Confrontant le parcours observé aux recommandations du PNT, une série de dysfonctionnements dans l'offre publique des services de santé (i.e. radiographies du thorax, hospitalisation durant la phase diagnostique, recours répétés aux soins) ont pu être identifiés et sont à l'origine des DCS.

Discussion et conclusion.– La politique de gratuité du PNT au Burkina Faso ne garantit pas aux patients tuberculeux un accès aux services sanitaires nécessaires sans risque de DCS. Cette étude a permis d'identifier les dysfonctionnements majeurs du système de santé et constitue une opportunité d'amélioration de la stratégie du PNT.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.06.166>

G3-3

Politiques de santé et prise en compte du patient chronique. Les cas du VIH/sida et du diabète au Mali

J. Martini^a, A. Tijou-Traoré^b, I. Gobatto^b, B. Dujardin^a

^a École de santé publique, université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

^b Laboratoire ADES, UMR 5185 CNRS, université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France

Introduction.– L'augmentation des maladies chroniques dans les pays du Sud questionne l'organisation des systèmes de santé en faveur d'une approche centrée sur le patient. Cette étude analyse la place et le rôle accordés au patient dans les politiques de prise en charge du VIH/sida et du diabète au Mali.

Méthodes.– Des entretiens qualitatifs ont été réalisés avec les acteurs de la lutte contre le VIH/sida (19) et le diabète (19) à Bamako entre 2010 et 2012. Les politiques et programmes de prise en charge des patients ont été analysés.

Résultats.– Pour le VIH/sida, des dispositifs de participation du patient au dialogue politique et aux soins ont été développés dès le début de la mobilisation nationale dans les années 1990, dans un contexte de stigmatisation de la maladie et d'appui international. Au contraire, le diabète jouit d'une relative acceptation sociale, mais les ressources limitées concentrent les politiques sur les aspects cliniques et financiers de la prise en charge, négligeant les effets potentiels des mobilisations des malades. Ainsi, une politique de lutte contre les maladies non transmissibles est en cours d'adoption, mais les réflexions sur la place du patient dans les stratégies et l'organisation des soins restent limitées. Aucune dynamique conjointe n'existe autour du caractère chronique et du rôle du patient.

Discussion et conclusion.– La représentation de la maladie et les ressources financières semblent influencer la construction du rôle accordé au patient dans les politiques de santé. Il est urgent de promouvoir des interactions positives entre politiques de santé, chronicité des morbidités et rôle du patient.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.06.167>

G3-4

Facteurs prédictifs de l'automédication chez des patients aux cliniques universitaires de Kinshasa

F. Mbutwi Ikwa Ndo^{a,b}, N. Nseka Mangani^b, P. Meert^c, M. Malengreau^d, M. Dramaix-Wilmet^e, F. Lepira Bompeka^b

^a Faculté de médecine, université de Kikwit, Kikwit, République Démocratique du Congo

^b Département de médecine interne, cliniques universitaires de Kinshasa, université de Kinshasa, Kinshasa XI, République Démocratique du Congo