



## Augmenter le financement intérieur de la santé en Afrique : Enjeux et nécessité

Avec 1,3 milliard d'habitant(e)s, soit 17 % de la population mondiale, le continent détient la charge de morbidité la plus élevée au monde. 25% des malades de la planète, toutes pathologies confondues, sont africains. Dans un document publié en 2019, intitulé *A Heavy Burden: The Productivity Cost of Illness in Africa* (Le lourd fardeau du coût de la maladie pour la productivité en Afrique), [l'OMS estime à 2.400 milliards de dollars internationaux par an la perte de productivité due aux maladies et épidémies qui frappent la population des 47 pays de la région Afrique, soit 630 millions d'années de vie active perdues.](#)

Le même Rapport révèle que 14 millions d'Africain(e)s basculent chaque année dans la pauvreté à cause des dépenses en santé en constante augmentation. « [Avec une centaine d'urgences sanitaires par an, les coûts explosent pour les Africains, dont les paiements directs par habitant sont passés de 15 dollars en 1995 à 38 dollars en 2014](#) ». Le moins que l'on puisse dire c'est que la facture économique d'une santé défaillante est extrêmement salée pour l'immense majorité des populations pauvres et vulnérables du continent.

L'absence d'une politique panafricaine du médicament participe également de cette situation désastreuse. Alors que le marché du médicament s'élève à près de 1,2 milliard de dollars, le continent ne produit que 3% des médicaments consommés par ses habitant(e)s. Bien plus encore, la quasi-totalité (99%) des vaccins administrés en Afrique provient de l'extérieur. À cela s'ajoute le niveau de prévalence très élevé de faux médicaments. Cette prévalence représente en moyenne 20% à 40% des médicaments en circulation.

Plus largement, l'Afrique est malade de son système de santé. À Abuja en 2001, les pays africains

S'étaient engagés via la Déclaration d'Abuja à consacrer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Or, seuls deux pays en 2018 avaient atteint cet objectif au cours d'une année donnée. [Le Nigéria, pays hôte de la fameuse déclaration, n'a consacré que 4,1% de ses dépenses totales en santé.](#) De 2001 à 2015, « [les dépenses publiques en santé, en proportion de l'ensemble des dépenses, ont \[même\] diminué dans 21 pays africains](#) ».

Ce sous-financement chronique du système de santé en Afrique en général et en Afrique de l'Ouest et du Centre en particulier a nécessairement un impact majeur sur la performance dudit système. Comme on peut le constater en parcourant le tableau ci-dessous, si la couverture des soins prénataux de quatrième ligne varie de 40 à 90 %, il n'en demeure pas moins le financement intérieur est faible, tout comme les ressources humaines dans le domaine de la santé, les laboratoires, les données et les systèmes de chaîne d'approvisionnement – ce qui se traduit par une disponibilité et une prestation médiocres des services.

## PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LA RÉGION

*Un paysage diversifié dans la région avec des faiblesses notables du système*

Countries	Coverage	Human Resources for Health	Service infrastructure		Supply Chain		Health Financing		
	RBMCAH: Antenatal care coverage (4+)	Core health personnel (per 1000 population) - GHO	Density of health centres (per 100 000 population)	Density of hospitals (per 100 000 population)	Percentage of facilities with Essential Medicines	Percentage of facilities with Diagnostic capacity	Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % General Government Expenditure (GGE)	Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) per Capita in US\$	Out-of-pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHE)
Benin	52	7.5	5.5	0.4	41	51	4	6	44
Cameroon	59	10.2	0.8	0.8	52	78	3	9	79
Cape Verde	72	20.4	3.8	1.0			10	90	26
Central African Republic	38	2.7	2.0	0.5	27	37	5	2	43
Chad	31	4.1		0.7	44	31	6	6	81
Congo	79	17.2			17	37	4	30	50
Gabon	78	33.0	2.2	3.5			9	142	23
Gambia	78	17.3	1.7	0.7	46	56	3	4	24
Guinea	51	4.4	3.5	0.4	14	35	4	5	50
Guinea-Bissau	65	16.0	33.0	56.4	32	55	13	17	35
Liberia	78	1.4	1.0	0.4	44	42	4	10	47
Mauritania	63	12.1	3.8	1.0	26	32	6	17	51
Niger	39	3.6	5.0	0.5	41	36	6	6	59
Sao Tome and Principe	84	25.8	2.1		39		7	42	14
Senegal	57	3.8	0.5	0.2	30	45	6	18	51
Sierra Leone	78	3.0	1.2		31	33	8	10	42
Togo	57	3.5	10.9	0.6	39	40	4.3	7.8	50.4

\* L'évaluation de la performance est basée sur un benchmarking régional. La méthodologie complète de l'approche et les sources de données sont disponibles sur le RSSH Dashboard.

\* Sources des données : HFA (SPA, SARA, SDI) ; OMS, Observatoire de la santé mondiale ; OMS, Base de données sur les dépenses mondiales de santé. Année la plus récente disponible par pays.

TheGlobalFund

Densité des RHS pour 1,000 habitants en AOC : entre 1,4 et 33, et très loin du seuil recommandé par l'OMS pour la CSU (44,5 pour 1,000).

Dans ce contexte, l'émergence de la pandémie de Covid-19 n'aura fait qu'exacerber une situation déjà délétère.

La Covid-19 a mis en évidence le sous-investissement et par la même occasion, la vulnérabilité des systèmes de santé en Afrique.

En fait, tout en mettant à nu les inégalités sanitaires mondiales, « le chacun pour soi médical », le nationalisme vaccinal, la pandémie Covid-19 a également permis de redécouvrir la faiblesse criarde des

systèmes de santé africains. Entre les pays riches et les pays pauvres, entre les pays qui étaient en mesure d'acheter ou de produire les vaccins, les médicaments ou le matériel médical et ceux qui avaient des ressources extrêmement limitées, le fossé était énorme. Loin d'être considérés comme un bien public mondial, les vaccins contre la Covid-19 ont été distribués selon la loi du plus offrant. Les pays riches ont procédé à l'achat anticipé de quantités de doses excédant largement ce qui était nécessaire pour vacciner leur population entière. À titre d'exemple, le Canada a acheté des stocks équivalents à 9,6 doses par citoyen. Ces accords commerciaux entre l'industrie pharmaceutique et les pays riches ont exercé une pression à la hausse sur les prix des vaccins et réduit par ce fait même le nombre de doses auxquelles les autres nations, en l'occurrence les pays pauvres, pouvaient prétendre.

« S'il est admis que les pays ont une responsabilité morale prioritaire envers leurs propres populations, ceci exempte pas [...] du devoir de ne pas nuire aux efforts des autres pays et à leur capacité de remplir leur responsabilité envers leurs propres populations ».

Commission éthique de la science et de la technologie du Québec.

Source : [https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/actualites/ethique-hebdo/eh-2021-03-25/?fbclid=IwAR3Vs\\_fZzVuZfJYc5VW0W1r6DfNI2xUM0qRcMUOaNNXk5ZB3bbRHjCIZrkc](https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/actualites/ethique-hebdo/eh-2021-03-25/?fbclid=IwAR3Vs_fZzVuZfJYc5VW0W1r6DfNI2xUM0qRcMUOaNNXk5ZB3bbRHjCIZrkc)  
<https://www.cncd.be/covid-19-enjeu-brevets-vaccins-omc-pays-developpement>

À un moment donné de la crise, la quasi-totalité des pays africains dépendait des livraisons de vaccins distribués dans le cadre du programme Covax. L'Inde et l'Afrique du Sud ont milité en vain pour une dérogation temporaire aux règles de l'OMC afin d'accélérer la production et l'accessibilité des vaccins aux pays pauvres ou à revenus modestes. En février 2021, « [sept pays concentraient 80 % des doses administrées dans le monde, tandis que près de 130 pays n'en avaient encore administré aucune](#) ».

Une telle disparité interpelle autant qu'elle invite à l'action. Laquelle? S'il y a bien une chose que la pandémie nous a (re)appris, c'est la nécessité pour le continent africain de sortir de sa dépendance, de ses attentes démesurées à l'égard de la solidarité internationale pour s'engager progressivement, mais résolument vers le financement accru et indépendant de ses propres systèmes de santé. Pour ce faire, les gouvernants doivent avant tout cesser de percevoir les allocations en santé comme des gouffres financiers ou des dépenses optionnelles que l'on se plairait à sabrer lorsque vient le temps de financer des projets de prestige. La santé constitue un des secteurs névralgiques et indispensables dans lesquels l'Afrique doit investir si elle veut s'affranchir de la dépendance qui structure encore, à bien des égards, l'aide humanitaire et les relations Nord/Sud. L'ampleur des conséquences des prochaines crises dépendra des investissements actuels dans ce secteur. « Le sage ne s'afflige jamais des maux présents, mais emploie le présent pour prévenir d'autres », disait Shakespeare.

Les investissements du Fonds mondial et le cofinancement

Relativement aux VIH, à la tuberculose et le paludisme, le Fonds mondial invite au titre de sa [Stratégie 2023-2028](#) les États à investir dans le renforcement des systèmes de santé.



Pour le Fonds mondial, il est plus que jamais primordial d'investir dans des systèmes de santé résilients et pérennes pour la santé (SSRP). Les systèmes de surveillance des maladies, les réseaux de laboratoires, les chaînes d'approvisionnement et les agents de santé communautaires sont essentiels pour vaincre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Très concrètement, les orientations stratégiques du Fonds mondial pour la période d'allocation 2023-2025 suggèrent aux États admissibles aux financements du Fonds d'investir de façon prioritaire dans les SSRP. Le but est :

1. Renforcer les services de santé de qualité intégrés et centrés sur les personnes pour améliorer les résultats en matière de VIH, de tuberculose et de paludisme.
2. Assurer l'alignement sur les "approches critiques" pour la gestion des produits de santé, les laboratoires et les systèmes de ressources humaines pour la santé (RHS).
3. Contribuer à la préparation aux pandémies en renforçant les systèmes de laboratoire, de surveillance, de ressources humaines, de gestion des produits de santé et d'oxygène médical.
4. Améliorer la mesure du SSRP en utilisant le cadre modulaire révisé (modules, interventions, indicateurs et mesures de suivi du plan de travail).
5. Tenir compte de la protection contre l'exploitation sexuelle, les abus et le harcèlement (PSEAH) et de la protection des enfants (voir la [note d'orientation](#)).

Le Fonds mondial a vocation à disparaître comme le soulignais encore récemment le président français, Emmanuel Macron lors de son [allocution](#) en septembre 2022 à New York dans le cadre de la Conférence de la septième reconstitution des ressources. Ainsi, au titre de sa [Politique de pérennité, de transition et de cofinancement](#), le Fonds mondial entend entre autres aider les pays à s'affranchir progressivement des subventions en vue de renforcer leur capacité à financer et à gérer eux-mêmes les programmes de lutte contre ces maladies. Voici quelques points clés de cette Politique :

- Additionnalité ou complémentarité des ressources : La Politique suit le principe de complémentarité des ressources du Fonds mondial, ce qui signifie que les pays doivent mobiliser des ressources supplémentaires pour compléter les subventions du Fonds mondial.
- Planification : La Politique encourage les pays à planifier pour les futurs défis de la pérennité, y compris la transition, bien avant qu'ils ne se produisent.
- Cofinancement : La Politique encourage les pays à cofinancer les programmes de lutte contre ces maladies, ce qui signifie qu'ils doivent contribuer financièrement à ces programmes.
- Renforcement des systèmes de santé : La Politique encourage les pays à renforcer leurs systèmes de santé pour qu'ils soient en mesure de gérer eux-mêmes les programmes de lutte contre ces maladies.
- Évaluation : La Politique prévoit une évaluation régulière des progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre de la Politique.

Les enjeux et défis liés au cofinancement sont multiples. Ceux-ci ont souvent retenu notre attention. Vous pouvez lire nos articles récents sur le sujet [ici](#) et [ici](#). En attendant, on retiendra également que la Politique de pérennité, de transition et de cofinancement du Fonds mondial envisage le cofinancement tant sous l'angle des exigences que des mesures d'encouragement. Ainsi, [« pour accéder à la somme que le Fonds mondial leur alloue, les pays doivent démontrer une hausse progressive des dépenses publiques de santé et une prise en charge graduelle des principaux coûts des programmes, notamment de ceux que le Fonds mondial soutient »](#). Très concrètement, [ils doivent contribuer à hauteur de 15% au moins de leur allocation](#).

Plus largement, le Fonds mondial encourage les États bénéficiaires de ses subventions à développer des systèmes de santé résilients et pérennes, résolument adossés à un financement intérieur. C'est un objectif louable. Il est souhaitable que le Fonds mondial disparaisse parce que les maladies auront été vaincues en tant que menaces de santé publique, mais surtout parce que les États, en l'occurrence africains, auront développé de véritables SSRP.

La tâche est immense, voire insurmontable, pourraient objecter certains. En effet, il ne faut surtout pas se faire d'illusion sur le travail herculéen que requiert la réalisation d'une telle perspective. La détérioration des conditions économiques mondiales, l'augmentation de l'inflation, de la pauvreté, des pénuries alimentaires et les inquiétudes liées au surendettement pourraient même servir d'alibi à certains États pour réduire les dépenses en santé. Toutefois, il importe de rappeler que le budget alloué à la santé ne doit jamais être perçu comme une dépense, mais toujours comme un investissement. Tous les économistes s'accordent à dire qu'une société en santé, un système de santé robuste constituent des gages d'un développement économique et humain durable. Si vous en doutez, relisez ce qu'en dit le rapport de l'OMS (*A Heavy Burden: The Productivity Cost of Illness in Africa*) mentionné à l'entame de cet

article.

[Read More](#)

---