

La démographie au secours de la couverture santé universelle : exemples en Afrique de l'Ouest

Valéry Ridde • Population and Development Centre (CEPED)

Emmanuel Bonnet • Unité Mixte Internationale Résiliences

Kadidiatou Kadio • Institute for Health Science Research (IRSS, Burkina Faso)

Sarah Louart • University of Lille (France)

Manuela De Allegri • Heidelberg Institute of Global Health (Germany)

Les interventions en santé privilégient classiquement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Un prisme qui ne prend pas en compte d'autres populations vulnérables, en nombre croissant : les indigents et les personnes âgées. Les auteurs démontrent ici comment l'utilisation adéquate des outils et données démographiques permettrait un ciblage plus pertinent.

Il ne se passe pas un jour sans que les experts de la santé publique et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'évoquent le besoin de réformer les systèmes de santé pour se diriger vers la couverture santé universelle (CSU) et « ne laisser personne derrière¹ ». Au-delà de leurs activités de plaidoyer², les organisations non gouvernementales (ONG) sont largement parties prenantes des interventions visant cet objectif de CSU. Elles agissent pour tester la suppression du paiement des soins (Help au Burkina/Niger, Médecins Sans Frontières-Belgique au Mali³), pour mettre en place des systèmes de référence-évacuation, pour améliorer la qualité des soins, ou encore appuyer les agents de santé communautaires (Musso au Mali). Mais trop souvent encore, les ONG se focalisent, notamment en Afrique de l'Ouest, sur des populations cibles, nommées « vulnérables » par les politiques publiques, que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. C'est une vision globale de ces populations cibles qui semble mobiliser les intervenants sans s'interroger sur l'existence de sous-groupes au sein de ces populations.

Les ONG doivent agir en faveur des personnes indigentes et âgées

La question de l'équité des interventions est donc centrale et celle de l'efficacité ne peut assurément accaparer tous les efforts, même si certaines ONG estiment que la prise en charge des indigents doit plutôt relever de l'État. Ainsi, les ONG (et donc bien sûr leurs bailleurs de fonds) mettent bien souvent de côté de manière implicite les plus vulnérables parmi les vulnérables, celles et ceux que les décideurs de cette région d'Afrique nomment encore les

¹ Suivant le mot d'ordre « Leaving No One Behind », pierre angulaire de l'Agenda 2030 de développement durable des Nations unies de 2015.

² Voir Oxfam par exemple, et son rapport « Idées reçues sur la gratuité des soins », 2014, https://www.oxfamfrance.org/wp-content/uploads/2014/03/file_attachments_oxfam-idees_recues_gratuite_sante.pdf

³ Rolf Heinmüller, Youssouf Aly Dembélé, Guillaume Jouquet, Slim Haddad et Valéry Ridde, « Soins gratuits avec une ONG ou par l'État au Mali – effets sur la fréquentation des centres de santé par les enfants de 0 à 4 ans », *Facts Reports*, n° 8, 2012, voir le dossier spécial Accès aux soins, Financement de la santé et Performance publié en français et en anglais : <https://journals.openedition.org/factsreports/1723>

HUMANITARIAN ALTERNATIVES

personnes indigentes. Le constat des années 1990 de l'absence d'action en leur faveur⁴ est toujours valable 30 ans après ! Par ailleurs, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans en Afrique ne cesse d'augmenter, elle pourrait doubler d'ici 2050⁵. Nous sommes au cœur d'une transformation de la société, objet de la science des populations s'il en est. Nos travaux au Burkina Faso montrent que les personnes indigentes, telles que définies par les communautés rurales, sont en majorité des personnes âgées, le plus souvent des femmes veuves⁶. Ces personnes vivent dans des conditions très difficiles, elles sont souvent très isolées socialement et géographiquement et ne sont que très peu bénéficiaires des politiques publiques et des projets des ONG⁷. Certes, il n'est jamais facile de les prendre en compte, mais la science et les outils de la démographie pourraient être précieux pour connaître et reconnaître ces populations dont les besoins sont immenses. La science de la population permet ainsi de mettre en exergue la permanence de ces situations de pauvreté extrême et le poids démographique croissant des personnes âgées, comme le montre l'Observatoire populationnel de Ouagadougou⁸. Les solidarités intergénérationnelles envers les personnes âgées du Burkina Faso sont en pleine mutation et les besoins sanitaires de ces dernières sont peu pris en compte.

Les indigents et les personnes âgées au sein des politiques actuelles pour la CSU

L'utilisation de ces outils démographiques pourrait certainement renforcer les politiques en Afrique de l'Ouest qui ont décidé enfin, et contrairement aux ONG, de s'intéresser aux personnes indigentes et aux personnes âgées. Le Mali, le Burkina Faso et le Sénégal sont trois exemples contemporains intéressants pour montrer la pertinence de cette réflexion⁹. Dans le contexte des actions à entreprendre pour la CSU, le Mali s'est engagé dans une politique ambitieuse afin de rendre l'accès aux soins gratuit en faveur des indigents avec un financement uniquement national¹⁰. Le régime d'assistance médicale (RAMed) a été lancé en 2011. Il vise à immatriculer, puis à offrir un paquet de soins gratuits aux 5 % de la population considérés comme les plus pauvres. On ne sait pas comment ce chiffre de 5 % a été décidé et la question de la définition de l'indigence et des critères de sélection des indigents perdure. L'immatriculation doit être réalisée essentiellement par les services sociaux, mais face au défi de son organisation à une échelle nationale, le rôle des ONG et des organismes communautaires est de plus en plus mis en exergue. Cela est d'autant plus vrai que la Banque mondiale incite de nombreux pays de la région à mettre en place un registre social unifié (RSU) où seraient regroupés les noms de toutes les personnes sélectionnées pour bénéficier de programmes sociaux. Au Mali, ce RSU dispose d'une liste de plus de 220 000 indigents associés au RAMed, mais aussi de bénéficiaires de

⁴ Miloud Kaddar, Friedeger Stierle, Bergis Schmidt-Ehry, Anastase Tchicaya, « L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, n° 164, 2000, p. 903-925.

⁵ Nicole Atchessi, Valéry Ridde, Seye Abimbola, Maria-Victoria Zunzunegui, "Factors associated with the healthcare-seeking behaviour of older people in Nigeria", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol.79, nov. 2018, p.1-7.

⁶ Samiratou Ouédraogo, Valéry Ridde, Nicole Atchessi, Aurélie Souares, Jean-Louis Kouliadiati, Quentin Stoeffler *et al.*, "Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: a screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa", *BMJ Open*, vol.7(10), oct. 2017.

⁷ Kadidiatou Kadio, Aboubacar Ouedraogo, Yamba Kafando, Valéry Ridde, « Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 2017, p. 43-68. Valérie Golaz, Muriel Sajoux (dir.), *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds*, Les impromptus du LPED, n° 4, Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU-IRD), Marseille, 2018.

⁸ Yentéma Onadja, Sara Randall, Vincent Léger, « Santé et bien-être des personnes âgées : appréciation qualitative et approche par les limitations fonctionnelles », in Clémentine Rossier, Abdramane Bassiahi Soura et Géraldine Duthé (dir.), *Inégalités de santé à Ouagadougou : résultats d'un observatoire de population urbaine au Burkina Faso*, Ined éditions, 2019, p. 479-569 (Grandes enquêtes).

⁹ Depuis 2010, l'Ouganda organise un programme de transfert monétaire pour les personnes âgées bénéficiant en 2017 à plus de 150 000 personnes.

¹⁰ Céline Deville, Fatoumata Hane, Valéry Ridde, Laurence Touré, « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 », *working paper* du Ceped, n° 40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, oct. 2018.

programmes de filets sociaux (71 000) et d'ONG comme Action contre la Faim (3 500) et Solidarités International (1 700).

Au Burkina Faso, l'État a décidé en 2012 de lancer un programme pilote de solidarité pour renforcer l'accès aux soins des indigents à travers les mutuelles de santé. Celles-ci sont souvent comprises comme un instrument pour la CSU, mais nous savons que les plus pauvres ne peuvent en payer l'adhésion. Ce programme permettait une affiliation gratuite des indigents aux mutuelles de santé. Cependant, la couverture des mutuelles dans le pays reste très réduite, le budget alloué a été trop faible (4 500 bénéficiaires), l'intérêt des agents de santé minime et le contenu du programme n'a pas été pensé en fonction des besoins des indigents (notamment pour le paquet de services offert et le fait de garder un copaiement)¹¹. En 2015, la loi sur l'assurance maladie universelle a décrété que les indigents en bénéficiaient gratuitement et que l'État était le débiteur de leurs cotisations. Cependant, contrairement au Mali et au Sénégal, le processus de sélection et d'immatriculation de ces personnes indigentes peine à démarrer, malgré les expériences que nous relatons dans la prochaine section.

Le Sénégal s'est également engagé dans de telles politiques pour les indigents, mais aussi, et c'est assez exceptionnel dans la région, pour les personnes âgées. Pour les indigents, le pays a décidé de faire comme au Rwanda, soit de rendre gratuite l'adhésion aux mutuelles de santé, dont la couverture est quasi totale dans le pays. Ces personnes sont également récipiendaires de bourses nationales de sécurité familiale (BSF) qui leur permettent de recevoir des transferts monétaires. L'objectif initial était d'atteindre 300 000 bénéficiaires. Pour les personnes âgées, le plan Sésame est destiné depuis 2006 aux personnes de plus de 60 ans afin de leur permettre de se soigner gratuitement. Il éprouve cependant aujourd'hui de très nombreuses difficultés de mise en œuvre et de financement rendant ainsi son efficacité contestée¹².

Ce survol des politiques de trois pays de l'Afrique de l'Ouest en faveur des personnes indigentes et/ou âgées montre combien la définition de leur contenu et surtout leur mise en œuvre restent difficiles. Pour le moment, c'est moins une question financière qu'un défi de formulation. Pour rendre compte de ces défis, nous allons exposer la situation spécifique du Burkina Faso, car nous y menons des recherches sur l'indigence depuis 15 ans et le contexte est intéressant à partager pour en tirer des leçons pour les autres pays et les ONG.

Sélection communautaire et indigence au Burkina Faso

Pour les personnes âgées, les définitions varient selon les organisations ou continents (plus de 60 ans selon les Nations unies, plus de 50 ans pour les pays à faible revenu selon l'OMS), mais restent relativement claires puisque l'âge est la valeur de seuil. Mais pour les personnes indigentes, la tâche est plus difficile. Qui est indigent ? Sur la base de quels critères ? Le Mali a décidé, sans étude en profondeur, que les indigents étaient les 5 % de la population les plus pauvres alors que le Burkina Faso n'a pas encore fixé de proportion, même si nous savons que 9 % de sa population vit sous le seuil d'extrême pauvreté.

¹¹ Kadidiatou Kadio, Kafando Yamba, Ouédraogo Aboubacar, Valéry Ridde, "Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso", *International Social Security Review*, vol.71, issue 1, 2018, p.71-91.

¹² Ousseynou Kâ, El Hadji Mbaye, Mamadou Makhtar Mbacké Leye, Atoumane Faye, Alioune Badara Tall, Awa Gaye *et al.*, « Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité », *Santé Publique*, vol. 28 (1), 2016, p. 91-101.

HUMANITARIAN ALTERNATIVES

Après plusieurs projets pilotes de recherches-actions démarrés en 2007 pour trouver un processus socialement accepté, juste et efficace de sélection des indigents devant bénéficier de la gratuité des soins, le Burkina Faso s'est lancé en 2015 dans une vaste intervention à l'échelle de plus de 1,7 million de personnes. Elle a été réalisée dans le contexte d'un projet de réforme du système de santé (financement basé sur les résultats) financé par la Banque mondiale. Dans près de 1 200 villages, des comités locaux ont été mobilisés autour d'une définition consensuelle du concept d'indigent : « un démuné extrême socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène ». Ensuite, ils ont sélectionné les personnes que les villageois considéraient comme devant bénéficier d'une carte donnant l'accès gratuit aux soins de santé primaire.

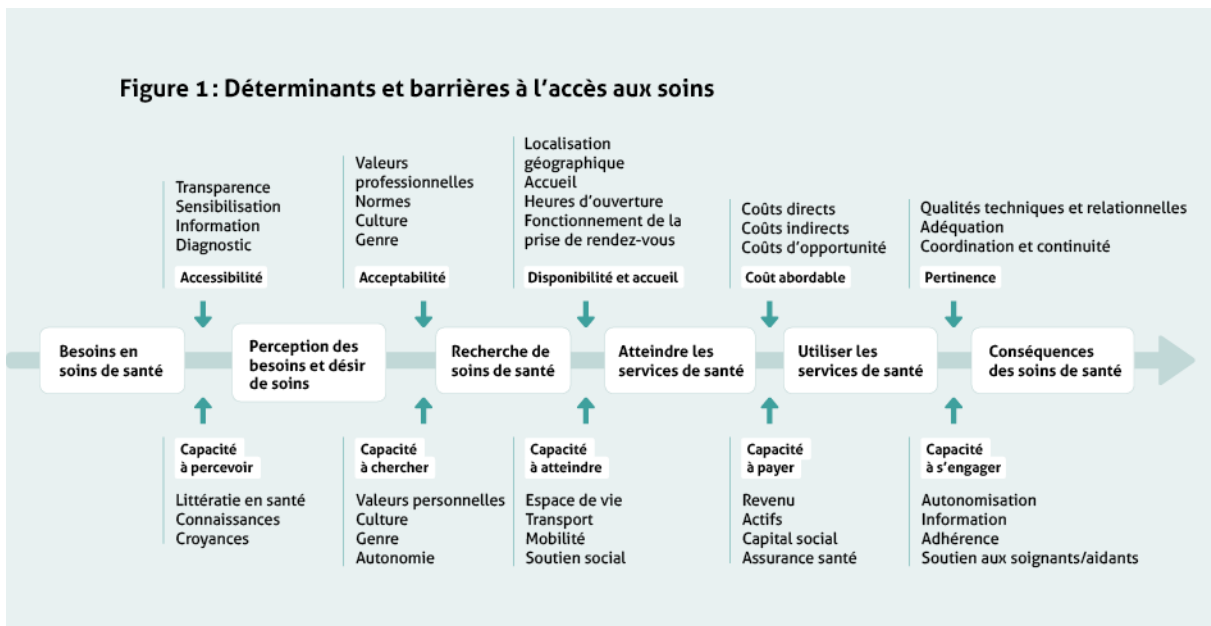
Le processus de sélection et cette exemption de paiement étaient entièrement financés par ce programme de la Banque mondiale. Plus de 6 % de la population (102 609 personnes) ont été considérés comme indigents par les communautés, montrant qu'il est possible d'organiser un processus de ciblage communautaire à grande échelle. Cette couverture a cependant été très variable d'un district à l'autre, entre 3 et 19 %. En revanche, ce processus a été très onéreux puisque ses coûts financier (dépenses effectuées) et économique (y compris la valorisation du temps des personnes bénévoles) sont estimés respectivement à 5,7 dollars et 11,83 dollars par personne indigente sélectionnée¹³. Mais comment trouver une solution de sélection communautaire plus économique ? En outre, il n'a pas été possible de calculer la relation coût-efficacité de ce processus, car il n'a tout simplement pas été efficace du point de vue des personnes indigentes. Un quart des indigents n'a jamais reçu sa carte, montrant les défis de la mise en œuvre. Mais surtout, pour ceux qui ont été malades et qui disposaient de cette carte en 2017, ils n'ont pas été en mesure d'en profiter, comme l'expérience de 2007 l'avait montré¹⁴. En 2019, une étude de cohorte auprès de la même population montre que le nombre moyen de recours aux soins des indigents qui ont reçu une carte depuis 2017 est de seulement 2,1 en deux ans.

Les ONG et les déterminants non financiers de l'accès aux soins

Ces résultats décevants ne sont pas surprenants, car ils confirment les défis que tout le monde évoque pour améliorer l'équité d'accès aux soins et « ne laisser personne derrière ». Mais ces travaux ne doivent pas devenir un prétexte à l'inaction et à l'immobilisme. Les ONG doivent pouvoir prendre part à la recherche de solutions opérationnelles et se donner les moyens d'en évaluer l'efficacité et les processus. De nombreuses questions opérationnelles restent posées. Lorsqu'on regarde les différentes barrières à l'accès aux soins (figure 1), on se rend rapidement compte que la question du paiement des soins pour les indigents n'est qu'une goutte d'eau dans un fleuve de problèmes. Cette barrière financière reste très importante, mais contrairement aux femmes enceintes et aux enfants qui profitent très largement et rapidement de l'exemption du paiement direct, les personnes indigentes font face à toutes les autres barrières de manière beaucoup plus prégnante.

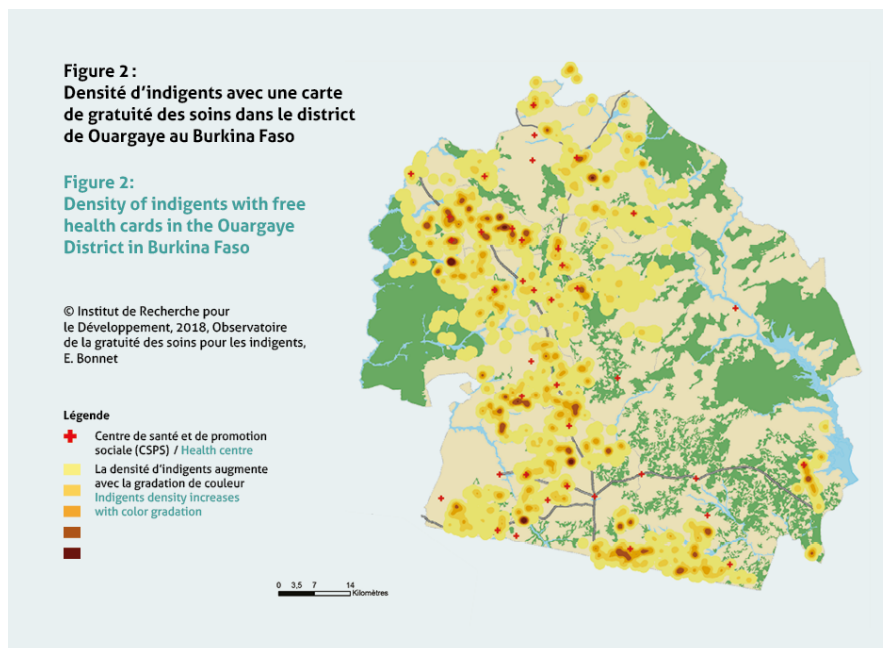
¹³ Yvonne Beaugé, Jean-Louis Kouliadiati, Valéry Ridde, Paul Jacob Robyn, Manuela De Allegri, "How much does community-based targeting of the ultra-poor in the health sector cost? Novel evidence from Burkina Faso", *Health Economics Review*, vol.8, dec. 2018.

¹⁴ Nicole Atchessi, Valéry Ridde, María-Victoria Zunzunegui, "User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services", *Health Policy and Planning*, 2016 Jun;31(5), pp.674-81.



Source : © 2013 Levesque *et al.*¹⁵ licensee BioMed Central Ltd., traduit par les auteurs

Les indigents sélectionnés par ces processus communautaires vivent souvent relativement près des centres de santé et des responsables locaux. Malgré tout, ils ne les utilisent toujours pas suffisamment lorsqu'ils en ont besoin. Comment faire pour soutenir ceux qui sont géographiquement les plus isolés ? Si on utilise le district de Ouargaye au Burkina Faso comme exemple (figure 2), la carte représente la localisation de groupes de personnes qualifiées comme indigents par la communauté. Plus la tâche est foncée (marron) sur la carte et plus le groupe est important. Les groupes les plus importants sont davantage présents à proximité des centres de santé (croix rouge). À l'inverse, les groupes les moins denses (jaune), composés notamment d'indigents isolés sont plus souvent les plus éloignés des centres de santé.



¹⁵ Jean-Frédéric Levesque, Mark F. Harris, Grant Russell, "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations", *International Journal for Equity in Health*, vol.12(18), 2013.

Dans le contexte du Burkina Faso, ces personnes indigentes sont souvent des personnes âgées, des femmes veuves, socialement isolées. En plus de leur dénuement matériel, elles ont des soucis importants de santé physique (se déplacer) et mentale (s'exprimer, se souvenir). Leurs besoins sont multiples et dépassent le seul domaine de la santé. Elles n'ont pas toujours le pouvoir d'agir (*empowerment*) pour interagir avec les soignants ou simplement connaître et réclamer leurs droits. Comment soutenir ces personnes dans leur quête de soins et les accompagner dans le dédale des formations sanitaires, y compris lorsque les soins sont gratuits ? Le concept de navigation en santé est intéressant à convoquer et le rôle des ONG dans les expérimentations s'avère primordial.

La navigation en santé : une intervention que les ONG devraient expérimenter

La navigation en santé est une intervention sociale impliquant une personne, ou un groupe de personnes, qui joue(nt) le rôle de « navigateur(s) », pour favoriser l'accès aux soins des personnes déconnectées (marginalisées, exclues) des systèmes de santé en agissant sur les barrières à l'accès aux soins¹⁶. Si ce type d'intervention semble prometteur, nous ne connaissons pas beaucoup d'ONG en Afrique qui se soient encore engagées dans la durée à l'organiser pour les personnes indigentes ou les personnes âgées. Au début des années 2000 au Mali, Médecins Sans Frontières-Luxembourg avait tenté la mise en place d'un fonds d'assistance pour les indigents dans deux hôpitaux de district, mais cela n'a pas fonctionné. L'ONG a abandonné l'idée comme l'avait aussi fait le Centre international de recherche et de développement (CIDR) après son expérience aux Comores et en Guinée. Au Burkina Faso, Pharmaciens Sans Frontières (PSF) dans les années 2000 avait aussi mis de côté cette problématique jugée trop compliquée, secondaire et mettant à risque l'atteinte des objectifs du projet vis-à-vis de son bailleur de fonds européen. Agir et Planète Enfants & Développement ont mis en place un accompagnement des populations vulnérables (moins de 1 000) vivant en zones non loties de Ouagadougou à la fin des années 2000.

Les besoins sont pourtant nombreux pour ces personnes et les ONG disposent d'une capacité d'innovation sociale indéniable (voir l'exemple de Partners In Health, encadré ci-après).

Partners In Health

Partners In Health (PIH) a, depuis plusieurs années, mené des programmes de navigation, basés sur des « accompagnateurs » dans plusieurs pays à faible revenu comme le Rwanda, le Liberia, le Malawi ou Haïti. Au Rwanda, en partenariat avec le ministère de la Santé, PIH a mis en œuvre un programme d'accompagnement communautaire. Il comprend des visites quotidiennes à domicile par des agents de santé communautaires (ASC) aux patients séropositifs (VIH), afin de réduire les barrières à l'accès et à l'adhésion au traitement antirétroviral. Une équipe mobile effectue un dépistage au sein de la communauté. Les ASC proposent aux patients séropositifs de les accompagner à des groupes d'information et de soutien. Les patients reçoivent des indemnités de transport et les ASC fournissent un soutien social, surveillent les effets indésirables du traitement, identifient les obstacles potentiels à l'adhésion et observent l'ingestion des médicaments. Ainsi, les patients sont accompagnés tout au long de leur parcours de soins, du diagnostic jusqu'au suivi du traitement¹⁷.

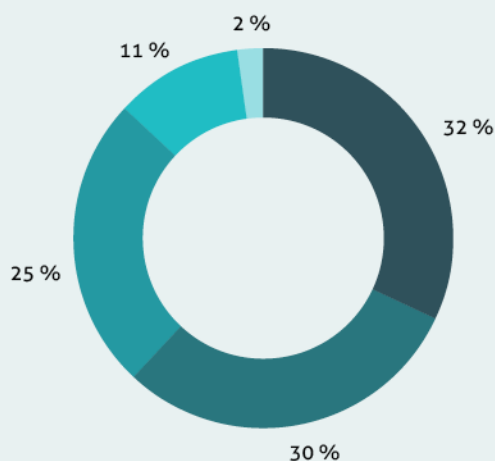
¹⁶ Nancy Carter, Ruta K. Valaitis, Annie Lam, Janice Feather, Jennifer Nicholl, Laura Cleghorn, "Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review", *BMC Health Serv Res*, vol.18(1), Dec. 2018.

¹⁷ Michael L. Rich, Ann Miller, Peter Niyigena *et al.*, "Excellent clinical outcomes and high retention in care among adults in a community-based HIV treatment program in rural Rwanda", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol.59(3), 2012.

Nous venons de terminer une revue exhaustive des écrits scientifiques des expériences de navigation agissant sur au moins deux des barrières concernant l'accès aux soins et liées aux capacités des personnes (figure 1) dans les pays à faible revenu. Nous n'avons pu retrouver dans les bases de données que 48 interventions. Aucune expérience de navigation en Afrique en faveur des indigents n'a été identifiée. La plupart des publics cibles de ces interventions (73 %) sont des personnes atteintes du VIH, des femmes enceintes et des enfants (figure 3), mais jamais des indigents ou des personnes âgées. Ce constat est inquiétant, mais en même temps stimulant pour les ONG.

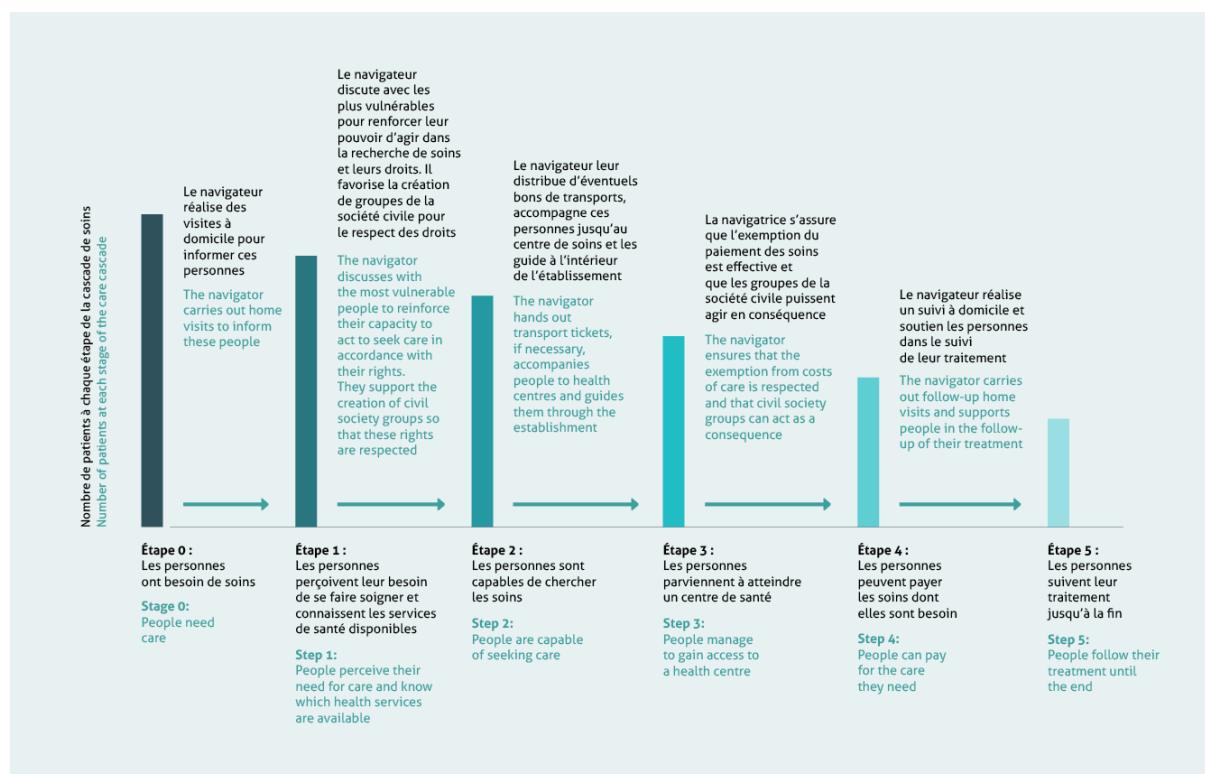
Figure 3 : Répartition des interventions en fonction de leur public cible*
Figure 3: Distribution of interventions according to their targets*

* Certaines interventions ont plusieurs publics cibles.
* Certain interventions have several targets.



- Personnes atteintes du VIH (enfants, adolescents, adultes) ou personnes à risque
People with HIV (children, teenagers, adults), or at-risk people
- Femmes enceintes ou nouveau-nés
Pregnant women or new-borns
- Personnes atteintes d'une maladie particulière (tuberculose, hypertension, schizophrénie, épilepsie, cancer du sein, rougeole...)
People with particular diseases (tuberculosis, high blood pressure, schizophrenia, epilepsy, breast cancer, measles...)
- Enfants (atteints de maladies telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme...)
Children (with diseases such as pneumonia, diarrhoea, malaria...)
- Communauté entière
Entire community

HUMANITARIAN ALTERNATIVES



Il semble pourtant nécessaire de penser et d'organiser des interventions qui accompagnent les plus vulnérables tout au long de leur parcours de soins. En effet, il y a une attrition très importante entre le nombre de personnes qui ont besoin de soins et celles qui sont réellement soignées, même lorsque les soins ne sont pas payants. Pour réduire ce décalage, de nombreuses actions sont envisageables (figure 4).

Évidemment, nous n'avons pas la réponse à toutes les questions et nous ne pouvons pas donner des solutions clefs en main. Il nous semble essentiel que les ONG, actrices du changement social, prennent une place active dans la mise en œuvre (recherche-action) de telles interventions innovantes afin de produire des données probantes pour éclairer les décideurs politiques de l'Afrique de l'Ouest qui s'engagent de plus en plus dans ce type de politique en faveur des personnes indigentes et/ou âgées. Il ne faudrait pas que la CSU profite à (presque) toutes et tous, sauf aux personnes indigentes et âgées. Trouver une solution à cette problématique démographique est un enjeu éthique urgent.

Biographies

Valéry Ridde • Directeur de recherche au Centre Population et Développement (Ceped, www.ceped.org), une Unité mixte de recherche associant l'Université de Paris et l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Il est rédacteur adjoint de la revue *BMJ Global Health*. Ses travaux de recherche portent sur la couverture universelle en santé, les systèmes de santé, l'évaluation, les politiques publiques de santé et le transfert des connaissances.

Emmanuel Bonnet • Chargé de recherche à l'Unité mixte internationale Résiliences, une unité de l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Il est géographe de la santé et ses recherches portent sur les risques sanitaires, les vulnérabilités des populations et les systèmes de surveillance sanitaires. Il est actuellement affecté à Ouagadougou au Burkina Faso.

Kadidiatou Kadio • Chercheuse en sciences sociales à l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS, Burkina Faso). Ses recherches portent sur les politiques publiques de protection sociale, l'évaluation de programme, le transfert des connaissances. Elle s'intéresse à l'action communautaire, au renforcement du pouvoir d'agir des femmes et des personnes vulnérables.

Sarah Louart • Étudiante en économie du développement à l'Université de Lille. Elle a réalisé, durant son stage de fin d'études en lien avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD), une revue de littérature systématique sur la navigation en santé dans les pays à faible revenu. Elle démarre actuellement une thèse en collaboration avec l'ONG ALIMA.

Manuela De Allegri • Professeure en santé mondiale et en économie de la santé à Heidelberg Institute of Global Health, à l'université de Heidelberg (Allemagne). Ses recherches utilisent des méthodes mixtes pour s'intéresser aux aspects économiques et sociaux de la couverture universelle en santé, au financement des services de santé et aux politiques publiques de santé.

Reproduction interdite sans l'accord de la revue Alternatives Humanitaires.

Pour citer cet article : Valéry Ridde, Emmanuel Bonnet, Kadidiatou Kadio, Sarah Louart, Manuela De Allegri, « La démographie au secours de la couverture santé universelle : exemples en Afrique de l'Ouest »,

Alternatives Humanitaires, n°12, novembre 2019, p. 33-48,

<http://alternatives-humanitaires.org/fr/2019/11/13/la-demographie-au-secours-de-la-couverture-sante-universelle-exemples-en-afrique-de-louest/>

ISBN de l'article (PDF) : 978-2-37704-581-5