

ECLAIRAGES - LIGHTINGS

Cameroon Strategic Health Information Bulletin d'Informations Sanitaires Stratégiques - Cameroun

Editorial: la malédiction du retard!

Si la grossesse débute par un «retard» désiré, elle doit impérativement rompre avec le cercle vicieux des «3 retards» qui transforment trop souvent l'accouchement en sentence de mort. Le recours et l'accès aux soins adéquats de qualité en temps opportun doivent être anticipés, faute de quoi souffrance et catastrophe familiale remplacent la joie. Le laisser-faire et la négligence individuelle, familiale et communautaire altèrent la perception des situations à risque autant que la méconnaissance des signes d'alerte et de danger retarde le recours aux soins. Si la vitesse sur nos routes est criminelle, l'enclavement et la rareté des véhicules en zones rurales s'allient à la pauvreté monétaire pour devenir encore plus meurtrières pour la femme enceinte. La désertion par les soignants des centres de santé sous équipés et les ruptures de médicaments font ici déborder le vase en privant la parturiente de soins obstétricaux de qualité. La superposition des cartes de mortalité maternelle (4500 décès annuels) et de la pauvreté est inacceptable; 4/10 régions avec les taux de CPN4 et d'accouchements assistés plus bas que la moyenne nationale de 62% enregistrent 2/3 des décès. 40% (55% dans les villages) de camerounais sont pauvres et pourtant la CPN et l'accouchement sont payants sur l'étendue du territoire ...

Editorial: Damned Delay!

Pregnancy usually begins with desired delayed menses but should as a matter of urgency break the vicious cycle of delays that too frequently change delivery into death sentence. Referral to health facility and timely access to appropriate quality care must be anticipated; in deed delay here changes the joy into distress and family catastrophe. The laisser-faire, and the individual and family neglect lead to altered perception of pregnancy related risks. Ignorance of warning signs delays care seeking. While speed on our tarred roads generate a heavy death toll, poor road network and scarcity of vehicles and, poverty synergise to kill more pregnant women in rural and remote areas. Poorly equipped and understaffed rural health centres as well as frequent stock-outs are actually preventing pregnant women to access the care they need most. The overlapping maps of maternal mortality (4500 deaths annually) and poverty in Cameroon is unacceptable. 4/10 regions bearing two third of the death toll are those with lower coverage rates of antenatal care visits and skilled birth attendance in comparison to the overall 62% nationwide. 40% (55% in villages) of Cameroonians live below the poverty line nonetheless, antenatal care visits and delivery still require fees for service nationwide...

SANTÉ MATERNELLE & INFANTILE **FOCUS** MATERNAL & CHILD HEALTH

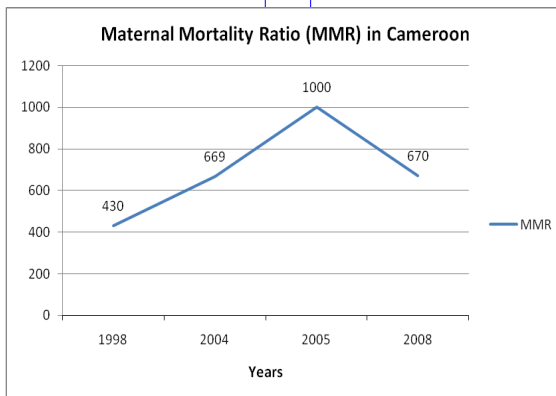
ACCOUCHER DEMEURE SYNONYME DE PEINE DE MORT *** DELIVERY IS STILL A DEATH SENTENCE

En dépit des approches basées sur les données probantes pour réduire la mortalité maternelle, des milliers de camerounaises continuent de mourir des suites de leur grossesse. si l'engagement du Cameroun à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) a constitué un tournant positif pour faire face aux défis du développement, force est de constater pour le déplorer que l'espoir est menu que l'OMD n° 5 soit atteint.

La première cible de ce dernier, visant à réduire de 3/4 la mortalité maternelle en 2015, stagne voire régresse. En effet, les deux indicateurs clés - taux de mortalité maternelle (670 pour 100 000) et taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié (62%) - sont bien loin des cibles. De plus, entre 1998 et 2005, le premier a doublé cependant que le second diminuait entre 1991 et 2004. Quelles en sont les causes? La crise économique ou le recouvrement des coûts?

Despite common knowledge of evidence based approaches to reducing maternal mortality, thousands of Cameroonian women continue to die from pregnancy related causes. If the endorsement by Cameroon of the United Nations' Millennium Development Goals (MDG) constituted a positive turning point towards addressing major developmental issues, we are forced to acknowledged that ten years down the line there is little hope that the MDG5 to reduce maternal mortality and improving maternal health can be reached.

The first component of the MDG5, to reduce by 3/4 the maternal mortality rate by 2015 is stagnant or even worsening. In deed the two key indicators - maternal mortality rate (670 per 100,000) and skilled attended delivery rate (62%) - are far from targets. Further, between 1998 and 2005, the maternal mortality rate doubled while skilled attended delivery rate dropped between 1991 and 2004. what are the causes? Is it the economic crisis or fees fro services?



Au moins 4500 Camerounaises meurent chaque année des suites d'accouchement!

Soit le double des victimes d'accidents de la route, au moins 3000 veufs, 15000 orphelins!

More than 4500 Cameroonian women die each year following childbirth!

That's the double of victims of road accidents, at least 3000 widowers, 15000 orphans!

SAUVER LES CAMEROUNAISES ENCEINTES

Deux stratégies efficaces susceptibles de sauver les Camerounaises enceintes sont entre autres:

A - la nécessité pour le gouvernement et les intervenants de reconnaître les priorités et de véritablement s'engager à atteindre l'OMD n°5 dont chacune des composantes requiert des modifications importantes dans le déploiement des ressources financières et humaines, dans les pratiques médicales et médicosanitaires et, dans les attitudes des usagers des services de santé. La collaboration entre tous les intervenants est impérative.

B - la nécessité de mettre en œuvre des interventions fondées sur les données probantes pour améliorer la survie maternelle. Des expériences dans les pays en développement montrent que les interventions décrites ci-après peuvent réduire de 20 à 30 % les décès maternels:

1. L'accès universel aux services de contraception et de planification familiale réduit les taux de grossesses non désirées et des avortements ainsi que celui de la morbi-mortalité y afférent de l'ordre de 90 %.

2. L'accès universel aux soins post abortum lorsque l'avortement n'est pas légal; en effet, en Afrique, les avortements clandestins provoquent 4% des décès maternels totaux et 50% des décès maternels en milieu hospitalier.

3. L'extension de la couverture des consultations prénatales notamment recentrées; en effet, celle-ci est fortement associée à l'utilisation des maternités et des autres services de santé maternelle.

4. Le renforcement des capacités pour des soins intra-partum de qualité; l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans une formation sanitaire améliore l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. La sous utilisation des SOU s'illustre par le taux de césarienne à 2% au Cameroun contre le minimum de 5% recommandé par l'OMS.

5. Le renforcement des soins néo nataux est impératif car plus de 60 % des décès maternels se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement.

6. La participation communautaire proactive est efficace car elle permet l'appropriation des messages et des efforts de promotion de la santé par les communautés ainsi que la meilleure utilisation des services de santé.

**** SAVING PREGNANT CAMEROONIANS**

Two strategies are potentially effective to save pregnant Cameroonians.

Firstly, it is necessary for the government and stakeholders to recognise priorities and to commit themselves for the achievement of the MDG5. Every component related to MDG5 require dramatic paradigm shift in the deployment of health resources (finances, human resources, medical practices) and patient attitudes. Therefore, frank collaboration amongst community actors and stakeholders is an imperative.

Secondly, evidence based interventions for improving maternal survival must be implemented. There are several evidence -based interventions tested in developing countries that can reduce 20– to 30% of maternal deaths; they are listed below:

1. Universal access to contraception and family planning services reduce the numbers of undesired pregnancies and unsafe abortions therefore reducing up to 90 % of related morbidity and mortality.

2. Universal access to post-abortum care when abortion is illegal; in deed in Africa, unsafe and clandestine abortions cause 4% of total maternal deaths and 50% of in-facilities maternal deaths.

3. Expanding refocused antenatal care coverage; antenatal care one of the factors most strongly associated with the use of comprehensive maternal and child health services.

4. Capacity Building for quality intra-partum care: skilled attended delivery at the health facility constitute one of the best pay back to provide and deliver the appropriate emergency obstetric care. Sub optimal utilization of emergency obstetric care is illustrated by the low rate of caesarean section rate (2%) in Cameroon falling short of the WHO recommendation (at least 5%).

5. Strengthening postnatal and neonatal care is an imperative because the first 24 hours after delivery are the more risky with almost 60% of maternal deaths occurring in that period.

6. Proactive community participation in maternal health services is effective because it increases ownership of relevant messages and efforts of health promotion the communities and lead to better use of services.

Some Indicators relative to Mother and Child Health and Services (WHO, 2010; NMCP; EPI)

- ANC-4: 60%
- ANC-1 by qualified personnel: 82%
- Skilled attended delivery: 62% (between 2000 and 2008)
- HIV prevalence in ANC clinics: 6.52%
- HIV prevalence in delivery rooms: 14.2%
- HIV prevalence among pregnant women: 7%
- HIV prevalence in general population: 5.1%
- Syphilis and Anaemia screening rate among pregnant women: unknown
- Coverage rate of IPT3 : less than 50%
- Immunisation coverage: Measles 80% - Pentavalent 82%
- Coverage rate of vitamin A: 57,7% of children aged between 0 to 59 months

TRANSFERTS MONÉTAIRES CONDITIONNELS/CHEQUE SANTÉ * CONDITIONAL CASH TRANSFER/HEALTH VOUCHER
I. Efficacité

Le transfert monétaire conditionnel (TMC) et le chèque santé (CS) sont des dispositifs de financement de la demande de services sociaux sous forme d'exemption du paiement du recouvrement des coûts - donation d'argent liquide (TMC) ou chèque/voucher (CS) - subordonnés à une modification de comportement des bénéficiaires lorsque la pauvreté constitue la principale barrière d'accès.

Ces dispositifs visent à encourager l'utilisation des services sociaux essentiels par les ménages les plus vulnérables dans un triple souci d'équité, de protection des droits humains et de préservation de la santé de la population par les autorités qui supportent la subvention dans la quête du bien public. L'autorité signe un contrat tacite avec les ménages bénéficiaires pour une compensation financière dont le montant est fixé d'avance en échange de l'utilisation conforme de certains services sociaux tels que l'éducation de base, la santé et la nutrition [Lagarde 2007]. Leur instauration dans les pays en développement fut suggérée et mise en œuvre dans le but d'améliorer l'accessibilité des services sociaux pour certaines couches vulnérables exclues en raison des barrières financières ou culturelles.

La recherche des bases de données factuelles - Cochrane Library, PubMed, EMBASE - nous a fourni une revue systématique et une synthèse de la même revue. La RS a analysé 29 études de soutien de la demande dont six seulement comportaient une évaluation de TMC. Le tableau en page 4 résume les principales trouvailles relatives à l'efficacité. A ce jour, peu d'expérimentations rigoureuses sont disponibles en Afrique Sub Saharienne. Des programmes évalués en Amérique latine - Brésil, Chili, Colombie, Mexique, Equateur, Honduras, Nicaragua-, en Asie - Bangladesh, Cambodge, Pakistan - et en Afrique - Burkina Faso, Lesotho-, seul le programme PROGRESA au Mexique a fait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse et systématique [Gertler, 2004 ; Gertler, 2009]. Les CS quant à eux ont été évalués en Afrique orientale - Ouganda, Tanzanie - pour favoriser l'utilisation des MII et en RCA dans la lutte contre les IST.

Les évaluations de l'impact positif de ces dispositifs pour certains services de médecine préventive - vaccination, lutte contre la malnutrition, surveillance de la croissance infantile - en Amérique Latine, n'ont pas été confirmées pour les soins curatifs encore moins pour leur rapport coût-efficacité. Succès en matière d'investissement social car améliorant les taux de couverture vaccinale et d'inscription scolaire et réduisant les taux de malnutrition, le succès était conditionné notamment par la certitude que i) l'argent était la principale barrière, ii) le montant proposé était significativement attractif pour les familles réellement démunies et iii) les services étaient disponibles et capables de prendre en charge la nouvelle demande suscitée.

I. Effectiveness

Conditional cash transfer (CCT) and health voucher are financial tools to support the demand for social services acting as exemption schemes - cash or vouchers - in exchange of behavior change amongst recipients in contexts where poverty constitutes a barrier to accessibility of social services.

These devices were designed to encourage the use of basic social services by the most vulnerable households in a triple concern of equity, protection of human rights and preserving the health of the population by the public authorities who supports the grant in their quest of public welfare. The terms of the tacit contract between the authority and households are for the authority to provide financial compensation for a predefined amount of money and for the household to use consistently certain social services such as basic education, public health and nutrition programmes [Lagarde 2007]. The establishment of these tools in developing countries have been suggested and implemented to improve accessibility of social services for certain vulnerable layers and poor excluded due to financial or cultural barriers.

Our search for evidence on the effectiveness of these programs - Cochrane Library, PubMed, EMBASE - has provided us with one systematic review and a synthesis of the same review. The review analyzed 29 studies relative to demand-side financing mechanisms including six evaluations of CCT. The table on page 4 summarizes key findings related to CCT effectiveness. There are few rigorous impact evaluation of CCT programs in sub Saharan Africa. From all impact evaluations of CCT programs in Latin America - Brazil, Chile, Colombia, Mexico, Ecuador, Honduras and Nicaragua -, in Asia - Bangladesh, Cambodia and Pakistan - and, Africa - Burkina Faso and Lesotho, only the Mexican PROGRESA underwent a robust scientific methodology [Gertler, 2004; Gertler, 2009]. Health vouchers have been evaluated in Eastern Africa - Uganda and Tanzania for the use of mosquito nets and in Central African Republic for sexually transmitted infections.

The positive impact of these mechanisms on the use of for certain services of preventive medicine - vaccination, fight against malnutrition, infant growth surveillance - in Latin America, have not been confirmed for the use of curative care nor their cost-effectiveness. Considered as an effective social investment for improving immunization coverage and school enrollment rates and reducing malnutrition, the determinants of success were the certitude that: i) money was surely the main barrier, ii) the amount proposed was significantly attractive for truly needed families and iii) the services were available and able to support new demand.

TRANSFERT MONÉTAIRE CONDITIONNEL/CHEQUE SANTÉ ** CONDITIONAL CASH TRANSFER/HEALTH VOUCHER

2. Les considérations de mises en œuvre

La plupart des études ont été réalisées dans des pays dont le niveau de revenus est au dessus de celui du Cameroun avec une meilleure couverture sanitaire géographique. Les enfants des ménages les plus défavorisés ont tiré les meilleurs bénéfices des programmes. Le ciblage des ménages les plus démunis est une des conditions du succès. Aucune évaluation du rapport coût-efficacité de ces programmes n'étant disponible, il est judicieux d'analyser les options alternatives potentiellement plus efficaces et de mise en œuvre facile telles que la gratuité des mêmes services qui a démontré son efficacité dans la levée des barrières d'accès – ARV, traitement de la tuberculose. La capacité à identifier justement les ménages éligibles et à contrôler la distribution et l'effectivité de l'utilisation conforme des services représente une des contraintes du dispositif.

Le succès dépend fortement de l'ampleur de la faible utilisation et des causes de l'inaccessibilité des soins et services. L'analyse judicieuse de l'importance relative des barrières financières, géographiques, ou autres telle que l'insatisfaction vis-à-vis de la qualité des soins et services.

2. Implementation considerations

Most studies were conducted in countries whose income is at the top of the Cameroon with better geographical health coverage. Targeting the poorest households is one of the conditions for the success of the CCT. Children from poorest households have gather best benefits from CCT programs. Targeting the poorest households is one of the conditions for the success of the CCT. No cost effectiveness evaluation report of these programs is available, it is advisable to analyse potentially more efficient alternatives and implementation easy, such as the same services free has demonstrated its effectiveness in the lifting of barriers to access - example of ART and Tuberculosis treatment. The capacity to identify eligible households and control the distribution of the CCT and the effectiveness of the consistent use of services represents one of the critical constraints of the device.

The success strongly depends on the depth of low utilisation of services and the very reasons of inaccessibility to care and services. Comprehensive assessment of barriers - financial, geographical, cultural or others such as dissatisfaction with the quality of healthcare delivery and services.

Benefits for children	Effects	Quality of evidence - GRADE [1]
Use of services	<ul style="list-style-type: none"> Increase in the Conditional Cash Transfer group 27% returns individual and voluntary HIV counseling service 2.1% of the daily visits 11-20% of the number of children consulted 23-33% of the number of children < 4 years old completing preventive health consultations 	+++ (Moderate)
Immunization coverage	<ul style="list-style-type: none"> Mixed effect Increase vaccine BCG and cover specific and temporary manner in some groups VAR No change in study 	++ (Moderate)
	<ul style="list-style-type: none"> Effects mixes on anemia Positive feedback from the Moms on children's health 22-25% Of children morbidity reduction < 3 years 	+++ (Moderate)
Growth monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Mixed effects Growth in some studies Decrease in the number of children malnourished (Gretler, 2000) No impact (Anatasio, 2005) 	Unrated
Behavioral disorders	PROGRESA - Mexico shows the indirect effects	Unrated

[\[1\]](#)The quality of evidence is the judgment on the degree to which we remain confident about the outcome or the accuracy of the effect. These judgments are made using the rank system and are provided for each result. These judgments are based on study (randomised studies versus observational studies), model type risk of bias, consistency of results across studies, and the accuracy of the overall estimate across studies. For each outcome, quality of obviousness is qualified either high, moderate, low or very low.

High (++++) : in-depth research would probably not change the meaning of this outcome.

Moderate (+++) : in-depth research would likely impact important on our confidence in the result and can change the meaning of this outcome.

Low (++): in-depth research would most likely have a significant impact on our confidence in this result and could probably change the meaning of this outcome.

Very low (+) : we are uncertain of the result.

LECTURE SOCIALE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE *** SOCIAL REPRESENTATION OF MATERNAL MORTALITY

Parcourir les représentations des femmes sur la mortalité maternelle peut éclairer sur la détermination des nœuds qui structurent la décision et le processus du recours à la formation sanitaire pour cause d'accouchement. Cette approche dévoile le lien entre divers problèmes perçus par les femmes et la chronologie des réponses apportées autant que les rationalités sous-jacentes.

Les risques liés à l'accouchement, dont la mortalité, apparaissent comme naturels pour des raisons différentes de celles des prestataires de soins. La maternité, qui recèle des enjeux sociaux divers, est un risque accepté car la contrepartie sociale de la maternité est élevée. L'accouchement est un phénomène social majeur en Afrique où plus que la sexualité, il participe de la construction de l'identité féminine (Héritier, 1996), de l'intégration sociale et du statut féminin (Journet, 1989; Dozon, 1994; Mimche et al., 2007). Ce contexte de pression de l'enfantement (Mimche et al., 2007) explique en partie la surnatalité chez les africaines, mais aussi la gestion sociale du cours de l'accouchement. Les preuves de dysfonctionnements du système hospitalier ne peuvent occulter le fait que majoritairement les femmes accouchent hors des formations sanitaires en zone rurale. Dans les villes, le centre de santé ou l'hôpital n'est parfois qu'un simple « lieu d'expulsion », la phase de travail étant préalablement gérée par divers intervenants - famille, prêtre, pasteur, marabout, tradipraticien, etc.

Deux images fortes illustrent la perception qu'ont les femmes de l'accouchement, le combat et l'incertitude de l'issue. L'accouchement est l'affrontement des forces de vie et de mort, car la « transmission du fil de la vie » (Abéga, 2005) ne se fait pas sans résistance des forces occultes et contraires dont parfois l'enfant, lui-même venu de l'au-delà peut en être le suppôt chargé d'emporter sa mère. Cette allégorie fait de la femme en parturition la proie de forces occultes (sorciers ennemis invisibles mais présents...). Et les alliés ont pour rôle de prévenir et d'annihiler les actions de ces forces occultes d'où le recours aux religieux ...

En somme, cette perception sociale des risques de l'accouchement influe sur les types d'itinéraires et la décision de recours aux soins. Parce qu'il existe des maladies comme le « mekaï », 'les sorts' qui sont redoutés et relèvent d'un registre de soins spécifiques connus des familles, l'accouchement demeure un événement encore fortement sous la coupe familiale. La famille ou les familles constituent l'instance de décision majeure (belle mère, mère, matrones mais aussi le mari ou le beau-père) quant aux choix du moment et du type de recours mais aussi sur la séquence et l'agencement des étapes y compris le recours à la formation sanitaire.

Questioning socio cultural views and representations of women on maternal mortality can enlighten the determinants and bottlenecks on the decision making process for health-care seeking for skill attended delivery in a formal health facility. This approach unveils linkages between several problems perceived or experienced by women and the chronogram of responses as well as the underlying rationalities.

Delivery related risks, including death, appear as natural for reasons quite different from those identified by of formal health providers. Motherhood related risks are accepted in exchange of the high socio-cultural rewards attached to it. Childbirth, more than sexuality, is a major socio-cultural phenomenon in Africa as it participates to the construction of female identity (Heritier, 1996), to her social integration and her female statute (Journet, 1989; Dozon, 1994; and Mimche et al. 2007). The pressure surrounding childbirth (Mimche et al, 2007) partly explains high fecundity rate among African women as does the social management of delivery. Evidence on several failures of the formal health services to provide appropriate care to pregnant women should not hide the reality that a large proportion of pregnant women in rural areas give birth outside of a health facility. Even in urban areas, health facilities are perceived just as "expulsion place" because all the labor phase is usually managed outside of the facility by several interested parties and actors - family, priest, pastor, marabout, traditional healer etc. Two meaningful pictures illustrate women perceptions on delivery: the battle and the uncertainty about its outcome. Delivery is the confrontation between the forces of life and death, because "life wire transmission" (Abéga 2005) cannot happen peacefully without the resistance of occult and opposing forces including, sometimes, the baby himself who "come from the beyond" and may represent the one "sent" to kill his mother. This allegory transforms the pregnant women into a prey for occult forces (invisible sorcerers and witchcraft but almost on the scene...). In this battle, the allies designated to protect the pregnant women and to annihilate the occult actions and forces are usually family members, religious healers or traditional hawkers...

In short this social perception of the risks during delivery affects profoundly the care seeking behaviors and the different itineraries used by women. Because there are traditionally known illnesses such as 'mekai', 'witchcraft' which are frightening and threatening for pregnant women, some families tend to seek specific care, thus contributing to hold the child delivery under the influence of the families. The family or the families constitute the lead decision maker (mother in law, mother, matrones but also husband or father in law) with regard to the timing, the choice and the sequencing of health-care seeking itineraries of pregnant women including referral to a formal health facility.

CENTRE FOR THE DEVELOPMENT
OF BEST PRACTICES IN HEALTH
CENTRAL HOSPITAL- YAOUNDE

Avenue Henry Dunant - Messa Yaoundé 2
P.O Box 87 Yaoundé - Cameroun

Phone: + 237 22 08 19 19
Fax: +237 22 22 20 86

E mail : cdbpsh@yahoo.fr

www.cdbph.org

Volume III, N° I; Jan-Mar 2011

Saving Pregnant Cameroonians	2
Sauver les camerounaises enceintes	2
Conditional Cash Transfer -	3-4
Transfert monétaire conditionnel	3-4
Social representation of maternal	5
Représentation sociale de la mortalité maternelle	5
Brèves du CDBPS	6

Recommended Readings on CCT

1. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and uses of health services in low and middle income countries (Review), Cochrane Database of Systematic review, 2009.

2. Tomas P. Do conditional cash transfers improve the uptake of health interventions in low and middle-income countries? A Support Summary of a systematic review. August 2008. <http://www.support-collaboration.org/summaries.htm>.

3. Gertler P. Do conditional cash transfers improve child health? Evidences from PROGRESA control randomized experiment? American Economics review 2004; 94:336-41

Brèves du CDBPS

1. Formation à la conduite d'une revue systématique 2011 : le Centre en collaboration avec la South African Cochrane Center a organisé deux ateliers de formation pour la conduite des revues systématiques selon la méthodologie de la Collaboration Cochrane. Le premier destiné à la promotion 2009 a permis aux uns et aux autres de passer en revue le chemin parcouru depuis la formation de Décembre 2009 et d'identifier des sujets potentiels de revue systématique. Le deuxième atelier a vu la participation d'enseignants chercheurs de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé et de la faculté de médecine et de sciences pharmaceutiques de l'Université de Douala.

2. Prise de décision éclairée par les données probantes en santé publique: en collaboration avec le département de santé publique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, un atelier de deux jours a permis à huit étudiants en master de santé publique d'être édifiés sur les concepts et principes de la démarche, le cycle de la prise de décision éclairée et les ressources disponibles permettant d'accéder aux bases factuelles. L'objectif visé était de leur permettre de mieux appréhender les défis de la préparation de leur projet d'intervention.

3. Premier Symposium sur la Recherche sur les Politiques et Systèmes de Santé à Montreux - Novembre 2010: le Centre a activement pris part au tout premier symposium sur la recherche sur les politiques et systèmes de santé organisé sous l'égide de l'OMS sous le thème de l'Accès Universel aux services de santé. Le Centre y a présenté un poster sur la démarche du Concours de Qualité comme approche de passage à l'échelle d'une stratégie de planification. Par ailleurs, une séance sur les données probantes disponibles ou manquantes pour la gestion des ressources humaines en santé a été conjointement organisée par le Norwegian Knowledge Centre for the Health Services et le Centre. Le travail collaboratif entre Global Health Unit de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Centre sur l'impact des activités d'accélération de l'élimination de la rougeole a été présentée.

4. Coûts de la prise en charge à l'Hôpital Central de Yaoundé: l'équipe d'économistes du Centre a fini son projet de recherche sur l'estimation des coûts de la prise en charge des principales maladies prises en charge en hospitalisation dans les services de l'Hôpital Central de Yaoundé. Cette enquête auprès de 346 patients et garde-malades effectuée au cours du premier semestre 2010 révèle que: le coût journalier varie entre selon les services et la structure des coûts est largement grevée par les frais de médicaments et des examens. Il est observé une très grande disparité dans les coûts encourus par les patients souffrant d'une même pathologie en raison de l'absence de protocoles standardisés de prise en charge et parfois de la multiplicité des prescripteurs qui parfois se contredisent. L'incidence des dépenses dites catastrophiques est supérieure à 90% quelque soit le seuil de définition si l'on s'en tient aux déclarations de revenus par les patients.