

NOVEMBRE 2020

ET SI ON CHOISSAIT LA SANTÉ ?

RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ, UN ENJEU CRUCIAL POUR ATTEINDRE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE ET LUTTER CONTRE LA SOUS-NUTRITION

Depuis 4 ans, le nombre de personnes souffrant de la faim ne cesse d'augmenter, atteignant 690 millions en 2019. Une situation désormais aggravée par la pandémie de COVID-19 et ses conséquences sociales et économiques. Selon le rapport annuel de la FAO sur l'état de la malnutrition dans le monde¹, la faim pourrait toucher jusqu'à 132 millions de personnes supplémentaires d'ici la fin de l'année 2020. La pandémie risque également de porter à 54 millions le nombre d'enfants souffrant de sous-nutrition aiguë², dont la forme la plus grave (sous-nutrition aiguë sévère) multiplie par neuf les risques de décès chez les enfants de moins de 5 ans³.

Faute de volonté politique et d'engagements concrets, les systèmes de santé demeurent depuis plusieurs dizaines d'années largement sous-financés. Face à la COVID-19, ceux-ci se sont montrés dans l'incapacité de répondre à la crise sanitaire tout en assurant la continuité des soins de santé les plus basiques, tels que les interventions en matière de nutrition. C'est là une des premières leçons à tirer de cette pandémie : quand certains n'ont toujours pas accès aux soins (avant la COVID-19, seul un enfant sous-nutris sur cinq avait accès aux traitements contre la sous-nutrition sévère), et que les systèmes de santé ne répondent pas à leur mandat en temps d'épidémie, l'investissement massif pour renforcer les systèmes de soins doit figurer au cœur des agendas politiques.

Le 7 octobre 2020, le secrétaire général des Nations Unies, Antonio Guterres, déclarait : « la pandémie a mis en évidence des systèmes de santé totalement inadéquats, des lacunes béantes en matière de protection sociale et des inégalités structurelles majeures au sein des pays et entre eux ». Un après la déclaration historique de l'Assemblée Générale des Nations Unies en faveur de la couverture santé universelle (CSU)⁴, les Etats ne peuvent attendre plus longtemps pour mettre en œuvre les efforts politiques et financiers nécessaires pour garantir l'accès de toutes et tous à des soins de santé de qualité sans risquer de s'appauvrir, principe moteur de la CSU.

Le constat porté et opérationnalisé par ACF en matière de santé et de nutrition est le suivant : pour lutter durablement contre la sous-nutrition, selon une approche basée sur les besoins des populations et les droits humains fondamentaux, il faut renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble, selon un mode opératoire systémique et participatif (Partie 1). En ce sens, les données recueillies en Côte d'Ivoire, au Tchad, au Burkina Faso, en République centrafricaine et à Madagascar grâce à la mise en œuvre de diagnostics des systèmes de santé au plan local, permettent d'illustrer l'urgence de cet enjeu (Partie 2). Enfin, la présente note dresse un état des lieux des financements de la France en matière de RSS, en particulier via l'action de l'Agence française de développement (AFD). Elle démontre ainsi l'exigence pour la France, en tant que puissance économique mondiale, d'augmenter et améliorer l'allocation des financements pour le RSS (Partie 3).

9 % DE LA POPULATION MONDIALE SOUFFRE DE LA FAÏM

▶ 2019 :

49 millions d'enfants de moins de 5 ans sous-nutris

▶ 2020 : jusqu'à

54 millions d'enfants de moins de 5 ans pourraient souffrir de sous-nutrition

1 - FAO, « L'Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde, Transformer les systèmes alimentaires pour une alimentation saine et abordable », 2020

2 - The Lancet, authors on behalf of the Standing Together for Nutrition consortium, Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality, July 2020

3 - Génération Nutrition, La nutrition, l'affaire de tous, 2015

4 - Déclaration politique signée par 123 Etats lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 23 septembre 2019 « "Universal health coverage: moving together to build a healthier world" »

ACTION CONTRE LA FAIM (ACF) DEMANDE À LA FRANCE, ET EN PARTICULIER L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT (AFD) EN TANT QUE PRINCIPAL OPÉRATEUR DE L'APD BILATÉRALE FRANÇAISE :

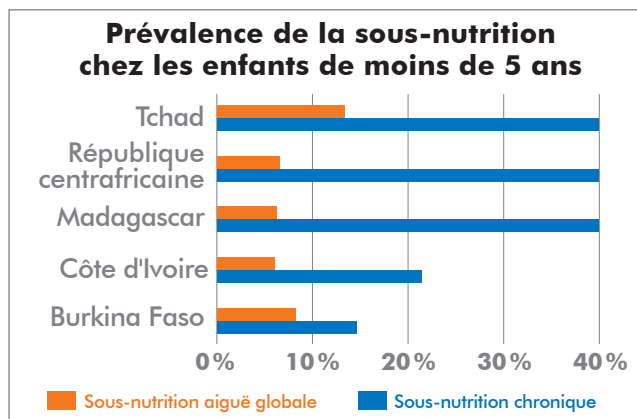
- D'allouer d'ici 2022 au moins 15% de son APD à la santé⁵, sous forme de dons et en priorisant le renforcement des systèmes de santé dans les pays les moins avancés (PMA).
- Cet engagement doit figurer dans la prochaine loi de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales (LOP-DSLIM) et dans le prochain Cadre d'Objectifs et de Moyens (COM) et la stratégie sectorielle en santé de l'AFD.
- D'être représentée au plus haut niveau au sommet *Nutrition for Growth (N4G)* en décembre 2021 à Tokyo pour prendre des engagements ambitieux en matière de CSU incluant la nutrition, et de s'engager à accueillir le sommet en 2024 à Paris en marge des Jeux Olympiques.
- De prioriser les financements pour le renforcement des systèmes de santé vers des projets visant à renforcer plusieurs piliers, selon une approche globale et systémique centrée sur l'amélioration des soins de santé primaires, incluant les services nutritionnels.
- De faire de la participation et de la gouvernance inclusive de la santé une pierre angulaire de son action pour le RSS. Les organisations de la société civile (OSC), les communautés et les autorités locales doivent systématiquement être engagées dans le cycle de projet, de la phase de diagnostic, à la construction et la mise de ce dernier.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| 1. BÂTIR DES SYSTÈMES DE SANTÉ ROBUSTES : UNE URGENCE POUR ATTEINDRE LA CSU ET LUTTER CONTRE LA SOUS-NUTRITION | 3 |
| 2. COMPRENDRE LES CAUSES SOUS-JACENTES DES FAIBLESSES DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR MIEUX LES RENFORCER | 5 |
| 3. PASSER DES ENGAGEMENTS POLITIQUES AUX ENGAGEMENTS FINANCIERS | 11 |
| CONCLUSIONS | 17 |
| NOS RECOMMANDATIONS | 18 |

1. BÂTIR DES SYSTÈMES DE SANTÉ ROBUSTES : UNE URGENCE POUR ATTEINDRE LA CSU ET LUTTER CONTRE LA SOUS-NUTRITION

La sous-nutrition, est un problème de santé publique particulièrement inquiétant en Afrique subsaharienne. Dans cette région, la situation nutritionnelle était particulièrement préoccupante avant même la pandémie de COVID-19. En Afrique de l'Ouest et au Sahel, 19 millions de personnes étaient estimées souffrir d'insécurité alimentaire et nutritionnelle en mars 2020⁶. De son côté, l'UNICEF estime que 12.9 millions d'enfants de moins de 5 ans vivant dans la région seraient en situation de malnutrition aiguë⁷.



⁸ Seuil d'urgence de la malnutrition aiguë globale : 15% et 10% dans les contextes de crises humanitaires (Organisation Mondiale de la Santé).

Les femmes, les adolescentes et les enfants sont particulièrement vulnérables à la sous-nutrition. Considérée comme maladie dans sa forme la plus sévère⁹, celle-ci altère le développement cognitif des enfants de moins de 5 ans et les rend beaucoup plus sujets aux infections. De plus dans cette tranche d'âge, les facteurs liés à la nutrition contribuent à environ 45% des décès infantiles¹⁰. De la même manière, la sous-nutrition chez les femmes enceintes et les mères augmente les risques de complications lors de la grossesse, les risques de mortalité maternelle ainsi que de sous-nutrition et de mortalité chez l'enfant. Assurer l'accès aux services de santé primaires (encadré 1) centrés sur la santé maternelle et infantile et incluant les services nutritionnels (prévention, dépistage et traitement) est dès lors crucial pour sauver des millions de vies.

(1) PRIORISER LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Environ 70 % des décès précoces d'enfants pourraient être évités en améliorant l'accès à des interventions simples et abordables*. Ce constat est étroitement lié à un accès insuffisant des populations aux interventions primaires en santé et nutrition (qu'il soit géographique, financier ou d'un autre ordre). Ces soins, centrés sur les personnes, leurs besoins et leurs préférences, nécessitent peu de technicité et équipements et sauvent chaque jour des milliers de vies. Ils regroupent les soins de santé sexuelle et reproductive, la planification familiale, les interventions nutritionnelles, les traitements contre le paludisme ou encore les maladies diarrhéiques.

*Approche Santé : les fondamentaux de l'alignement de la santé et de la nutrition, ACF

Soins de santé primaires et services nutritionnels, des indispensables à la CSU : en 2018, un enfant sur cinq n'avait pas accès aux services nutritionnels.¹¹ Nadège Puemeu, Responsable adjointe santé et nutrition pour ACF en République centrafricaine voit dans cet état de fait une explication politique et organisationnelle : « Faute de volonté politique et de reconnaissance de la malnutrition en tant que maladie, les services nutritionnels sont souvent laissés à la charge des ONG, tout comme les stocks d'intrants nutritionnels. La nutrition est d'ailleurs parfois considérée comme une surcharge de travail. » La prise en charge des personnes souffrant de sous-nutrition se fait donc majoritairement via le soutien du système humanitaire, bien que les deux tiers des cas les plus graves se trouvent en dehors des crises humanitaires¹². En République centrafricaine par exemple, le diagnostic mené en 2019 par ACF a démontré que seulement la moitié des centres de santé étudiés prennent en charge la forme la plus sévère de sous-nutrition (sous-nutrition aiguë)¹³.

6 - Phase 3 ou plus des analyses du Cadre Harmonisé.

7 - The Lancet, authors on behalf of the Standing Together for Nutrition consortium, Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality, Juillet 2020.

8 - FAO, « L'Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde, Transformer les systèmes alimentaires pour une alimentation saine et abordable », 2020.

9 - Identifiée comme telle par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa classification internationale des pathologies, et qui nécessite un traitement médical approprié

10 - OMS, 2020

11 - Approche Santé : les fondamentaux de l'alignement de la santé et de la nutrition, ACF

12 - Action contre la Faim

13 - ACF et Ministère de la Santé centrafricaine, Renforcement du système de santé de la région

Bien qu'encore insuffisants, de plus en plus d'Etats prennent des engagements pour financer les services nutritionnels, former les agents à dépister et traiter la malnutrition ou inclure les intrants nutritionnels dans les circuits d'approvisionnement en médicaments. **Pour autant, l'intégration efficace des services nutritionnels dans l'offre de base de soins demeure un défi majeur et les besoins en financements restent énormes.** La santé des mères est étroitement liée à la santé physique et mentale et à l'état nutritionnel de leurs futurs enfants. Ainsi, afin de rompre le cercle vicieux intergénérationnel de la malnutrition, il est fondamental d'intégrer les interventions en nutrition et en santé maternelle et infantile¹⁴.

Les Etats ont depuis des décennies communément délaissés les systèmes de santé publics. Le sous-investissement chronique dans les secteurs de la santé et de la nutrition a engendré des faiblesses structurelles, y compris pour les services de santé primaire. De fait, l'accès à des soins de santé de qualité est dans de nombreux contextes extrêmement limité, en particulier pour les personnes les plus vulnérables et marginalisées telles que les femmes et les enfants. Avant la crise de la COVID-19, plus de 400 millions de personnes dans le monde, soit environ 6 fois la population française, n'avaient accès à aucun des 7 services de santé de base¹⁵.

Par ailleurs, les systèmes de santé déjà peu résilients sont mis à mal par l'émergence régulière d'épidémies, notamment dans leur capacité à assurer la continuité des soins les plus basiques. Face à la pandémie actuelle, les systèmes de santé des pays pauvres, déjà en état de stress une large partie de l'année, en particulier au Sahel, ont été contraints de limiter la couverture des soins de base, dont les services nutritionnels. Selon l'UNICEF¹⁶, **ces derniers ont globalement diminué de 30% du fait de la COVID-19 et des mesures de confinement, des taux pouvant aller de 75% à 100% dans certains pays.**

Prioriser et financer massivement le renforcement des systèmes de santé, dont les soins de santé primaires, est donc essentiel pour, d'une part permettre aux Etats de garantir à toutes et tous leur droit à la santé et également briser le cercle vicieux intergénérationnel de la sous-nutrition. **Pour cela, Action contre la Faim promeut une approche « diagonale » en santé, permettant d'améliorer structurellement les systèmes de santé tout en accompagnant l'intégration des services de nutrition dans le paquet de services de base (encadré 2).**

(2) RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ (RSS), DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le terme de RSS, très largement utilisé aujourd'hui, n'a pas exactement la même signification d'un interlocuteur à l'autre. Certains y verront la simple collaboration avec les autorités sanitaires, d'autres y verront des réformes structurelles et systémiques du système de santé.

Dans ce document et plus généralement pour ACF, **les activités de RSS** visent à agir sur les causes profondes des dysfonctionnements du système dans sa globalité et cherchent à améliorer structurellement et durablement le fonctionnement de ce dernier. Pourtant, **les activités de soutien aux systèmes de santé ne considèrent pas toujours le système dans sa globalité**, et si elles permettent d'en améliorer le fonctionnement de manière plus ponctuelle, elles ne traitent pas les causes profondes des dysfonctionnements (fourniture de médicaments sans améliorer durablement la chaîne d'approvisionnement, recrutement de personnels sans renforcer le cursus universitaire). Ces approches de soutien ont une perspective de court-terme, mais restent toutefois essentielles dans les contextes d'urgence et post-urgence.

Depuis 2013, ACF a mis en œuvre sa propre méthodologie de RSS dans 20 pays différents et prône une approche basée sur 3 modes opératoires, dans une approche de nexus humanitaire et développement : la substitution aux acteurs locaux en cas de crise, si ceux-ci ne sont pas en mesure d'intervenir, le soutien et enfin le renforcement. Cette agilité dans les modalités d'intervention permet, selon les contextes, de garantir aux populations un accès aux services de santé et en parallèle, de travailler sur des changements structurels et pérennes du système de santé.

La méthodologie développée et mise en œuvre par ACF débute par un diagnostic global et participatif de l'ensemble des 6 piliers du système de santé à l'échelon local (District). Une attention particulière est alors portée sur les soins de santé primaires. Elle se poursuit par un accompagnement des autorités sanitaires locales dans la planification et l'opérationnalisation de leur politique de santé, sur la base des priorités ressorties lors du diagnostic. L'implication de tous

14 - Telles que la planification familiale, l'apport en micronutriments et les soins prénataux et postnataux, dans les services minimums de santé, ou l'amélioration de l'hygiène individuelle et environnementale.

15 - OMS et Banque Mondiale 2015, « Tracking universal health coverage: first global monitoring report » : *planning familial, visites anténatales, vaccins DTP3 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, traitement VIH, traitement DTP, traitement tuberculose, moustiquaires imprégnées d'insecticides*

16 - The Lancet, authors on behalf of the Standing Together for Nutrition consortium, *Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality, Juillet 2020*

les acteurs et l'amélioration de la gouvernance du système de santé est au centre de la démarche d'ACF, à travers le renforcement d'une synergie d'action entre les communautés, la société civile locale, les acteurs gouvernementaux et les autorités sanitaires nationales et locales. Cette démarche ascendante est donc complémentaire avec les approches de RSS nationales, reposant sur les ministères de la santé.

Tout comme l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, la crise de COVID-19 a démontré l'importance d'accompagner les Etats pour bâtir des systèmes de

santé solides et résilients grâce à des améliorations structurelles et systémiques de ces derniers. Considérant les engagements internationaux en matière de santé, ce moment de reconstruction et de préparation de « l'après-COVID-19 » est clé pour ériger le renforcement des systèmes de santé, en particuliers les soins de santé primaires (dont nutritionnels), comme priorité de la politique de développement française. Cela relève d'un choix politique à la portée de la France et qui conditionnera sa capacité à respecter ses engagements en matière de CSU et de lutte contre la sous-nutrition.

2. COMPRENDRE LES CAUSES SOUS-JACENTES DES FAIBLESSES DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR MIEUX LES RENFORCER

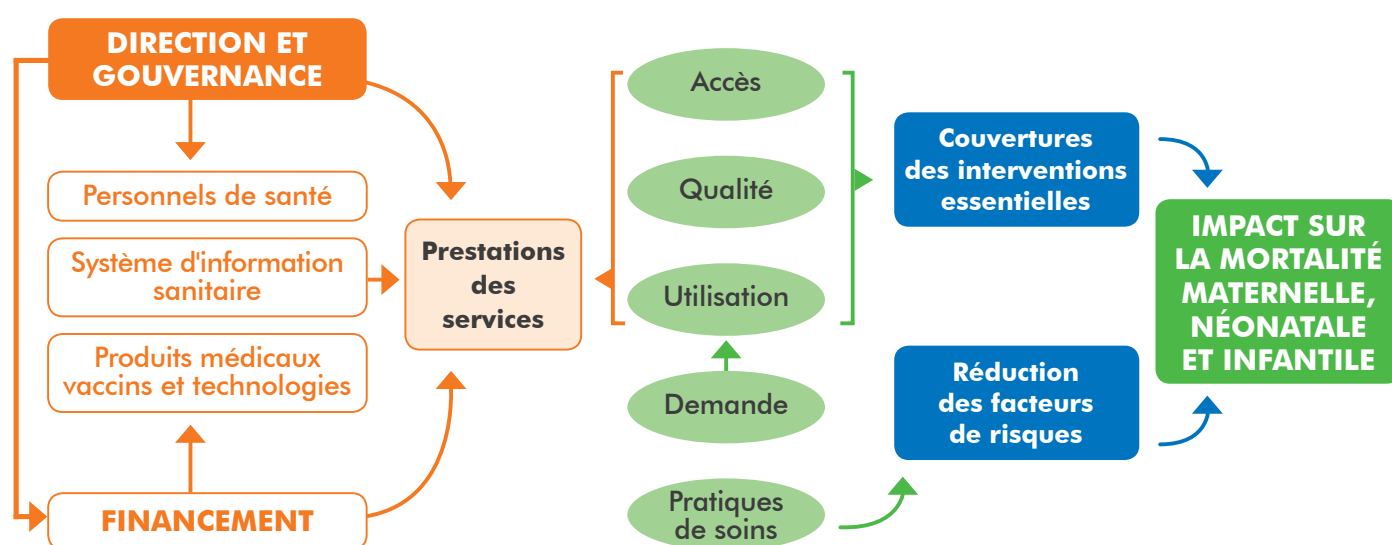


Figure 1- Cadre d'analyse en santé d'Action contre la Faim. Source : Approche Santé : les fondamentaux de l'alignement de la santé et de la nutrition, ACF, 2017

Entre 2016 et 2020, ACF a mené des évaluations des systèmes de santé au niveau local dans une dizaine de pays. Les exemples tirés du Tchad, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République centrafricaine et de Madagascar¹⁷, des pays fortement touchés par la sous-nutrition, démontrent un enchaînement de dysfonctionnements dans les 6 différents piliers de leurs systèmes de santé (voir schéma ci-dessus), depuis le niveau central jusqu'au point de services. Ces diagnostics ont permis en outre de démontrer que **l'accessibilité et la qualité des services,**

en particuliers les soins primaires, pâtissent d'une part du sous-financement chronique de la santé (1) mais également de la non-intégration des expertises et voix des acteurs locaux (communautés, société civile et autorités) dans le système de gouvernance (2). Ces constats appuient la forte nécessité d'adopter des approches pérennes et systémiques en matière de renforcement des systèmes de santé, indispensables pour obtenir des impacts positifs sur le long terme.

17 - Sauf mention d'une source complémentaire, les données terrains sont issues des diagnostics menés par ACF :

- . ACF et République du Tchad, Diagnostic et planification pour le renforcement du système de santé des districts sanitaires de Mao et Mondo, province du Kanem, Tchad, 2020
- . ACF et Burkina Faso, rapport de diagnostic et planification, District sanitaire de Orodara, Région des Hauts-Bassins, Burkina-Faso, Février 2020
- . ACF et République de Côte d'Ivoire, Diagnostic et Programmation en santé Dans le cadre des structures de santé à base publique/communautaire Districts Sanitaires d'Abobo Ouest, Abobo Est, Koumassi- Port Bouet- Vridi et Cocody- Bingerville, Région Sanitaire d'Abidjan 2 - Grands Ponts, 2015
- . ACF et Ministère de la Santé centrafricaine, Renforcement du système de santé de la région sanitaire 7, Rapport du diagnostic et de la planification, 2019
- . ACF et République de Madagascar : Diagnostic et programmation pour le renforcement du système de santé du district sanitaire de Tuléar



1. UNE OFFRE DE SOINS LIMITÉE PAR LE SOUS-FINANCEMENT DE LA SANTÉ

La qualité des services est une des résultantes majeures d'un système de santé fonctionnel dans son ensemble. Dans les pays étudiés, l'offre de soins est globalement limitée et de qualité insuffisante pour répondre aux droits et besoins des populations, en particuliers pour les communautés vivant dans les zones périphériques. Le manque d'infrastructures en bon état, de personnel de santé qualifié, d'équipements et des stocks de médicaments essentiels suffisants et enfin de systèmes d'informations sanitaires opérationnels étant en très grande partie dû à des financements inadéquats et insuffisants.

Des infrastructures et équipements insuffisants et de faible qualité : pour assurer les soins de santé primaires, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fixé le seuil minimum d'un établissement de santé de proximité pour 10 000 habitants. Ce seuil demeure trop peu atteint : en Côte d'Ivoire par exemple, un tiers des régions sanitaires sont en deçà de la norme OMS, ne permettant pas un accès facile aux structures de santé. De plus, le manque d'équipements, de ressources humaines, ou de

médicaments ne permettent pas aux centres de santé d'offrir l'ensemble des services de base et en impactent la qualité. En République centrafricaine par exemple, seuls un quart des établissements assurent en continu les soins de santé reproductive, maternelle et infantile. En Côte d'Ivoire, les décès maternels sont très souvent liés à des complications évitables et curables : les études estiment que la mauvaise qualité des soins (pendant et après accouchement) est en cause dans 80% des décès maternels¹⁸. Ida Togbé, Responsable Santé et Nutrition d'ACF en Côte d'Ivoire explique notamment cela par « *la logique illégitime des autorités sanitaires nationales de prioriser le financement des infrastructures hospitalières de référence au détriment des soins de santé primaires de proximité, 1^{er} contact avec les populations* ».

En réponse à la COVID-19, les financements et les capacités de systèmes de santé se sont massivement concentrés sur la réponse à l'épidémie. Mais celle-ci s'est faite au détriment de la continuité de nombreux services pourtant jugés essentiels par l'OMS¹⁹, tels que la nutrition. Par conséquent, des études du Global Financing Facility²⁰ estiment que les mortalités infantile et maternelle pourraient augmenter en moyenne de 17 % pendant les 12 prochains mois dans les pays d'Afrique de l'Ouest. De plus, avant

18 - Projet d'achat stratégique et d'harmonisation des financements et des compétences de santé (SPARK-Santé), financé par la Banque Mondiale.

19 - World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context, 2020

20 - GFF, Préserver les services de santé essentiels pendant la Pandémie

même la COVID-19, les lits de réanimation étaient déjà insuffisants pour répondre aux normes sanitaires. Selon l'OMS, « le nombre total de lits dans les unités de soins intensifs disponibles dans 43 pays d'Afrique est d'environ cinq lits pour un million de personnes, contre 4.000 lits pour un million de personnes en Europe ».

Le manque d'accès à l'eau potable, à une zone de lavage de main, ou encore les coupures fréquentes d'électricité, sont également des problèmes récurrents : la moitié des établissements de santé de la région du Kanem au Tchad s'approvisionnent en eau dans des puits et un tiers de ceux en Côte d'Ivoire cumulent l'absence d'eau potable et d'électricité. Enfin, en République Centrafricaine, plus des deux-tiers des établissements de santé étudiés ont été jugés vétustes et insalubres.

Un manque alarmant de personnels de santé :²¹

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| MADAGASCAR | 2 médecins / 10 000 habitants |
| FRANCE | 34 médecins / 10 000 habitants |

Le manque de ressources humaines en santé par rapport aux normes minimales fixées par l'OMS est récurrent dans les pays pauvres²². Dès lors, il n'est pas rare qu'aucun.e médecin ne soit présent dans les centres de santé de proximité, alors essentiellement composés d'infirmier.e.s. La répartition très inégale des agents sur les territoires est également symptomatique des contextes étudiés. Au Burkina Faso, la moitié des infirmier.e.s et sages-femmes évoluent en zones urbaines où résident seulement 20% de la population²³. Constat partagé au Tchad par le Dr Sodjé, Responsable de l'organisation tchadienne de défense du droit à la santé pour les population locales Alerte Santé : « Nous sommes largement sous les normes de l'OMS. Pour les sages-femmes par exemple, 80% d'entre elles sont concentrées à N'Djamena, la capitale. ». Le manque de budget public pour recruter le personnel de santé avec une rémunération suffisante, ainsi que l'absence de mesures d'incitations telle qu'une prime d'éloignement pour attirer et maintenir sur la durée des employé.e.s dans des zones éloignées et enclavées sont les causes principales de ce phénomène.

Faute de réformes politiques structurelles en matière de ressources humaines, les partenaires extérieurs et la communauté financent une bonne partie du personnel, notamment les agents de santé communautaires (voir encadré 3) et le recours aux volontaires est fréquent, bien que ces derniers ne possèdent pas toujours la formation requise. Néanmoins, ces solutions ne règlent le déficit que de façon éphémère : une fois le retrait du partenaire, la situation redevient souvent telle qu'à l'origine. Au Tchad par exemple dans les districts de Mondo et Mao, seule la moitié du personnel paramédical est affectée et financée par l'Etat.

(3) FINANCER ET RECONNAÎTRE LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES (ASC) COMME DES RESSOURCES HUMAINES INDISPENSABLES

« En exploitant pleinement le potentiel des ASC, notamment en améliorant considérablement leurs conditions de travail et de vie, nous pouvons progresser ensemble vers la CSU et la réalisation des ODD relatifs à la santé », Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur Général de l'OMS.

Issus directement de la communauté, ces agents sont en première ligne des systèmes de santé et connaissent les habitudes culturelles des populations locales, tel que l'explique Ida Togbé, Responsable Santé et Nutrition d'ACF en Côte d'Ivoire « Le lien direct des agents communautaires avec la communauté renforce la confiance des populations envers le système de santé. Aussi, ces agents sont clés pour assurer le déploiement des services nutritionnels auprès des communautés les plus éloignées ».

Les cadres de la santé communautaire sont présents dans le système de santé, comme au Tchad, en Côte d'Ivoire et à Madagascar, où des comités de gestion communautaires sont organisés dans les structures de santé. Pour autant l'existence d'un budget dédié aux ASC reste rare. Ces agents sont essentiellement soutenus par les partenaires extérieurs, une fois parti et sans relais de l'Etat, la plupart des ASC abandonnent leurs activités, faute de statut officiel et de rémunération (ou autre mesures d'incitations). Il est donc capital de mieux définir le rôle des ASC et de les financer en vue d'une amélioration constante de l'équité et de la qualité des soins, dont la nutrition.

21 - Banque Mondiale, 2018

22 - Norme OMS : 23 personnels de santé pour 10 000 habitants

23 - ACF et Burkina Faso, rapport de diagnostic et planification, District sanitaire de Orodara, Région des Hauts-Bassins, Burkina-Faso, Février 2020

Des pénuries fréquentes de médicaments : elles sont constatées dans l'ensemble des pays étudiés. Ces ruptures de stocks sont dues aux difficultés rencontrées par les systèmes d'approvisionnement en médicaments. La raison la plus évidente est l'absence courante de plan d'approvisionnement à moyen terme, due notamment au manque de ressources humaines qualifiées pour la gestion des stocks et de budgets suffisants pour acheter la quantité nécessaire de médicaments. En République centrafricaine et au Tchad, la gestion des stocks de médicaments se fait donc au jour le jour, en fonction des besoins et des ressources financières disponibles. Le Dr Sodjé, Responsable de Alerte Santé au Tchad, rapporte qu'en réponse « *il n'est pas rare que les responsables des centres de santé se ravitaillent sur le marché parallèle* ». Des propos complétés par Sarah Brousse, Référente RSS pour ACF à Paris « *À Madagascar, les communautés expliquent souvent ne plus aller au centre de santé, car elles savent que les traitements ne seront pas disponibles et elles ne pourront pas se faire soigner correctement* ».

► CÔTE D'IVOIRE

9/10 établissements de santé ont connu une pénurie de médicaments en 2019

Le cas des intrants nutritionnels, indispensables au traitement de la sous-nutrition, n'est qu'un exemple supplémentaire de la faible intégration de la nutrition dans les systèmes de santé locaux. Dans de nombreux pays, ils ne sont simplement pas intégrés au système national d'approvisionnement. Pour pallier ces difficultés multiples, certains partenaires tels que le Programme Alimentaire Mondial ou l'UNICEF approvisionnent directement les districts sanitaires ou les centres de santé en intrants nutritionnels. Ces initiatives permettent de sauver des vies, mais elles participent néanmoins à la création de réponses parallèles sans renforcer durablement le système national d'approvisionnement ni aider les Etats et les communautés à acquérir une certaine autonomie et capacité d'anticipation sur l'approvisionnement en intrants nutritionnels.

Des systèmes d'information sanitaire défaillants : ceux-ci permettent de suivre l'état de santé d'une population et de proposer des interventions au plus près des besoins spécifiques des individus. La crise de la COVID-19 a d'ailleurs une fois encore montré l'importance d'avoir des données fiables et récentes en matière de surveillance épidémiologique ou d'utilisation des services de santé. Ceci est indispensable pour être en capacité de répondre rapidement et pertinemment à l'épidémie, au niveau local comme national. Mais fréquemment, ce système est défaillant. Cela s'explique à la fois par une mauvaise coordination entre le système central et les entités décentralisées, une faible qualité des données collectées, et un manque criant d'analyse et d'utilisation de ces informations pour définir des activités de santé publique. S'ajoutent en outre à cela le manque de ressources humaines qualifiées, matérielles et financières pour assurer la bonne gestion et exploitation de ces données. Dès lors, l'absence d'un système de surveillance fonctionnel ne permet pas d'alerter les autorités, ni de répondre aux besoins de la population aussi rapidement qu'il le faudrait.

Sous ces difficultés, le sous-financement chronique des systèmes de santé : vingt ans après les engagements d'Abuja²⁴, la part de la santé dans le budget des Etats demeure largement insuffisante. Parmi les 5 pays étudiés, seule la Côte d'Ivoire se rapproche de la cible des 15% de son budget national alloué à la santé.

Faute de financements publics suffisants, les systèmes de santé des pays pauvres reposent sur de nombreux canaux de financements, tels que la participation des patients (à travers le recouvrement des coûts), du secteur privé et des partenaires techniques et financiers (bailleurs de fonds et ONG). Selon Ange Koblan, chargé de plaidoyer pour ACF en Côte d'Ivoire « *Le système sanitaire est ici dépendant des partenaires externes car seulement 25% du budget en santé provient de l'Etat* ». Par ailleurs, ces budgets sont souvent inégalement répartis entre les différentes régions sanitaires ; ne répondant pas aux besoins de chaque territoire, en particulier les zones les plus périphériques.

Environ **37 %** des dépenses de santé sont à la charge des ménages (Burkina Faso, RCA, Côte d'Ivoire, Madagascar, Tchad).²⁵

Chaque année dans le monde **100 millions** de personnes basculent dans l'extrême pauvreté du fait de frais de santé trop élevés.²⁶

24 - En 2001, les chefs d'Etat et de gouvernement africains se sont réunis à Abuja au Nigéria où ils ont pris un engagement financier en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en s'engageant à allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé.

25 - Banque Mondiale, Universal Health Coverage Data

26 - Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure), Données OMS (2017)

Le sous-financement et l'allocation inéquitable des budgets entravent les capacités des centres de santé de proximité à garantir un accès équitable à toutes et tous, en particulier pour les femmes et les enfants. En réponse à cela, de nombreuses femmes (qui assurent la grande majorité des soins aux enfants), préfèrent ne pas se rendre au centre de santé ou attendront jusqu'au dernier moment avant de consulter un professionnel de santé.

Si les Etats tentent de déployer des mécanismes de protection sociale pour garantir l'accès inconditionnel aux soins, ceux-ci restent très limités et les coûts liés à la santé pèsent trop largement sur les budgets des ménages. Au Tchad en 2016, la population couverte par les mécanismes d'assurance santé était estimée à 0,1% de la population du pays. Pour solutionner partiellement ce problème, plusieurs Etats africains ont mis en place des politiques de gratuité ciblées, tel

que le Burkina Faso ou la République centrafricaine en 2016. Mais ces derniers se heurtent à une mise en œuvre souvent très complexe et dépendante de facteurs multisectoriels (dont des financements adéquats et la disponibilité de soins et de médicaments suffisants). En République centrafricaine par exemple, la gratuité des services est financée essentiellement par les partenaires extérieurs et plus de 8 utilisateurs sur 10 révèlent avoir payé pour des consultations ou des médicaments. En outre, des études menées par l'OMS ont démontré que la mise en œuvre de ces politiques de gratuité ciblée est complexe et nécessite d'être accompagnée de réformes globales du système de santé²⁷. Elles ne sont par ailleurs qu'une étape avant la mise en œuvre effective de la CSU, dont l'objectif est bien de rendre les soins de base accessibles de façon équitable pour toutes et tous, sans conséquences financières négatives.



2. LA GOUVERNANCE, CLÉ DE VOUTE DU BON FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU RESPECT DES DROITS HUMAINS

La gouvernance, au même titre que les financements, constitue le socle des systèmes de santé. Son organisation a des impacts directs sur la gestion des 5 autres piliers du système de santé.

Une trop faible coordination des politiques de santé : les diagnostics des systèmes de santé locaux ont montré que si des politiques nationales en santé et leurs plans de mise en œuvre étaient bien existants, l'opérationnalisation de ces derniers restait très complexe et limitée. Outre les financements, c'est le manque de leadership et de gestion à différents échelons du système de santé qui ne permet pas d'assurer un bon suivi, comme à Madagascar ou au Tchad par exemple. Ces lacunes apparaissent particulièrement en matière de supervision des ministères de la Santé (niveau central) vers les districts et régions sanitaires (niveau décentralisé). Par conséquent, la planification et le suivi des activités au niveau local sont globalement insuffisants. De la même manière, le manque de ressources humaines dédiées au suivi, ou les difficultés pour se rendre dans les centres de santé, comme le simple manque de véhicules disponibles, limitent le suivi et l'évaluation des activités. Enfin, l'ensemble de ces difficultés entraînent de manière récurrente de longs retards dans les décaissements des budgets alloués aux niveaux décentralisés. En République centrafricaine, ces dysfonctionnements ont engendré une forte dépendance du système de santé à l'aide extérieure, pourtant paradoxalement incertaine et non pérenne : à peu près 80% du budget de la santé provient de financements externes.

Une gouvernance peu inclusive des systèmes de santé : d'autre part, et bien que l'OMS ait plusieurs fois reconnu le rôle essentiel de la société civile et des communautés locales dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques sanitaires, leur inclusion dans la gouvernance des systèmes de santé demeure globalement négligeable. Dans le cas par exemple des agents de santé communautaires, bien que des comités de gestion, dont le bon fonctionnement n'est pas toujours assuré, sont peu à peu mis en place dans certains pays, le rôle de ces agents reste majoritairement limité à la délivrance des services. Pourtant, leur expertise et leur connaissance des particularités locales seraient un atout majeur dans la définition des politiques publiques en matière de santé.

Le faible sens de la redevabilité de la part des responsables sanitaires, la fragmentation sociale et le sentiment de méfiance des usagers envers le système de santé, rendent d'ailleurs leur participation difficile et peu encouragée. Les populations locales peinent à faire entendre leur voix en raison du manque de reconnaissance du rôle des OSC et de leurs faibles moyens financiers (voir encadré 4). Mettre en place une gouvernance inclusive des systèmes de santé doit pourtant être au cœur de toute stratégie de renforcement des systèmes de santé, comme le rappelle le Global Action Plan de l'OMS lancé en 2019 pour améliorer la santé de toutes et tous²⁸. Cet enjeu est fondamental pour atteindre la CSU et conditionne la capacité du système de santé à répondre efficacement et équitablement aux besoins des populations.

(4) SOUTENIR LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE POUR UNE MEILLEURE REDEVABILITÉ

« Au Tchad, la société civile a présenté au Président un plan national pour la nutrition, en demandant un engagement budgétaire de 1 milliard de Franc CFA dédié à la lutte contre la malnutrition. » Alexis Dermbaye, Coordinateur général d'Alerte Santé au Tchad.

Les organisations de la société civile ont localement un rôle et une expertise indispensable pour améliorer le système de santé. En portant les revendications des populations locales auprès des délégués provinciaux de santé et des maires, Alerte Santé rappelle aux autorités sanitaires et aux élus leur devoir de responsabilité et de redevabilité. Pour pallier le manque de coordination entre les OSC locales, Alerte Santé a mis en place en 2019 la Coordination nationale des ONG au Tchad. Mais faute de financements pour assurer son fonctionnement, la structure ne peut pour l'heure pas exercer pleinement son mandat.

Ces différents exemples ont permis de démontrer que l'ensemble des 6 piliers des systèmes de santé sont nécessaires et interdépendants pour assurer un fonctionnement efficace et continu des services de santé aux différents niveaux d'un pays. Des financements suffisants et une bonne gouvernance sont des conditions sine qua none pour aboutir à la délivrance de services équitables de qualité. L'amélioration de la gouvernance des systèmes de

santé ou encore des mécanismes de financement de ce dernier, requièrent des changements structurels nécessitant des réformes politiques importantes. Ces changements ont lieu sur le long-court et justifient des approches de renforcement sur le long-terme

et non des soutiens ponctuels et variés venant de multiples acteurs. Améliorer la structure intrinsèque du système permettra par la suite, de poser de solides bases pour l'amélioration des 6 piliers du système de santé de façon pérenne.

3. TRADUIRE LES ENGAGEMENTS POLITIQUES EN ENGAGEMENTS FINANCIERS

Il a plus de quarante ans, la déclaration d'Alma Ata de 1978 sur l'importance des soins de santé primaires, soulignait « Les gouvernements ont, vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates »²⁹. Depuis, le renforcement des systèmes de santé, en tant que véhicule pour atteindre la Couverture Santé Universelle, est devenue une priorité des politiques de développement en matière de santé (voir encadré 5).

(5) LE RSS ET LA CSU SONT AU CŒUR DES ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE SOLIDARITÉ

Communauté internationale :

- 2009 : 1^{ère} résolution sur le RSS et les soins de santé primaires (62^{ème} Assemblée mondiale de la santé)
- 2015 : établissement des Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030 (ODD 3 : Bonne santé et bien-être)
- 2019 : à l'initiative de la France, 123 Etats adoptent une résolution historique pour la CSU lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies

France (dont AFD) :

- Stratégie internationale de la France en santé mondiale (2017-2021)
- Cadre d'orientation stratégique (2018-2022) et Cadre d'intervention sectoriel en santé et protection sociale (2015-2019) de l'AFD

Pour autant, le mouvement politique en faveur de la CSU et du RSS peine à concrétiser ses engagements en moyens financiers. D'après l'OMS, atteindre les cibles santé des Objectifs du Développement Durable (ODD) nécessiterait une augmentation de 134 milliards à 371 milliards de dollars annuels dans 67 pays à revenus faibles et intermédiaires³⁰. 85% de ces ressources nécessaires pourraient être prises en charge par les financements nationaux, mais l'APD reste un instrument indispensable pour soutenir les pays les moins avancés (PMA). D'autant que, presque 20 ans après les engagements d'Abuja, seuls 2 Etats africains ont respecté leur engagement d'allouer au moins 15% de leur budget national à la santé (le Rwanda et l'Afrique du Sud).

Bien que la France ait pris des engagements politiques forts (encadré 5), les financements pour le secteur de la santé sont en baisse depuis plusieurs années. En 2019, ce secteur n'a bénéficié que de 7% de l'APD totale française³¹ et de seulement 4% des financements de l'AFD, principal opérateur de l'aide bilatérale française. La France a d'ailleurs fait le choix de privilégier le canal multilatéral, par lequel a transité 80% de l'APD française pour la santé en 2019. Elle se positionne comme l'un des principaux bailleurs des fonds multilatéraux tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), l'Alliance pour le Vaccin GAVI ou l'organisation UNITAID.

29 - La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé.

30 - OMS, « L'OMS estime les coûts pour atteindre les cibles sanitaires mondiales d'ici 2030 », Juillet 2017

31 - République Française, Document de Politique Transversale, Projet Loi des Finances pour 2021

1. QUELLE PLACE POUR LE RSS DANS L'APD BILATÉRALE DE LA FRANCE ? ÉTAT DES LIEUX DES FINANCEMENTS DE L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

L'AFD (groupe AFD-Proparco) est le principal opérateur de l'APD bilatérale de la France³², dont le secteur de la santé ne fait pas exception (en 2018, 54% de l'APD bilatérale en santé a été dispensée par l'AFD³³). Le canal bilatéral permet un meilleur pilotage des priorités sectorielles et géographiques des financements alloués. Les engagements stratégiques de l'AFD (encadré 5) démontrent de la volonté de l'agence de faire de la CSU l'objectif et le cadre d'intervention de son action en santé, via principalement le renforcement des systèmes de santé.

METHODOLOGIE :

L'étude des financements RSS de du groupe AFD sur la période 2018-2019 a été réalisée à partir des données publiées sur les sites de l'AFD et Proparco, incluant la base de données OpenData. La liste des projets comptabilisés dans les Bilans annuels Santé et Protection sociale de l'AFD n'étant pas rendue publique, la présente étude porte sur les données disponibles publiquement. Une première lecture des fiches projet a permis d'identifier les projets participant à l'amélioration des systèmes de santé (renforcement et soutien), en se basant sur la définition d'ACF (encadré 2). Dès lors, la catégorisation d'un projet comme participant ou non à l'amélioration du système de santé peut différencier de la vision et des critères établis par l'AFD.

Cette analyse a ainsi porté sur une liste de 48 projets, dont 11 projets financés par Proparco, représentant un montant cumulé de 477 millions d'euros. Comparé aux montants présentés dans les bilans sectoriels, cette étude porte donc sur environ 70% des engagements comptabilisés par l'AFD comme du RSS sur la période 2018 et 2019.

Par la suite, chaque projet a été analysé, sur la base des informations disponibles dans sa fiche projet, selon les caractéristiques suivantes : 1) les outils de financements, 2) les pays et structures bénéficiaires, 3) les piliers renforcés, 4) l'intégration des sociétés civiles locales dans le cycle de projet et la présence potentielle d'activités de plaidoyer, 5) les échelons ciblés (soutien ou renforcement éventuel du niveau de soins primaires et des systèmes de santé communautaires) et 6) la présence d'activités permettant de renforcer les services nutritionnels. Les projets étudiés relèvent de la Division Santé et Protection sociale de l'AFD, du guichet Initiatives-OSC et des projets « santé » de Proparco. La filiale de l'AFD dédiée au secteur privé investit chaque années plusieurs millions d'euros dans le secteur de la santé. En ce sens et parce que les engagements de Proparco sont comptabilisés dans les bilans Santé et protection sociale de l'AFD, ceux-ci ont été intégrés au périmètre de cette étude.

La santé : grande perdante des financements de l'AFD ?

Pour réaliser son engagement en faveur de la santé, l'AFD a quasiment doublé ses financements annuels destinés à ce secteur³⁴ depuis 2015, pour atteindre un montant de 547 millions d'euros en 2019. Cette avancée très positive est toutefois à remettre en perspective avec les budgets globaux du groupe : sur la période 2018-2019, les engagements pour ce secteur n'ont représenté que 4% des engagements totaux de l'AFD. De plus, il est important de rappeler qu'en 2018, moins d'un tiers (28%) des financements de l'AFD pour la santé était de l'APD³⁵. Enfin, selon les bilans sectoriels de 2018 et 2019, la plus grande majorité (92%) des financements alloués par l'AFD et

Proparco au secteur de la santé³⁶ ont bénéficiés au renforcement des systèmes de santé, confirmant une approche horizontale de la santé.

Financements de l'AFD sur la période 2018-2019 :

- ▶ Seuls **4 %** pour la santé et protection sociale
- ▶ **92 %** des financements de la santé sont comptabilisés comme du renforcement des systèmes de santé
- ▶ **1/3** des financements santé de l'AFD sont de l'aide publique au développement

32 - En 2018, le Gouvernement français a décidé de l'intégration de l'agence de coopération technique Expertise France au sein du groupe AFD, en cours d'opérationnalisation. Dans le cadre de cette étude, seuls ont été analysés les projets RSS d'Expertise France financés par l'AFD.

33 - Données OCDE

34 - Incluant Santé et Protection sociale

35 - 109 millions de dollars de financements santé par l'AFD au titre de l'APD en 2018 (Ocdé statistiques).

36 - Incluant la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et nutrition et le renforcement des systèmes de santé (soit 761 millions d'euros sur la période 2018-2019).

Quelles priorités géographiques en matière de RSS ?

En 2019, l'Afrique a bénéficié d'un peu moins de la moitié des financements RSS du groupe AFD, quand un tiers ont été dirigés vers l'Asie et le Moyen-Orient et une part plus restreinte vers l'Amérique Latine, les pays insulaires des Caraïbes, Pacifique et Atlantique et enfin vers les Outremer français. Si l'on prête maintenant attention à la répartition des projets en fonction des profils économiques des pays bénéficiaires, une petite majorité des projets RSS ont bénéficiés aux Pays les Moins Avancés (PMA)³⁷. Il s'agit néanmoins de projets à petits budgets (entre 300 000 et 4 millions d'euros en moyenne), financés sur des périodes courtes (environ 3 ans). Rapporté en volume de financements, environ 80% des financements de l'AFD pour le RSS (en valeur absolue) ont finalement bénéficié aux pays à revenus intermédiaires (PRI)³⁸. La capacité d'absorption des fonds par les PMA, plus faible que celle des pays intermédiaires, ne peut constituer une justification suffisante à cet écart. Au regard de l'importance des besoins dans ces pays, ils devraient bénéficier de soutien permettant d'avoir des résultats sur le court terme, mais également d'appuis plus substantiels et de long terme.

▶ Seuls **20 %** des financements de l'AFD pour le renforcement des systèmes de santé bénéficient aux pays les moins avancés

Une tendance inquiétante en faveur des prêts pour un service social tel que la santé : sur la globalité des financements de l'AFD pour le RSS (hors Proparco), moins de 40% ont été alloués sous forme de dons sur la période 2018-2019. Ainsi, la majorité des financements de l'AFD dans le secteur de la santé sont actuellement des prêts et des contrats de désendettement et de développement (C2D)³⁹. Plus positif, l'ensemble des financements RSS de l'AFD à destination des pays les moins avancés (PMA) ont néanmoins été dispensés sous forme de dons. À l'inverse, pour renforcer les systèmes de santé des pays à revenu intermédiaire (PRI), l'AFD privilégie largement l'outil du prêt (70%).

La santé est un droit fondamental, un service social dont la vocation n'est pas d'être rentable, mais de toucher l'ensemble de la population de façon équitable et inconditionnelle. Ce recours massif aux prêts pour financer les programmes de renforcement des systèmes de santé (60%) ne peut se justifier dans le cadre d'un service social de base tel que la santé. Si l'usage des prêts peut permettre de déployer des moyens financiers de plus grande envergure, cet outil incite les bailleurs à cibler en grande majorité des projets rentables (via notamment le financement du secteur privé – voir suite) ou des grandes structures urbaines (tels que les projets de réhabilitation ou construction d'hôpitaux, le développement de laboratoires, ou l'accès aux équipements de pointe), au détriment des établissements de santé de proximité délivrant les soins de santé primaires, par nature peu rentables. De plus, le recours massif aux prêts vient accentuer le poids de la dette sur les budgets nationaux des Etats (selon l'ONG Oxfam⁴⁰, le Ghana dépense 11 fois plus chaque année pour rembourser sa dette que pour la santé). Face à ce recours massif aux prêts, les Etats membres du Comité de l'aide au développement de l'OCDE recommandaient en 2018 à la France d'augmenter la part de son APD délivrée sous forme de dons afin de respecter ses engagements, en particulier envers les PMA⁴¹.

▶ **40 %** des financements de l'AFD (hors Proparco) pour le renforcement des systèmes de santé sont des dons

Pour lutter efficacement contre les inégalités et mettre les droits humains au cœur de l'action de l'AFD, l'utilisation prioritaire du don est indispensable, notamment pour permettre aux PMA de développer leur service social de santé. Les dons permettent également de cibler davantage l'offre de soins de santé primaires et les niveaux les plus décentralisés des systèmes de santé (tels que les Districts), notamment en finançant des projets pilotés par les ONG internationales et/ou les associations locales. Ces projets pilotés par des acteurs de terrain permettent d'obtenir des impacts positifs en matière de qualité mais aussi de gouvernance et de redevabilité des systèmes de santé envers les populations. De plus, ceux-ci à combler les vides laissés par les Etats et sur lesquels ces organisations-là ont une réelle valeur ajoutée.

37 - 25 projets sur 48

38 - 258 millions d'euros pour les PRI contre 105 millions d'euros pour les PMA sur la période 2018-2019.

39 - Un contrat de désendettement et de développement est un outil qui permet de reconvertir la dette d'un pays vis-à-vis de la France en subventions reversées par l'AFD et ciblées vers des programmes de développement. Voir site AFD.

40 - https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/cest-intenable-oxfam-demande-des-mesures-pour-soulager-les-pays-les-plus-pauvres-des-consequences-economiques-du-covid-19_3907251.html

41 - OCDE, Examens de l'OCDE sur la coopération pour le développement : France 2018, Examens de l'OCDE sur la coopération pour le développement, Éditions OCDE, 2018

Réguler le soutien au secteur privé dans le domaine de la santé : le soutien au secteur privé et l'usage des financements mixtes public-privés sont devenus des priorités stratégiques de la France pour respecter son engagement d'allouer 0,7% de son Revenu National Brut à l'APD. Une ligne suivie par l'AFD qui assure dans son Plan d'orientation stratégique poursuivre « le développement de son activité en faveur du secteur privé de la santé, y compris à travers PROPARCO ».

Les engagements de la filiale Proparco⁴² sont également comptabilisés dans les bilans sectoriels de l'AFD. Sur la période 2018-2019, ils ont représenté un quart des financements pour la santé⁴³. Ceux-ci correspondent essentiellement à des prêts et des prises de participation au sein d'entreprises privées spécialisées dans le secteur de la santé, tels que les laboratoires d'analyses privés LabLink en Malaisie, filiale du groupe KPJ, un des plus grands groupes hospitaliers du pays. Si ces financements sont en lien avec le mandat de la filiale, deux inquiétudes sont à signaler : le risque existant et croissant de privatisation de la santé que ces financements peuvent engendrer et la part trop importante des financements vers les grandes entreprises au détriment des petites et moyennes entreprises. Dans un objectif de développement, le recours aux financements mixtes publics-privés pourrait soutenir en priorité les petites et moyennes entreprises (PME) des pays en développement à faire face aux contraintes liées aux crédits. Le soutien au secteur privé pourrait également permettre de soutenir de nouveaux marchés qui bénéficieront aux plus pauvres, par exemple les investissements dans les entreprises fabricant des médicaments génériques, selon des conditionnalités, en particulier en matière de droits humains.

En effet, l'alliance public-privé (dans les modes de financements mais également dans le choix des projets financés) n'a pas toujours prouvé son efficacité pour soutenir les secteurs sociaux à la réalisation des droits humains, tel que la santé. De la même manière que les prêts, le recours au secteur privé oriente davantage les financements vers les pays à revenus intermédiaires, au détriment des pays les plus pauvres. De plus, soutenir le secteur privé dans le cadre des services publics comme la santé peut générer des résultats contraires aux ODD et à l'atteinte de la CSU, telle que l'introduction ou l'augmentation des frais pour les utilisateurs du système de santé, ou encore entraîner des réductions des dépenses publiques impactant l'accès à la santé.

Ces partenariats doivent donc rester l'exception dans le cadre des services sociaux de base tel que la santé.

Ils doivent être régulés mais également accompagnés de politiques publiques visant à renforcer les systèmes de santé, Cela est fondamental pour assurer à la santé son caractère de « bien public mondial » non marchand.

Améliorer la gouvernance de la santé via les programmes de RSS :

40 % des projets financés par l'AFD (hors Proparco) assurent la participation des sociétés civiles locales

50 % des projets RSS (hors Proparco) intègrent des activités visant à améliorer la gouvernance des systèmes de santé

3 % des financements pour les projets RSS (hors Proparco) sont à l'initiative des ONG

Comme décrit précédemment, le système de gouvernance est structurant du système de santé. Plusieurs fois affirmé par l'OMS, la participation des sociétés civiles, des usagers et des communautés locales dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé est un enjeu central pour renforcer les systèmes de santé⁴⁴. Les efforts en matière de RSS déployés par les autorités nationales, avec ou non le soutien de partenaires extérieurs, favorisent des changements politiques structurels et déterminent les actions à mettre en œuvre à l'échelle du pays. Mais le constat tiré des diagnostics RSS menés par ACF est que les Etats peinent à mettre en œuvre leurs politiques publiques de santé aux différents niveaux du système de santé, laissant alors de côté toute une part de la population. « L'argent ne descend pas, les financements des bailleurs de fonds sont essentiellement gérés par le Ministère de la Santé qui va les utiliser pour la construction de grandes infrastructures hospitalières, en laissant de côté les questions de qualité des soins au niveau local » illustre le Dr Sadjé, Responsable d'Alerte Santé au Tchad.

Le fait que ces approches « du haut vers le bas » ne s'attachent que trop rarement à favoriser une gouvernance inclusive du système de santé est une explication à cela. Il est en effet capital d'accompagner ces initiatives par des approches construites "de bas en haut", centrées sur le niveau local et assurant une pleine participation des usagers, des communautés et de la société civile locale. Ceux-ci bénéficient d'une expertise et d'une connaissance des besoins

42 - Proparco est la filiale de l'AFD dédiée au secteur privé, si son mandat est bien « le financement et l'accompagnement de projets d'entreprises et d'institutions financières dans les pays en développement et émergents », elle s'engage par sa politique RSE à respecter les principes d'un « développement durable et inclusif ».

43 - Soit 124 millions d'euros.

44 - Voir notamment : OMS, Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All, 2019

et des contextes complémentaires aux données dont dispose le Ministère de la santé. En ce sens, ils sont et doivent être reconnus comme acteurs de changement, capables de combler les vides stratégiques laissés par les initiatives nationales et participant pleinement à la réalisation du droit à la santé. De plus, leur implication dans la gouvernance des systèmes de santé a prouvé son efficacité pour maximiser la pérennité et l'impact des programmes, en particulier sur la qualité des soins ainsi qu'une meilleure appropriation par les usagers et les partenaires locaux des activités mises en œuvre. Enfin, une gouvernance inclusive des systèmes de santé permet une plus grande redevabilité et transparence des autorités sanitaires envers les usagers.

Mais les mécanismes de dialogue entre les autorités sanitaires et les acteurs locaux sont trop souvent insuffisants. Ces acteurs de terrain nécessitent un appui technique, politique et financier fort de la part des Etats et des bailleurs. L'enjeu est donc pour les partenaires extérieurs d'intégrer ces enjeux de gouvernance aux programmes de RSS, en favorisant la pleine participation des acteurs locaux dans tout le cycle de projet, mais également en finançant directement les organisations des sociétés civiles locales. L'AFD témoigne depuis quelques années d'un réel effort pour se tourner davantage vers cette culture de projet. **Sur la période 2018-2019, environ 40% des projets de RSS financés impliquaient la société civile locale, dont l'ensemble de ces projets**

sont portés par des ONG internationales. Assurer la pleine participation des acteurs locaux nécessite une connaissance et une proximité avec le tissu associatif du pays. Fortes de leurs expériences et de leur proximité avec les acteurs locaux, les ONG internationales proposent de plus en plus des projets pensés selon une approche partenariale de long terme avec ces organisations locales. Leurs connaissances et compétences sont complémentaires de celles des organisations locales, l'association des deux, permettant d'améliorer les impacts des financements pour la santé de façon plus durable. **Sur l'année 2019, les projets à l'initiative des ONG n'ont bénéficié que de 3% des engagements pour la santé et la protection sociale, au niveau de l'AFD.** Enfin, cette participation sociale peut être encouragée via des initiatives de plaidoyer, comme c'est déjà le cas depuis plusieurs années. Cependant, l'intégration d'activités de plaidoyer reste mineure dans les programmes soutenus par l'AFD, ce qui pourrait être amélioré à l'image des projets Nutris (Madagascar, Tchad et Djibouti) et de l'actuel projet Confluences (Tchad, Madagascar, Cameroun, RCA et Burkina Faso) ([encadré 6](#)), tous deux financés par l'AFD. Le plaidoyer occupe une place centrale au sein de ces deux projets, telles que des activités visant à mobiliser la société civile afin de veiller à ce que les budgets nationaux et locaux bénéficient effectivement au renforcement des systèmes de santé et à la lutte contre la sous-nutrition.

(6) LES PROJETS NUTRIS ET CONFLUENCES : COLLABORER AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE LOCALE POUR RENFORCER DURABLEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ

Par son ancrage local, sa connaissance du terrain et sa proximité avec les populations, la société civile est une alliée incontournable pour améliorer le fonctionnement du système de santé. Le projet Nutris (2015-2018), cofinancé à 60% par l'AFD dans le cadre du mécanisme Initiative-OSC, a été pensé et réalisé par ACF en partenariat avec la société civile. A Madagascar, travailler en lien avec notre partenaire local ASOS a permis de fortement impliquer des représentants de la communauté et les associations locales actives en santé-nutrition, dans la planification sanitaire de leur district via la réalisation d'un diagnostic participatif. Leur participation a permis de dresser un état des lieux précis des lacunes et des forces du système de santé au niveau local, tout en renforçant fortement leurs capacités, à travers une collaboration continue et rapprochée. Cette dynamique a ainsi permis de favoriser, les possibilités de s'impliquer davantage à leur niveau dans le système de santé. Au Tchad, le projet Nutris a permis à la plateforme nationale de la société civile pour la nutrition (SUN) de faire davantage entendre sa voix grâce à l'accompagnement fournis par ACF et à la création d'un réseau de champions composés de personnalités de l'administration publique engagées dans la lutte contre la sous-nutrition. Ces champions ont contribué à l'engagement des parlementaires en vue notamment de la création d'une ligne budgétaire dédiée à la nutrition.

Dans le cadre de Confluences (2018-2022), l'expertise et l'expérience des organisations de la société civile locales sont au centre de la démarche du projet. Ces savoirs et compétences locales permettant de mieux identifier et comprendre les spécificités locales afin de définir les priorités, et les modes opératoires à favoriser pour maximiser les résultats, mobiliser les populations qui font confiance à ces associations locales, et donc améliorer l'appropriation dans un premier temps et la durabilité dans un second temps et enfin de bénéficier des réseaux de ces organisations, et donc d'ouvrir de nombreuses portes aux différents niveaux du système de santé.

(7) QUID DE LA PRISE EN COMPTE DE LA NUTRITION DANS LES FINANCEMENTS POUR LE RSS ?

Seuls 3 projets sur la période 2018-2019 ont permis d'améliorer l'intégration des services nutritionnels dans les systèmes de santé. La nutrition a longtemps été perçue comme un seul enjeu de sécurité alimentaire et non comme un problème de santé publique. Aujourd'hui encore, les stratégies et les financements en matière de nutrition se concentrent trop massivement sur ce secteur ou sur la distribution d'aliments fortifiés. Il est donc fondamental que la nutrition soient davantage prises en compte dans les interventions en santé mais également introduite dans les programmes de renforcement des systèmes de santé, en particuliers les soins de santé primaires. Cet engagement permet d'améliorer les indicateurs de santé mais il est également une condition à l'atteinte de l'objectif plus global de la CSU.

De nombreux efforts ont été fait au sein de l'AFD pour faire du RSS une priorité de son action en santé, en accord avec ses engagements en faveur de la CSU. Néanmoins, la pandémie mondiale a démontré encore une fois que les financements sont aujourd'hui bien en deçà des besoins et des enjeux actuels. **Aujourd'hui, il est incompréhensible que la santé, - droit fondamental et vecteur de lutte contre les inégalités - constitue moins d'un dixième des financements du premier opérateur de l'aide au développement de la France.** Il y a urgence à ce que l'AFD face de

la santé une priorité stratégique et que celle-ci soit reflétée dans ces budgets. L'enjeu est également de faire de la réalisation du droit fondamental à la santé la pierre angulaire de l'action de l'AFD en matière de renforcement des systèmes de santé. Il s'agit pour cela de transversaliser une approche basée sur les droits humains et le partenariat avec les acteurs locaux dans l'ensemble des projets, en cohérence avec les engagements de la future stratégie 100% Lien Social de l'AFD, afin de faire de l'AFD un acteur complémentaire des fonds multilatéraux en santé.

2. LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ, UN OBJECTIF À LA MARGE DES FINANCEMENTS MULTILATÉRAUX EN SANTÉ

La santé est le deuxième secteur bénéficiant des financements multilatéraux de la France pour le développement (derrière les services économiques). En 2019, ceux-ci ont financé les fonds multilatéraux pour la santé à hauteur de 698 millions d'euros, en soutenant en priorité le Fonds Mondial, GAVI et Unitaïd⁴⁵. Ces organisations sont essentielles pour lutter contre les grandes pandémies qui sévissent, en particulier sur le continent africain, et permettent chaque année de sauver des milliers de vies. Mais ces initiatives "verticales" ont la limite d'être exclusivement centrées sur une ou plusieurs maladies (lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, programmes de vaccination, etc.). Si les impacts de ces activités ont l'avantage d'être facilement évaluables et répondent aux exigences des bailleurs, elles se confrontent inévitablement aux fragilités des systèmes en place (manque de personnel médical, infrastructures vétustes, ruptures dans les chaînes), leur réussite étant conditionnée au fonctionnement des systèmes de santé locaux.

Ces acteurs influents affichent néanmoins une volonté d'intégrer leurs actions dans les systèmes nationaux existants et d'attribuer une part de leurs financements au RSS, à l'instar du Fonds Mondial⁴⁶.

Néanmoins, une étude menée en 2020 par le think thank "Santé mondiale 2030" en partenariat avec l'AFD démontre un certain « décalage entre le discours et les pratiques »⁴⁷. Si le Fonds Mondial avance investir 1 milliard de dollars par an dans des activités de RSS et y avoir consacré 27% de ses financements sur la période 2014-2019, ce chiffre est remis en cause par l'étude. Elle relève un « calcul extensif » des financements du Fonds Mondial pour le RSS, basé sur une méthodologie comptabilisant de manière rétrospective ses investissements « contributifs » au RSS, selon des critères et un périmètre d'acceptation relatifs. De plus, l'étude de Santé 2030 a permis de démontrer que la culture et les compétences professionnelles du Fonds Mondial restent centrées sur les trois pandémies. Son action pour le RSS demeure ainsi limitée, visant principalement à soutenir ses capacités opérationnelles et constituant plus exactement des activités de soutien qui n'améliorent pas le système en profondeur selon une approche pérenne et systémique. Par ailleurs, selon la base de donnée disponible sur le site du Fonds Mondial, les **déboursements dédiés exclusivement au RSS ne représentaient que 1,6% de ses financements globaux**⁴⁸. Sa prochaine stratégie, qui débutera en 2023, sera donc capitale pour développer et financer une stratégie de long terme de RSS, en vue d'atteindre la CSU.

45 - République Française, Document de Politique Transversale, Projet Loi des Finances pour 2021

46 - Fonds Mondial, Rapport Annuel 2020

47 - Anne Bekelynyck, Synthèse des résultats de l'étude « Fonds mondial et Renforcement des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest et du centre », 2020

48 - Fonds Mondial, Banque de données

De la même manière, et malgré l'urgence avérée de renforcer les systèmes de santé, cet enjeu n'a pas été suffisamment au centre des premières initiatives lancées en réponse à la pandémie de COVID-19. Le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT)⁴⁹, représente en ce sens une réponse de court-terme (18 mois) au sein de laquelle le volet RSS est dévolu au financement des coûts opérationnels liés aux activités de dépistage, traitement et vaccination contre la pandémie. À défaut de s'insérer dans une stratégie de plus long terme, il

est fondamental que ces premières réponses soient accompagnées de financements et actions pérennes en faveur du RSS. Ces initiatives multilatérales, aux capacités financières très importantes, demeurent néanmoins incontournables en matière de santé mondiale et représentent une part non négligeable de l'aide au développement. En tant que bailleur majeur, il est légitime d'attendre de la France d'user de son influence pour élever le renforcement des systèmes de santé au rang de priorité de ces initiatives, autant dans leurs stratégies que dans leurs budgets.



© Sébastien Duijndam pour Action contre la Faim - Côte d'Ivoire

CONCLUSION : LE DROIT À LA SANTÉ : UN CHOIX POLITIQUE À LA PORTÉE DE LA FRANCE

Renforcer les systèmes de santé, en particulier dans les pays les plus pauvres, est une nécessité urgente pour contribuer à l'atteinte de la CSU et ainsi lutter contre la sous-nutrition. Sans cela, des millions de personnes et des millions d'enfants souffrant de sous-nutrition continueront chaque année à ne pas avoir accès aux soins de santé essentiels, parfois même les plus basiques. Avoir des systèmes de santé solides et résilients est également un prérequis pour améliorer la réponse mondiale aux chocs telles que les épidémies. La pandémie de la Covid-19 a mobilisé la planète entière et chacun s'est ému des inégalités criantes

que cette crise sanitaire et économique a révélées, en particulier dans le domaine de la santé. Les Etats riches ont la responsabilité de participer pleinement à la construction du "monde d'après". La France, en tant que 6^{ème} puissance économique mondiale, doit faire le choix politique de la santé pour toutes et tous. Elle doit respecter ses engagements en matière d'aide publique au développement et prioriser l'atteinte de la couverture santé universelle dès 2021 en soutenant massivement le renforcement des systèmes de santé des pays les plus pauvres.

49 - « Lancé fin avril 2020, à l'occasion d'un événement coorganisé par le Directeur général de l'OMS, le Président français, la Présidente de la Commission européenne et la Fondation Bill & Melinda Gates, l'Accélérateur ACT rassemble des gouvernements, des organisations du secteur de la santé, des scientifiques, des entreprises, la société civile et des philanthropes qui ont uni leurs forces pour en finir plus rapidement avec la pandémie. » OMS, 2020

NOS RECOMMANDATIONS

ACTION CONTRE LA FAIM (ACF) DEMANDE À LA FRANCE, ET EN PARTICULIER L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT (AFD) EN TANT QUE PRINCIPAL OPÉRATEUR DE L'APD BILATÉRALE FRANÇAISE :

- D'allouer d'ici 2022 au moins 15% de son APD à la santé⁴⁹, sous forme de dons et en priorisant le renforcement des systèmes de santé dans les pays les moins avancés (PMA) ;
- Cet engagement doit figurer dans la prochaine loi de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales (LOP-DSLIM) et dans le prochain Cadre d'Objectifs et de Moyens (COM) et la stratégie sectorielle en santé de l'AFD ;
- D'être représentée au plus haut niveau au sommet *Nutrition for Growth (N4G)* en décembre 2021 à Tokyo pour prendre des engagements ambitieux en matière de CSU incluant la nutrition, et de s'engager à accueillir le sommet en 2024 à Paris en marge des Jeux Olympiques ;
- De faire du renforcement des systèmes de santé (RSS), une priorité de la nouvelle LOP-DSIM, de la prochaine stratégie de la France en santé mondiale et dans le prochain Cadre d'Objectifs et de Moyens (COM) et la stratégie sectorielle en santé de l'AFD, en tant que prérequis pour atteindre la couverture santé universelle (CSU) et lutter durablement contre la sous-nutrition.
- De prioriser les financements pour le renforcement des systèmes de santé vers des projets visant à renforcer plusieurs piliers, selon une approche globale et systémique centrée sur l'amélioration des soins de santé primaires, incluant les services nutritionnels.
- De faire de la participation et de la gouvernance inclusive de la santé une pierre angulaire de son action pour le RSS. Les organisations de la société civile (OSC), les communautés et les autorités locales doivent systématiquement être engagées dans le cycle de projet, de la phase de diagnostic, à la construction et la mise de ce dernier.
- De s'engager dans la LOP-DSIM à ce qu'au moins 15% de l'APD totale de la France transite par les OSC, afin d'atteindre au minimum la moyenne des pays membre du CAD de l'OCDE⁵¹ ;
- De porter l'enveloppe du dispositif « Initiative-ONG » (I-ONG) de l'AFD à 400 millions d'euros d'ici 2022⁵² ;
- De conditionner et réguler les partenariats avec le secteur privé au respect des droits humains, des principes fondamentaux de la CSU et de la santé comme bien public mondial.
- D'améliorer la transparence de l'AFD en publiant les listes complètes des projets financés et présentés dans les bilans annuels du groupe.

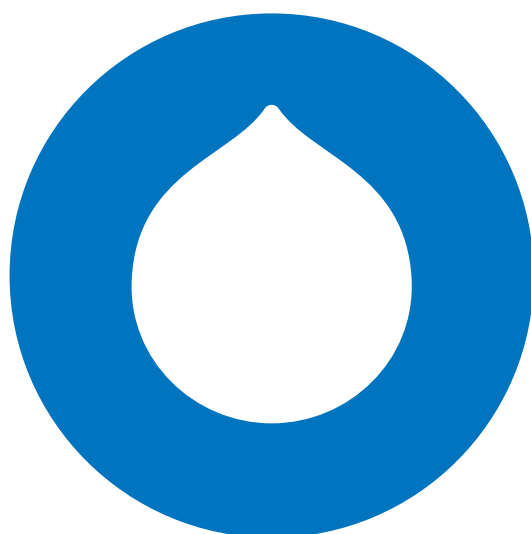
50 - Demande commune des ONG membres du Collectif Santé Mondiale

51 - Demande commune des organisations membres de Coordination SUD

52 - Ibid.

REMERCIEMENTS ET MENTIONS LÉGALES

- **Mentions légales :** COPYRIGHT © Action contre la Faim Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation. **CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ** Le présent document vise à porter à l'attention du public les informations relatives aux initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim International. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforcerons de corriger toute erreur qui nous serait signalée. Toutefois, la responsabilité d'Action contre la Faim n'est en aucune manière engagée quant au contenu des informations du présent document. Lesquelles : - ont un caractère général et ne visent pas à aborder les circonstances spécifiques propres à une personne physique ou morale - ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ; - renvoient parfois à des documents ou à sites externes sur lesquels Action contre la Faim n'exerce aucun contrôle et pour lesquels Action contre la Faim décline toute responsabilité ; - n'ont en aucun cas valeur de conseil juridique. La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de contourner les exigences posées par les législations nationales en vigueur ou d'exclure la responsabilité d'Action contre la Faim de manière contraire aux exigences posées par les législations nationales applicables ni d'exclure sa responsabilité dans le cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.
- **Remerciements :** À l'ensemble des équipes d'Action contre la Faim et partenaires au siège et dans les régions concernées qui, avec beaucoup de patience et de générosité, ont concouru à fournir des éléments de terrain et de contexte contribuant à la réalisation de cette note.
- **Auteurs :** Emma Vidal. Contributeur.rice.s : les équipes d'Action contre la Faim au siège et dans les missions et partenaires. En particulier : Caroline Antoine, Lucie Barbier, Sarah Brousse, Sophie Bruneau, Talara Dayamba, Alexis Dermnaye (Alerte Santé), Morgane Dussud, Aurélie Ferial, El Hadji Gueye, Lucile Grosjean, Lucile Hermant, Christelle Hure, Judith Kabore, Mathilde Lambert, Elise Lesieur, Angle Koblan, Herman Madtoïngue, Nadège Puemeu, Pascal Revault, Fabienne Rousseau, Michael Siegel, Dr Sodjé (Alerte Santé), Yvonne Takang, Ida Togbé, Fanta Touré.
- **Photos :** couverture © Pierrot Men pour Action contre la Faim - Madagascar ; photo p6 © Samuel Hauenstein Swan pour Action contre la Faim - Tchad ; photo p9 © Nabil Kasri pour Action contre la Faim ; photo p16 © Sebastien Duijndam pour Action contre la Faim - Côte d'Ivoire.



Contact
Emma Vidal : evidal@actioncontrelafaim.org

Action contre la Faim - France
14/16 Boulevard de Douaumont - 75854 Paris Cedex 17 - France
www.actioncontrelafaim.org