



Independent observer
of the Global Fund

Ce que le C19RM révèle de notre empreinte sur les systèmes de santé

Au cours de ma dernière mission, un collègue d'un pays d'Afrique francophone, qui travaille depuis plus de 30 ans dans le système de santé de son pays, et qui occupe un poste de direction au sein du ministère, m'a accueillie avec ces mots : « tous ces millions investis dans notre pays pour améliorer le système de santé et l'offre de soins. Et au final, face à l'urgence de la COVID-19, aucune formation sanitaire n'est en mesure de dépister rapidement, et de fournir des soins de qualité. Qu'a-t-on fait de tout cet argent ? Est-ce que toute cette aide a servi à quelque chose de pérenne ? ».

Cette idée que les résultats ne sont pas à la hauteur des investissements des bailleurs en santé nous tarade tous, et nous sommes bien incapables de démêler le vrai du faux car nous n'avons jamais défini d'indicateurs de coût-efficacité, ni d'enveloppe par pays qui, au bout du compte, devrait suffire à renforcer le système, et ce, « pour toujours ». Mais nous sentons bien que certains indicateurs restent en berne, que la mortalité maternelle et néonatale est toujours bien trop élevée dans les pays en développement, que mourir du paludisme à l'heure où le traitement est simple et accessible est inadmissible, et que l'accès à l'eau et à l'hygiène, prémices d'une bonne santé, ne devrait plus être une question, encore moins dans les formations sanitaires qui en sont privées.

Et pour alimenter cette question de l'impact de nos actions, et de leur durabilité, la bataille contre la COVID-19 est un bon baromètre. Car face à cette pandémie qui ne laisse pas de répit, tous les fondements posés par la lutte contre les maladies infectieuses auraient dû nous aider. En effet, la logique est la même : il faut surveiller la maladie, dépister pour identifier les malades, les isoler et les traiter, et tracer leurs contacts pour éviter la transmission. Tester-isoler-traiter, les 3 piliers de la lutte contre les maladies infectieuses.

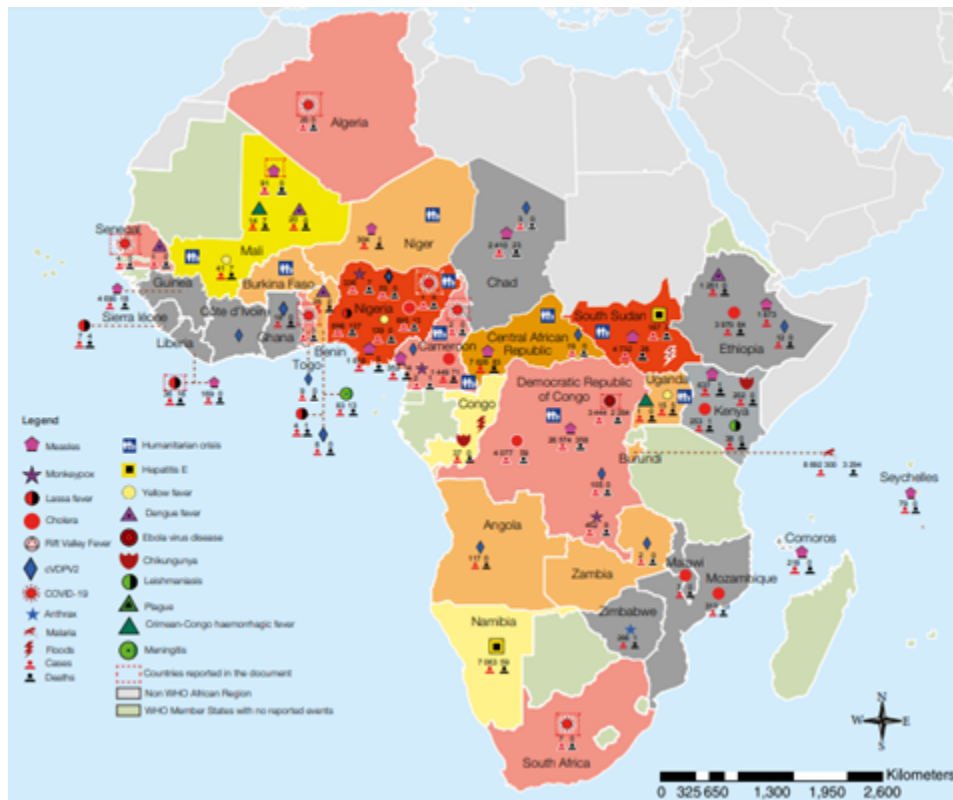
Or, quelle n'est pas notre surprise de constater que dans de nombreux pays d'Afrique, cette stratégie,

pourtant bien rôdée par les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la Tuberculose, a peine à se mettre en place pour lutter contre la COVID. La notion même de population vulnérable ou de groupes cibles, chère à la lutte contre les 3 pandémies, n'était pas au cœur des stratégies COVID-19. Alors que nous avons appris, après quelques mois seulement de réponse à la COVID-19, que certaines personnes présentaient des risques supérieurs d'infection, et de développement de formes graves de la maladie. Ce sont ces dernières qui devaient donc en priorité être protégées, dépistées et soignées.

Surveiller et dépister

Parlons de surveillance et de dépistage : tous les pays ont été débordés au début de la pandémie, manquant de tests, d'intrants, de main d'œuvre, et dans les pas à faibles revenus, de compétences. Mais après 18 mois de pandémie, force est de constater que les stratégies de dépistage sont toujours en friche dans de nombreux pays, reposant sur le dépistage passif des patients qui se présentent de manière spontanée. La généralisation de l'utilisation des tests antigéniques, faciles d'utilisation et recommandés pour une décentralisation du dépistage jusqu'au niveau communautaire, peine à se faire, d'autant plus que les ministères rechignent à utiliser les acteurs communautaires dans cette tâche. Alors même que les organisations de la société civile pratiquent le dépistage du VIH depuis des années, et que l'autotest est maintenant déployé avec l'aide des OSC, dans la plupart des pays de la sous-région. Il en résulte une mauvaise connaissance de la circulation du virus, et de ce fait, une recherche active des cas très insuffisante.

L'une des raisons vient des progrès très lents en matière de surveillance à base communautaire, alors que cette activité est indispensable pour alerter les autorités sanitaires en cas de résurgence épidémique, situation hautement probable sur le continent africain, comme le montre la carte élaborée par l'OMS pour ci-dessous :



Carte 1 : Urgences de santé publique dans la région Afrique, source : Weekly Bulletin from the WHO Health Emergencies Programme, semaine du 2-8 mars 2020

Malgré les programmes d'appui, force est de constater que la surveillance, en particulier dans la communauté (où se produisent les contaminations), est encore insuffisante. Cela est lié notamment à la

structuration encore parfois faible de la santé communautaire et du rôle des agents de santé communautaire (ou relais communautaires) et à la faible remontée des données au travers d'un système unique qui se met progressivement en place.

Une majorité de pays africains disposaient de plans de contingence élaborés sans appropriation au sein des ministères, peu opérationnels en l'état, et porteurs d'une vision très théorique basée sur les piliers de la réponse aux urgences. Malgré les efforts conjugués des partenaires comme l'OMS, le CDC Afrique, l'Unicef et les ONG internationales qui répondent aux urgences humanitaires, ces plans requéraient une phase de questionnements opérationnels afin de se traduire en activités de dépistage, traçage, isolement et prise en charge.

Traiter

La grande majorité des cas de COVID-19 se sont révélés bénins et n'ont pas requis de traitement particulier excepté l'isolement au domicile. En revanche, pour les patients développant des formes graves, la majorité atteints de comorbidités (VIH, TB, diabète sucré, hypertension), le traitement, en particulier la mise sous oxygène médical à haut débit, s'est révélé un défi important. Cette situation a jeté une lumière crue sur l'insuffisance de structures de troisième niveau, bien équipées, dotées de personnel médical formé et rémunéré. Elle a également encore creusé l'inégalité dans l'accès à ces soins, car le coût d'un séjour en réanimation se révèle tellement élevé, dans des pays où les systèmes de protection sociale sont inexistantes ou balbutiants, que la plupart des patients ne se présentent que tardivement, ou ne fréquentent pas les hôpitaux, plus particulièrement les structures privées. Il y a à ce jour encore peu d'études sur la barrière financière dans la décision de recourir au test et à une structure de soins, mais le fait que les patients arrivent tardivement dans les formations sanitaires (au Mali, selon le cluster santé, 69% des patients atteints de COVID arrivent alors qu'ils sont déjà en détresse respiratoire et souffrent de lésions pulmonaires). On note des disparités très grandes dans le coût des tests (allant de la gratuité à plusieurs dizaines de dollars) mais ils ne sont pas souvent gratuits. En matière d'hospitalisation, ce sont les coûts annexes au traitement COVID qui sont insoutenables pour la plupart des patients : analyses pour les patients atteints de comorbidités, traitement de ces comorbidités, repas, frais administratifs, gonflant la facture à plusieurs milliers de dollars (5200\$ dans un hôpital de Kinshasa par exemple).

Le Fonds mondial peut-il devenir un acteur du renforcement de la réponse aux urgences épidémiques ?

Dans ce contexte, quel peut être le rôle du Fonds mondial, qui aspire à contribuer, par ses subventions, à une meilleure préparation des pays récipiendaires aux urgences épidémiques, comme le propose la prochaine stratégie en cours de finalisation ?

En l'état, le Fonds mondial ne peut jouer qu'un rôle marginal dans la réponse aux urgences épidémiques. Le processus d'élaboration des subventions C19RM l'a démontré : le Fonds mondial n'a pas développé les outils adaptés à une réponse d'urgence, et son appétence quasi nulle au risque rend impossible une réponse adaptée aux urgences. Par ailleurs, le type d'activités financées habituellement par le Fonds mondial s'adapte mal à l'urgence de sauver des vies : les traitements des comorbidités ne sont pas couverts, la malnutrition (facteur de risque aggravé pour les patients) n'est pas prise en compte, les procédures de passation de marchés pour approvisionner en intrants et en équipements sont beaucoup trop longues, et les acteurs en charge de la mise en œuvre (les bénéficiaires principaux) ne sont généralement pas formés à la réponse d'urgence. Il y aurait donc de grands changements à opérer en interne pour que l'action du Fonds en matière de réponse aux urgences soit réactive et adaptée aux besoins (et non pas des besoins adaptés aux procédures du Fonds).

Il faut donc imaginer le Fonds mondial dans un autre rôle : celui d'appui aux ministères dans la structuration et l'intégration dans le système de santé de leur réponse à la prise en charge des urgences épidémiques. Dans de nombreux pays, la préparation est insuffisante, la gestion des urgences

épidémiques est placée sous la direction des urgences, mais cette dernière a peu de moyens pour former le personnel de santé, organiser des simulations régulières pour vérifier que le personnel de santé sait se servir des équipements de protection, que les formations sanitaires savent déployer en un temps record les zones de triage et de dépistage, connaissent le circuit de référencement et les principes de base de l'hygiène en milieux de soins. Dans certains pays d'ailleurs, la réponse à la COVID a été placée sous la primauté ou la présidence, et l'on a responsabilisé d'autres institutions que la direction des urgences, créant des conflits de gouvernance qui ont nui à l'efficacité de la réponse. La réintégration de la gestion des épidémies au sein du ministère est l'un des défis actuellement.

Le Fonds mondial pourrait également soutenir un effort d'apprentissage après chaque épidémie, afin de ne pas « recommencer à zéro » à chaque nouvelle résurgence, d'apprendre des erreurs et des succès, et de préparer la réponse aux épidémies les plus prévalentes telles qu'elles apparaissent sur la carte : choléra, Marbourg, Ebola, rougeole, fièvre jaune, ... Il pourrait soutenir l'OMS, qui cherche à formaliser le concept de Centre Opérationnel de gestion des Urgences de Santé Publique, organe consacré à la coordination de toutes les réponses d'urgence.

Enfin, et de manière régulière, les subventions du Fonds mondial doivent contribuer à financer des réponses qui construisent à la fois une capacité dans le domaine de la lutte contre les 3 maladies et dans la réponse aux épidémies en général. Ce soutien doit constituer les bases de la réponse à toute urgence épidémique en matière de surveillance, de dépistage et de référencement, depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau le plus spécialisé de la pyramide sanitaire. Le soutien à un « paquet minimal » susceptible de sonner l'alerte et de diffuser l'information sur les gestes de prévention, complété par d'autres actions visant à sauver des vies en période de résurgences épidémiques (dépistage intensifié, prise en charge et soins intensifs, communication des risques à saturation) serait une option car c'est dans cette recherche d'amélioration des mécanismes déployés en mode « urgence », au sein d'un ministère qui répond quotidiennement à certaines épidémies, que le triptyque des objectifs de la nouvelle stratégie : éliminer les 3 pandémies – renforcer les systèmes de santé – améliorer la préparation aux urgences épidémiques, sera productif.

[Read More](#)
