



Independent observer
of the Global Fund

Les objectifs actuels en matière de santé sont redondants

A l'approche de la septième conférence de reconstitution de ses ressources, l'attention du Fonds mondial et de ses partenaires est focalisée sur les promesses de dons faites en faveur de cette reconstitution. Pourtant, la contribution la plus importante, selon [l'Argumentaire d'investissement](#), est constituée des 58,6 milliards de dollars, soit 45 % des besoins en termes d'investissement pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (y compris le renforcement des systèmes de santé et la riposte aux pandémies), estimés à 130,2 milliards de dollars sur la période triennale 2024-2026, qui sont censés provenir des ressources intérieures (voir notre article sur [l'Argumentaire d'investissement: Est-ce suffisant?](#) publié au début de cette année). Est-il raisonnable d'attendre des gouvernements nationaux qu'ils soient en mesure de contribuer autant à une époque de précarité financière sans précédent?

Cet article examine les différentes manières dont les pays développés tentent d'évaluer la contribution que leurs voisins moins nantis devraient apporter à leurs propres budgets de santé et se demande si, vingt ans après la Déclaration d'Abuja, ces approches sont toujours pertinentes.

Contexte

En avril 2001, le Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes s'est tenu à Abuja, au Nigéria. À l'issue de ce sommet, les gouvernements africains ont pris un certain nombre d'engagements formels, notamment celui de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la disponibilité de ressources adéquates provenant de toutes les sources et leur utilisation efficiente et efficace. En outre, ils se sont fixés pour objectif d'allouer au moins 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Au cours de cette même réunion, les gouvernements africains ont soutenu la création du Fonds mondial.

Peu de temps après, il est également devenu usuel de mesurer les dépenses publiques de santé en

pourcentage du produit intérieur brut (PIB), notamment dans le cadre de la mesure des progrès réalisés en matière de couverture sanitaire universelle (CSU). A titre d'illustration, un [article de l'Université de Cambridge](#) publié en 2017 indique qu' "un objectif explicite pour les dépenses publiques de santé basé sur le PIB est un outil potentiellement puissant pour amener les gouvernements à rendre des comptes sur leur progression vers la CSU, en particulier dans le contexte de l'inclusion de la CSU dans les Objectifs de développement durable". Il est susceptible d'avoir une plus grande influence que l'objectif d'Abuja, qui nécessite des réductions des allocations budgétaires à d'autres secteurs et auquel les ministères des finances s'opposent en raison de l'atteinte portée à leur autonomie dans la prise de décisions relatives aux allocations budgétaires sectorielles" et poursuit en affirmant que "nos analyses convergent vers un objectif de dépenses publiques en matière de santé d'au moins 5% du PIB en vue de progresser vers la CSU". De même, la [page d'information du Tableau de bord de l'Afrique sur le financement intérieur de la santé](#) indique qu'"Il n'est pas logique que les petites et les grandes économies aient le même objectif en dollars US par habitant. Les gouvernements devraient par conséquent consacrer également plus de 5 % de leur PIB à la santé."

Un objectif en valeur absolue par habitant constitue une autre mesure des dépenses de santé. Deux objectifs de cette nature ont été élaborés sur la base d'estimations des besoins en ressources que les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure devraient satisfaire pour être en mesure de fournir un ensemble de services de soins de santé primaires (SSP) de base: (1) la Commission Macroéconomie et Santé en 2001; et (2) le Groupe de travail de haut niveau en 2009. Selon les estimations de la Commission Macroéconomie et Santé, d'ici 2015, les besoins en ressources par habitant dans les pays à faible revenu s'élèveraient à 38 dollars (exprimés en dollars de 2002), tandis que le groupe de travail de haut niveau a estimé ce chiffre à 54 dollars (exprimés en dollars de 2005) pour des services plus complets. Il est intéressant de noter que l'article de l'Université de Cambridge susmentionné déclare, en référence à ces chiffres ce qui suit : "à notre avis, il serait approprié d'utiliser 86 dollars comme estimation des ressources nécessaires par habitant pour fournir des services de SSP de base dans les pays à faible revenu." – mais il faut rappeler que c'était en 2017. Ces chiffres pour les dépenses par habitant ne sont en fait d'aucune utilité car les soins de santé ne se limitent pas aux services de SSP : il est nécessaire d'inclure tous les niveaux de soins de santé et les services de soutien (tels que les ambulances, les laboratoires, les centres de recherche, les organismes de réglementation).

En 2019, l'Union africaine a mis en place le tableau de bord de l'Afrique sur le financement intérieur de la santé. Le tableau de bord publié utilise les trois mesures des dépenses publiques de santé mentionnées ci-dessus : (i) Point de référence 1: par habitant; (ii) Point de référence 3: en % du PIB; et (iii) Point de référence 5: en % du budget public (Les Points de référence 2 et 4 ne sont pas mentionnés). Le tableau de bord de 2019 présente des données de 2016. Il était censé être mis à jour chaque année, mais cela n'a pas été le cas.

Les articles sur le financement intérieur de la santé font souvent référence aux budgets publics. Alors que le taux d'exécution budgétaire peut être assez élevé dans quelques pays, il est généralement faible dans de nombreux pays bénéficiant des programmes du Fonds mondial. On constate également que les gouvernements ne rendent pas compte des dépenses réelles par rapport au budget et de l'impact de l'écart sur leur système de santé.

Performance réelle du financement public de la santé

Le tableau suivant compare les dépenses publiques de santé de 2000 (immédiatement avant Abuja) et de 2019 en pourcentage des dépenses publiques totales dans les pays africains. Pour information, toutes les données relatives au financement de la santé figurant dans le présent article proviennent de la base de données en ligne de la Banque mondiale.

Les dépenses santé du gouvernement en pourcentage des dépenses totales

	2000	2019	Change	+/- 15% Target		2000	2019	Change	+/- 15% Target
Algeria	8.8	10.7	+ 1.9	- 4.3	Lesotho	7.7	8.8	+ 1.1	- 5.2
Angola	2.7	5.4	+ 2.7	- 9.6	Liberia	5.0	4.1	- 0.9	- 10.9
Benin	5.2	3.7	- 1.5	- 11.3	Madagascar	11.5	8.0	- 3.5	- 7.0
Botswana	8.2	14.3	+ 6.1	- 0.7	Malawi	7.1	8.7	+ 1.6	- 6.3
Burkina Faso	4.9	9.6	+ 4.7	- 5.4	Mali	6.6	5.4	- 1.2	- 9.6
Burundi	5.9	8.5	+ 2.6	- 6.5	Mauritania	2.5	7.0	+ 4.5	- 8.0
Cabo Verde	7.5	10.4	+ 2.9	- 4.6	Mauritius	6.9	10.2	+ 3.3	- 4.8
Cameroon	4.4	0.6	- 3.8	- 14.4	Morocco	3.9	7.1	+ 3.2	- 7.9
Central African Republic	10.0	4.8	- 5.2	- 10.2	Mozambique	6.3	5.6	- 0.7	- 9.4
Chad	11.4	5.2	- 6.2	- 9.8	Namibia	16.0	10.7	- 5.3	- 4.3
Comoros	9.8	4.1	- 5.7	- 10.9	Niger	8.4	9.4	+ 1.0	- 6.6
Congo	2.3	3.5	+ 1.2	- 11.5	Nigeria	2.4	3.8	+ 1.4	- 11.2
Côte d'Ivoire	4.6	5.5	+ 0.9	- 9.5	Rwanda	3.5	8.9	+ 5.4	- 6.1
Dem. Rep. of Congo	2.5	4.4	+ 1.9	- 10.6	Senegal	9.0	4.3	- 4.7	- 10.7
Djibouti	6.1	4.3	- 1.8	- 10.7	Seychelles	6.8	10.2	+ 4.6	- 4.8
Egypt	6.7	4.7	- 2.0	- 10.3	Sierra Leone	12.7	5.8	- 6.9	- 9.2
Equatorial Guinea	1.4	3.8	+ 2.4	- 11.2	São Tomé & Príncipe	31.9	10.8	- 21.1	- 4.2
Eritrea	2.1	2.3	+ 0.2	- 12.7	South Africa	10.9	15.3	+ 4.4	+ 0.3
Eswatini	9.8	10.0	+ 0.2	- 5.0	South Sudan	n/a	2.1	-	- 12.9
Ethiopia	7.0	4.8	- 2.2	- 10.2	Sudan	11.8	5.6	- 6.2	- 9.4
Gabon	5.2	9.6	+ 4.4	- 5.4	Tanzania	6.1	9.5	+ 3.4	- 5.5
Gambia	6.1	4.4	- 1.7	- 10.6	Togo	2.4	5.4	+ 3.0	- 9.6
Ghana	6.0	6.5	+ 0.5	- 8.5	Tunisia	10.5	13.6	+ 3.1	- 1.4
Guinea	2.4	6.1	+ 3.7	- 8.9	Uganda	9.5	3.1	- 6.4	- 11.9
Guinea Bissau	13.7	2.8	- 10.9	- 12.2	Zambia	14.9	7.0	- 7.9	- 8.0
Kenya	7.1	8.3	+ 1.2	- 6.7	Zimbabwe	n/a	8.7	-	- 6.3

En 2000, deux gouvernements consacraient déjà plus de 15 % de leurs dépenses totales à la santé. En 2019, il ne restait plus qu'un seul pays – l'Afrique du Sud – tandis que 21 gouvernements dépensaient un pourcentage inférieur à celui de 2000. L'engagement d'Abuja n'a donc pas tenu ses promesses.

En ce qui concerne la mesure comparative du PIB, il a été affirmé que l'objectif proposé était approprié pour les pays de tous les niveaux de développement économique et applicable sur le long terme. Pour les pays à faible revenu, cet objectif devait permettre de progresser vers des services de SSP universels. A mesure que le PIB augmente, les 5 % devraient se traduire par une augmentation des ressources financières en valeur absolue et la possibilité d'élargir la gamme des services de santé couverts. Cette idée semble géniale, mais elle néglige un facteur important qui affecte la demande de services de santé : la croissance démographique.

C'est le bon moment pour examiner cette mesure du financement de la santé car, en raison de l'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé, les montants des dépenses de santé pour 2020 et 2021 ne seront pas comparables aux données antérieures à 2020.

Le tableau suivant présente une comparaison des dépenses de santé en pourcentage du PIB pour les années 2000 et 2019. Il montre qu'en 2019, l'Afrique du Sud était, une fois de plus, le seul pays à atteindre l'objectif de 15 %. On pourrait arguer que certains progrès ont été réalisés car 26 gouvernements, en plus de l'Afrique du Sud, dépensaient un pourcentage plus élevé du PIB jusqu'en 2019. Toutefois, compte tenu des efforts actifs de l'Union africaine pour stimuler l'augmentation des dépenses publiques en matière de santé, il est décevant de constater que seuls 10 gouvernements ont augmenté leurs dépenses de plus de 1 % du PIB, tandis que 20 gouvernements y ont consacré un pourcentage plus faible jusqu'en 2019 et que 39 pays n'étaient même pas à mi-chemin de l'atteinte de l'objectif de 5 %.

Les dépenses du gouvernement en pourcentage du PIB

	2000	2019	Change	+/- 5% Target		2000	2019	Change	+/- 5% Target
Algeria	2.5	4.1	+ 1.6	- 0.9	Lesotho	2.9	4.9	+ 2.0	- 0.1
Angola	1.1	1.0	- 0.1	- 4.0	Liberia	0.7	1.4	+ 0.7	- 3.6
Benin	0.8	0.5	- 0.3	- 4.5	Madagascar	2.1	1.2	- 0.9	- 3.8
Botswana	3.2	4.7	+ 1.5	- 0.3	Malawi	1.4	2.4	+ 1.0	- 2.6
Burkina Faso	1.1	2.3	+ 1.2	- 2.7	Mali	1.3	1.3	-	- 3.9
Burundi	1.5	2.7	+ 1.2	- 2.3	Mauritania	0.6	1.2	+ 0.6	- 3.8
Cabo Verde	3.2	3.2	-	- 1.8	Mauritius	1.5	2.9	+ 1.4	- 2.1
Cameroon	0.7	0.1	- 0.6	- 4.9	Morocco	1.0	2.1	+ 1.1	- 2.9
Central African Republic	1.7	0.8	- 0.9	- 4.2	Mozambique	1.3	1.7	+ 0.4	- 3.3
Chad	2.1	0.8	- 1.3	- 4.2	Namibia	4.9	4.0	- 0.9	- 1.0
Comoros	1.0	0.8	- 0.2	- 4.2	Niger	1.5	2.0	+ 0.5	- 3.0
Congo	0.6	0.8	+ 0.2	- 4.2	Nigeria	0.6	0.5	- 0.1	- 4.5
Côte d'Ivoire	0.8	1.0	+ 0.2	- 4.0	Rwanda	0.8	2.7	+ 1.9	- 2.3
Dem. Rep. of Congo	0.1	0.6	+ 0.5	- 4.4	Senegal	1.3	1.0	- 0.3	- 4.0
Djibouti	1.4	1.0	- 0.4	- 4.0	Seychelles	3.8	3.8	-	- 1.2
Egypt	1.7	1.3	- 0.4	- 3.7	Sierra Leone	2.1	1.2	- 0.9	- 3.8
Equatorial Guinea	0.3	0.7	+ 0.4	- 4.3	São Tomé & Príncipe	3.4	2.6	- 0.8	- 2.4
Eritrea	2.0	0.8	- 1.2	- 4.2	South Africa	2.8	5.4	+ 2.6	+ 0.4
Eswatini	2.4	3.4	+ 1.0	- 1.6	South Sudan	n/a	1.0	-	- 4.0
Ethiopia	1.8	0.7	- 1.1	- 4.3	Sudan	1.2	1.0	- 0.2	- 4.0
Gabon	1.1	1.7	+ 0.6	- 3.3	Tanzania	0.8	1.6	+ 0.8	- 3.4
Gambia	0.6	1.0	+ 0.4	- 4.0	Togo	0.4	0.9	+ 0.5	- 4.1
Ghana	0.8	1.4	+ 0.6	- 3.6	Tunisia	2.7	4.2	+ 1.5	- 0.8
Guinea	0.3	0.9	+ 0.6	- 4.1	Uganda	1.9	0.6	- 1.3	- 4.4
Guinea Bissau	3.5	0.5	- 3.0	- 4.5	Zambia	3.2	2.1	- 1.1	- 2.9
Kenya	1.3	2.1	+ 0.8	- 2.9	Zimbabwe	n/a	1.4	-	- 3.6

Le tableau de la page suivante fournit deux comparaisons très intéressantes. Tout d'abord, il montre que les dépenses publiques par habitant en matière de santé en 2019 oscillaient entre 1,8 dollar au Cameroun, ce qui ne représente pratiquement rien, et 610,8 dollars aux Seychelles. Notons que l'utilisation d'une comparaison en parité de pouvoir d'achat (PPA) (dans la deuxième colonne du tableau) n'apporte que très peu de changement à la comparaison.

La deuxième comparaison porte sur les dépenses publiques en 2000 et 2019 en pourcentage des dépenses totales de santé. Elle révèle qu'en 2019 : (a) 20 gouvernements ont apporté une contribution inférieure à 25 % du financement total de la santé; et (b) 25 gouvernements ont contribué moins au financement total qu'en 2000.

Les dépenses santé du gouvernement par personne et en pourcentage du total

	2019		As percent of Total Health Expenditure		
	Current US\$	PPP current Int. \$	2000	2019	Change
Algeria	161.3	487.8	72.0	65.0	- 7.0
Angola	29.4	73.4	58.2	41.2	- 17.0
Benin	6.6	18.8	26.0	22.7	- 3.3
Botswana	378.1	881.1	54.8	78.5	+ 23.7
Burkina Faso	17.7	51.2	32.6	41.8	+ 9.2
Burundi	6.9	20.6	23.7	33.4	+ 9.7
Cabo Verde	117.0	243.1	71.3	65.8	- 5.5
Cameroon	1.8	4.6	15.7	3.3	- 12.4
Central African Republic	3.9	8.3	39.6	10.6	- 29.0
Chad	5.2	12.0	38.0	17.3	- 20.7
Comoros	11.6	27.1	13.0	16.1	+ 3.1
Congo	18.3	30.7	34.2	37.6	+ 3.4
Côte d'Ivoire	21.8	52.2	14.5	29.1	+ 14.6
Democratic Republic of Congo	3.3	6.4	4.3	15.8	+ 11.5
Djibouti	33.2	55.9	48.0	53.7	+ 5.7
Egypt	41.6	161.8	35.2	28.7	- 6.5
Equatorial Guinea	54.2	129.1	14.9	21.3	+ 6.4
Eritrea	4.4	14.4	35.6	17.6	- 18.0
Eswatini	134.0	309.7	52.3	50.7	- 1.6
Ethiopia	6.1	17.1	41.2	22.7	- 18.5
Gabon	129.7	260.7	36.6	60.3	+ 23.7
Gambia	8.1	24.2	8.8	27.2	+ 18.4
Ghana	30.3	77.8	25.8	40.2	+ 14.4
Guinea	9.7	26.9	6.4	22.5	+ 16.1
Guinea Bissau	4.0	11.9	50.8	6.4	- 44.2
Kenya	38.4	95.5	28.6	46.0	+ 17.4
Lesotho	54.1	136.5	50.3	43.5	- 6.8
Liberia	8.5	20.3	18.3	16.1	- 2.2
Madagascar	6.4	21.0	40.4	32.2	- 8.2
Malawi	9.9	26.6	42.7	32.6	- 10.1
Mali	11.5	31.8	23.6	33.6	+ 10.0
Mauritania	21.7	70.1	13.9	37.5	+ 23.6
Mauritius	322.7	694.3	53.5	47.0	- 6.5
Morocco	69.5	169.3	24.6	39.9	+ 15.3
Mozambique	8.4	22.3	51.2	21.3	- 29.9
Namibia	200.4	406.8	49.5	46.9	- 2.6

De manière encore plus remarquable : le gouvernement ne finance plus de 50% des dépenses totales de santé que dans neuf pays du continent. A titre d'illustration de l'importance de ce point : supposons qu'un gouvernement finance 20% des dépenses totales de santé en y consacrant l'équivalent de 2% du PIB. Si, pour le même niveau de PIB, il doublait par la suite ses dépenses (augmentation de 100%) pour atteindre 4% du PIB, cela ne représenterait qu'une augmentation de 20% du financement total de la santé. Ce constat révèle une autre faiblesse de la mesure basée sur le PIB : cette mesure est plus pertinente lorsqu'un gouvernement finance la majorité des dépenses de santé et l'est de moins en moins au fur et à mesure que la contribution d'un gouvernement diminue.

Comme vous pouvez le constater, les comparaisons des mesures utilisées par l'Union africaine, le Fonds mondial, la Banque mondiale, l'OMS et d'autres organisations ne fournissent pas de preuves convaincantes d'un réel progrès vers un financement intérieur durable de la santé.

Plus important encore, ces mesures établissent des comparaisons inéquitables entre les pays. Mais en réalité, les pays présentent des disparités très importantes.

Quels sont les facteurs qui différencient les niveaux de coûts ?

Consultez le tableau suivant qui a été compilé à partir des données en ligne du Worldometer et qui compare les superficies, les populations, la densité et la croissance démographiques ainsi que le taux d'urbanisation en Afrique :

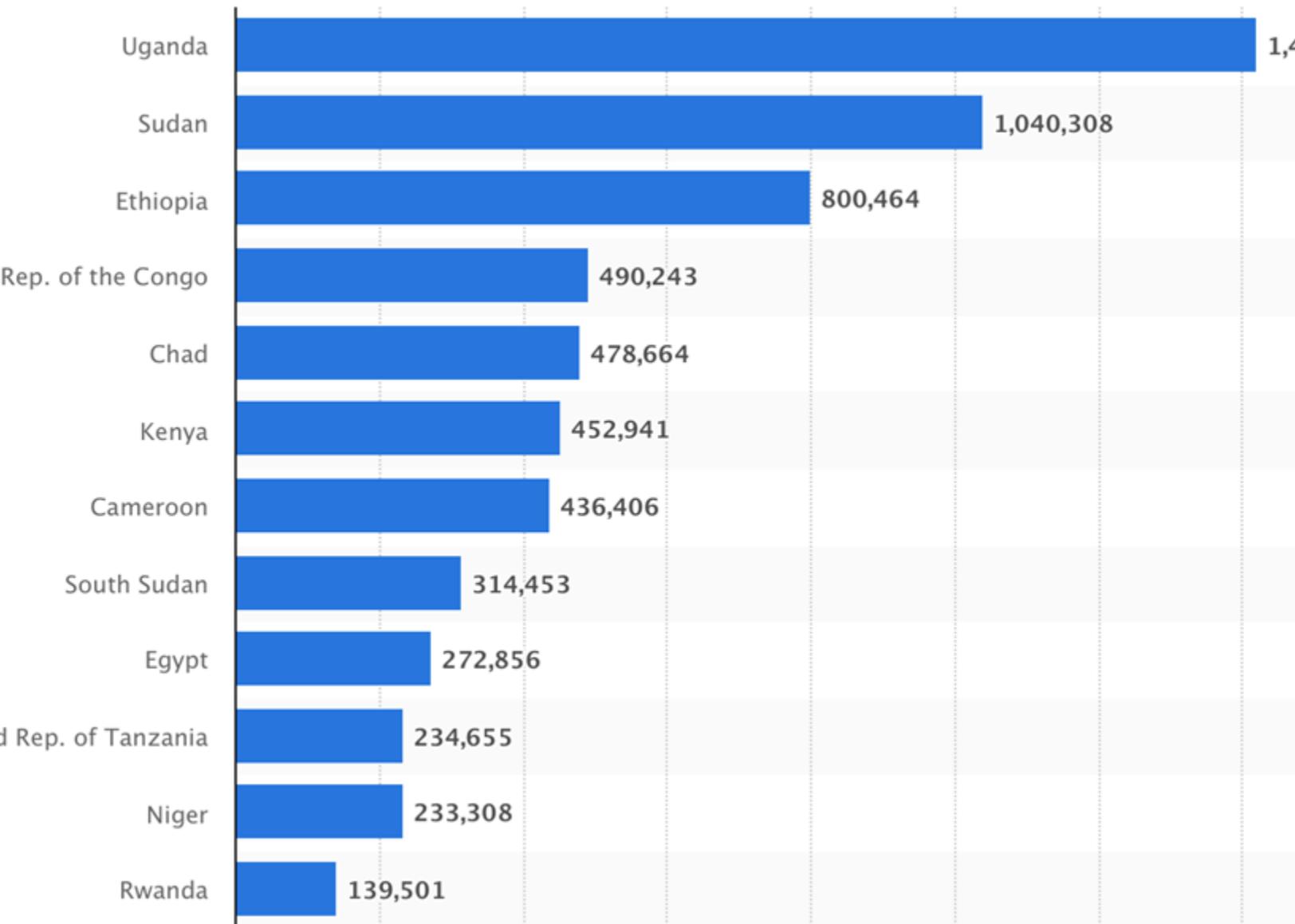
Comparaison des superficies, populations, densité démographique, urbanisation et croissance de population – 2020

	Area km ²	Population	Pop. per km ²	% Urban Population	Population Growth Rate		Area km ²	Population	Pop. per km ²	% Urban Population	Population Growth Rate
Algeria	2,381,740	43,851,044	18	73%	1.85%	Madagascar	581,795	27,691,018	48	39%	2.68%
Angola	1,246,700	32,866,272	26	67%	3.27%	Malawi	94,280	19,129,952	203	18%	2.69%
Benin	112,760	12,123,200	108	48%	2.73%	Mali	1,220,190	20,250,833	17	44%	3.02%
Botswana	566,730	2,351,627	4	73%	2.08%	Mauritania	1,030,700	4,649,658	5	57%	2.74%
Burkina Faso	273,600	20,903,273	76	31%	2.86%	Mauritius	2,030	1,271,768	626	41%	0.17%
Burundi	25,680	11,890,784	463	14%	3.12%	Mayotte	375	272,815	728	46%	2.50%
Cabo Verde	4,030	555,987	138	68%	1.10%	Morocco	446,300	36,910,560	83	64%	1.20%
Cameroon	472,710	26,545,863	56	56%	2.59%	Mozambique	786,380	31,255,435	40	38%	2.68%
Central African Republic	622,980	4,829,767	8	43%	1.78%	Namibia	823,290	2,540,905	3	55%	1.86%
Chad	1,259,200	16,425,864	13	23%	3.00%	Niger	1,266,700	24,206,644	19	17%	3.84%
Comoros	1,861	869,601	467	29%	2.20%	Nigeria	910,770	206,139,589	226	52%	2.58%
Congo	341,500	5,518,087	16	70%	2.56%	Réunion	2,500	895,312	358	100%	0.72%
Côte d'Ivoire	318,000	26,378,274	83	51%	2.57%	Rwanda	24,670	12,952,218	525	18%	2.58%
Dem. Rep. of Congo	2,267,050	89,561,403	40	46%	3.19%	Saint Helena	390	6,077	18	27%	0.30%
Djibouti	23,180	988,000	43	79%	1.48%	Senegal	192,530	16,743,927	87	49%	2.75%
Égypt	995,450	102,334,404	103	43%	1.94%	Seychelles	460	98,347	608	56%	0.62%
Equatorial Guinea	28,050	1,402,985	50	73%	3.47%	Sierra Leone	721,800	7,976,983	111	43%	2.10%
Eritrea	101,000	3,546,421	35	63%	1.41%	São Tomé & Príncipe	960	219,159	228	74%	1.91%
Eswatini	17,200	1,160,164	67	30%	1.05%	Somalia	627,340	15,893,222	25	47%	2.92%
Ethiopia	1,000,000	114,963,588	115	21%	2.57%	South Africa	1,213,090	59,308,690	49	67%	1.28%
Gabon	257,670	2,225,734	9	87%	2.45%	South Sudan	610,952	11,193,725	18	25%	1.19%
Gambia	10,120	2,416,668	239	59%	2.94%	Sudan	1,765,048	43,849,260	25	35%	2.42%
Ghana	227,540	31,072,940	137	57%	2.15%	Tanzania	885,800	59,734,218	67	37%	2.98%
Guinea	245,720	13,132,795	53	39%	2.83%	Togo	54,390	828,724	152	43%	2.43%
Guinea Bissau	28,120	1,968,001	70	45%	2.45%	Tunisia	155,360	11,818,619	76	70%	1.06%
Kenya	569,140	53,771,296	94	28%	2.28%	Uganda	199,810	45,741,007	229	26%	3.32%
Lesotho	30,360	2,142,249	71	31%	0.80%	Western Sahara	266,000	597,339	2	87%	2.55%
Liberia	96,320	5,057,681	53	53%	2.44%	Zambia	743,390	18,383,955	25	45%	2.93%
Libya	1,759,540	6,871,292	4	78%	1.38%	Zimbabwe	386,850	14,862,924	38	38%	1.48%

La mise en place et la gestion d'un système de santé dans un pays comptant deux habitants au km² est un défi très différent – avec une échelle et une structure de coûts différentes – de celui d'un pays comptant 525 habitants au km². De même, les conditions, le nombre et la localisation des sites de soins secondaires et tertiaires varient considérablement entre un pays assez fortement urbanisé – comme le Gabon – et un pays faiblement urbanisé comme le Niger.

De nombreux autres facteurs influent également sur les coûts de fonctionnement des services de santé. Par exemple, certaines particularités géographiques (certains types de chaînes de montagnes et de rivières) rendent les déplacements et la communication plus difficiles dans certains pays, ce qui augmente les coûts liés au personnel et à la fourniture de traitements et de médicaments. Par exemple, le Ghana dispose d'un assez bon réseau routier et les déplacements sont relativement faciles, alors que la traversée de la République démocratique du Congo ou de Madagascar est loin d'être aisée et rend les déplacements plus longs et plus coûteux.

Les mouvements migratoires créent des difficultés supplémentaires pour les planificateurs et les gestionnaires de la santé. Certains pays ont la chance d'être relativement épargnés par ces mouvements, mais d'autres subissent une charge trop lourde du fait de ces mouvements. Le tableau suivant montre le nombre estimé de réfugiés dans 12 pays africains en 2000. Notez que, depuis lors, un plus grand nombre de réfugiés sont entrés en Ouganda.



L'année dernière, les Nations unies ont estimé le nombre de personnes déplacées en Afrique à environ 18 millions et, parmi elles, 12,5 millions étaient des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Ces personnes ont besoin de nourriture, d'un abri et de services de santé, mais fournir ces services pendant une période indéterminée est particulièrement difficile lorsque les systèmes de santé manquent déjà de ressources. Il est donc d'autant plus difficile de réaliser des progrès vers la CSU et de les

mesurer.

Voie à suivre

Il est temps de s'éloigner des mesures et des comparaisons entre pays et de se concentrer sur ce qui compte : garantir un financement intérieur plus important pour la santé. Toutefois, tel que mentionné plus haut, de nombreux gouvernements n'apportent qu'une contribution mineure au financement de la santé. Il est peu probable que ces derniers envisagent d'augmenter les paiements directs alors que de moins en moins de personnes sont aujourd'hui en mesure d'assumer ces dépenses.

Selon de nombreux observateurs, le secteur privé pourrait contribuer à accroître le financement intérieur de la santé. Ils perdent de vue le fait que le secteur privé à but non lucratif est très limité et qu'il dépend des contributions des bailleurs de fonds nationaux et étrangers. A ce titre, il n'est pas certain que ce système soit viable à long terme. Le secteur privé à but lucratif, plus important, est financé par les assurances et les paiements directs. Il dessert donc ceux qui ont les moyens de payer les services.

Cette capacité permet au secteur privé de rémunérer le personnel à un niveau supérieur à celui du secteur public et explique pourquoi la qualité des infrastructures et des services du secteur privé tend à être meilleure que celle du secteur public. Parallèlement, les personnes vivant dans la pauvreté sont généralement exclues des services du secteur privé. Il convient de noter que le nombre de personnes démunies a augmenté en 2000 et 2001 et qu'il continue d'augmenter. La réalité est que la CSU ne peut pas être atteinte – et ne le sera jamais – si l'on compte sur le secteur privé pour mobiliser davantage de fonds pour la santé.

Pour pouvoir atteindre tout le monde et assurer un financement durable de la santé au niveau national, les gouvernements doivent augmenter leur contribution de manière significative. Il est à espérer que l'avantage économique de cette démarche l'emportera sur leurs préoccupations de devoir renoncer à certaines autres priorités. Toutefois, les niveaux de financement correspondant aux besoins d'investissement en capital et aux coûts de fonctionnement des systèmes de soins de santé dans les différents pays varient considérablement. Il est difficile de déterminer les besoins en investissements. Parmi les problèmes auxquels les ministères de la santé sont susceptibles d'être confrontés, on peut citer les suivants : Les systèmes de santé (au sens de systèmes de gestion) sont généralement faibles et, de ce fait, les informations nécessaires à la formulation de plans judicieux sont souvent insuffisantes. Les principaux besoins en matière d'infrastructures sanitaires vont de la construction d'un plus grand nombre d'hôpitaux, de cliniques, de laboratoires et de magasins spécialisés à l'acquisition d'équipements plus modernes, en passant par le remplacement ou la modernisation d'infrastructures et d'équipements obsolètes.

Ces exigences peuvent varier d'un district/état/zone à l'autre au sein d'un pays et, pour ajouter au problème lié à la détermination des priorités, des considérations politiques et sociales doivent être prises en compte.

De nombreux plans du secteur de la santé ont été publiés, mais un nombre limité d'entre eux montre qu'ils ont été préparés sur la base d'un calcul détaillé des coûts. Et les rapports ultérieurs n'ont pas comparé les résultats réels avec ces plans. Il convient de changer la donne.

Pour présenter des arguments convaincants en faveur d'une augmentation des dépenses publiques, le ministère de la santé doit préparer des plans de développement par étapes progressives du secteur de la santé exhaustifs et chiffrés pour les différents niveaux de financement disponibles, et qui expliquent comment les priorités et leur classement ont été déterminés.

Les plans doivent également tenir compte des sources extragouvernementales de financement de la

santé. Ce point comprend plusieurs facettes :

- L'enregistrement et la notification des paiements directs doivent être considérablement renforcés, notamment par la publication en ligne des prix approuvés pour les traitements et les médicaments dans les établissements de santé publics.
- Dans certains pays, cela implique d'améliorer la réglementation des services de soins de santé privés et d'en rendre compte.
- Le financement des bailleurs de fonds doit être dissocié du financement public et faire l'objet de rapports distincts.

En utilisant la planification par étapes progressives, le niveau de financement disponible déterminera quel niveau du plan peut être mis en œuvre. Parallèlement, le plan global montrera quels sont les éléments qui ont dû être sacrifiés avec le modèle de financement réduit.

Enfin, il est nécessaire d'améliorer les rapports, tant au niveau des délais que des détails. C'est dans ce cadre que des comptes nationaux de la santé exhaustifs pourraient être très utiles en présentant les résultats réels par rapport au plan progressif approprié et devraient inclure : (a) les résultats par rapport au plan et au financement intégral ; et (b) les effets des événements imprévus tels que les inondations, les troubles civils et les mouvements de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays.

La septième reconstitution des ressources du Fonds mondial met en exergue la nécessité d'augmenter les dépenses de santé. C'est le moment de délaissier les objectifs mondiaux qui ne sont pas adaptés au niveau national et infranational et de s'atteler plutôt à fixer des taux d'augmentation réalisables en matière de financement et de résultats, ainsi qu'à enregistrer les progrès accomplis et à en rendre compte. L'adoption de l'approche préconisée ci-dessus constituerait un signe clair de l'engagement d'un gouvernement à accroître le financement de la santé au profit de la population et à soutenir la croissance économique et le développement social.

[Read More](#)
