

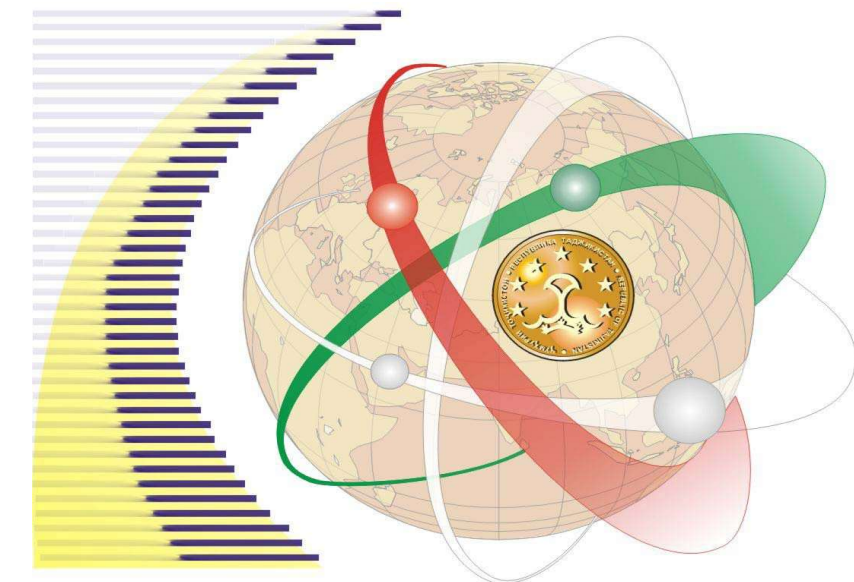


La revue scientifique
**Les Cahiers
du CBRST**

La science au service de la société

DOSSIERS

Médecine et Santé Publique



03 BP 1665 Tél (229) 21 32 12 63 2132 09 77

Fax : (229) 21 32 36 71

Mail : cahiersducbrst@yahoo.fr ;

cahiersducbrst@gmail.com

Site Web: <http://www.cbrst-benin.org>



SOMMAIRE

1. **Une revue systématique des déterminants de la couverture sanitaire universelle.....1**
Adanmavokin Justin SOSSOU, Gilles Armand SOSSOU, Babatounde Charlemagne Igué, Edgard-Marius OUENDO
2. **Aspect psycho-social de la pandémie a COVID-19 en hémodialyse : une revue de littérature.....33**
Mamadou Saliou BALDE, Seraphin AHOUI, Fousseny DIAKITE, Alpha Boubacar BAH, Pierre P Eric GANDZALI NGABE, Evariste ETEKA
3. **Prise en charge des traumatismes balistiques du thorax: un challenge pour une équipe chirurgicale de référence de Bobo-Dioulasso.....40**
YABRÉ Nassirou, BINYOM Pierre René, ZARÉ Cyprien, BELEMLILIGA Gueswendé Larba Hermann, KÉITA Namori, SANON Bakary Gustave, TRAORÉ Ibrahim Alain
4. **Etude comparative des méthodes mathématiques clinique et radiologique de détermination de la taille a partir du tibia.....53**
HOUMENOU Yahouédéou Espérance, HADONOU Armel Ayaovi, C. LALEYE Chrystel, AGOSSOU Ahognon Charles, BIAOU Olivier, HOUNNOU Gervais Martial, AGOSSOU-VOYEME Augustin Karl
5. **Place de l'imagerie médicale en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale au CHUD-B/A.....66**
Kofi-Mensa SAVI de TOVE, Djivèdè AKANNI, BOURAÏMA Fatiou A ; ZOUÏHOUE G.A.G, Marius C FLATIN, Miralda KIKI, Sonia B.M.G ADJODOHOUN; Patricia YÈKPÈ-AHOANSOU; Spéro H.R HOUNKPATIN
6. **Une rétention aiguë d'urine révélant une imperforation hyménéale.....79**
SOSSA Jean, AVAKOUDJO Dedjinnin Josue Georges, YEVI Dodji Magloire Ines, FANOU Lionelle, NATCHAGANDE Gilles, AGOUNKPE Michel Michael, HODONOU Fred, HOUNTO Yao Felicien, ATADOKPEDE Felix



7. **Malformations associées aux malformations anorectales.....90**
HOUENOU YE, HADONOU AA, HOUNNOU GM, FIOGBE MA, MEYRAT BJ

8. **Topographie et morphométrie in vivo de l'appendice vermiforme chez l'adulte mélanoderme vivant au sud du Bénin.....103**
*HADONOU A.A ; *HOUENOU Y.E ; AGOSSOU C ; HOUNNOU G.M ; AGOSSOU-VOYEME A.K*



UNE REVUE SYSTEMATIQUE DES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

**Adanmavokin Justin SOSSOU^{1*} Gilles Armand SOSSOU¹,
Babatounde Charlemagne IGUE¹, Edgard-Marius OUENDO¹**

¹ *Institut Régional de Santé Publique, Comlan Alfred Quenum Ouidah,
Benin*

**Auteur correspondant : 06 BP 605 Cotonou Bénin,
adanjus2014@gmail.com*

ABSTRACT

Well-being in perfect health is a factor of promoting economic growth. Universal health coverage appears to be an excellent mean of access to fair quality health care. In view of the benefits associated with universal health coverage, efforts should be made to establish and strengthen it in countries that have opted for this strategy. This study is part of this perspective and aims to identify the determinants of universal health coverage through a systematic review. We conducted a systematic review of the scientific literature using the PubMed and Google Scholar databases. At the end of the bibliographical search, two researchers worked alongside in time on the selection of articles and the extraction of data concerning these studies. The bibliographical search resulted in the extraction of 1,631 articles. At the end, 25 articles were selected and included in the systematic review. Political, economic, social, health and demographic determinants were falls under the implementation of universal health coverage. Achieving and/or strengthening universal health coverage at the country level is not a matter of health sector only, but can also be the result of a multidisciplinary process, requiring the collaboration of several actors from various sectors.

Key words: *determinants Universal Health Coverage, UHC index, Republic of Benin*

RESUME

Le bien-être en parfaite santé est un facteur de promotion de croissance économique. La couverture sanitaire universelle apparaît comme un



excellent moyen d'accès à des soins de santé de qualité équitable. Eu égard aux avantages associés à une couverture sanitaire universelle, des efforts doivent être entrepris pour sa mise en place et son renforcement dans les pays qui ont opté pour cette stratégie. La présente étude s'inscrit dans cette perspective et vise à identifier les déterminants de la couverture sanitaire universelle à travers une revue systématique. Nous avons effectué une revue systématique de la littérature scientifique à partir de la banque de données PubMed et Google Scholar. A l'issue de la recherche bibliographique, deux chercheurs ont travaillé en parallèle à la sélection des articles et à l'extraction des données concernant ces études. La recherche bibliographique a permis d'extraire 1.631 articles. En définitive, 25 articles ont été retenus et inclus dans la revue systématique. Des déterminants politiques, économiques, sociaux, sanitaires et démographiques ont été identifiés comme liés à la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. La mise en place et/ou le renforcement d'une couverture sanitaire universelle au niveau d'un pays ne relève pas uniquement du secteur de la santé, mais ne peut être que la résultante d'un processus multidisciplinaire, nécessitant la collaboration de plusieurs acteurs intervenant dans divers secteurs.

Mots clés : *déterminants Couverture Sanitaire Universelle, UHC index, République du Bénin*

INTRODUCTION

Malgré des progrès durant ces dernières années, la situation sanitaire des Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire (PRFI) en général et des pays africains en particulier reste caractérisée par une prédominance des maladies infectieuses qui constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité [1]. En 2015, le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement estimé à 239 décès pour 100 000 naissances vivantes était près de 20 fois plus élevé que celui enregistré dans les pays développés 12 décès pour 100 000 naissances vivantes [2]. Cette situation sanitaire, peu reluisante des PRFI en général et des pays africains en particulier serait le corollaire des inégalités observées dans l'accès aux soins et services de santé entre les pays développés et les pays en voie de développement. Selon les estimations, près de la moitié de la



population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture complète des services de santé essentiels [3]. De plus, chaque année, un nombre considérable de familles notamment dans les PRFI sont plongées dans la pauvreté en raison des dépenses de santé qu'elles doivent régler directement.

Face à cette situation, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) apparaît comme une stratégie efficace en ce sens qu'elle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès à des soins et services de santé de qualité, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières [4]. Pour ce faire, la CSU repose sur trois composantes interreliées : un éventail complet de services de santé en fonction des besoins, une protection financière contre le paiement direct des services de santé utilisés et la couverture de l'ensemble de la population. En particulier, la protection contre le risque financier associé aux soins fait référence aux conséquences économiques et financières de l'utilisation des soins et services de santé. Actuellement, 800 millions de personnes consacrent au moins 10% du budget du ménage aux dépenses occasionnées par les soins, pour elles-mêmes, un enfant malade ou un autre membre de la famille [3]. Le niveau de ces dépenses suffit à plonger 100 millions d'entre elles dans une situation d'extrême pauvreté [3]. Dans de nombreux pays, on a pu constater les effets sanitaires liés à la mise en place d'une CSU. En effet, une étude réalisée en 2012 a permis de mettre en évidence qu'une couverture sanitaire plus large conduisait généralement à un meilleur accès aux soins nécessaires et à une amélioration de la santé de la population, notamment chez les plus défavorisées [5]. Ces conclusions ont été corroborées par les expériences récentes positives d'expansion de la couverture des services conjointement réalisées au Brésil, au Mexique ou en Thaïlande [4].

Au regard aux avantages associés à une CSU, des efforts doivent être entrepris pour sa mise en place et son renforcement dans les pays, comme le recommande la résolution 58.33 de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que son rapport 2010 : le financement des systèmes de santé, le chemin vers la CSU. La connaissance des facteurs qui déterminent la CSU aiderait à orienter les interventions destinées à sa mise en place ou à son renforcement. L'objectif général de cette étude était d'identifier les déterminants de la CSU à travers une revue systématique. L'utilisation d'un examen systématique pour rassembler différentes études individuelles



permet d'avoir une vue d'ensemble et d'apporter de meilleures réponses à la question soulevée par la présente recherche.

1 METHODES D'ETUDE

1.1 Sources de données

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature scientifique à partir de la banque de données PubMed¹ et Google Scholar². Les équations suivantes ont été utilisées :

Equation n°1 : ((factor*[Title/Abstract] OR determinant*[Title/Abstract] OR predictor*[Title/Abstract]) AND (universal health coverage[Title/Abstract] OR UHC[Title/Abstract] OR universal health insurance[Title/Abstract])) OR ("Socioeconomic Factors"[Mesh] OR "Social Determinants of Health"[Mesh] OR "Epidemiologic Factors"[Mesh]) AND ("Universal Health Care"[Mesh] OR "Universal Health Insurance"[Mesh]))
et

Equation n°2: allintitle: determinants OR factors OR predictors
"universal health coverage"

A cette recherche automatique, s'est ajoutée une recherche manuelle à partir des références bibliographiques des études générées par la recherche automatique.

1.2 Critères de sélection des articles

Ont été incluses, les études originales de type observationnel, publiées dans des revues à comité de lecture et traitant des déterminants de la CSU. Un déterminant fait ici référence à un facteur politique, économique, social, sanitaire ou socio-démographique qui a été identifié quantitativement ou qualitativement comme influençant la situation de la CSU au niveau d'un pays ou d'un groupe de pays. Aucune restriction de date n'a été appliquée. Les articles disponibles dans une langue autre que le français et l'anglais

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

² <https://scholar.google.com/>



n'ont pas été inclus. Les revues systématiques et les méta-analyses ont été exclus.

1.3 Traitement et analyse de données

Deux chercheurs ont travaillé en parallèle à la sélection des articles inclus dans la revue systématique et à l'extraction des données concernant ces études. Les textes complets des articles retenus à l'issue de cette première sélection ont ensuite été lus indépendamment afin d'évaluer leur degré de conformité aux critères de sélection définis. Les résultats des deux chercheurs ont été comparés, et tout désaccord a été résolu par consensus. Des données ont été recueillies sur les auteurs et le titre de l'étude, l'année de publication, le cadre d'étude, le type d'étude, les résultats clés. Une analyse de contenu a ensuite été réalisée pour chaque étude retenue et a permis d'identifier les déterminants recherchés.

2 RESULTATS

2.1 Procédure de sélection des articles

La recherche bibliographique a permis d'extraire 1 631 articles parmi lesquels 34 doublons ont été identifiés et supprimés. Au total, 1267 articles n'étaient pas éligibles en raison de leurs titres et de leurs résumés. Une évaluation complète de 58 articles a été réalisée et a permis d'inclure 25 articles pertinents qui traitaient des déterminants de la CSU. La figure 1 décrit le processus de sélection des articles retenus dans la revue systématique.

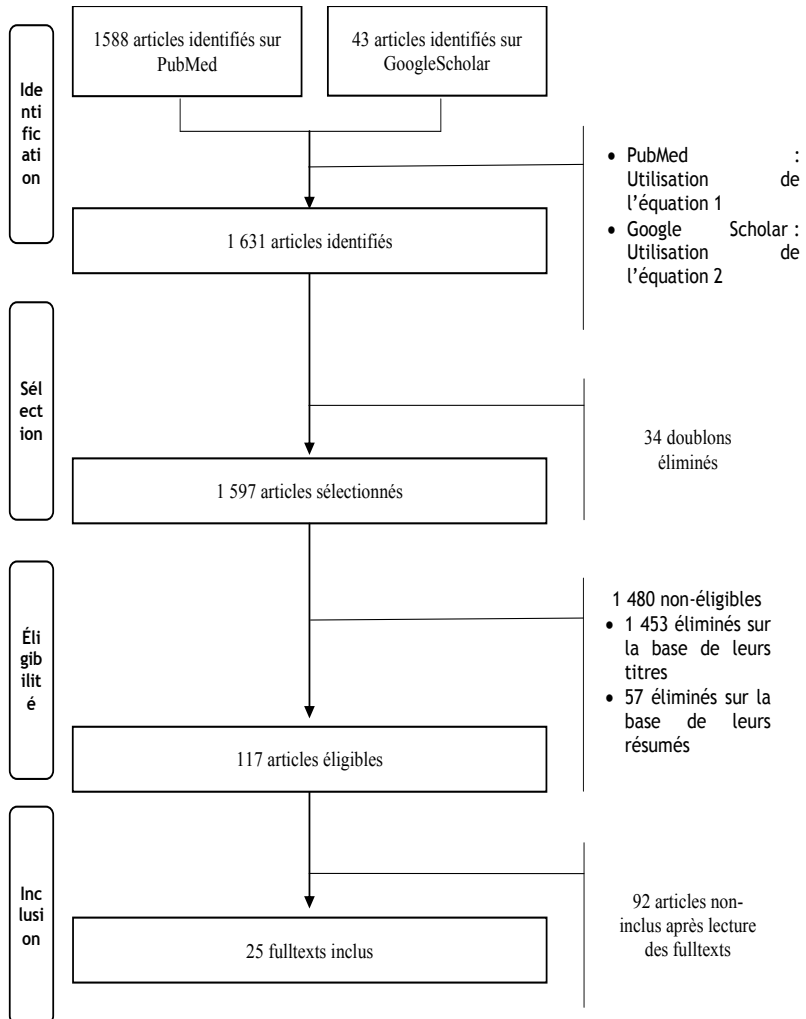


Figure 1 : Organigramme de sélection des articles retenus dans la revue systématique



2.2 Description des articles inclus dans la revue systématique

Un examen des articles retenus permet de noter qu'ils ont été publiés entre 2003 et 2020. Dans ces articles retenus, on note une diversité de méthodologie pour l'identification des déterminants de la CSU. Deux grandes approches ont été employées et ont permis de distinguer deux lots d'articles. Le premier lot d'articles traite des travaux de recherche qui ont identifiés les variables statistiquement associées à l'Universal Health Coverage Index (UHC Index) [6]. Il s'agit d'un indicateur composite proposé par la Banque mondiale et l'OMS pour suivre les progrès de la CSU. Il utilise 16 services de santé essentiels dans 4 catégories comme indicateurs du niveau et de l'équité de la couverture dans les pays. Par ailleurs, les méthodes et techniques utilisées pour le calcul de cet indicateur variaient en fonction des études. Le deuxième lot d'article prend en compte les études qui ont explorés les facteurs qui déterminaient la protection financière et/ou l'utilisation de certains soins ou services de santé.

2.3 Déterminants de la CSU

Le tableau I ci-dessous fait une synthèse des études qui ont été retenues dans cette revue.

**Tableau I** : Synthèse des études retenues

Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
Wagstaff <i>et al</i>	A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study	2020 Transversale	Pays à revenu faible ou intermédiaires	Quantitative	UHC Index	<ul style="list-style-type: none">• PIB par habitant• % du budget alloué à la santé	[7]
Ranabhat <i>et al</i>	Structural Factors Responsible for Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: Results From	2020 Transversale	Pays à revenu faible ou intermédiaires	Quantitative	UHC Index	<ul style="list-style-type: none">• Gouvernance index• Political stability index• SDI Index	[8]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	118 Countries						
Naghdi et al	The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country	2017 Transversale	Iran	Qualitative	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique • Performance du système de santé • Role des ONG • Couverture par assurance santé 	[9]
Kanmiki et al	Out-of-pocket payment for primary healthcare in the era of national health insurance: Evidence from	2019 Transversale	Ghana	Quantitative	Paiements directs des soins et services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • National Health Insurance Scheme • Nombre de FS 	[10]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	northern Ghana						
Reeves et al	Financing universal health coverage-- effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries	2015 Transversale	Pays à revenu faible ou intermédiaires	Quantitative	UHC Index	Niveau des taxes	[11]
Khan et al	A Transparent Universal Health Coverage Index with Decomposition	2019 Transversale	Afrique et Asie	Quantitative	UHC Index	<ul style="list-style-type: none"> • % dépenses directes des ménages • PIB par habitant 	[12]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	by Socioeconomic Groups: Application in Asian and African Settings						
Dalinjong et al	The association between health insurance status and utilization of health services in rural Northern Ghana: evidence from the introduction of the National Health Insurance	2017 Transversale	Ghana	Quantitative	Utilisation de soins ambulatoires	NHIS ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[13]
					Utilisation de soins hospitaliers	National Health Insurance Scheme ajustée sur les caractéristiques	



CAHIERS DU CBRSE

Médecine et santé publique

N° 18 (Suite), 2^{ème} semestre 2020 ; ISSN : 1840-703X,
Cotonou/Bénin ; Dépôt légal n° 12567 du 04/11/2020 4^{ème}
trimestre 2020 ; Bibliothèque Nationale du Bénin,

Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	Scheme					socio-démographiques et sanitaires	
Mekonen et al	The effect of community-based health insurance on catastrophic health expenditure in Northeast Ethiopia: A cross sectional study	2018 Transversale	Ethiopie	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	Assurance santé communautaire ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[14]
Prinja et al	Role of insurance in determining utilization of healthcare and financial risk	2019 Transversale	Inde	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	L'assurance maladie n'apportait pas d'amélioration en matière d'accès aux soins ou de	[15]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	protection in India					protection contre les risques financiers	
Shah et <i>al</i>	Financial Risk Protection and Hospital Admission for Trauma in Cameroon: An Analysis of the Cameroon National Trauma Registry	2020 Transversale	Cameroun	Quantitative	Admission à l'hôpital	Assurance privée ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	[16]
					Coût des soins	Assurance privée ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	
Thuong et <i>al</i>	Determinants of	2020	Vietnam	Quantitative	Dépenses	Assurance santé	[17]



CAHIERS DU CBRSE

Médecine et santé publique

N° 18 (Suite), 2^{ème} semestre 2020 ; ISSN : 1840-703X,
Cotonou/Bénin ; Dépôt légal n° 12567 du 04/11/2020 4^{ème}
trimestre 2020 ; Bibliothèque Nationale du Bénin,

Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	catastrophic health expenditure in Vietnam	Transversale			catastrophiques en santé	ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	
Ukwaja <i>et al</i>	Household catastrophic payments for tuberculosis care in Nigeria: incidence, determinants, and policy implications for universal health coverage	2013 Transversale	Nigéria	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	Caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	[18]
Tolla <i>et al</i>	Out-of-pocket expenditures	2017 Transversale	Ethiopie	Quantitative	Dépenses catastrophiques	Caractéristiques socio-	[19]



CAHIERS DU CBRSI

Médecine et santé publique

N° 18 (Suite), 2^{ème} semestre 2020 ; ISSN : 1840-703X,
Cotonou/Bénin ; Dépôt légal n° 12567 du 04/11/2020 4^{ème}
trimestre 2020 ; Bibliothèque Nationale du Bénin,

Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	for prevention and treatment of cardiovascular disease in general and specialised cardiac hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional cohort study				en santé	démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	
Li <i>et al</i>	Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical	2012 Transversale	Chine	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	Assurance santé ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[20]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	expenses in China: policy implications of universal health insurance						
Hajizadeh et al	Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments?	2011 Transversale	Iran	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	Assurance santé ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et celles liées au système de santé	[21]
Hailemichael et al	Catastrophic health expenditure and impoverishment in households of persons with depression: a	2019 Transversale	Ethiopie	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[22]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	cross-sectional, comparative study in rural Ethiopia						
Hailemichael <i>et al</i>	Catastrophic out-of-pocket payments for households of people with severe mental disorder: a comparative study in rural Ethiopia	2019 Transversale	Ethiopie	Quantitative	Dépenses catastrophiques en santé	Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[23]
Agrawal <i>et al</i>	Out of pocket expenditure and its associated factors in neonates admitted to	2020 Transversale	Inde	Quantitative	Paiements directs des soins et services de santé	Caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	[24]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	neonatal intensive care unit of tertiary care government hospital of Agra District, Uttar Pradesh						
Chen et al	Social health insurance coverage and financial protection among rural-to-urban internal migrants in China: evidence from a nationally representative	2017 Transversale	Chine	Quantitative	% des paiements directs pour le dernier soin hospitalier au cours des 12 derniers mois dans les dépenses totales des ménages	Assurance santé quel que soit son type ajusté sur les caractéristiques socio-démographiques et celles liées au système de santé	[25]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	cross-sectional study						
Mamun et al	The Determinants of Household Out-of-Pocket (OOP) Medical Expenditure in Rural Bangladesh	2018 Transversale	Bangladesh	Quantitative	Dépenses de santé	Caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	[26]
McKee et al	Universal health coverage: a quest for all countries but under	2013 Transversale	Multi centrique	Qualitative	N/A	<ul style="list-style-type: none">• Pouvoir de gauche,• Ressources économiques• Divisions sociétales• Institutions existantes• Fenêtres	[27]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
						d'opportunités	
Tahsina et <i>al</i>	Out-of-pocket expenditure for seeking health care for sick children younger than 5 years of age in Bangladesh: findings from cross-sectional surveys, 2009 and 2012	2017 Transversale	Bangladesh	Quantitative	Paiements directs des soins et services de santé et des dépenses catastrophiques en santé	Caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et celles liées au système de santé	[28]
Nakovics et <i>al</i>	Determinants of healthcare seeking and out-of-pocket expenditures in a "free" healthcare	2020 Transversale	Malawi	Quantitative	Paiements directs pour les soins et services de santé	Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[29]



Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	system: evidence from rural Malawi						
Servan-Mori et al	Antenatal Care Among Poor Women in Mexico in the Context of Universal Health Coverage	2015 Transversale	Mexique	Quantitative	Promptitude des soins anténataux	Assurance santé ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[30]
					Utilisation des soins anténataux	Assurance santé ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	
Reid et al	Achieving Universal Health Coverage	2019 Transversale	Pays à revenu élevé et pays à revenu faible ou	Quantitative	UHC Index	Renforcement du personnel de santé	[31]



CAHIERS DU CBRSE

Médecine et santé publique

N° 18 (Suite), 2^{ème} semestre 2020 ; ISSN : 1840-703X,
Cotonou/Bénin ; Dépôt légal n° 12567 du 04/11/2020 4^{ème}
trimestre 2020 ; Bibliothèque Nationale du Bénin,

Auteurs	Titres	Années et Types d'étude	Pays	Approches	Variable dépendante	Déterminants	Références
	(UHC): Dominance analysis across 183 countries highlights importance of strengthening health workforce		intermédiaire				
Woods et al	Determinants of health care use by children in rural western North Carolina: results from the Mountain Accessibility Project	2003 Transversale	USA	Quantitative	Utilisation des soins infantiles	Assurance santé ajustée sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires	[32]



2.3.1 Déterminants politiques

La stabilité politique et le style de gouvernance au niveau national ont été observés comme des facteurs déterminant de la CSU [8]. D'autres auteurs ont mis en évidence le rôle déterminant de la volonté politique pour l'atteinte d'une CSU notamment en ce qui concerne l'instauration d'une protection financière associée à l'utilisation des soins et services de santé [9]. Cette volonté politique peut se manifester par l'instauration d'un régime public d'assurance santé ou encore par le niveau des dépenses publiques en santé. Au Ghana, la mise en place du *National Health Insurance Scheme* a été un facteur déterminant de la diminution des paiements directs pour les soins et services de santé [10]. Au Mexique, la mise en place du *Seguro Popular* était significativement associée à l'observance des consultations prénatales chez les femmes [30]. Le niveau des dépenses publiques en santé a également été relevé comme un facteur qui détermine positivement la CSU [7]. Il existe des preuves liant l'existence de « courant socialiste » au niveau d'un pays à l'expansion du bien-être social, et à l'adaptation de la couverture des soins de santé. L'insuffisance de « courant socialiste » a été identifié comme l'un des facteurs de l'absence de soins universels aux États-Unis, ainsi qu'une explication des variations dans l'offre d'investissements publics dans les soins de santé en Europe [27]. Aussi, l'existence de puissants intérêts particuliers peut limiter l'instauration d'une CSU [27]. On pense généralement que le recours au financement privé aux premiers stades du développement du système de soins de santé pourrait intégrer des intérêts particuliers, ce qui rendrait plus difficiles par la suite l'expansion du secteur public dans le financement et la fourniture des soins de santé [27].

2.3.2 Déterminants économiques

La croissance ou le développement économique d'un pays est un facteur déterminant de la CSU [7,12,27]. Il ressort qu'une augmentation d'un pourcent du Produit Intérieur Brut d'un pays ajusté sur la taille de sa population (PIB par habitant) induit une augmentation de 1% de sa CSU [12]. Le niveau des paiements directs des ménages en ce qui concerne les soins et services de santé détermine le niveau de la CSU. Une relation négative significative a, en effet, été mise en évidence entre les paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses en santé et le niveau de la CSU [12]. Une augmentation d'un point de pourcentage de la part des



paiements directs des ménages des dépenses en santé dans un pays est associée à une diminution de 1,4% de la CSU [12]. L'augmentation des recettes fiscales nationales est indispensable pour parvenir à une CSU, en particulier dans les pays où l'assiette fiscale est faible [11]. Chaque tranche de 100 dollars par habitant et par an de recettes fiscales supplémentaires correspond à une augmentation annuelle des dépenses publiques de santé de 9,86 dollars, lesquelles sont déterminantes pour une CSU [11]. Dans les pays où les recettes fiscales sont faibles, une recette fiscale supplémentaire de 100 dollars par an est associée à une augmentation de la proportion d'accouchements en présence d'un accoucheur qualifié de 6,74 points de pourcentage et l'étendue de la couverture financière de 11,4 points de pourcentage [11]. Néanmoins, il ressort que, les taxes à la consommation, qui sont susceptibles de réduire la capacité des pauvres à se procurer des biens essentiels, ont été associées à une augmentation des taux de mortalité post-néonatale, de mortalité infantile et de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans [11].

2.3.3 Déterminants sociaux et sanitaires

La performance du système de santé détermine la CSU [9]. En particulier, il a été observé qu'une augmentation du nombre de centres de santé de premier échelon induit une protection financière associée à l'utilisation des soins et services de santé en favorisant une diminution des paiements directs des ménages [10]. Le renforcement du personnel de santé a été mis en évidence comme un facteur déterminant de la CSU [31]. Plusieurs études rapportent le rôle déterminant des assurances santé pour l'atteinte de la CSU. Les mécanismes d'assurances santé quelle que soit leur nature contribue à la CSU en ce sens qu'elle favorise une utilisation des soins et services de santé, limitent les paiements directs et préviennent les dépenses catastrophiques en santé [9,13,14,16,17,20,21,25,30,32]. Notons, toutefois, que dans une étude, l'assurance santé ne semblaient pas apporter l'amélioration nécessaire en matière d'accès aux soins ou de protection contre les risques financiers [15]. Certains auteurs mettent en évidence le rôle des ONG en ce qui concerne l'identification, la détermination des droits et le financement des personnes pauvres [9].



2.3.4 Déterminants socio-démographiques

Plusieurs facteurs socio-démographiques déterminaient l'utilisation des soins et services de santé d'une part et la protection financière associée à l'utilisation des soins et services de santé. On note une augmentation du risque de dépense catastrophique en santé chez les plus âgées en comparaison aux plus jeunes [16,19,25,29]. Le sexe a été observé comme un facteur déterminant des dépenses catastrophiques en santé [16,20,21,25,26]; les hommes étant plus exposés que les femmes selon certaines études [16,21,25,26] et les femmes plus exposées que les hommes selon d'autres études [20]. Le faible niveau d'instruction est également apparu comme un déterminant significatif des dépenses catastrophiques en santé; les populations les moins instruites étant les plus exposées [20,21,25]. De la même manière, une CSU significativement plus élevée a été observée dans les pays où le revenu par habitant et le niveau d'instruction des populations étaient élevés [8]. Les dépenses catastrophiques en santé ont été mises en évidence aussi bien au niveau des groupes socio-économiques les plus bas [19–21] que ceux les plus élevés [14,26,29]. Les dépenses catastrophiques en santé étaient plus fréquentes en milieu rural [17,19,20,28].

3 DISCUSSION

L'objectif général de cette étude était de faire une revue des études scientifiques disponibles sur les déterminants de la CSU. A l'issue de cette étude nous avons pu identifier quatre groupes de facteurs qui déterminent la CSU. La présente discussion sera axée autour de quelques éléments clés qui ont été identifiés comme déterminants à la mise en place ou au renforcement d'une CSU.

Cette revue a permis de mettre en évidence le rôle important des facteurs politiques dans la mise en place d'une CSU. En effet, vu les obligations qu'elle implique et les ressources nécessaires à sa mise en œuvre, la CSU relève avant tout d'une volonté et d'un engagement politique. Kittelsen et *al* mettent d'ailleurs en lumière la nature fondamentalement politique de la CSU [33]. Cette volonté politique, peut se traduire par la mise en place d'interventions destinées à réduire les paiements directs des ménages, le renforcement des systèmes de santé, lesquels ont été identifiés comme des



facteurs déterminant de la CSU. Par ailleurs, Lewis & al [34], Fusheini [35] et Ridde [36] insistent sur l'engagement politique qui doit induire la dépolitisation dans la mise en œuvre des programmes CSU. Cet engagement politique peut aussi se traduire par des actes de gouvernance destinés à réduire la forte politisation dans la mise en œuvre de la CSU, l'opposition au programme CSU du fait des leaders politiques qui portent le programme, la nomination des responsables de programme CSU qui n'ont aucune compétence et expérience technique. La stabilité politique faisait aussi partie des facteurs qui déterminent une CSU. Une CSU ne peut être mise en place dans un environnement politique caractérisé par une instabilité. Une étude en 2019 mettait en évidence les difficultés liées à l'accès aux soins et services de santé, des femmes et des enfants en particulier, en cas de conflits résultant d'une instabilité politique [37]. De plus, une étude en 2015 avait observé une association entre l'instabilité politique dans un pays et la dégradation de l'état de santé de sa population [38].

Par ailleurs, la croissance économique a également été relevée comme un facteur déterminant d'une CSU. Les explications évoquées par les auteurs ayant montré cette relation concernaient notamment un phénomène « d'élargissement de la CSU » à mesure que les pays s'enrichissent. Une autre théorie considère que certains pays sont "trop pauvres pour une CSU" car ne disposant pas d'une base de recettes fiscales suffisamment fonctionnelle pour financer les services publics. Un autre point de vue est celui de la "convergence", selon lequel les systèmes de protection sociale des pays en développement, à mesure que ceux-ci se développent, rattrapent celui des pays développés [39]. En effet, éviter à un individu ou un ménage de tomber dans l'extrême pauvreté du fait des dépenses catastrophiques de santé c'est offrir l'opportunité à ces derniers d'aller consommer sur le marché des biens et services taxables sources de recettes fiscales pour l'Etat de manière à nourrir le cycle du retour sur investissement. Par ailleurs, la croissance économique absolue n'est, toutefois, pas suffisante pour soutenir la CSU. En effet, selon Ramadhan et al, des pays comme le Népal, l'Inde, le Cambodge, la Libye et d'autres pays présentent une croissance économique de 6 % ou plus par an, mais toujours une CSU toujours inférieure à 50% [8]. Elle devrait donc être conjuguée à d'autres actions relevant d'autres secteurs, en occurrence des interventions sur le plan politique, social ou sanitaire comme le suggèrent les résultats de la présente étude.



Il existe un débat intense sur la manière de financer la mise en place d'une CSU en particulier dans les PFRI [11]. Nous avons pu constater dans cette étude que les recettes fiscales étaient un facteur statistiquement significatif des progrès réalisés dans la mise en place d'une CSU. Comme on pouvait s'y attendre les mécanismes d'assurance santé favorisent les progrès vers la CSU, en ce sens qu'elle favorise non-seulement la protection financière associée aux soins et services de santé, mais également l'utilisation de ces services de santé. Ceci justifie les initiatives de promotion de la souscription à des mécanismes d'assurance santé notamment en Afrique où ces dispositifs sont peu utilisés par les populations. Au Bénin, par exemple, les principales sources qui contribuent au financement de la santé sont : les ménages (52%), l'État (31%), les collectivités locales (moins de 1%), et les partenaires techniques et financiers (16%) [40]. Ces ratios renseignent sur le faible taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie. De plus, dans un pays comme le Bénin où la pauvreté des populations reste une préoccupation majeure et où l'on observe une transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies chroniques associés à des coûts élevés de prise en charge, les ménages sont particulièrement exposés à un risque important de "dépenses catastrophiques en santé" [41]. Les travaux réalisés par le Global Burden Deasis indiquent que l'UHC Index est en nette progression en Afrique au Sud du Sahara depuis 2010 et que le score réalisé par le Bénin pour cet index est de 45 en 2019 [42]. Il y a donc un besoin de renforcer l'adhésion des populations aux mécanismes d'assurance santé afin de promouvoir leur protection financière face aux soins dont ils pourraient avoir besoin. Des études devraient être menées en vue d'analyser les facteurs qui favorisent l'adhésion des populations à ces dispositifs.

Par ailleurs, on note d'importantes disparités dans l'utilisation des soins et services de santé et/ou en ce qui concerne la protection financière associées aux soins et services de santé en fonction de caractéristiques socio-démographiques. Ces éléments doivent être pris en compte afin d'assurer une couverture effective et équitable. Etant entendu que les dépenses catastrophiques de santé, quel que soit le quintile de richesse auquel vous appartenez peuvent vous balancer dans la pauvreté, il sied de définir des programmes spécifiques ciblant la protection contre le risque financier en général et pour les plus pauvres en particulier.



4 CONCLUSION

La présente étude a recherché les déterminants qui doivent être pris en compte dans la mise en place d'une CSU. Des déterminants politiques, économiques, sociaux, sanitaires et démographiques ont été identifiés comme liés à la mise en place d'une CSU. Ceci suggère que la mise en place et/ou le renforcement d'une CSU au niveau d'un pays ne relève pas uniquement du secteur de la santé, mais ne peut être que la résultante d'un processus multidisciplinaire, nécessitant la collaboration de plusieurs acteurs intervenant dans divers secteurs. Les résultats de cette étude pourront être utilisés par les pouvoirs publics pour orienter les efforts destinés à mettre en place une CSU

REFERENCES

1. World Health Organization. WHO | Disease burden and mortality estimates [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
2. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la mortalité maternelle [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. World Health Organization, The World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report [Internet]. Geneva: WHO, WB; 2017. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259817/1/9789241513555-eng.pdf>
4. Organisation Mondiale de la Santé. Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle. Genève: OMS; 2013.
5. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 8 sept 2012;380(9845):917- 23.
6. Couverture sanitaire universelle [Internet]. [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))



7. Wagstaff A, Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. janv 2020;8(1):e39- 49.
8. Ranabhat CL, Jakovljevic M, Dhimal M, Kim C-B. Structural factors responsible for universal health coverage in low-and middle-income countries: results from 118 countries. *Frontiers in Public Health*. 2019;7.
9. Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country. *Ethiop J Health Sci*. sept 2017;27(5):491- 500.
10. Kanmiki EW, Bawah AA, Phillips JF, Awoonor-Williams JK, Kachur SP, Asuming PO, et al. Out-of-pocket payment for primary healthcare in the era of national health insurance: Evidence from northern Ghana. *PloS One*. 2019;14(8):e0221146.
11. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage--effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet*. 18 juill 2015;386(9990):274- 80.
12. Khan JAM, Ahmed S, Chen T, Tomeny EM, Niessen LW. A Transparent Universal Health Coverage Index with Decomposition by Socioeconomic Groups: Application in Asian and African Settings. *Appl Health Econ Health Policy*. juin 2019;17(3):399- 410.
13. Dalinjong PA, Welaga P, Akazili J, Kwarteng A, Bangha M, Oduro A, et al. The association between health insurance status and utilization of health services in rural Northern Ghana: evidence from the introduction of the National Health Insurance Scheme. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 13 déc 2017;36(1):42.
14. Mekonen AM, Gebregziabher MG, Teferra AS. The effect of community based health insurance on catastrophic health expenditure in Northeast Ethiopia: A cross sectional study. *PloS One*. 2018;13(10):e0205972.
15. Prinja S, Bahuguna P, Gupta I, Chowdhury S, Trivedi M. Role of insurance in determining utilization of healthcare and financial risk protection in India. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211793.
16. Shah PA, Christie SA, Motwani G, Dissak-Delon FN, Mefire AC, Mekelo D, et al. Financial Risk Protection and Hospital Admission for



- Trauma in Cameroon: An Analysis of the Cameroon National Trauma Registry. *World J Surg.* oct 2020;44(10):3268- 76.
17. Thu Thuong NT, Van Den Berg Y, Huy TQ, Tai DA, Anh BNH. Determinants of catastrophic health expenditure in Vietnam. *Int J Health Plann Manage.* 6 oct 2020;
 18. Ukwaja KN, Alobu I, Abimbola S, Hopewell PC. Household catastrophic payments for tuberculosis care in Nigeria: incidence, determinants, and policy implications for universal health coverage. *Infectious diseases of poverty.* 2013;2(1):21.
 19. Tolla MT, Norheim OF, Verguet S, Bekele A, Amenu K, Abdisa SG, et al. Out-of-pocket expenditures for prevention and treatment of cardiovascular disease in general and specialised cardiac hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional cohort study. *BMJ Glob Health.* 2017;2(2):e000280.
 20. Li Y, Wu Q, Xu L, Legge D, Hao Y, Gao L, et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bull World Health Organ.* 1 sept 2012;90(9):664- 71.
 21. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ.* déc 2011;11(4):267- 85.
 22. Hailemichael Y, Hanlon C, Tirfessa K, Docrat S, Alem A, Medhin G, et al. Catastrophic health expenditure and impoverishment in households of persons with depression: a cross-sectional, comparative study in rural Ethiopia. *BMC Public Health.* 11 juill 2019;19(1):930.
 23. Hailemichael Y, Hailemariam D, Tirfessa K, Docrat S, Alem A, Medhin G, et al. Catastrophic out-of-pocket payments for households of people with severe mental disorder: a comparative study in rural Ethiopia. *Int J Ment Health Syst.* 2019;13:39.
 24. Agrawal T, Bhattacharya S, Lahariya C. Pattern of Use and Determinants of Return Visits at Community or Mohalla Clinics of Delhi, India. *Indian J Community Med.* mars 2020;45(1):77- 82.
 25. Chen W, Zhang Q, Renzaho AMN, Zhou F, Zhang H, Ling L. Social health insurance coverage and financial protection among rural-to-urban internal migrants in China: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *BMJ Glob Health.* 2017;2(4):e000477.



26. Mamun SAK, Khanam R, Rahman MM. The Determinants of Household Out-of-Pocket (OOP) Medical Expenditure in Rural Bangladesh. *Appl Health Econ Health Policy*. avr 2018;16(2):219- 34.
27. McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value Health*. févr 2013;16(1 Suppl):S39-45.
28. Tahsina T, Ali NB, Hoque DME, Huda TM, Salam SS, Hasan MM, et al. Out-of-pocket expenditure for seeking health care for sick children younger than 5 years of age in Bangladesh: findings from cross-sectional surveys, 2009 and 2012. *J Health Popul Nutr*. 11 sept 2017;36(1):33.
29. Nakovics MI, Brenner S, Bongololo G, Chinkhumba J, Kalmus O, Leppert G, et al. Determinants of healthcare seeking and out-of-pocket expenditures in a « free » healthcare system: evidence from rural Malawi. *Health Econ Rev*. 27 mai 2020;10(1):14.
30. Servan-Mori E, Wirtz V, Avila-Burgos L, Heredia-Pi I. Antenatal Care Among Poor Women in Mexico in the Context of Universal Health Coverage. *Matern Child Health J*. oct 2015;19(10):2314- 22.
31. Reid M, Gupta R, Roberts G, Goosby E, Wesson P. Achieving Universal Health Coverage (UHC): Dominance analysis across 183 countries highlights importance of strengthening health workforce. *PLoS One*. 2020;15(3):e0229666.
32. Woods CR, Arcury TA, Powers JM, Preisser JS, Gesler WM. Determinants of health care use by children in rural western North Carolina: results from the Mountain Accessibility Project. *Pediatrics*. août 2003;112(2):e143-152.
33. Kittelsen SK, Fukuda-Parr S, Storeng KT. the political determinants of health inequities and universal health coverage. *BioMed Central*; 2019.
34. Lewis MA, Medici AC. Private payers of health care in Brazil: characteristics, costs and coverage. *Health Policy Plan*. déc 1995;10(4):362- 75.
35. Fusheini A. The Politico-Economic Challenges of Ghana's National Health Insurance Scheme Implementation. *Int J Health Policy Manag*. 1 sept 2016;5(9):543- 52.
36. Ridde V, Blanchet K. [Debate and challenges on the topic of free medical care in Africa: « Back to the Future »?]. *Sante*. juin 2009;19(2):101- 6.



37. Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. PLOS ONE. 16 janv 2019;14(1):e0210071.
38. Ndokang ELI, Tsambou AD. Political instability in a country and health state in another country: the case of Central African Republic (CAR) and Cameroon using a mortality model. International Journal of Development and Management Review. 2015;10(1):13- 29.
39. Abramovitz M. Catching Up, Forging Ahead, and Falling Behind. The Journal of Economic History. 1986;46(2):385- 406.
40. Direction de la Programmation et de la Prospective (Ministère de la Santé). Comptes nationaux de la santé. Cotonou: DPP/MS; 2006.
41. Mathauer I, Ntamwishimiro Soumare A, Semegan B. Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin [Internet]. 2010 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/health_financing/documents/oasis_f_10-benin.pdf?ua=1
42. Lozano R, Fullman N, Mumford JE, Knight M, Barthelemy CM, Abbafati C, et al. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet [Internet]. 17 oct 2020;396(10258):1250- 84.