



Oxford Policy Management

CABRI: DIALOGUE SUR LA SANTÉ - PLANIFICATION, FINANCEMENT ET GESTION DES DÉPENSES DE SANTÉ (PHASE 1: COMPRENDRE LA POLITIQUE ET LA PLANIFICATION EN MATIÈRE DE SANTÉ)

Étude de cas n° 2 : Contrôle et éradication du
paludisme - Zanzibar

Clara Picanyol

17 mars 2011

Préface / Remerciements

Cette étude de cas a été élaborée afin d'être utilisée dans le cadre du Dialogue de CABRI sur « l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé : planification et politique ». L'équipe réunie pour soutenir le dialogue est dirigée par John Kruger. Elle comprend également les membres suivants : Orvill Adams (expert dans le domaine de la santé), Ramlatu Attah (chercheur dans le cadre de l'étude de cas) et Clara Picanyol (aussi chercheuse pour la même étude de cas). Tim Ensor et Alex Matheson ont donné des conseils et se sont chargés de l'assurance qualité.

Les études de cas réalisées pour ce dialogue n'ont pas la prétention de présenter un rapport de recherche mais plutôt de permettre aux participants d'appliquer aux situations réelles, les approches, les concepts, les cadres et les outils présentés dans les exposés principaux. Les études de cas ont pour objet d'exposer un véritable problème aux participants que ceux-ci devront aborder et résoudre, en utilisant les informations présentées dans cette étude, la connaissance acquise à partir de la présentation faite pendant le séminaire et en faisant également appel à leur expérience.

L'étude de cas a été élaborée par le truchement d'un premier examen de recherche documentaire et d'une visite effectuée dans le pays pour avoir des entretiens avec le personnel qui a participé à la conception et à la mise en œuvre de la politique relative au secteur de la Santé à Zanzibar.

L'auteur aimerait remercier toute personne du ministère de la Santé, du ministère des Finances et des Affaires économiques, du Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar et de l'Équipe de gestion de la santé de districts, qui s'est rendue disponible pour fournir des informations et faire part de ses réflexions pour cette étude de cas. L'auteur est particulièrement reconnaissant envers Moritz Piatti pour son soutien tout au long de la mission, ainsi qu'envers Ranil Dissanayake qui a contribué à l'organisation des réunions.

Les erreurs d'interprétation ou de faits n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Préface / Remerciements | i |
| Liste des tableaux et des figures | iv |
| Abréviations | v |
| 1 Introduction | 1 |
| 2 L'étude de cas | 3 |
| 2.1 Informations générales : le paludisme en Afrique | 3 |
| 2.2 Exécution des programmes de santé et de lutte contre le paludisme à Zanzibar | 5 |
| 2.3 Problèmes principaux et dynamique inhérents à la stratégie relative au paludisme | 12 |
| 2.4 Exemples contrastés du reste de l'Afrique sur le contrôle et l'éradication du paludisme | 22 |
| 3 La tâche | 25 |
| Références et Bibliographie | 27 |
| Annexe A Liste des personnes consultées | 29 |

Liste des tableaux et des figures

| | | |
|-------------|--|----|
| Tableau 1.1 | Indicateurs de population, PIB et pauvreté à Zanzibar | 1 |
| Tableau 2.1 | Budget du PCPZ par source de financement - Exercice 2008/2009 et Exercice 2009/2010 | 10 |
| Tableau 2.2 | Ventilation des dépenses du PCPZ par catégorie - Exercice 2008/2009 et Exercice 2009/2010 | 12 |
| Tableau 2.3 | Coûts estimés de l'éradication du paludisme à trois endroits différents | 24 |
| Figure 2.1 | Catégorisation des pays en 2009, selon les critères suivants : sans paludisme, qui suivent une politique d'éradication du paludisme, ou de contrôle du paludisme | 4 |
| Figure 2.2 | Flux des fonds du secteur de santé | 7 |
| Figure 2.3 | Pourcentage des fonds du secteur de la santé par source- Exercice 2004/2005 à Exercice 2008/2009 | 8 |
| Figure 2.4 | Structure organisationnelle du PCPZ au sein du MdS | 9 |
| Figure 2.5 | Facteurs qui déterminent la faisabilité technique de l'éradication | 13 |
| Figure 2.6 | Dépenses des PD par domaine de santé, EB 2008/2009 | 17 |
| Figure 2.7 | Financement extérieur du secteur de la santé par les PD- Exercice 2004/2005 à Exercice 2008/2009 | 18 |

Abréviations

| | |
|---------------------|---|
| ABG | Appui budgétaire général |
| CABRI | Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire |
| CDMT | Cadre de dépenses à moyen terme |
| CNSS | Caisse nationale de sécurité sociale |
| CSSF | Caisse de la sécurité sociale de Zanzibar |
| PCPZ | Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar |
| CHAI | Initiative contre le VIH/Sida de la fondation Clinton |
| CTA | Combinaison (ou association) thérapeutique (ou Polythérapie) à base d'artémisinine |
| EGSD | Équipe de gestion de la santé de districts |
| FBO | Organisation basée sur la foi |
| FMLSTP | Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme |
| MdS ou MdSAS | Ministère de la Santé ou Ministère de la Santé et de l'Aide sociale |
| MII | Moustiquaires imprégnées d'insecticides |
| MIILD | Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONUSIDA | Agence de l'ONU de lutte contre le VIH/Sida |
| OPM | <i>Oxford Policy Management</i> |
| OSC | Organisation de la société civile |
| PD | Partenaires au développement |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PID | Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (ou Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations) |
| PMI | Initiative du Président contre le paludisme |
| RGZ | Gouvernement révolutionnaire de Zanzibar |
| RTI | <i>Research Triangle Institute</i> |

SWAp Approche sectorielle

TPI Traitement préventif intermittent

UNICEF/FISE Fonds international de secours à l'enfance des Nations unies

USAID Agence des États-Unis pour le développement international

1 Introduction

Zanzibar se trouve face à une alternative : soit de chercher à maintenir et améliorer très légèrement ses opérations actuelles de contrôle afin de contenir indéfiniment le paludisme, soit d'essayer d'éradiquer complètement le paludisme des îles. Zanzibar a déjà atteint un degré élevé de contrôle, obtenant un taux de prévalence de 1% et une couverture de pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) de 96% des ménages (PCPZ, 2009). Pour arriver à une décision fondée, le ministère de la Santé et de l'Aide sociale, a effectué une évaluation détaillée de la faisabilité sur l'éradication du paludisme à Zanzibar, en s'inspirant des meilleures pratiques internationales et d'une analyse approfondie des conditions sur les îles. L'évaluation de faisabilité qui en a résulté, réalisée par le Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar (PCPZ), a été recommandée aux autres pays comme bonnes pratiques, avant de prendre une décision (voir Feachem et coll., 2010a).

Tableau 1.1 Indicateurs de population, PIB et pauvreté à Zanzibar

| | |
|---|--|
| Population | 981 754 (2002) |
| Densité de la population | 370 habitants par km ² (2002) |
| PIB | 583 millions d'US\$ (2008) |
| PIB par habitant | 496 US\$ (2008) |
| Pauvreté (population en-dessous du seuil de pauvreté) | 49% (2004) |

Source : Série de données de l'ONU.

Le choix entre continuer le contrôle et envisager l'éradication du paludisme à Zanzibar présente une étude de cas unique pour illustrer les approches de planification et d'évaluation de la faisabilité et du rapport coût-efficacité quant aux interventions en matière de santé, comme éléments essentiels du processus de planification. Cependant, ce choix soulève des questions plus générales relatives à la dynamique de prise de décisions à propos du programme de lutte contre le paludisme à Zanzibar.

Vous venez juste d'être nommé conjointement par le ministre de la Santé et le ministre des Finances de votre pays pour réaliser une analyse préliminaire des limites du programme actuel de lutte contre le paludisme dans votre pays et pour faire des recommandations sur la priorité relative de la lutte contre le paludisme et des stratégies potentielles pour progresser. Vous êtes prié d'incorporer les perspectives de l'expérience de Zanzibar lorsque vous considérez la question « contrôle durable contre éradication ». Des exemples de domaines où l'on estime que l'expérience de Zanzibar pourrait apporter des éclaircissements sont les suivants : quelles sont les options de politiques qui concernent la lutte contre le paludisme et comment seraient-elles adaptées aux différents contextes ; quels sont les outils performants à utiliser pour évaluer les options et certaines contraintes ; quelles sont les questions relatives à la coordination des donateurs et à la dépendance vis-à-vis des donateurs ; quelles sont les possibilités de financement ; et, comment concilions-nous l'importance accordée au paludisme avec le renforcement du système de santé ?

La partie 2 (l'étude de cas) est structurée comme suit : Le paragraphe 2.1 donne des informations générales sur le paludisme en Afrique ; Le paragraphe 2.2 décrit les aspects principaux du système de santé à Zanzibar, qui met l'accent sur le programme de lutte contre le paludisme ; Le paragraphe 2.3 examine les questions principales et la dynamique

relative à la stratégie sur le paludisme, soulevées par les personnes interrogées et qui devront être discutées par les participants ; et enfin, le paragraphe 2.4 présente quelques observations concernant d'autres pays.

2 L'étude de cas

2.1 Informations générales : le paludisme en Afrique

Le paludisme présente des obstacles majeurs au développement social et économique en Afrique subsaharienne. On a estimé que le paludisme coûtait à l'Afrique plus de 12 milliards d'US\$ chaque année en perte de PIB, bien qu'il pourrait être contrôlé pour une fraction de cette somme. Le paludisme est la cause principale de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (20%) et constitue 10% du fardeau global des maladies du continent. Il représente 40% des dépenses de santé publique, 30 à 50% d'admissions de malades hospitalisés, et jusqu'à 50% des visites de malades externes dans les zones à forte transmission de paludisme. Certains économistes estiment que le paludisme est responsable d'une pénalité de croissance pouvant représenter jusqu'à 1,3% par an dans certains pays africains (Faire reculer le paludisme, 2011), bien que la causalité soit difficile à établir.

L'état actuel des choses existe en dépit de « progrès remarquables » (Feachem et al. 2010) accomplis pour lutter contre la maladie au cours des cent dernières années. Il y a eu un intérêt renouvelé pour la lutte contre le paludisme, surtout en Afrique, avec le lancement de campagnes internationales, de financements accrus et de l'intensification de certaines stratégies, au cours des dernières années. Un certain nombre de pays africains ont fait des progrès remarquables et mis en place des plans ambitieux. L'OMS a récemment fait état que « suite à l'augmentation de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), de pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID), de traitements intermittents préventifs (TIP) pendant la grossesse et de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA), 10 pays de la région africaine de l'OMS ont réduit les cas de paludisme d'au moins 50% entre 2000 et 2008. (OMS, 2011)

La lutte contre le paludisme a fortement été tributaire du financement international. Au cours de la dernière décennie, le plaidoyer international a été remarquablement couronné de succès. En 1998, les dépenses mondiales pour contrôler le paludisme s'élevaient à environ 100 millions d'US\$. À la fin de 2009, le Fonds mondial avait approuvé 5,3 milliards d'US\$ pour un total de 191 subventions destinées à la lutte contre le paludisme dans 82 pays, soit presque 75% de tout le financement extérieur destiné à la santé dans ces pays. Les nouveaux financements ont été utilisés afin de soutenir un ensemble assez cohérent d'interventions prioritaires dans la plupart des pays africains, y compris l'utilisation de MII, l'utilisation sélective de PID, la réduction des conséquences maternelles et néonatales d'infection pendant la grossesse, le remplacement des médicaments inefficaces par la CTA, et l'amélioration des capacités de diagnostic au lieu d'intervention avec des tests rapides. L'ampleur du financement accru octroyé au contrôle et à la prévention a conduit à une augmentation exponentielle de l'importation de MII et de CTA. Les politiques en faveur de la distribution massive et gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides, ont été établies dans un nombre accru de pays africains, avec le soutien de l'OMS. Davantage de pays adoptent la PID en vue d'augmenter l'utilisation de MII. En 2003, seulement quatre pays en Afrique avaient adopté l'utilisation de la CTA comme traitement de première intention ; en 2010, la CTA représentait le traitement de première intervention dans tous les pays d'Afrique où le paludisme est endémique (Snow, R. et K. Marsh, 2010).

Afin d'éradiquer le paludisme, un accord prévoyant une intervention sur trois fronts a été décidée, à savoir: (1) « le contrôle agressif dans les régions fortement touchées » ; (2) « l'éradication progressive des marges endémiques pour réduire la carte du paludisme » ; et, (3) « la recherche et le développement pour créer de nouveaux outils et techniques qui touchent toute la population à risque » (Feachem et coll., 2010a ; Kahn, 2009). Bien qu'il

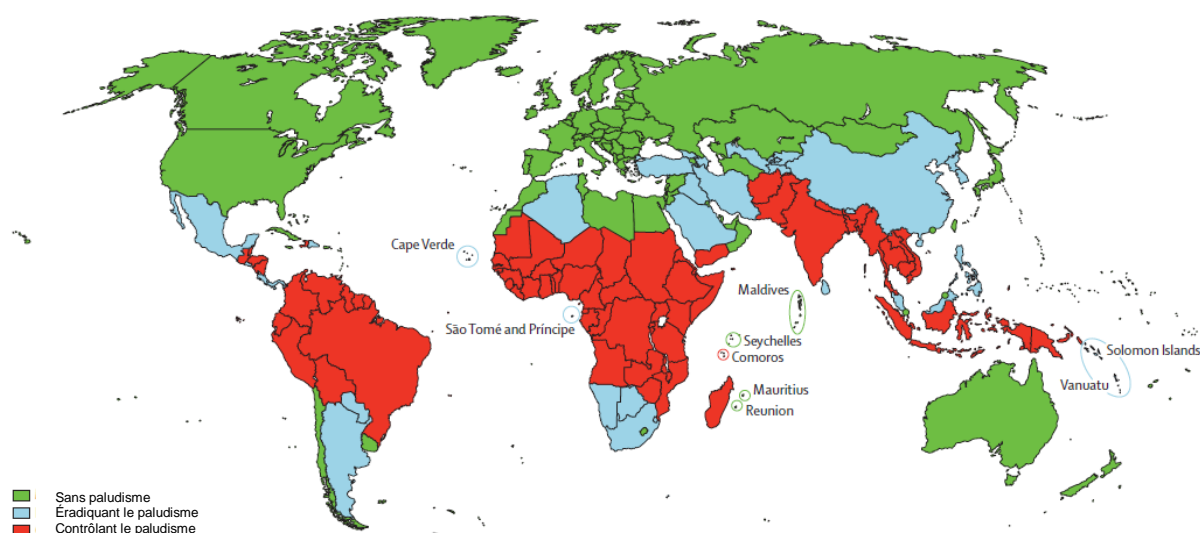
existe un besoin avéré d'élaborer des outils supplémentaires (entre autres choses, des vaccins) il existe également un consensus au sujet des moyens indispensables au contrôle de la maladie : les moustiquaires, la Polythérapie à base d'artémisinine, et les insecticides (Yamey 2004).

Certains craignent que l'engouement pris au cours des dernières années puisse être perdu à moins que les donateurs et les pays n'alignent leurs ressources sur une approche commune. Si tous les donateurs et organisations poursuivent individuellement leur propre programme, l'effort déployé au cours des 5 dernières années sera perdu et le fatalisme et l'inaction qui ont caractérisé les dernières décennies du 20^e siècle réapparaîtront (Feachem et Sabot, 2008).

Pour la majorité des pays africains, le défi à relever est d'intensifier le contrôle du paludisme mais beaucoup d'autres pays devront également faire face au choix soit de continuer le contrôle du paludisme, soit de passer à une politique d'éradication du paludisme. « L'éradication » signifie « l'état où les interventions ont interrompu la transmission endémique et limité la transmission provenant d'infections importées en dessous d'un seuil auquel le risque de rétablissement est minimisé. Tant l'aptitude que l'engagement à soutenir indéfiniment ce statut sont requis » (Lancet 2010).

Actuellement le paludisme n'existe plus dans un certain nombre de pays africains : au Lesotho, en Libye, au Maroc, à Maurice, en Tunisie et aux Seychelles. Six pays en Afrique sont actuellement sur la liste des 32 « pays qui suivent une politique d'éradication du paludisme » (Feachem et coll., 2010b) : le Cap Vert, le Swaziland, l'Algérie, le Botswana, la Namibie et l'Afrique du Sud. Zanzibar est un autre État qui est contraint de faire un choix entre le contrôle soutenu et l'éradication du paludisme.

Figure 2.1 Catégorisation des pays en 2009, selon les critères suivants : sans paludisme, qui suivent une politique d'éradication du paludisme, ou de contrôle du paludisme



Source : Feachem et coll., (2009b).

2.2 Exécution des programmes de santé et de lutte contre le paludisme à Zanzibar

2.2.1 Le système de santé de Zanzibar

L'organisation du système de santé publique repose sur un modèle de districts se composant d'un réseau de centres de soins de santé primaires complétés par un certain nombre d'hôpitaux de références secondaire (centres de soins de santé primaires, des hôpitaux de district) et tertiaire, situés à Stonetown (Unguja). Les centres de soins de santé primaires offrent des soins aux malades hospitalisés (30 lits), des services plus avancés comme les radiographies, et servent également des populations plus importantes. Les trois hôpitaux de districts représentent le niveau de référence de deuxième ligne et disposent de la capacité chirurgicale. Ils se trouvent tous à Pemba.

Ressources humaines : Le Rapport de performance 2008 du ministère de la Santé et de l'Aide sociale a indiqué que la performance du personnel à tous les niveaux est inefficace et inefficace en raison d'absences inexplicables, de descriptions de poste confuses, de compétences du personnel mal exploitées, de la non existence d'un système de récompenses ou disciplinaire, d'une rotation élevée, d'un manque d'engagement et d'une insuffisance de la culture de mentorat et de la gestion du personnel subalterne. Bien que les chiffres puissent varier surtout en ce qui concerne Zanzibar, en Tanzanie, le nombre de médecins est de 0,01 pour 1000 habitants (estimation de 2006), d'infirmières-sages-femmes de 0,37 pour 1 000 habitants (estimation de 2006), de 0,82 pour 1 000 habitants pour tous les autres professionnels de la santé et de 0,9 lits dans les hôpitaux pour 1 000 habitants (WRA, 2007).

Accès à la santé : une enquête effectuée pour savoir si les personnes se soignaient lorsqu'elles se sentaient malades et la raison indiquée pour ne pas le faire, a montré que, contrairement à de nombreux pays, l'accès géographique ne représentait pas un obstacle essentiel aux services médicaux du secteur public à Zanzibar. En effet, 95% de la population vit dans un rayon de 5 km d'un établissement de santé publique. Toutefois, du fait que les établissements ne sont pas tous ouverts en permanence, la population n'y aura accès qu'à certaines heures de la journée.

Partage des coûts : le partage des coûts ou la participation financière des usagers n'a pas été officiellement introduit mais existe quand même à tous les niveaux du système de santé publique. Le test de diagnostic du paludisme (TDR) est gratuit dans la plupart des établissements, mais les patients doivent bien souvent payer certaines analyses de laboratoire. Ces services comprennent les orientations (des patients vers des centres spécialisés) qui sont potentiellement importantes pour le traitement du paludisme. Ces frais « officieux » varient selon les établissements et sont surtout perçus au point d'accès aux services (PCPZ, 2009). Le MdS a produit des directives relatives au partage des coûts à la fin 2007 mais ces dernières n'ont jamais été transmises aux hôpitaux ni rendues officielles.

2.2.2 Flux de financement

Il existe quatre sources principales de financement du secteur de la santé à Zanzibar :

- Les fonds généraux de l'État ;
- Les partenaires au développement (y compris les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile et les organisations basées sur la foi ;
- Les institutions sociales d'assurance maladie ; et,

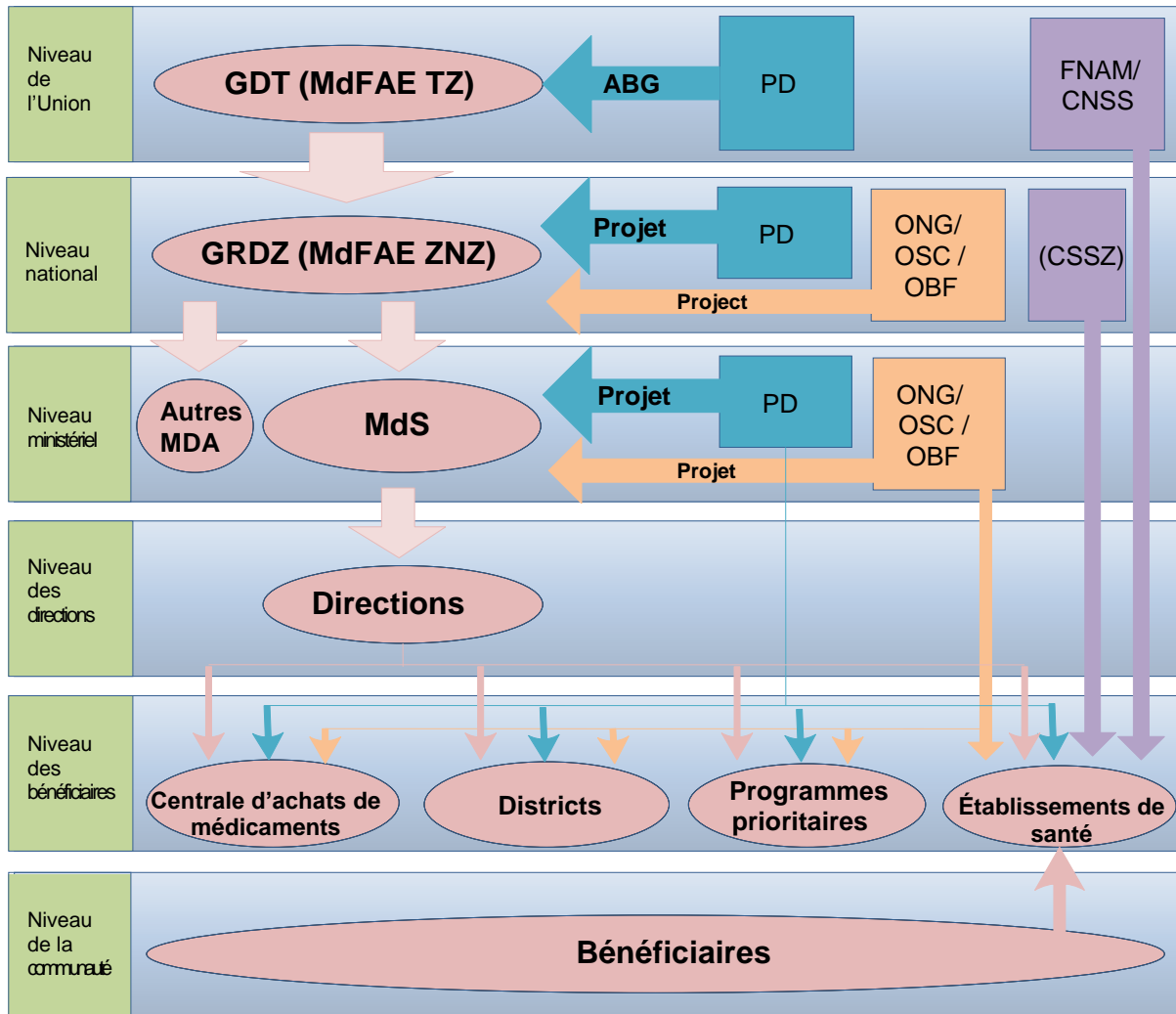
- Les patients.

Les bénéficiaires finaux de ces fonds sont la Centrale d'achats des médicaments, les districts, les programmes prioritaires et les infrastructures de santé (y compris les hôpitaux et les centres de soins de santé primaires).

À un certain stade, la plupart des financements sont acheminés par l'intermédiaire du MdS. Les PD ne canalisent pas la majorité de leur aide en matière de santé par le biais du MdFAE (Au cours de l'exercice 2008/2009, seul le FISE l'a fait), sauf pour les fonds de l'appui budgétaire général qui proviennent d'un transfert du Gouvernement de la Tanzanie. Ils débloquent les fonds soit par le biais du MdS, soit directement au niveau du bénéficiaire. Cette démarche est semblable à celle suivie par les ONG, les OSC et les OBF. Qui plus est, les établissements de santé reçoivent directement des financements provenant des institutions nationales d'assurance maladie, qui comprennent le Fonds national d'assurance maladie (FNAM), la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) - les deux étant des institutions de l'Union- et la Caisse de sécurité sociale de Zanzibar (CSSF). Ces derniers sont destinés à rembourser les établissements de santé au nom de leurs bénéficiaires. Le FNAM a agréé deux hôpitaux à Zanzibar en tant que prestataires de services qui pourront recevoir des remboursements, dont l'un est public (l'hôpital Mnazi Mmoja) et l'autre privé. Au cours de l'exercice 2008/2009, l'hôpital public a reçu un total de 434 175 TSh. Jusqu'en décembre 2009, aucun établissement n'avait reçu de fonds que ce soit de la CNSS ou de la CSSZ, bien que la CNSS soit plus avancée que la CNSZ sur le plan de l'élaboration d'un système pour effectuer les paiements (MdS, 2010).

De plus, les établissements de santé reçoivent également des fonds par l'intermédiaire des frais d'utilisation qui sont facturés aux usagers par tous les hôpitaux (MdS, 2010). Les flux de financement sont présentés à la Figure 2.2.

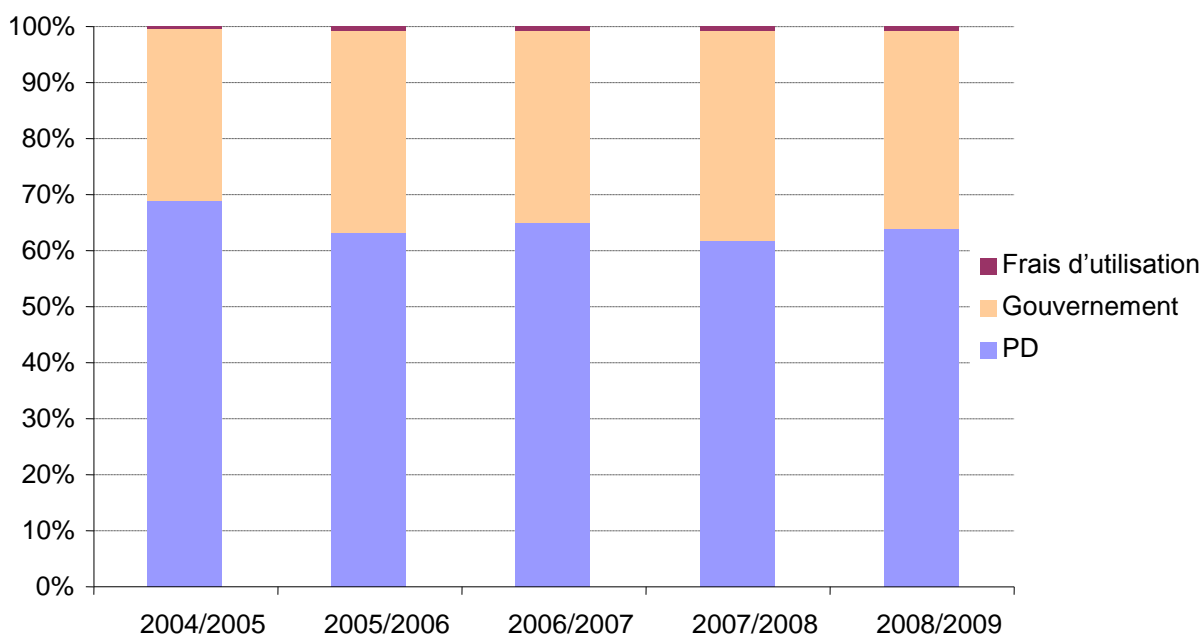
Figure 2.2 Flux des fonds du secteur de santé



Source : MdS (2010).

Au niveau du pourcentage des fonds par source, les PD comptent pour environ deux tiers des fonds du secteur de la santé au cours des cinq dernières années. Le secteur est donc fortement tributaire de l'aide, ce qui préoccupe énormément le MdS. Cette situation est abordée plus loin au paragraphe 2.3.5.

Figure 2.3 Pourcentage des fonds du secteur de la santé par source- Exercice 2004/2005 à Exercice 2008/2009



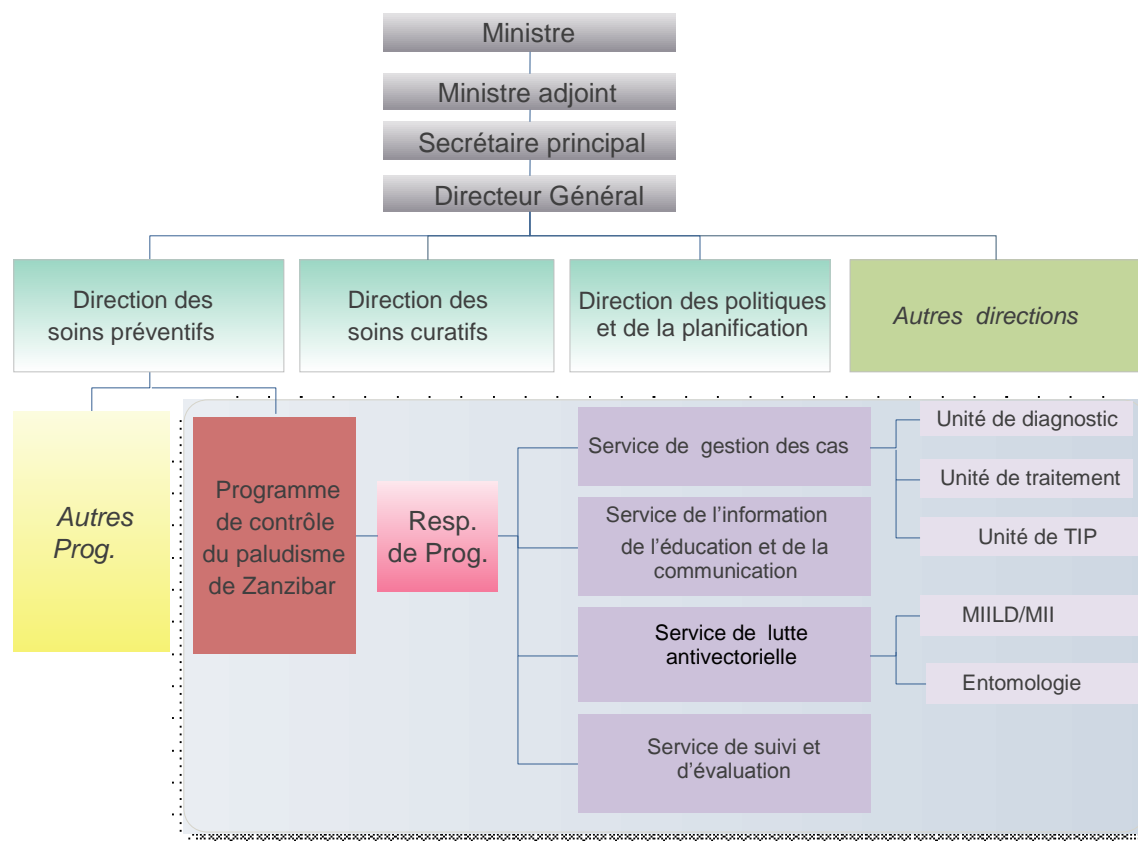
Source : MdS (2010).

2.2.3 Le Programme de lutte contre le paludisme

La Stratégie de Zanzibar pour la croissance et la réduction de la pauvreté, a mentionné que « le paludisme est de loin le diagnostic le plus courant et demeure le problème de santé publique le plus important à Zanzibar ; il représente environ 34 % de tous les décès dans les hôpitaux et reste la principale cause de morbidité dans les îles » (RGZ, 2007). Depuis 2002, Zanzibar a bénéficié d'un programme au financement approprié, grâce au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) et à l'Initiative du Président contre le paludisme (PMI) financée par le gouvernement américain. Cela a contribué à la prévalence du parasite faisant baisser les niveaux historiques de plus de 70 % à moins de 1 % actuellement.

Le Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar (PCPZ) se trouve au sein de la Direction des Services préventifs du ministère de la Santé. Il est divisé en quatre services : gestion des cas ; information, éducation et communication ; lutte antivectorielle ; et, suivi et évaluation. La Figure 2.4 montre la structure organisationnelle du PCPZ au sein du ministère de la Santé. Le programme s'inscrit dans la structure du ministère et fonctionne à travers les établissements de santé existants. Cependant, bien qu'il ne soit pas un programme vertical, dans la pratique, le ministère de la Santé intervient très peu sur les activités du programme. Malgré, peut-être, le fait d'empêcher des synergies potentielles qui pourraient être réalisées en reliant ses services à d'autres programmes, l'organisation actuelle, au vu des remarquables résultats obtenus, n'encourt aucune critique à son encontre.

Figure 2.4 Structure organisationnelle du PCPZ au sein du MdS



Source : PCPZ (2009) et MdS, communication personnelle.

Le programme de lutte contre le paludisme est presque entièrement financé par les donateurs, dans la mesure où lors de l'exercice 2009/2010, aucun fonds public n'a été dépensé sur le budget de développement du PCPZ. Le Tableau 2.1 présente le budget du PCPZ par source de fonds. Les implications de cette dépendance vis-à-vis de l'aide sont abordées au paragraphe 2.3.5. Cette dépendance affecte le secteur de la santé dans son ensemble. Dans l'exercice 2009/2010, le montant dépensé effectif par rapport au budget était inférieur à 10%, en raison principalement de la faible utilisation des crédits alloués par le Fonds Mondial. Ce constat est présenté au Tableau 2.1 ci-dessous.

Tableau 2.1 Budget du PCPZ par source de financement - exercice 2008/2009 et exercice 2009/2010

| <i>(en '000 d'US\$)</i> | Exercice 2008/2009 | | | Exercice 2009/2010 | | |
|-------------------------|--------------------|----------------|---------------|--------------------|--------------|---------------|
| | Budget | Effectif | % du total | Budget | Effectif | % du total |
| Fonds mondial | 2 649,6 | 2 649,6 | 68,5 % | 4 592,3 | 140,9 | 33,0 % |
| USAID | 126,7 | 126,7 | 3,3 % | 111,2 | 110,7 | 25,9 % |
| PMI | 1 056,4 | 1 056,4 | 27,3 % | 149,3 | 134,7 | 31,5 % |
| UNICEF | 16,4 | 16,4 | 0,4 % | - | 35,6 | 8,3 % |
| CHAI | 16,5 | 16,5 | 0,4 % | - | | 0,0 % |
| Univ de Californie | - | - | 0,0 % | | 5,1 | 1,2 % |
| Gouvernement | 15,9 | 0,5 | 0,0 % | | | 0,0 % |
| Total | 3 881,4 | 3 866,0 | 100,0% | 4 852,7 | 427,0 | 100,0% |

Source : MdS (2010) et MdS (2011). Conversion à 1 USD = 1,511 TZS.

Le programme comprenait diverses interventions, y compris l'utilisation entre autres, des CTA, des PID et des MII. Ses cinq objectifs spécifiques sont (PCPZ, 2009) :

De prévenir les infections par le paludisme en réalisant et en maintenant une couverture du TIP supérieure à 80 % pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, complétée par d'autres méthodes de lutte antivectorielle¹ ;

D'assurer la gestion efficace des cas en offrant à tous un accès rapide au diagnostic parasitologique et à la CTA;

De prévenir et lutter contre le paludisme pendant la grossesse, en augmentant et en maintenant une couverture à 80 % de traitements intermittents préventifs pour les femmes enceintes, ainsi qu'en encourageant l'utilisation régulière et correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MIILD) ;

D'offrir une préparation et une réponse épidémiques efficaces, en s'assurant que pour plus de 90 % des établissements de santé, l'épidémie est signalée à temps, que l'enquête sur l'épidémie signalée soit ouverte dans les 24 heures et que les approvisionnements soient prêts pour réagir selon les besoins ; et,

D'évaluer le potentiel de l'éradication durable du paludisme à Zanzibar, à l'aide de données nouvellement disponibles de surveillance et de recherche opérationnelle, ainsi que de l'expérience de mise en œuvre.

Les autres interventions principales comprennent (RTI, 2009) :

D'encourager le changement de comportement et d'améliorer la communication : le Programme de sensibilisation des écoles de Zanzibar au paludisme, fournit aux enseignants,

¹Les méthodes de lutte antivectorielle sont celles qui limitent ou éliminent les insectes qui transmettent la maladie. L'objectif principal de la lutte antivectorielle est de diminuer la mortalité et la morbidité liées au paludisme en réduisant les niveaux de transmission.

aux agents de l'éducation et au district, les informations et les compétences qui leur permettront de mieux sensibiliser les jeunes aux techniques de contrôle et de prévention contre le paludisme, ainsi qu'aux symptômes et aux traitements de la maladie. Le primaire ainsi que des écoles maternelles et des établissements du secondaire choisis représentant 95 % de tous les établissements scolaires, ont été formés. Ce programme comportait également une campagne d'information médiatique de masse sur le paludisme.

La prévention d'épidémies grâce à la Surveillance : le système de dépistage précoce d'épidémies de paludisme vise à dépister les premiers stades d'une épidémie, dans les 2 semaines suivant son apparition, en mesurant les changements hebdomadaires des taux de fréquence et d'incidence de nouveau cas de paludisme diagnostiqués en laboratoire dans 52 établissements de santé (40 % des établissements de soins de santé primaires). Un partenariat public-privé facilite la transmission des données par les établissements de santé par le biais de messages SMS sur les téléphones cellulaires et l'envoi de mises à jour hebdomadaires au PCPZ et aux autres autorités du ministère de la Santé.

Le renforcement des capacités et la formation : des efforts visant à renforcer les capacités locales à Zanzibar à l'égard des activités de PID sont en cours. Du personnel local participe à tout le processus de planification des tournées de PID, de la réalisation des évaluations de logistiques à l'estimation exacte des quantités de matériel, de ressources humaines et de frais de formation requis pour l'exécution d'un programme de PID. Chaque tournée de PID nécessite une nouvelle formation ou des cours de remise à niveau de plus de 500 personnes. Toutes les installations sont à même de diagnostiquer le paludisme et distribuer des CTA. Près de 95 % des infrastructures disposent d'au moins un membre de leur personnel qui a reçu une formation inhérente au paludisme.

Le Tableau 2.2 indique la répartition des dépenses par catégorie. On peut aisément constater que les médicaments et les fournitures médicales ont représenté presque la moitié du budget de l'exercice 2009/2010. Toutefois, il convient de noter les différences des tendances de dépenses au fil des ans. Ainsi la formation continue qui représentait près de la moitié des fonds de l'exercice 2008/2009, a été réduite à 6,4 % au cours du budget de l'exercice suivant et seulement à 4,6 % des montants dépensés. De même les coûts d'investissements dans l'exercice 2008/2009 représentaient 30 % du budget total et plus de 50 % du budget de l'exercice 2009/2010, mais ces crédits n'ont pas été dépensés. La pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) est le principal vecteur des dépenses du programme contre le paludisme. La pulvérisation est généralement effectuée juste avant la saison des pluies (entre janvier et mars) car c'est à ce moment qu'elle est la plus efficace et qu'elle dure le plus longtemps. Cependant, il y a eu des pénuries d'énergie pendant trois mois en fin d'année 2009 et en début d'année 2010. Or, il faut de l'électricité pour accéder à l'eau salubre nécessaire à la PID et aux pompes à eau. Il a donc été décidé de reporter l'activité ultérieurement au cours de l'année, activité par conséquent qui ne relevait plus de l'exercice 2009/2010 puisqu'il se terminait en juin 2010. Cette situation explique en grande partie la différence entre le budget et les dépenses effectives dans l'exercice 2009/2010 et la différence entre le budget et les crédits engagés du Fonds Mondial présentés au Tableau 2.1, qui est l'entité qui finance cette activité.

Tableau 2.2 Ventilation des dépenses du PCPZ par catégorie - Exercice 2008/2009 et Exercice 2009/2010

| <i>(en milliers d'US\$)</i> | Exercice 2008/2009 | | | Exercice 2009/2010 | | |
|--|--------------------|----------------|----------------|--------------------|--------------|----------------|
| | Budget | Effectif | % du total | Budget | Effectif | % du total |
| Frais de fonctionnement | | | | | | |
| Frais de personnel | 392,3 | 392,3 | 10,1 % | 30,9 | 241,9 | 50,3 % |
| Assistance technique | 34,2 | 34,2 | 0,9 % | 3,8 | - | 0,0 % |
| Formation interne (continue) | 1 656,1 | 1 656,1 | 42,8 % | 313,0 | 19,6 | 4,6 % |
| Approvisionnements en drogues et médicaments | 281,4 | 281,4 | 7,3 % | 2 006,7 | 11,6 | 2,7 % |
| Transport et carburant | 241,1 | 241,1 | 6,2 % | 25,0 | 43,5 | 10,2 % |
| Autres frais de fonctionnement | 102,2 | 86,8 | 2,2 % | 60,8 | 137,4 | 32,2 % |
| Total partiel des frais de fonctionnement | 2 707,2 | 2 691,8 | 69,6 % | 2 440,2 | 427,0 | 100,0 % |
| Coûts d'investissement | | | | | | |
| Achat des équipements | 614,1 | 614,1 | 15,9 % | 740,8 | - | 0,0 % |
| Infrastructure physique | 560,2 | 560,2 | 14,5 % | 1 673,7 | - | 0,0 % |
| Total partiel des coûts d'investissement | 1 174,2 | 1 174,2 | 30,4 % | 2 414,5 | - | 0,0 % |
| TOTAL DES COÛTS | 3 881,4 | 3 866,0 | 100,0 % | 4 854,7 | 427,0 | 100,0 % |

Source : MdS (2010), données EDP non publiées et MdS (2011), à paraître. Conversion 1USD = 1,511 TZS.

2.3 Problèmes principaux et dynamique inhérents à la stratégie relative au paludisme

Au cours de l'étude de cas, il est devenu évident qu'il existait un certain nombre de questions relatives à la stratégie de lutte contre le paludisme, qui préoccupaient les décideurs politiques. Outre le fait, de savoir si l'éradication devrait être poursuivie ou non, le gouvernement a exprimé son inquiétude quant à la forte dépendance vis-à-vis de l'aide du secteur de la santé, quant aux enjeux existants tels que les défis de coordination, l'efficacité de la répartition et la manière de s'assurer que les programmes financés par les donateurs renforcent le système de santé dans son ensemble.

2.3.1 Contrôle durable contre éradication du paludisme à Zanzibar

Bien que cette étude de cas particulier examine l'expérience à Zanzibar en vue de faire un choix entre le contrôle durable et l'éradication, il est important de souligner que seul un nombre limité de pays est contraint de prendre cette décision et qu'un défi plus important et antérieur à relever pour la plupart des pays sera d'obtenir un financement durable pour le contrôle durable, du fait que les fonds pourraient s'amenuiser une fois que de faibles niveaux endémiques ont été atteints. On a du mal à concevoir une appropriation réelle de la part du gouvernement de Zanzibar, quant à la décision concernant le paludisme, et ce, d'autant plus qu'il dépend principalement du financement des donateurs. L'éradication n'est donc pas la question centrale, mais a été mise à l'ordre du jour dans certains pays. La faisabilité de la réalisation de l'éradication devrait être bien évaluée afin de prendre une décision fondée.

La plupart des activités d'un programme de lutte contre le paludisme devraient être bien établies avant de poursuivre un effort d'éradication, puisque les activités nécessaires pour réaliser l'éradication sont semblables à celles requises pour le contrôle permanent. Il est important de préciser ce que l'on entend par « contrôle durable » et « éradication ». Le premier est considéré comme étant le statu quo, sans restriction des interventions. Le dernier peut être divisé en deux étapes : l'éradication et la prévention de la réintroduction (autrement dit, maintenir une situation sans paludisme). Les trois dimensions clés pour évaluer la faisabilité de l'éradication sont la faisabilité technique, la faisabilité financière et la faisabilité opérationnelle. Les résultats de l'évaluation de la faisabilité à Zanzibar et les interventions nécessaires à l'éradication sont résumées ci-dessous (PCPZ, 2009).

Faisabilité technique

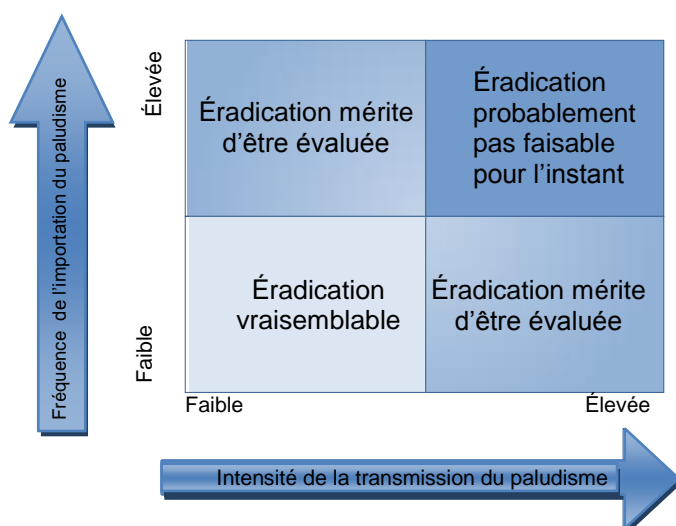
Les deux principaux facteurs qui déterminent la faisabilité technique d'éradication sont la fréquence de l'importation du paludisme et l'intensité de sa transmission (voir la Figure 2.5). On a constaté que :

La transmission locale du paludisme à Zanzibar peut être réduite à zéro, en maintenant les interventions actuelles ;

Afin d'obtenir et de maintenir le statut de « pays sans paludisme », le système de dépistage des cas passifs devrait pouvoir dépister au moins 75 % de la population et chaque nouveau cas devrait être immédiatement examiné ; et,

Le risque d'importation devra être sensiblement diminué, soit en le réduisant en Tanzanie continentale, soit par le biais du contrôle des voyageurs (une étude plus poussée doit être réalisée dans ce domaine).

Figure 2.5 Facteurs qui déterminent la faisabilité technique de l'éradication



Source: Reproduit du PCPZ (2009).

Faisabilité opérationnelle

Un des plus grands défis de l'exécution d'un programme de contrôle durable ou de l'éradication permanente est peut-être la capacité du système de surveillance du pays. Bien que la distribution de moustiquaires ou la pulvérisation intérieure soit relativement simple, le maintien du système de surveillance de contrôle de la maladie est beaucoup plus difficile et

est considéré comme l'un des piliers de la réussite d'un programme. Le système de surveillance dépend de la capacité du système de santé ainsi que de la propension des gens à utiliser ce système de santé.

Dans le cas de Zanzibar, ces facteurs ont été évalués et il a été constaté que pour atteindre et maintenir l'éradication, il faudrait :

Accroître le pourcentage de personnes qui bénéficient d'un traitement rapide et efficace de la fièvre (améliorer le comportement de se faire soigner, l'accès financier universel ainsi que des ressources humaines et des fournitures adéquates) ;

Améliorer le système de surveillance dans les établissements et mettre en œuvre un système complémentaire pour anticiper le dépistage des cas supplémentaires qui ne sont pas signalés aux établissements de santé ;

Améliorer l'association des capacités et des compétences du PCPZ ;

Établir un Comité interministériel qui aura pour mission d'assurer la direction (leadership) continue et le financement du programme ; et,

Appliquer des mesures qui restreignent les libertés individuelles, mais seulement une fois que toutes les autres mesures ont été épuisées.

Faisabilité de financement

Définir les coûts et les avantages du contrôle durable ou de l'éradication peut être très complexe. La majeure partie du travail qui a été fait, est liée à l'établissement des coûts des différentes interventions nécessaires à chaque étape du processus. Toutefois, le calcul des avantages présente des défis plus importants. L'idéal serait de ne pas calculer que les avantages financiers de la mise en œuvre d'un programme (en termes d'économies des coûts futurs), mais aussi les « avantages socio-économiques ». Ce qui suppose deux niveaux d'intervention, au niveau des ménages : une augmentation de la scolarisation, des coûts de santé moindres, etc.; et, au niveau macroéconomique : une augmentation du tourisme, de l'activité économique, de la productivité, etc.

Au-delà de l'impact direct sur les indicateurs micro et macro socio-économiques, il existe également un certain nombre d'effets indirects du paludisme qui affectent le développement du pays. Par exemple, dans une région fortement impaludée, la population pourrait cultiver des cultures sous-optimales au lieu de cultures optimales afin d'éviter de tomber malade en récoltant pendant la saison où le paludisme sévit. Les entreprises aussi évitent de former ou d'embaucher des travailleurs spécialisés, car ils ont de fortes chances de les perdre en raison d'un fort taux de paludisme. Contracter le paludisme pendant l'enfance peut entraîner des séquelles cognitives durables.

La complexité pour les modéliser explique en grande partie pourquoi l'analyse coût-efficacité réalisée sur l'éradication du paludisme s'est concentrée sur l'aspect financier. Les conclusions montrent que l'éradication du paludisme ne peut pas être justifiée par des raisons principalement financières, mais que son éradication pourrait toujours être un bon investissement, si le total des avantages pouvait être calculé et montrer qu'il est supérieur au coût marginal de « passer du contrôle durable à l'éradication ».

Zanzibar, a choisi de calculer purement les frais financiers des options, en vue d'estimer les avantages du choix de l'une ou l'autre. L'évaluation a conclu que (PCPZ, 2009) :

- « L'éradication ne permettra pas de faire des économies à moyen terme (25 ans), quel que soit le scénario » ;
- « Une augmentation des dépenses de surveillance et de diagnostic constitue le vecteur principal des frais plus élevés d'éradication, compris entre 35 à 65 % des coûts moyens annuels, contre seulement 15 % des frais pour le contrôle durable » ;
- « La période pour réaliser l'éradication s'avèrera 60 à 89 % plus chère que pour le contrôle durable » ;
- Après l'éradication, « le coût pour empêcher la réintroduction sera 5% supérieur (pour le scénario le plus probable et faisable) au coût du contrôle durable » ;
- Le coût moyen annuel de l'éradication par habitant sur une période de 25 ans sera de 2,97 US\$ selon le scénario le plus probable ». En comparaison, le coût annuel du contrôle durable est estimé à 1,88 US\$ par habitant ; et,
- Que Zanzibar décide d'opter pour l'éradication ou qu'il décide de continuer à se concentrer sur le contrôle durable, Il faudra qu'il apporte des changements importants à l'approche du financement inhérent au paludisme pour permettre des engagements financiers à long terme qui ne seront pas liés à la charge de la morbidité (voir paragraphe 2.3.6).(PCPZ, 2009)

2.3.2 Renforcement du système de santé

Certaines des interventions du programme de lutte contre le paludisme sont indépendantes de la capacité du système de santé : la distribution des moustiquaires, la pulvérisation des domiciles, etc... Cependant, d'autres requièrent le renforcement du système de santé : les capacités de surveillance, de diagnostic, etc... De quelle manière le programme de lutte contre le paludisme renforce ou compromet le système de santé ? La durabilité en dépendra.

À Zanzibar, il a été convenu que les principales activités du programme de lutte contre le paludisme, comme par exemple le système de surveillance, devaient être exécutées verticalement pendant et même après la période de contrôle agressif. L'option, d'avoir un système intégré du contrôle des maladies, y compris du paludisme, n'est actuellement pas développée car analogue à la plupart des activités du programme de lutte contre le paludisme. De plus ce système fonctionne bien selon l'organisation actuelle, et il n'existe aucune garantie quant au bon fonctionnement d'un système intégré.

On peut faire valoir que ce système, à son tour, ne contribue pas au renforcement du système de santé. Puisque les capacités du système de santé conditionnent les chances de maintenir de faibles niveaux endémiques, de nombreux efforts sont également déployés pour le renforcement des capacités du secteur dans son ensemble. Il est également signalé que la capacité humaine pour la planification de la santé est faible, ce qui influence la cohérence des stratégies et des programmes. Le ministère de la Santé prend des mesures pour y remédier, par exemple, en plaçant un agent de planification dans chaque direction.

Une autre préoccupation exprimée par le ministère de la Santé concerne les membres du personnel des établissements de santé, qui suivent constamment des formations ou sont occupé avec les activités du programme, et qui de ce fait sont souvent absents. Ce défi opérationnel est traité au paragraphe 2.3.3 ci-dessous.

2.3.3 Défis de coordination

Les programmes mettent en œuvre leurs activités au niveau des districts par l'intermédiaire des infrastructures de santé et aussi directement avec les communautés. L'Équipe de gestion de la santé de districts (EGSD) est chargée de coordonner les activités qui ont lieu dans le district. Toutefois, elle éprouve de grandes difficultés à planifier à l'avance tout ce qui concerne les activités de programmes. Bien que les programmes préparent un plan d'action spécifiant les activités qu'ils mettent en œuvre pour chaque district, ceux-ci ne sont pas complètement intégrés au plan de santé globale de districts, élaboré par l'EGSD. Ce plan global est un développement récent (à partir de janvier 2011) puisque dans le passé, il n'existait aucun outil permettant d'intégrer les activités des programmes aux plans de districts. Malgré les efforts déployés pour améliorer la coordination, le calendrier de la planification au niveau des districts et au niveau des programmes diffère et les informations, souvent, ne sont pas fournies au bon moment.

En raison de fréquentes surcharges d'activités, les établissements de santé éprouvent parfois des difficultés à satisfaire aux exigences des programmes. Cette situation se produit, par exemple, lorsque deux programmes différents organisent simultanément des cours de formation et invitent le personnel de santé à y assister. L'EGSD et les établissements de santé résolvent ces problèmes de manière ponctuelle en jonglant avec l'emploi du temps de leur personnel. Peut-être qu'avec le temps, la coordination pourra être renforcée afin que les activités des différents programmes puissent être étalées tout au long de l'année de façon à ne pas perturber les tâches quotidiennes.

Le MdS a récemment créé une unité de coordination de l'aide extérieure qui devrait aider à relever certains des défis opérationnels. Par exemple, si les programmes des donateurs étaient toujours canalisés via le ministère, certains chevauchements, double emploi d'activités ou incompatibilités de calendrier pourraient être évités.

Les programmes préparent leur propre budget et plan stratégique qui sont inscrits au CDMT et au plan d'action du ministère. Cependant, les dirigeants de certains des programmes qui sont fortement financés par des donateurs contournent souvent certaines procédures du budget et de la planification. Par exemple, alors que le ministère de la Santé est chargé de présenter un « formulaire de profil de projet » pour chacun de ses programmes, on a constaté que celui-ci n'avait pas été complété pour le PCPZ, du fait qu'il n'y avait aucun fonds de contrepartie de l'État requis, à travers le budget de développement.² De même, le PCPZ n'apparaît pas dans l'examen des résultats économiques et de l'exécution du budget pour 2009/2010, qui compare les dépenses effectives de tous les projets de développement par rapport à son budget. Cela montre que, malgré son emplacement au sein du ministère de la Santé, le programme n'est pas intégré dans toutes les étapes du cycle de planification et d'élaboration du budget. Les conséquences de ce constat sur l'efficacité de l'allocation du budget sont discutées au paragraphe 2.3.4 ci-dessous.

2.3.4 Efficacité de l'allocation

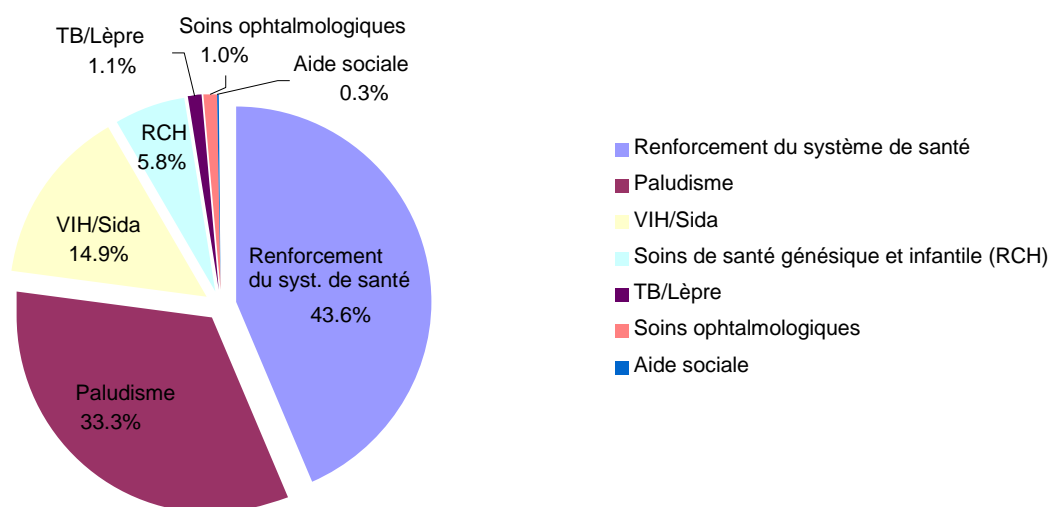
Exécuter un programme en dehors du cycle de planification et d'élaboration du budget peut compromettre l'efficacité de la répartition du budget et fragmenter le financement et les activités de dépenses de santé. Cependant, accepter de l'argent non fongible est souvent

²Le budget de Zanzibar est divisé entre les dépenses de fonctionnement (ordinaires) et les dépenses d'investissement (de développement). Les dépenses de fonctionnement comprennent les émoluments du personnel et autres frais. Les fonds des donateurs sont principalement destinés aux dépenses de développement.

considéré comme une condition nécessaire pour attirer des montants importants de fonds des donateurs ou lorsqu'on veut accorder une priorité à une intervention particulière. Actuellement, le ministère de la Santé a peu de discrétion sur l'affectation des fonds destinés au secteur de la santé, car ces derniers sont habituellement directement discutés avec les dirigeants des programmes. Par exemple, lors de la préparation du budget, le MdS estime qu'au lieu de jouer un rôle de coordination, parfois il se limite seulement à « établir » les budgets des programmes, plutôt qu'à les orienter ou à les planifier à l'échelon direction.

La Figure 2.6 montre les dépenses engagées par les PD par domaine de santé dans l'exercice 2008/2009. Ce diagramme circulaire présente les fonds relatifs aux programmes et les compare aux priorités gouvernementales. Le renforcement du système de santé profite à tous les domaines de santé et donc occupe la première place. Cependant, en examinant les domaines plus spécifiques de la santé, le paludisme a reçu 59 % des fonds restants, le VIH/sida a reçu 26 % et les soins de santé génésique et infantile (RCH) seulement 10 %, bien que ces derniers soient la priorité du gouvernement. Et ce, malgré le faible taux de prévalence du paludisme (moins de 1 %) et du VIH/Sida (3,5 % chez les femmes et 2,7 % chez les hommes, en 2009). Comme le note le MdS (2010), une des questions à se poser, est de savoir si l'affectation des fonds serait la même si tous les fonds étaient totalement fongibles, c'est-à-dire, si le MdS pouvait décider de l'allocation des dépenses dans chaque domaine (nonobstant l'importance du paludisme et du VIH/Sida et l'insuffisance encore dans tous les domaines en termes absolus).

Figure 2.6 Dépenses des PD par domaine de santé, EB 2008/2009



Source : MdS (2010).

Cela a des conséquences sur la rentabilité des dépenses de santé, car dans la pratique, les programmes ne rivalisent pas pour des fonds. Dans un système intégré, l'idéal serait de pouvoir démontrer s'il est plus rentable de dépenser de l'argent dans des programmes de lutte contre le paludisme plutôt que dans d'autres interventions, par exemple, concernant la santé maternelle et infantile. D'autres pays ont tenté de surmonter ce défi en établissant une approche sectorielle (SWAp) qui prévoit un cadre commun des résultats pour lequel les donateurs et les gouvernements se mettent d'accords, qui alors orientent les dotations budgétaires. Une approche sectorielle n'est pas à l'ordre du jour du secteur de la santé à Zanzibar, mais il existe certaines initiatives établies par le ministère de la Santé visant à

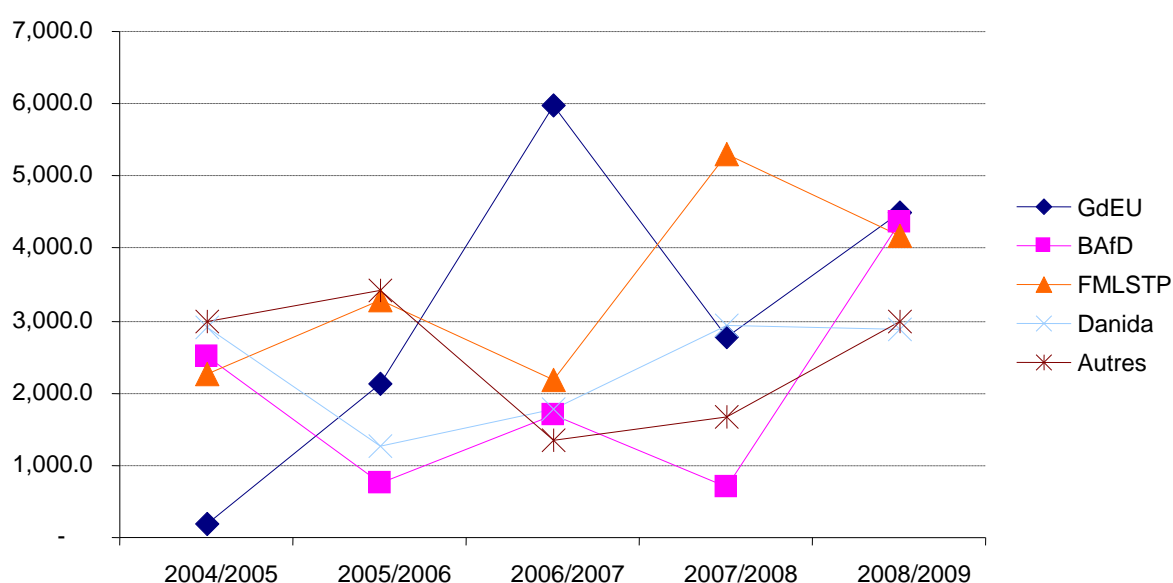
harmoniser les procédures et les mécanismes de rapport afin d'améliorer la coordination de secteur.

Les affectations budgétaires interministérielles sont aussi touchées par le financement important reçu par certains secteurs. Le gouvernement a tendance à se concentrer sur les domaines que les donateurs ne favorisent pas. De même, les secteurs qui reçoivent de grandes quantités de fonds des donateurs (comme la santé) ont tendance à prêter moins d'attention aux allocations octroyées par le gouvernement.

2.3.5 Dépendance vis-à-vis de l'aide

Comme cela a été souligné tout au long de l'étude, le secteur de la santé à Zanzibar est fortement dépendant de l'aide des donateurs. Dans l'exercice 2008/2009, les partenaires au développement (PD) représentaient environ les deux tiers des fonds destinés au secteur de la santé (voir le paragraphe 2.2)). Les quatre plus importants PD sont le gouvernement des États-Unis (GdEU), la Banque africaine de développement (BAfD), le Fonds mondial (FM) et Danida. Ensemble, ils totalisent 83 % du financement total des PD dans le secteur de la santé. Dans ce cas, avoir un plus petit nombre d'importants PD dans le secteur présente un énorme risque si l'un d'entre eux décidait de se retirer. A contrario, cela permet de réduire les coûts de transaction (MdSAS, 2010). Quoi qu'il en soit, la dépendance vis-à-vis de l'aide du secteur est très élevée, et cette situation suscite beaucoup d'inquiétude parmi les décideurs gouvernementaux. La Figure 2.7 montre les tendances de financement extérieur du secteur de santé de l'exercice 2004/2005 à l'exercice 2008/2009 apporté par les principaux PD dans le secteur. Bien que le financement ait été très élevé au cours des quelques dernières années, il a aussi été sensiblement volatile et la prévisibilité des fonds est faible. Tandis que certains donateurs fournissent des informations sur leurs engagements à moyen terme, d'autres projets de financement sont déclarés annuellement, ce qui évidemment limite la capacité du ministère de la santé à intégrer leurs programmes dans le plan à moyen terme.

Figure 2.7 Financement extérieur du secteur de la santé par les PD- exercice 2004/2005 à exercice 2008/2009



Source : MdSAS (2010), dans TSH.

Dans le cas du programme de lutte contre le paludisme, les fonds de l'État ne couvrent actuellement que les salaires. L'ensemble du budget de développement du PCPZ est financé par les donateurs. Au fur et à mesure que la charge représentée par le paludisme devient moins conséquente pour la santé publique à Zanzibar, les donateurs sont susceptibles de passer à d'autres priorités de financement et le financement du programme est susceptible de diminuer de manière significative (voir aussi Snow et coll., 2010).

Les donateurs sont limités par leur environnement politique local et l'opinion du grand public : il est plus facile pour eux de défendre des programmes de lutte contre le paludisme dans des pays fortement impaludés du fait que le résultat (réduction de la morbidité et de la mortalité) est plus visible. Ainsi, lorsqu'ils sont confrontés à des choix de financement entre des pays où les taux de prévalence du paludisme sont élevés (par ex., le Nigéria) et, des pays où le taux de prévalence est inférieur à 1 % (par ex., Zanzibar), ils peuvent plus facilement défendre politiquement le cas du Nigéria. L'argument invoqué par les pays qui ont besoin de financement durable afin de maintenir leur statut endémique faible contrôlé est que le résultat du financement dans les deux pays est le même : éviter les décès dus au paludisme. Dans l'un des cas (pays où le fardeau est élevé), vous réduisez les cas existants et dans l'autre cas (pays avec un statut endémiques faible contrôlé) vous évitez des cas potentiels. Il est évidemment plus facile politiquement de défendre la cause de sauver des vies humaines de menaces existantes de paludisme que d'éviter les décès dus à des menaces qui ont été contenues. En accordant la priorité aux pays fortement impaludés, les donateurs pourraient pénaliser les pays qui ont réussi à atteindre un niveau endémique faible. Cela signifierait, en partie, de considérer les fonds utilisés pour atteindre de faibles niveaux endémiques comme un coût irrécupérable. Toutefois, dans un environnement de contraintes liées aux ressources, des choix doivent forcément être faits.

L'argument de traitement « préventif », avancé par les pays qui veulent obtenir des fonds supplémentaires pour maintenir leur statut « de contrôle durable » n'est pas nouveau dans le secteur de la santé. Par exemple, la vaccination contre la rougeole n'est pas mise en doute et des fonds sont fournis afin que les enfants puissent être immunisés. Toutefois, dans le cas du paludisme, il n'existe aucun témoignage historique de pays ayant bénéficié d'un traitement préventif durable. Dans les années 1950 et 1960, le programme mondial d'éradication a échoué (malgré quelques succès) et l'objectif global est passé au contrôle durable. En plus de ce défi, les mesures visant à maintenir le contrôle durable ne sont pas aussi simples que celles envisagées pour la vaccination, du fait qu'elles comprennent un ensemble plus complexe d'interventions, y compris un système de surveillance et des mécanismes de réaction importants, lorsque des cas de paludisme sont dépistés (voir aussi PCPZ, 2009 et Feachem et coll., 2009a).

2.3.6 Options de financement

Le gouvernement pourrait évidemment, décider de financer lui-même un programme de paludisme au-delà d'un stade de « contrôle agressif ». Cependant, l'histoire montre que cette démarche ne s'est jamais produite dans le passé, après que de faibles niveaux de prévalence aient été atteints et que le gouvernement ne pouvait pas justifier de dépenser des sommes d'argent importantes pour le maintien de faibles niveaux endémiques, ce qui est semblable au défi auquel pourraient faire face les donateurs dans leur propre pays.

Le soutien des donateurs à Zanzibar a fluctué au cours des années, et il est particulièrement important de noter qu'après les élections de 1995 qui se sont soldées par un échec, les donateurs externes ont commencé à suspendre les décaissements d'aide en raison des

conflits politiques permanents et n'ont recommencé à apporter de l'aide qu'à partir de 2003. Il existe donc une période de référence récente de l'arrêt de l'aide. Mais le coût par habitant de l'investissement pour le développement à Zanzibar est relativement élevé en raison de la faible importance de la population. Les niveaux de pauvreté élevés (49 % en dessous du seuil de pauvreté), l'assiette fiscale faible et les recettes potentielles limitées restreignent la capacité de mobiliser des fonds localement. Proposer une stratégie de financement durable et persuader les donateurs de collaborer, indépendamment des questions de développement plus générales, est probablement le plus grand défi rencontré par les pays où le paludisme endémique est faible.

Une option consiste à tenir compte des fonds affectés au programme du paludisme. L'affectation consiste à allouer des recettes provenant de taxes spécifiques ou des recettes générales, à des activités ou des domaines particuliers de l'État. Cependant, pour l'exhaustivité du budget, toutes les ressources doivent être orientées vers un fonds commun, à allouer et à utiliser pour les dépenses en fonction des priorités actuelles du gouvernement. En général, l'affectation des ressources à des fins particulières est donc à déconseiller, mais est souvent utilisée avec ce type de programmes. L'encadré 1.1 soulève des questions clés concernant les fonds affectés. Si Zanzibar a choisi d'affecter des crédits pour le programme du paludisme, cette affectation devra probablement rester en place pendant une très longue période, même lorsque l'éradication sera atteinte, du fait que les coûts pour éviter la résurgence resteront élevés.

Encadré 1.1 Questions principales concernant les fonds affectés

À quoi sert le fonds d'affectation spéciale ? Pour quelle raison garder un tel fonds hors-budget ?

Questions de financement

Quelle est la source de financement ? Est-ce que la source de financement semble logique ? Contribue-t-elle à établir un rapport entre les avantages marginaux et les coûts marginaux, par exemple la participation financière des usagers ? Comment est déterminée cette participation ? Y a-t-il des limites pour prévenir les abus de pouvoir monopolistique (surtout si la demande est rigide) ? Existe-t-il des avantages généraux (des externalités positives ou négatives, des débats sur les biens publics) en plus des avantages d'usagers qui justifient le soutien des recettes du budget général ? S'il y a un partage, comment la part du financement est déterminée ? Est-ce que la source de financement représente une recette importante de l'État, et, le gouvernement peut-il se permettre de perdre le degré de souplesse associé à la hiérarchisation des dépenses ? Les recettes affectées nuisent-elle à la capacité du gouvernement de mobiliser les recettes traditionnelles ?

Décisions de dépenses

Comment sont prises les décisions de dépenses par le Fonds d'affectation spéciale ? Quelle utilisation est faite de l'analyse coût-efficacité ou coûts-avantages ? La gestion du fonds d'affectation favorise-t-elle l'efficacité, par exemple, par l'intermédiaire de mécanismes de quasi-marché ou par le biais de définitions de missions, d'objectifs et de mesures de performance ? Comment sont représentés les intérêts des consommateurs et comment sont-ils pris en compte dans les décisions de dépenses ? Si ce fonds est administré par un Conseil, la composition de ce Conseil manque-t-elle d'objectivité envers certains besoins, par exemple, envers les besoins régionaux ?

Questions de gestion

La gestion du fonds d'affectation spéciale répond-elle aux exigences de bonne gouvernance ? Est-elle à l'abri de toute ingérence politique ou excessivement influencée par les fournisseurs ou les syndicats ? Est-il possible que ces fonds soient détournés vers d'autres utilisations ? Ces comptes peuvent-ils être « entamés » pour d'autres utilisations ? Le Fonds d'affectation spéciale est-il audité de manière indépendante ?

Comment sont gérées les ressources de trésorerie du fonds d'affectation spéciale ? Le gouvernement a-t-il accès à ces fonds pour un emprunt à très court terme afin de minimiser les besoins d'emprunt de l'État ? Le Trésor ou le ministère des Finances a-t-il légalement le droit de réduire les crédits disponibles du fonds pour les dépenses si le budget subit de fortes pressions ?

Source : Adapté de Potter, B. et coll., (1999) sur l'utilisation des fonds extrabudgétaires.

Sont mentionnées ci-dessous plusieurs façons d'affecter des fonds qui ont été proposées (mais n'ont pas été élaborées) dans l'étude de faisabilité sur l'éradication du paludisme à Zanzibar (PCPZ, 2009) :

- **Impôt sur le tourisme** : Un impôt sur le tourisme peut être appliqué au moyen d'une taxe sur le billet d'avion, qui fournirait une forme régulière et prévisible de recettes et serait progressive (toucherait davantage les personnes à revenu plus élevé). Cette solution est intéressante pour Zanzibar, car l'imposition actuelle est assez faible et il est prévu que les touristes seraient enclins à payer plus cher parce que : 1) Zanzibar est une destination touristique très attrayante ; 2) cette somme serait très faible par rapport au coût du voyage à Zanzibar ; et, 3) le maintien du statut d'État exempt de paludisme est dans l'intérêt personnel économique des voyageurs.
- **Fonds de dotation** : Dans un fonds de dotations (Fonds d'affectation spéciale), il n'existe généralement qu'un niveau de base de dotation, établi avec les fonds des donateurs et du gouvernement qui n'est pas utilisé pour financer, mais qui est investi en vue de générer des revenus découlant des intérêts, utilisés pour financer les frais de fonctionnement. Toutefois, il est important de noter qu'il peut y avoir des années où la dotation ne produira peu ou pas d'argent à partir de ses investissements, et qu'il faudra donc garantir d'autres types de financement en faveur des programmes de lutte contre le paludisme, dans l'éventualité d'une diminution du produit d'intérêts.
- **Fonds de débit d'urgence** : Un fonds de débit d'urgence serait semblable à un compte bancaire sur lequel le gouvernement de Zanzibar pourrait retirer de l'argent afin de prévenir ou de contrôler les épidémies. Le fonds serait géré par les donateurs et le gouvernement serait autorisé à faire des retraits sur ce compte sous certaines conditions. Le risque encouru par ce type de mécanismes de financement est que cette situation pourrait conduire les donateurs à accorder une priorité moindre sur le financement des activités préventives, étant donné qu'il existe une sécurité financière en cas d'urgence.
- **Financement groupé régional** : De nombreux touristes et travailleurs migrants voyagent entre Zanzibar et d'autres pays, ainsi la population vulnérable traverse les frontières. Ces personnes pourraient être disposées à contribuer à un fonds de contrôle ou d'éradication du paludisme. Zanzibar tire également profit de ses partenaires qui éradiquent aussi le paludisme, il est donc judicieux de créer un partenariat régional.

2.4 Exemples contrastés du reste de l'Afrique sur le contrôle et l'éradication du paludisme

La Zambie est l'un des pays qui a réalisé beaucoup de progrès dans la lutte contre le paludisme au cours des dernières années, grâce à des interventions massives, rapides à grande échelle et éprouvées pour le contrôle du paludisme. Les activités principales ont consisté à (ZNMCC, 2009) :

- Améliorer et étendre les interventions intégrées de lutte antivectorielle ;
- Prévenir le paludisme pendant la grossesse par le biais de traitements préventifs intermittents ;
- Fournir une gestion rapide et efficace des cas, y compris le diagnostic et le traitement du paludisme dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes ; et,
- Renforcer les capacités du pays pour intervenir à grande échelle, grâce à un soutien financier accru et à une meilleure planification.

Le programme en Zambie a bénéficié d'une forte direction (leadership) et d'engagements fermes de toutes les parties prenantes et a suivi les trois principes directeurs suivants : travailler à partir d'un plan national, d'un mécanisme de coordination et d'un système de suivi et d'évaluation.

Une comparaison entre les pays qui ont éradiqué le paludisme et ceux qui essaient de l'éradiquer, soulève deux questions importantes (2010a Feachem et al.) :

- Alors qu'ils étaient en train d'éradiquer le paludisme, est-ce que les pays qui ont réussi l'éradication, étaient plus riches que les pays qui s'efforcent actuellement de l'éradiquer ? ; et,
- À l'époque, avaient-ils des systèmes de santé plus solides que les pays qui sont en train de l'éradiquer à l'heure actuelle?

Feachem et coll. (2010a) ont constaté que : sur les 50 pays qui ont éradiqué avec succès le paludisme, seuls quatre pays (soit 8 %) avaient un produit intérieur brut (PIB) inférieur à 2 500 US\$ par habitant au moment où ils ont été déclarés exempt de paludisme ; et sur ces 50 pays, seuls 20 % disposaient de moins de 0,5 médecin pour 1 000 habitants au moment de l'éradication, ce qui représente le nombre minimum requis de médecins par habitant pour des services de santé restreints.

Kahn et coll. (2009) estiment les coûts de l'éradication du paludisme dans trois endroits : l'île de Hainan (Chine), la Province du Jiangsu (Chine) et le Swaziland. Ces coûts sont présentés au Tableau 2.3. Dans le cas du Swaziland, par exemple, on estime que l'éradication du paludisme coûterait 343 % de plus que le maintien à un haut niveau du contrôle au cours de la phase de transition (5 ans), et après cette phase, les coûts annuels seraient toujours 79 % supérieurs au contrôle durable. Cependant, dans les cas de l'île de Hainan et de la Province du Jiangsu, les calculs ont montré des économies de coûts, après la réalisation de l'éradication, soit respectivement 17 % et 33 % inférieurs aux coûts de contrôle durable. L'évaluation de faisabilité a estimé que le coût moyen de contrôle durable à Zanzibar est de 2,9 millions de dollars par an. L'évaluation estime que, dans le scénario le plus probable, les investissements supplémentaires nécessaires pour progresser vers l'éradication au cours des cinq premières années représentent une augmentation de presque 85 % de la dépense annuelle moyenne par rapport au contrôle durable, avec des coûts restant 45 à 50 % plus chers au cours du reste de l'effort à accomplir pour parvenir à l'éradication, c'est-à-dire, pour les 15 prochaines années. Même durant la période d'éradication, les coûts resteraient 5 % plus élevés qu'au cours de la période actuelle de contrôle durable. (PCPZ, 2009).

Tableau 2.3 Coûts estimés de l'éradication du paludisme à trois endroits différents

| Paramètre de coûts | Île de Hainan, Chine | Province de Jiangsu, Chine | Swaziland |
|---|----------------------|----------------------------|-----------|
| C : Coût du maintien d'un niveau élevé de contrôle (en millions d'US\$ par an) | 2,9 | 9,1 | 0,7 |
| T : Coût de la transition pour arriver à zéro (en millions d'US\$ par an, pendant 5 ans, en moyenne) | 5,8 | 13,9 | 2,4 |
| E : Coût annuel de soutien de l'éradication (en millions d'US\$ par an) | 2,4 | 6,13 | 1,25 |
| Ratio du coût de l'éradication, c'est-à-dire, le coût de la phase d'éradication calculé par rapport au coût de maintien du contrôle durable = T/C % | 200 % | 153 % | 343 % |
| Économies de coûts calculées par rapport au coût de contrôle durable = (C-E)/C en % | 17 % | 33 % | -79 %* |

Source : Reproduit à partir de l'ouvrage de Kath et coll., (2009). * c'est-à-dire, une augmentation de 79 %.

L'expérience jusqu'à présent, fournit une bonne source de preuves permettant d'orienter la voie à suivre. Avant de considérer l'éradication du paludisme dans un pays donné, une évaluation de la faisabilité des différentes dimensions est considérée comme étant une étape clé pour prendre une décision.

Comme indiqué ci-dessus, avant de lancer une initiative d'éradication, la plupart des activités d'un programme de contrôle durable devraient être bien établies, du fait que les activités nécessaires pour parvenir à l'éradication sont semblables à celles requises pour le contrôle durable.

3 La tâche

Vous venez juste d'être nommé conjointement par le ministre de la santé et le ministre des Finances de votre pays, afin d'effectuer une analyse préliminaire des limites du programme actuel de lutte contre le paludisme dans votre pays, et de faire des recommandations sur la voie à suivre. Vous êtes également prié de tenir compte de l'expérience de Zanzibar sur la priorité qui a été octroyée au contrôle du paludisme et sur la question de « contrôle durable contre éradication ». En ce qui concerne l'exemple de Zanzibar, vous serez prié d'aborder les questions principales suivantes :

- **Pertinence** : Est-ce que Zanzibar peut être utilisé en tant que modèle pour votre pays en vue de parvenir au contrôle durable ? Quelles sont les principales similitudes et différences entre Zanzibar et votre pays ?
- **Un choix entre des alternatives sensées ?** Quelles sont les raisons possibles pour lesquelles un pays voudrait donner la priorité à l'éradication d'une maladie si une phase de contrôle durable réussi a été atteinte ?
- **Outils pour choisir entre les options** : Pour évaluer le choix entre contrôle durable et éradication, Zanzibar a entrepris une analyse financière des économies potentielles qui pourraient résulter de l'éradication (par rapport au scénario du contrôle durable). Cette analyse est-elle suffisante ? Est-ce que d'autres outils pourraient être utilisés ? Pourquoi une analyse coûts-avantages complète ne serait pas réalisée ? Veuillez également faire des commentaires sur l'horizon temporel choisi pour l'analyse de Zanzibar, qui était de 25 ans.
- **Lier la planification à l'élaboration du budget** : Comment une évaluation de la faisabilité pourrait vous aider dans les processus de formulation du budget et d'élaboration stratégique du budget ? Existe-t-il d'autres approches que vous recommanderiez ?
- **Contexte en tant que vecteur des coûts et des avantages** : Pour les différents pays et régions, les ratios de coûts d'éradication contre coûts de contrôle durable diffèrent sensiblement. Qu'est-ce qui pourrait être à l'origine de ces différences ?
- **Renforcement du système de santé contre accent mis sur la maladie** : Une fois le paludisme éradiqué, l'élimination durable dépend en grande partie du système de surveillance du contrôle des cas, dans l'éventualité où de nouveaux cas de paludisme seraient identifiés, afin qu'ils soient signalés et suivis de manière appropriée. Les niveaux de détection sont influencés par la fraction des infections qui deviennent symptomatiques, par le comportement des personnes qui cherchent les soins de santé en cas de fièvre, par les taux de tests conduits dans les établissements de santé et par la sensibilité des tests utilisés. La détection dépend donc fortement de la solidité du système de santé en général. Quelles en sont les implications pour la priorité relative que nous donnons à des programmes spécifiques (tels que le contrôle ou l'éradication du paludisme) et au renforcement du système général ? Existe-t-il des stratégies visant à concilier les conflits potentiels ? Quand des programmes verticaux pourraient être justifiés ?
- **Défis de coordination** : Y a-t-il des données attestant des défis de coordination dans le cadre de la dépendance vis-à-vis des donateurs dans l'étude de cas de Zanzibar ? Comment sont relevés ces défis et existent-ils de bons exemples ?

- **Autres possibilités de financement** : Le fait de s'assurer que le contrôle ou l'éradication du paludisme soit une priorité au fil du temps, grâce à des options de financements spécialisés et affectés, a-t-il donné lieu à des débats ? Pouvez-vous donner des exemples où un tel mécanisme a été appliqué avec succès ?
- Hormis d'accroître les recettes locales, existent-ils d'autres mécanismes quels qu'ils soient, pour palier la forte dépendance vis-à-vis des donateurs dans des programmes prioritaires?

Références et Bibliographie

- Baird, J. Kevin (2010), 'Eliminating malaria - all of them' (Éradication du paludisme – dans son ensemble), *The Lancet*, 376 (9756), 1883-85.
- Feachem, Richard et Sabot, Oliver (2008), 'A new global malaria eradication strategy', (Une nouvelle stratégie mondiale pour l'éradication du paludisme) *The Lancet*, 371 (9624), 1633-35.
- Feachem, Richard et The Malaria Elimination Group (2009b), 'Shrinking the Malaria Map - A Guide on Malaria Elimination for Policy Makers', (Réduire la carte du paludisme – Un guide sur l'éradication du paludisme pour les décideurs) (San Francisco: The Global Health Group/UCSF Global Health Sciences).
- Feachem, R.G.A., Phillips, A.A., et Targett, G.A. (eds.) (2009a), *Shrinking the Malaria Map: A Prospectus on Malaria Elimination* (Réduire la carte du paludisme – Un prospectus sur l'éradication du paludisme). (San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, Université de Californie, San Francisco.).
- Feachem, Richard G A, et coll. (2010b) 'Comment - Call to action: priorities for malaria elimination' (Commentaire – Appel à l'action : priorités en faveur de l'éradication du paludisme), *Lancet* <www.thelancet.com Publié en ligne le 29 octobre 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61500-0>.
- Feachem, Richard G. A., et al. (2010a), 'Shrinking the malaria map: progress and prospects' (Réduire la carte du paludisme – Progrès et perspectives), *The Lancet*, 376 (9752), 1566-78.
- Kahn, J. et coll. (2009), 'Financing Elimination' (Financement de l'éradication), dans R.G.A. Feachem, A.A. Phillips, et G.A. Targett (eds.), *Shrinking the Malaria Map: A Prospectus on Malaria Elimination* (Réduire la carte du paludisme – Un prospectus sur l'éradication du paludisme) (San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, Université de Californie, San Francisco).
- Lancet*, The (2010) 'Malaria Elimination: Executive Summary' (Éradication du paludisme : note de synthèse), Série « *The Lancet* », 2010
- Marsh, K. (2010), 'Comment – Research priorities for malaria elimination' (Commentaire – Priorités de recherche en faveur de l'éradication du paludisme), <www.thelancet.com, Publié en ligne, le 29 octobre 2010 DOI:10.1016/S0140- 6736(10)61499-7>
- MOH (MdS) (2010) Zanzibar Health Sector Public Expenditure Review 2009 (Examen 2009 des dépenses du secteur de la santé publique de Zanzibar), Rapport final, mai 2010.
- MOH (MdS) (2011) Zanzibar Health Sector Public Expenditure Review 2010 (Examen 2010 des dépenses du secteur de la santé publique de Zanzibar), À paraître en mai 2011.
- OMS (2011), '10 Facts About Malaria' (10 faits concernant le paludisme), http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=2287:10-facts-on-malaria-in-africa&catid=1910&Itemid=2691, accessed 5/02/2011.
- OMS (2010), *World Malaria Report 2010, Executive Summary* (Rapport mondial sur le paludisme, 2010, Note de synthèse)

- Potter, B. et J. Diamond (1999), Guidelines for Public Expenditure Management (Directives pour la gestion des dépenses publiques), International Monetary Fund (Fonds monétaire international), 1999, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/expend/index.htm>, consulté en ligne le 03/03/2011
- Revolutionary Government of Zanzibar (Gouvernement révolutionnaire de Zanzibar) (2007), Zanzibar Strategy for Growth and Poverty Reduction (Stratégie pour la croissance et la réduction de pauvreté de Zanzibar), <http://www.unpei.org/PDF/TZ-zanzibar-strategy-growth-poverty-reduction.pdf>, consulté en ligne le 10/02/2011
- Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme) (2011), 'Fact sheet: Malaria in Africa' (Fiche descriptive : le paludisme en Afrique), <http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/370/RBMInfosheet_3.htm>, consulté en ligne le 2 février 2011.
- RTI (2009), 'Malaria control in Zanzibar', President's Malaria Initiative (Contrôle du paludisme à Zanzibar, Initiative du Président contre le paludisme), USAID, <http://www.rti.org/files/irs_country_brief_Zanzibar.pdf>, accessed 10/02/2011
- Sabot, Oliver, et coll. (2010), 'Costs and financial feasibility of malaria elimination' (Coûts et faisabilité financière de l'éradication du paludisme) The Lancet, 376 (9752), 1604-15.
- Snow, Robert W. et Marsh, K. (2010), 'Malaria in Africa: progress and prospects in the decade since the Abuja Declaration' (Le paludisme en Afrique : progrès et perspectives au cours de la décennie depuis la Déclaration d'Abuja), The Lancet, 376 (9735), 137-39.
- Snow, Robert W, et coll. (2010), 'Equity and adequacy of international donor assistance for global malaria control: an analysis of populations at risk and external funding commitments ' (Équité et bien-fondé de l'aide des donateurs internationaux pour le contrôle mondial du paludisme : une analyse des populations à risque et les engagements du financement extérieur), Lancet, 376, 1409-16.
- Yamey, Gavin (2004), 'Roll Back Malaria: a failing global health campaign' (Faire reculer le paludisme : une campagne mondiale de santé non réussie), BMJ, 328 (7448), 1086-87.
- Zambia, National Malaria Control Centre (Centre national de contrôle du paludisme) (ZNMCC) (2009), 'Zambia Achieves Impact on Malaria: Using Results to Inform Actions (Fact Sheet)' [La Zambie a un impact sur le paludisme : se servir des résultats pour guider les actions (Fiche descriptive)], (Lusaka : ministère de la Santé, Zambie).
- Zanzibar Malaria Control Programme (Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar) (2009), 'Malaria Elimination in Zanzibar: A Feasibility Assessment ' (Éradication du paludisme à Zanzibar : une évaluation de la faisabilité), (Zanzibar : ministère de la Santé et de l'Aide sociale).
- WRA (2007), National Alliance in Tanzania since 2004 (Alliance nationale en Tanzanie depuis 2004), White Ribbon Alliance (Alliance du ruban blanc), Septembre 2007

Annexe A Liste des personnes consultées

| Nom | Organisation | Poste |
|---------------------|---|--|
| Mohamed S Jiddawi | Ministère de la Santé | Secrétaire principal |
| Khamis M. Omar | Ministère des Finances et des Affaires économiques | Secrétaire principal |
| Addul Latif | Ministère de la Santé | Directeur de la politique et de la planification |
| Dr. Dahoma | Ministère de la Santé | Directeur des services préventifs |
| Moritz Piatti | Ministère de la Santé | Membre de l'ODI |
| Omar Mwalim | Ministère de la Santé | Coordinateur de l'aide extérieure |
| Abdullah S Ali | Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar | Responsable de programmes |
| Mwinyi Msellem | Programme de contrôle du paludisme de Zanzibar | Responsable adjoint de programmes |
| Sharif Ali Shauri | Ministère des Finances et des Affaires économiques | Haut fonctionnaire du budget |
| Mohammed Abdulla | Ministère des Finances et des Affaires économiques | Haut fonctionnaire du budget |
| Ranil Dissanayake | Ministère des Finances et des Affaires économiques | Conseiller en efficacité de l'aide |
| Bruno Moonen | Initiative d'accès à la santé, Fondation Clinton, Kenya | Directeur |
| Faki Macanwe Jaki | Équipe de gestion de la santé de districts | Agent de santé publique de districts |
| Menuu J Ibrahim | Équipe de gestion de la santé de districts | Médecin de districts |
| Mwaminie J Muhidini | Équipe de gestion de la santé de districts | Administrateur de districts |