

SESSION 1-3

Wednesday, September 11th

Room : D 314 à 15h00

Mathieu Philibert

Town : Montréal, Canada

Job Title : conseiller scientifique

Company : Institut national de santé publique du Québec

Title of the presentation : « Développement D'un Système D'évaluation Des Inégalités Sociales Dans Le Recours Aux Services De Santé De Proximité Au Québec »

Abstract :

Au Québec, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont des prestataires locaux de services de santé et sociaux. Ils ont la responsabilité légale d'assurer la santé d'une population définie sur une base territoriale. Ainsi, ils sont directement interpellés par les politiques publiques afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Pour y parvenir, cependant, des enjeux d'ordre méthodologique et d'ordre pratique se posent. Comment mesurer à l'échelle locale les inégalités sociales dans le recours aux services de proximité ? Et comment passer de cette mesure à une réflexion sur la pratique en lien avec les disparités sociales de santé ? Cette communication propose une réponse à ces deux questions mais plus particulièrement à la seconde, impliquant le partage de connaissances entre chercheurs et intervenants. Elle présente le processus, fondé sur la collaboration entre chercheurs et intervenants de CSSS issus de milieux variés, qui a mené au développement d'un système d'évaluation des inégalités sociales dans le recours aux services de proximité offerts par les CSSS. Ce processus a mené à la mise sur pied d'un système dont les principaux éléments (une carte du profil de défavorisation de la population locale ; un tableau synthèse des inégalités dans le recours aux services ; et une grille d'interprétation de ces inégalités) ont été adaptés afin de répondre aux exigences d'une analyse locale du recours aux services ainsi que d'une production qui soit intelligible par les intervenants et utile à la réflexion sur la pratique dans les CSSS.

Maria Isabel Barros Bellini :

Town : Porto Alegre, Brazil

Job Title : DRA

Company : PUCRS

Title of the presentation : « Consolidation D'un Systeme De Sante Unique (Sus) Au Brésil Et Le Processus De Decentralisation Des Actions Et Des Services De Santé »

Abstract :

Maria Isabel Bellini, Cristian Guimaraes, Ligia Geyer, Marta Grecelle, , Cristiane Fischer Achutti, Liane Prytoluk, Maria Elisa Freitas, Ana Dalla Valle, Ana Assis Brasil, Gabriel Baptista

Le Brésil est un pays aux dimensions continentales, avec une population estimée à environ 200 millions de personnes. Il a des frontières avec 10 pays avec lesquels il doit établir des accords et des contractualisations qui doivent tenir compte de cette condition de pays avec beaucoup des voisins. Sa dimension territoriale occupe près de 47% de l'Amérique du Sud et il est le cinquième plus grand pays en nombre de personnes sur la planète. Ces dimensions annoncent le défi qui consiste à organiser un Système de Santé Unique (SUS), universel, équitable et égalitaire, et qui ne peut pas se faire sans la participation populaire et le contrôle social. La Politique de Santé brésilienne doit assurer les conquêtes légitimées par la Constitution Fédérale (1988), laquelle définit la santé comme un droit du citoyen et un devoir de l'État. Dans ce contexte, un processus de ré-organisation du réseau de soins de santé a éclaté en 2011. Ce processus a été déclenché par la remise en cause de la configuration actuelle de la régionalisation de la santé et de la construction d'une méthodologie pour la conception des Régions de Santé, à la lumière des mises à jour apportées à la législation de SUS dans la même période. Ce texte rend compte de l'expérience développée dans l'un des états du Brésil, Rio Grande do Sul (RS), dans lequel l'organisation de son réseau de la santé a été créée dans les années 1960. Par conséquent, le processus de rupture a été confronté à un système qui a été maintenu pendant plus d'un demi-siècle. Ce processus de rupture, appelé régionalisation de la santé, avait comme But Général la planification de la régionalisation dans l'état de Rio Grande do Sul par la mise à jour / conception des Régions de Santé. La Méthodologie se composait de: A) l'élaboration des critères pour guider la conception et le dessin des Régions de Santé de l'état; ils sont les suivants: 1. l'urgence et la situation d'urgence; 2. la prise en charge psychosociale; 3. les soins ambulatoires spécialisés et hospitaliers; 4. la surveillance de la santé 5. les soins de santé primaires ; B) la création du Groupe de Travail sur la Planification, le Suivi et l'Évaluation de la Gestion de SES/RS (GTPMA), composé de membres de différents départements/sections de la SES et avec la participation des Coordinations Régionales de la Santé (CRS), tous sous la coordination de l'ASSTEPLAN. Ce groupe a déclenché le processus de discussion et de mise à jour du Plan Directeur de la Régionalisation, au cours des années 2010 et 2011. Résultats: Il est à noter que ce processus est toujours en cours, mais l'une des constructions déjà légitimées est le document technique avec la définition de 31 (31) Régions de Santé et l'identification d'un ensemble de besoins de santé pour l'analyse et l'identification des cibles à atteindre, en encourageant une planification régionale. Ce résultat a été obtenu à partir d'un processus

démocratique et participatif de la réorientation des soins de santé dans l'état du Rio Grande do Sul, processus qui a suivi les conseils du ministère de la Santé, mais qui a effectué la planification étape par étape toujours en accord avec le profil économique, politique et social de l'état.

Roch Appolinaire Hounghin

Town : Cotonou, Bénin

Job Title : No indicated

Company : Université d'Abomey-Calavi

Title of the presentation : « Dynamiques urbaines et système de santé au Bénin »

Abstract :

Problématique : Depuis les années 1980, le système de santé en Afrique repose sur le paiement direct des prestations de soins. Cette politique constitue une barrière pour l'accès aux soins de qualité pour la grande majorité des acteurs et reste un déterminant majeur des décès maternels (Ridde, 2010). Pour y faire face au Bénin l'Etat préconisa en 2009, la « gratuite la césarienne » pour favoriser l'accès aux soins de qualité et de façon précoce aux femmes enceintes. Dans le contexte urbain de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi retenu comme l'un des centres de santé accrédités pour la "gratuité" de la césarienne, il urge de s'interroger sur le contexte sociopolitique et économique de cette politique et les pratiques des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. Méthodologie L'approche est fondée sur une démarche transversale et qualitative qui a permis de privilégier le point de vue des acteurs (Mayer, 2000). La revue documentaire, les entretiens approfondis et l'observation sont les techniques ayant permis la collecte des données auprès de 66 personnes (taille fixée au seuil de saturation de l'information recherchée). Pour constituer cet échantillon, les techniques du choix raisonné et de la boule de neige ont été utilisées. Les données ont été collectées au cours du premier semestre 2012. Elles ont été traitées selon la méthode d'analyse de contenu à partir des verbatims (Nadeau, 1988). Résultats A l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi, la « gratuité » de la césarienne s'est traduite par une amélioration quantitative de la fréquentation des femmes enceintes. Mais la déception est apparue, lorsque les bénéficiaires ont constaté qu'elles ne jouissent pas de la gratuité des soins tel que prôné dans les discours officiels ; et qu'elles demeurent toujours confrontées aux dépenses dont elles croyaient être dispensées : référence vers l'hôpital, consultation, acte opératoire, médicaments, hospitalisation, consommables médicaux et contrôle postopératoire, etc. L'insuffisance de capitaux (financier, matériel, infrastructurel, en personnel qualifié, etc.) est soulignée par les agents de santé comme un frein à la mise en œuvre effective de la politique. Révélateurs de la gestion peu transparente qui entoure l'offre, les frais de médicaments et de transport par ambulance constituent, par ailleurs, un enjeu financier important entre les hôpitaux

prestataires et l'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne. Au Bénin, le financement de la « gratuité » de la césarienne est une décision perçue comme étant plus politique que technique. Il demeure pour l'Etat un défi entier à relever.