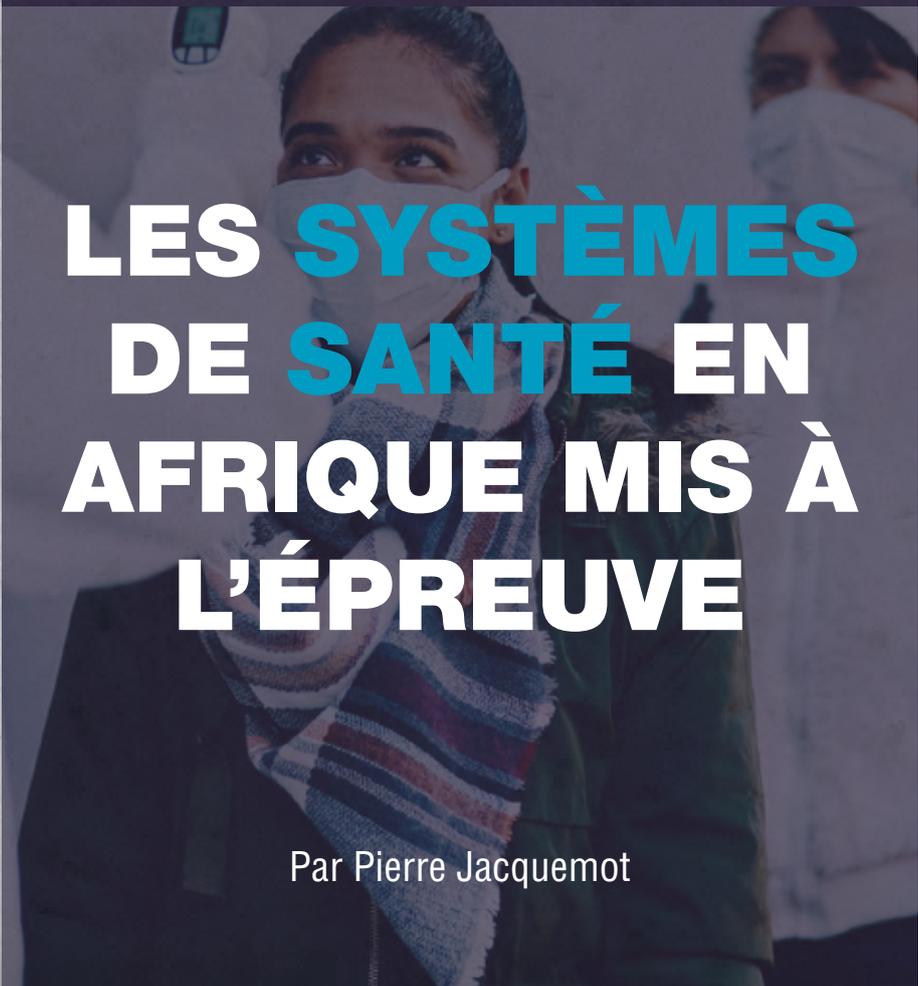




POLICY BRIEF

PB 20 - 32
Avril 2020



LES **SYSTEMES** DE **SANTÉ** EN AFRIQUE MIS À L'ÉPREUVE

Par Pierre Jacquemot

Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve

Pierre Jacquemot

Résumé

Il est encore prématuré d'évaluer l'ampleur de la pandémie du Coronavirus en Afrique, mais tout laisse à penser qu'elle frappera de plein fouet des systèmes de santé – de la prévention à la prise en charge des malades - déjà vulnérables. Diverses résiliences sont à l'épreuve avec des effets péjoratifs, surtout à l'encontre des plus pauvres, moins armés pour respecter les mesures d'astreintes et plus fragiles dans leur quotidien. Des leçons peuvent toutefois être tirées des expériences épidémiques passées et des voies de sortie peuvent d'ores et déjà être identifiées.

Alors que le Covid-19 a pris pied partout en Afrique, il peut devenir l'un de ses grands défis de santé publique. La Commission économique pour l'Afrique (CEA, 2020) estime que plus de 300 000 Africains pourraient perdre la vie à cause de la pandémie. Son impact sur les économies du continent, déjà en difficulté, pourrait plonger près de 27 millions de personnes dans l'extrême pauvreté. Ce pronostic, tragique, mérite certainement d'être nuancé et il le sera au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie dans le contexte singulier des pays du continent. Il n'en demeure pas moins que les mesures associées à l'état d'urgence sanitaire (information, couvre-feu, confinement, gestes-barrière, restriction à la mobilité) se heurtent à des difficultés particulières de mise en œuvre. La moitié de la population urbaine est concentrée dans des quartiers précaires surpeuplés et mal équipés, et seuls un tiers des ménages ont accès à des moyens de se laver les mains. Mais, surtout, l'inquiétude porte sur la fragilité des systèmes de soins de santé.

Des défaillances sévères

Le constat est abrupt. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Afrique abrite un quart des malades dans le monde. Elle ne fabrique qu'une part infime – moins de 2 % - des médicaments consommés sur le continent. Elle ne bénéficie que de 1,3 % des ressources financières mondiales consacrées à la santé et dispose de seulement 3 % des professionnels de santé (OMS, 2018).

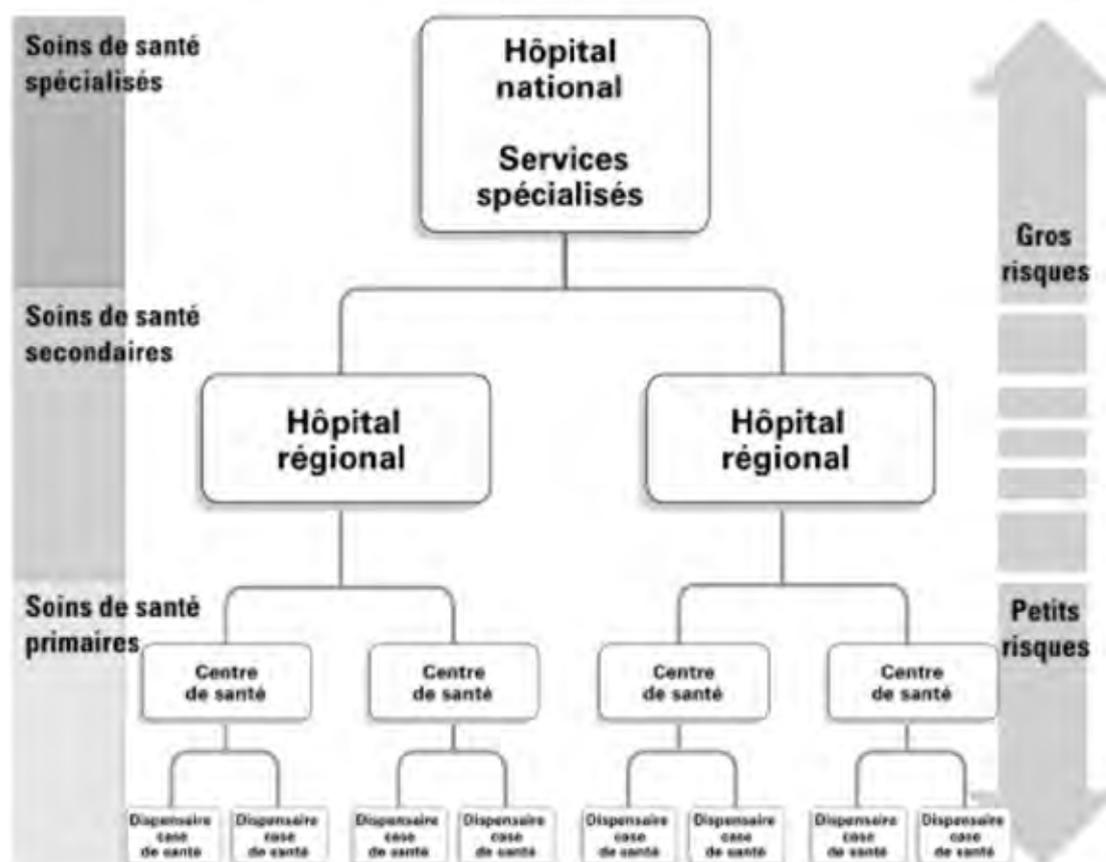
Pour prendre une analogie avec le virus, doit-on redouter que le système immunitaire des centres de santé et des hôpitaux passe en surrégime et que leurs organes vitaux soient attaqués par une poussée inflammatoire foudroyante, entraînant un syndrome de détresse respiratoire aiguë ?

On peut répondre que dans un passé récent, l'Afrique a montré une certaine capacité à atténuer le risque sanitaire. Le continent présente des atouts dans la lutte contre le virus comme celui d'avoir une population jeune (60 % de moins de 24 ans) ou d'avoir déjà fait l'apprentissage de la lutte contre d'autres pandémies graves (le VIH-Sida, Grippe aviaire sur pratiquement tout le continent ; virus du Chikungunya dans l'Océan indien et l'Afrique de l'Est ; virus Zika, Fièvre de Lassa et virus Ebola en Afrique de l'Ouest), à quoi s'ajoutent des avancées contre le paludisme et la tuberculose.

Un diagnostic des systèmes de santé peut être dressé. Des leçons peuvent être tirés du passé. Des voies de réforme vont assurément être empruntées.

Une résilience à l'épreuve

Le système de santé, pratiquement partout en Afrique, est organisé de manière pyramidale du point de vue spatial et fonctionnel : des structures de premier niveau (dispensaires de premiers soins, centres de santé pour les pathologies courantes, les soins de proximité et la santé maternelle) ; ensuite des structures de type hôpital de district ou régional de 100 à 200 lits qui normalement offrent une palette de soins de consultations externes avec de l'hospitalisation (médecine, pédiatrie, chirurgie, maternité et, parfois, service d'urgence) ; des structures de référence au plan national offrant les spécialités et, enfin, des centres hospitalo-universitaires qui concentrent la quasi-totalité des spécialistes, chargés d'enseignement dans les facultés de médecine.



Le bien public qu'est la santé est distribué par différents acteurs. Environ 60 % du total des dépenses de santé bénéficie à des prestataires privés ou rattachés à des structures religieuses. Leur place varie selon les pays fonction de facteurs politiques, historiques et économiques. Dans certains pays, comme l'Ouganda et le Ghana, elle dépasse les 70 %, tandis que dans d'autres, comme la Namibie, elle est inférieure à 10 % (Source, OMS, 2018).

Les populations pauvres et les populations rurales sont celles qui font le plus appel aux prestataires privés informels, en particulier les guérisseurs et les revendeurs de médicaments non agréés, tandis que les citadins des classes moyennes et supérieures bénéficient plus souvent de services privés formels.

Dans le même temps, les systèmes atteignent 49 % seulement de leurs niveaux de fonctionnalité possibles appréciés sur 4 critères (OMS, 2018).



1. L'accès aux services essentiels : en moyenne le système sanitaire ne fournit que 48 % des besoins en santé et bien-être nécessaire à la population ¹; les pays ne sont pas en mesure de fournir les infrastructures (postes de santé, hôpitaux), le personnel et les produits nécessaires pour ces services dans un rayon d'action accessible et à des prix abordables ;
2. La qualité des services est appréciée par l'expérience vécue des patients : le succès des traitements, l'assurance de l'innocuité et l'efficacité des interventions sont insuffisants ;
3. La demande de services sanitaires essentiels, en matière de prévention, de vaccination et de soins primordiaux, par les ménages et les communautés rencontre une offre de qualité insuffisante ;
4. La résilience des systèmes aux facteurs de risque comme les catastrophes ou les épidémies est généralement faible (indice : 0,32) mais plus forte dans les pays qui ont été exposés à la maladie à virus Ébola (Guinée, Liberia et Sierra Leone²), ce qui permet de supposer que des enseignements ont été tirés et que les investissements appropriés ont été effectués.

1 Seuls cinq pays affichent une note supérieure à 60%. Le meilleur score de l'échantillon (qui exclut l'Égypte, le Maroc et la Tunisie) est celui de l'Algérie qui est en mesure de fournir 70 % des besoins en santé (OMS, 2018, p. 21).

2 Ébola a infecté plus de 28 000 personnes, a causé plus de 11 000 morts. Son coût humain a été considérable sous forme de souffrances, de dislocation sociale et d'insécurité alimentaire.

Une analyse plus approfondie de la performance du système montre que plus le niveau de revenu du pays est élevé, meilleure est la performance. Il est fort probable que ce « dividende de revenu » résulte du plus grand nombre d'investissements disponibles dans le système au fur et à mesure que le niveau de revenu d'un pays augmente.

Le continent compte en moyenne 1,4 agent, de santé pour 1 000 habitants contre 12,3 dans les pays de l' Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE). Globalement, l'Afrique compte un médecin pour 5 000 habitants, soit 5 fois moins que la moyenne mondiale. A l'échelle du continent, Cette situation est une conséquence de la migration des populations médicales vers l'Occident : a compétences égales, un chirurgien gagne en moyenne 216 000 dollars par an aux États-Unis contre 24 000 dollars en Zambie a compétence égale. Les médecins kenyans gagnent en moyenne 6 000 dollars par an. Cette fuite des cerveaux pose un problème, tant du point de vue de l'avancée de la recherche que de l'expertise que ces professionnels pourraient apporter à leur pays d'origine en conseillant les gouvernements sur les politiques de santé à mener. En plus, il y a peu de liens entre la diaspora et les ressources humaines locales.

La pénurie d'agents de santé pose un énorme dilemme : le transfert du personnel médical vers les soins Covid-19 pourrait aggraver les pénuries dans d'autres domaines ; lesquelles pénuries pourraient avoir des conséquences supérieures à celles de la pandémie à l'instar de ce qui s'est passé dans les pays touchés par Ebola qui s'est propagé de 2014 et 2016, où fut observée pendant la réponse une pénalisante baisse des effectifs dans les services de santé maternelle et infantile.

L'inhospitalité de l'hôpital

Le principal danger associé à une pandémie comme du Covid-19, est la multiplication du nombre de cas qui se traduit par une affluence dans les hôpitaux, lesquels se trouvent alors débordés, à l'instar de ce qui se passe en Europe.

Quelle est la capacité hospitalière africaine ? Webometrics, un classement réalisé par le Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), l'organisme public de recherche espagnol, sur l'efficacité des centres hospitaliers dans le monde, indique que sur les 11 780 premiers hôpitaux du monde, seuls 100 sont africains. Il faut chercher à la 598ème place (Gambro Healthcare du Swaziland), le premier hôpital africain et à la 1542ème place le deuxième (As Salam International Hospital en Égypte). L'Afrique du Sud (5 centres de santé dans les 20 premiers africains), mais également le Maroc (Centre hospitalier Mohammed VI Marrakech, Ibn Rochd Casablanca, Hassan II Fès) présentent des palmarès honorables. À noter que des pays notoirement pauvres, peuvent avoir des centres comparativement de qualité : l'Institut Pasteur de Madagascar (2 065ème mondial) ou l'Edna Adan Maternity Hospital du Somaliland (4 149ème). En revanche, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest sont absentes de la liste des 6 000 premiers établissements mondiaux.

Ce classement peut évoluer. Le Maroc prévoit de construire 40 nouveaux établissements dans le cadre de son « programme d'amélioration de l'accès aux soins » ; le Sénégal en a 4 en chantier. À Kinshasa, l'Hôpital du cinquantenaire, inauguré en 2014, construit par des entreprises chinoises, doté d'une imagerie à résonance magnétique et de l'un des

plus grands scanners du pays, est géré par un prestataire indien, Padiyath HealthCare. Ces dix dernières années, la Chine a construit 77 hôpitaux en Afrique.

Le diagnostic de l'hôpital public africain est sévère. Il faut dire que les plateaux techniques sont souvent vétustes, avec des équipements de laboratoires ou de radiothérapie peu fonctionnels. Il souffre d'un manque de maintenance. Il existe, certes, des îlots épargnés par le constat de la médiocre qualité des soins, mais le personnel médical, rarement formé à l'évaluation des pratiques médicales, est souvent mal préparé face aux tentatives de rationalisation des conduites professionnelles et des pratiques de gestion.

La représentation que la population a de l'hôpital public est souvent péjorative, parfois assimilé au « mouvoir », celui où l'on va en dernière extrémité. Les données collectées auprès de plus de 45 800 personnes interrogées dans 34 pays africains lors de l'enquête du réseau de recherche basé à Accra, Afrobaromètre (Mattes, 2019), réalisée juste avant la pandémie, confirme cette image. Les expériences sont variables d'un pays à l'autre, mais parmi les malades qui ont été en contact avec un établissement de santé publique au cours de l'année écoulée, en moyenne près de la moitié a déclaré qu'il était difficile d'obtenir des soins, tandis que 4 sur 10 ont déclaré avoir vécu de longues attentes ou n'avoir jamais obtenu de services.

Dans une dynamique morbide, l'élément principal est la capacité de chaque pays à offrir à sa population malade une capacité d'accueil en réanimation proportionnelle à l'intensité de la propagation de la maladie. Les situations sont très variables. Le Maroc est le mieux doté : 3 000 lits. L'Afrique du Sud dispose de 1 000 lits de réanimation pour 58 millions d'habitants, le Sénégal, 360 lits pour 16 millions d'habitants, le Mali seulement de 40 lits et le Burkina Faso, un lit pour 20 millions d'habitants.

Prenant conscience de la situation critique dans laquelle se trouvent souvent leurs hôpitaux publics, certains États ont, donc, entrepris une réforme de la gestion de leurs structures hospitalières. On pense au Maroc, au Kenya ou à l'Afrique du sud (pour ce dernier pays, voir Hajar El Alaoui, 2020). Les modalités de la réforme sont variables. Des éléments communs se retrouvent néanmoins d'un pays à l'autre : nécessité d'élaborer un cadre réglementaire et une carte sanitaire ; changement dans les procédures de gestion des établissements ; élaboration de projets d'établissement ; renforcement de la maintenance ; formation du personnel ; amélioration du système d'information. Dans le même temps, la médecine se spécialisant est entrée dans un cycle d'augmentation continue de ses coûts. Les traitements liés à la transition épidémiologique et aux nouvelles maladies urbaines (antibiotiques de dernière génération, antidépresseurs, médicaments de confort) et les nouveaux équipements (blocs anesthésie et réanimation, défibrillateurs, respirateurs, scanners, échographes) génèrent des coûts qui bouleversent les systèmes anciens de tarification et nécessitent des règles rigoureuses de gestion des achats (Tafirenyika, 2017).

Le déséquilibre du modèle hospitalier

Les principes en matière de financement de la santé ont été énoncés en 1987 dans un texte adopté par les Chefs d'État intitulé l'Initiative de Bamako³. Le but était d'instaurer

³ En 2001, les pays africains ont convenu de consacrer au moins 15% de leur budget aux soins de santé. Quinze ans plus tard, seuls six pays (Botswana, Burkina Faso, Malawi, Niger, Rwanda et Zambie) ont atteint cet objectif sans pour autant que toutes leurs populations aient accès à des soins décentes.

une participation des communautés, tant dans la gestion que dans le financement du système de santé. La gratuité qui servait antérieurement de fondement à l'offre publique de soins ne pouvait plus être supportée par les États, faute de ressources pérennes. L'alternative se présentait, alors, de la manière suivante : soit les services médicaux restaient gratuits, mais démunis de tout, soit ils devenaient payants pour ceux disposant d'un pouvoir d'achat, même modeste, mais à l'exclusion des indigents, afin de fournir un service de qualité minimale aux patients. Un principe s'est, donc, progressivement imposé : face à la pénurie des transferts publics, seul le paiement des actes peut contribuer à rétablir un minimum de qualité à des prestations médicales devenues sans cela de plus en plus médiocres. La mise en application de l'Initiative de Bamako a permis d'enregistrer certains progrès dans la gestion des structures de santé dans plusieurs pays africains. Cependant, si le système n'a que très partiellement contribué à améliorer la disponibilité et la qualité de l'offre de santé, il a également rendu l'accès aux soins encore plus difficile pour les ménages pauvres, en raison de leur impécuniosité. Après 20 ans de paiement direct par les usagers des formations sanitaires, de nombreux pays africains se sont donc engagés, à la faveur d'un revirement doctrinal de la Banque mondiale (BM), dans des politiques de gratuité, en particulier en faveur de trois groupes parmi les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants, indigents). Au nom de l'équité, mais aussi de l'efficacité du système de santé, l'exemption des frais a été rétablie presque partout.

Mais quantité n'est pas qualité. Rapidement, les mesures en faveur de la gratuité ont entraîné un retour à la baisse dans la qualité des soins et une lente paupérisation des formations sanitaires publiques avec divers effets pernicieux : rayonnages de médicaments vides, appareils de radiologie en panne faute de maintenance, absentéisme des personnels de santé, facturations illégales des soins. Les « distorsions » sont illustrées dans plusieurs articles de l'ouvrage collectif de J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde (2014). Le résultat étant à l'instauration de facto d'une médecine à deux vitesses, juxtaposant une médecine privée payante de bonne qualité et réservée aux riches, et des soins gratuits, mais de qualité inférieure, pour les populations les plus pauvres.

Dans les faits, la gratuité n'est jamais totale pour l'utilisateur, du fait de la persistance de coûts directs non pris en charge dans la gratuité (par exemple les césariennes), des coûts indirects (transports, accompagnants, nourriture) et des coûts illicites (facturations indues, « cadeaux » aux personnels de santé). Entre 60 à 70 % des soins prodigués par les établissements publics de santé sont réglés directement par les ménages. Enfin, des pénuries empêchent la délivrance des médicaments gratuits. Faute de médicaments disponibles, les personnels de santé délivrent des ordonnances pour des médicaments payants, parfois vendus dans la pharmacie de la formation sanitaire, parfois vendus illicitement par les agents de santé (en étant prélevés sur les kits officiels ou acquis de diverses façons).

Cette tendance est largement à l'œuvre. Les catégories sociales favorisées recourent aux services des cliniques privées (souvent promues et soutenues par les bailleurs de fonds et où elles retrouvent parfois les mêmes praticiens qu'à l'hôpital public⁴) ou se font soigner à l'étranger, au Maghreb, en Afrique du Sud, en Europe ou aux États-Unis. Pour l'immense majorité de la population qui ne peut s'offrir ces séjours sanitaires, la

4 Une illustration cynique en est donnée par Brazzaville où en face du Centre hospitalier et universitaire (CHU), qui a connu une longue grève en 2017 pour manque de moyens et retards de paiement des salaires des personnels, s'est installée une clinique privée où viennent travailler les mêmes médecins.

tentation est grande de se tourner vers les tradipraticiens, guérisseurs, marabouts et autres faiseurs de miracles.

Vers l'équité ?

En Afrique subsaharienne, les ménages financent entre un tiers et les deux tiers de leurs dépenses de santé⁵. Environ 10 % des dépenses de santé sont financées directement par les bailleurs de fonds extérieurs.

Quelques pays ont commencé à travailler à la création de régimes d'assurance maladie, pour contribuer au développement de l'offre de soins. Après le Maroc et la Tunisie, il y a une vingtaine d'années, certains pays d'Afrique subsaharienne se sont lancés : Gabon (2007), Mauritanie (2008), Mali (2008), Togo (2010), Côte d'Ivoire (2015). Souvent, dans ces pays, seule une minorité de la population y a accès. Au Kenya, le niveau de couverture universelle n'est que de 20 %, et la part du PIB destinée aux dépenses de santé ne dépasse pas 4,5 %. Le régime national du Nigéria couvre moins de 3 % de ses citoyens. L'Afrique du Sud dépense plus en assurance maladie privée volontaire (42 % du total des dépenses de santé), que tout autre pays au monde. Pourtant, ce régime couvre uniquement 16 % de la population. Il est rare que les pays, à l'image du Maroc, aient engagé des projets d'extension vers les secteurs informels.

Le Ghana est un cas intéressant. Pour résoudre les difficultés liées à l'insolvabilité des patients et de leurs familles, le gouvernement a lancé, en 2005, le National Health Insurance Scheme (NHIS). Les mutuelles qui connaissent un fort engouement sont des associations établies sur une base communautaire ou professionnelle. Les cotisations des membres sont utilisées pour rembourser les frais de santé, mais aussi pour conduire des actions de prévention. Le gouvernement a augmenté la TVA pour en orienter une partie vers le système d'assurance santé. Ensuite, tous les financements (cotisations sociales des fonctionnaires et des salariés du secteur formel, TVA, assurances volontaires) sont versés à un pot commun. Avec 40 % de la population couverte, c'est un système qui fonctionne bien, même s'il pâtit de défauts fréquents rencontrés partout : lenteur des remboursements, surconsommation... Parallèlement, le Ghana a renforcé son offre de soins primaires. Le pays consacre près de 9 % de son PIB aux dépenses de santé et, aujourd'hui, près de 90 % des habitants bénéficient de la couverture de santé universelle. Pour atteindre ce niveau, le Rwanda a formé des milliers d'agents de santé communautaires. Si l'assurance maladie est financée par le gouvernement et par des primes individuelles, les bailleurs financent près de la moitié du budget sanitaire du Rwanda. Les Rwandais les plus défavorisés ne paient rien pour adhérer au programme, tandis que les plus aisés paient environ 8 dollars par an, un résultat remarquable pour un pays dont le revenu national par habitant, 692 dollars, est l'un des plus faibles au monde.

Des succès, des enseignements à tirer

Le continent offre quelques lueurs d'espoir. Le taux brut de mortalité due aux dix principales causes de mortalité a globalement baissé, passant de 87,7 à 51,3 pour

⁵ Selon l'OMS, en 2015, le reste à charge pour les personnes en pourcentage des dépenses totales de santé était en moyenne de 32% en Afrique subsaharienne, avec des écarts qui vont de la Sierra Leone (76%) à l'Afrique du Sud (7,2%) en passant par le Nigeria (66%). En France le chiffre est de 7,4%

100 000 habitants entre 2000 et 2015. De vrais progrès ont été obtenus dans la lutte contre le paludisme, la principale cause de décès. Sur la même période, le taux de mortalité lié à la maladie a chuté de 66 % dans tous les groupes d'âge. Chez les enfants de moins de cinq ans, qui sont les plus vulnérables, les décès ont chuté de 71 %. Les moustiquaires y sont pour beaucoup, avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides⁶. Le taux d'infection au VIH est également en baisse depuis dix ans. Selon le dernier rapport de l'ONU-SIDA, en 5 ans les nouvelles infections au VIH ont diminué de 14 % en Afrique orientale et australe, région la plus touchée au monde, et de 8 % en Afrique de l'Ouest et du Centre. Malgré les difficultés économiques, l'Afrique subsaharienne a mis au point les programmes les plus significatifs au monde, offrant des traitements antirétroviraux (ARV) à plus de 12 millions de personnes.

Les défis du système de santé ne concernent pas que les maladies virales infectieuses. La charge de morbidité est désormais poussée par les maladies non transmissibles (MNT), également appelées "maladies liées au mode de vie" de l'Afrique urbaine où la transition épidémiologique est à l'œuvre, la violence et les traumatismes. Ainsi, aucune réduction significative n'est constatée pour le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer⁷ et les maladies respiratoires chroniques. Un habitant âgé de 30 à 70 ans a 20 % de malchance de mourir de l'une de ces principales maladies non transmissibles. Il est à craindre que ces maladies flambent, si les mesures de leur contrôle s'affaiblissent avec la focalisation des moyens sur le Coronavirus. Un proverbe éthiopien ne dit-il pas : « be inkert' lay Joro degif » (même si tu as un goitre, tu peux avoir les oreillons)

Les voies de sortie

Dans un contexte de doublement des populations tous les vingt ans, améliorer la couverture des besoins en santé, pour atteindre des niveaux permettant aux systèmes sanitaire de combler leurs retards, suppose des efforts qu'on peine à croire à la portée de certains pays africains s'ils reposent seulement sur leurs propres ressources. Prenons l'exemple du Niger : couvrir l'intégralité des besoins supposerait de multiplier par 4 ou 5 du ratio de personnels médicaux et de lits d'hôpital par habitant d'ici 2030 ; cela signifie multiplier par 8 les financements que le pays consacre au secteur.

La formulation d'une politique de santé suppose d'examiner trois grandes questions étroitement liées, et sur lesquelles se construisent les arbitrages. Quelle est la part respective des ressources disponibles qu'il faut allouer aux actions de prévention (éducation, hygiène, vaccination...) et aux actions médicales-curatives ? Quelle est l'efficacité comparée des systèmes centralisés et des systèmes décentralisés et qu'en résulte-t-il pour l'organisation de la pyramide sanitaire ? Comment faire supporter le financement du système de santé : indirectement par l'impôt ou l'assurance-maladie ou directement en contrepartie de la prestation et, dans ce cas, dans quelle proportion ?

6 Les statistiques de l'OMS montrent qu'en 2000, seuls 2% des 667 millions de personnes vivant en Afrique subsaharienne utilisaient une moustiquaire. En 2015, plus de la moitié du milliard de personnes vivant sur le continent en utilisaient.

7 Les études épidémiologiques prévoient 1,2 million de nouveaux cas de cancer en Afrique d'ici à 2030, et plus de 970 000 morts si des mesures adéquates de prévention ne sont pas prises rapidement. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en Afrique subsaharienne, le taux de progression du nombre de décès dus au cancer sera considérablement plus élevé qu'en Europe ou aux États-Unis.

La réponse apportée à l'une de ces trois questions peut influencer celles que les Etats apportent aux deux autres. Ainsi, l'option en faveur de l'hôpital national induit une priorité en faveur de la médicalisation et un financement de type budgétaire. En revanche, l'option décentralisée accorde un privilège à la prévention, tout en sollicitant une participation directe des bénéficiaires.

Les pistes explorées pour sortir le système de santé africain de l'ornière dans lequel il se trouve peuvent s'inspirer de la thérapie anti-Coronavirus. Elle se décline en 4 phases :

Types d'actions améliorant la qualité des services de santé

	Types de problèmes à résoudre	Types d'actions
Augmenter l'immunité Création d'un environnement favorable	Information et prévention inadéquates Faible connaissance épidémiologique Ressources financières insuffisantes	Campagne de sensibilisation à l'hygiène et aux soins Système de veille et d'alerte épidémiologique Politique de prévention et de dépistage Plancher de dépenses budgétaires
Réduire l'inflammation Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins	Manque de qualité dans la fourniture des soins Accessibilité réduite Manque de médicaments Défaillance du matériel et des équipements	Accréditation des établissements Politique de tarification Contrôle et inspection Participation des associations Politique des médicaments essentiels et achats groupés Politique de maintenance
Affaiblir le virus Renforcement des capacités des prestataires	Insuffisance de la qualification des soignants Défaillance du management Pratiques de « mégestion »	Formation initiale et professionnelle Outils d'aide professionnelle (profils thérapeutiques) Formation des gestionnaires de santé Contrat de gestion
Améliorer les fonctions des organes défaillants Renforcement de l'autonomie des « clients »	Asymétrie d'information Ignorance sur état général de la morbidité Absence de carte sanitaire Non suivi des recommandations préventives et thérapeutiques	Information sur tarification Organisation des districts sanitaires Utilisation des TIC Diffusion de la protection sociale : assurance privée, mutuelles de santé.

Dans toute situation de crise, la gestion de l'information est cruciale. Il faut collecter et exploiter, au plus vite, les bonnes données, fiables, actualisées et contextualisées, pour anticiper, évaluer et qualifier correctement la situation, identifier les réponses possibles et alimenter les prises de décision ; puis les communiquer avec sincérité à des populations

inquiètes et, parfois, confinées non pas dans leur espace, mais dans des peurs nées des violences ou des crises antérieures. Plusieurs pays s'y préparent activement, à l'instar de l'Éthiopie, du Ghana, du Rwanda, de la Côte d'Ivoire ou du Sénégal, qui disposent localement des compétences et organisent à l'échelle de leur territoire des ripostes à moyen terme contre le fléau. Les apports des nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent être, de ce point de vue, importants. Par exemple, pour pallier la pénurie de personnel de santé, des solutions sont ouvertes avec la télémédecine. Pour améliorer la connexion entre hôpitaux, la gestion logistique des médicaments, en passant par la lutte contre la contrefaçon ou la constitution de réseaux d'experts...

Depuis début mars 2020, la riposte africaine à la pandémie se prépare et s'organise, en tenant compte des particularités du continent (équipements insuffisants, mesures de confinement difficiles à mettre en œuvre, pertes immédiates de revenus des ménages, difficultés d'approvisionnement des villes). La priorité absolue consiste à accroître les dépenses de santé pour sauver des vies et, en même temps, à mettre en place des financements en faveur des personnes dont les moyens d'existence sont bouleversés. Il est crucial d'apporter une aide considérable en temps voulu (Moustapha Ly et Fahd Azaroual, 2020). Il peut s'agir de transferts monétaires ou d'aides en nature en faveur des ménages vulnérables, y compris les travailleurs du secteur informel, ou d'aides ciblées et temporaires aux secteurs durement touchés (FMI, 2020).

Des aides conséquentes vont être débloquées. Le FMI met 100 milliards de dollars à disposition au moyen de mécanismes de financement d'urgence à décaissement rapide. En outre, les pays les plus pauvres peuvent obtenir du fonds fiduciaire d'assistance et de riposte aux catastrophes du FMI des dons qui leur permettront de rembourser leur dette envers l'institution. S'engagent, également, la Banque mondiale (financement accéléré de 14 milliards de dollars), la Banque africaine de Développement (BAD) -emprunt obligataire « Combattre le Covid-19 » d'un montant record de 3 milliards de dollars- et des fondations privées pour permettre aux systèmes de santé africains d'encaisser la violence du choc. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) est actuellement l'instrument multilatéral le mieux doté. Il est chargé de débloquer 10 % de ses ressources, soit environ 500 millions d'euros pour financer en partie l'aide d'urgence aux systèmes de santé. Ces initiatives sont appuyées par la Commission de l'Union africaine, l'OMS et certains pays européens comme la France et l'Allemagne.

Le moratoire sur le paiement du service de la dette, décidé le 15 avril 2020 par la G20 pour 44 pays africains, est une initiative salutaire pour les doter d'une capacité de financement directe de leur besoin urgent en matière de lutte contre la pandémie virale. On notera, cependant, une limite de taille dans la mise en œuvre d'un moratoire ou d'une annulation : la mesure profite, d'abord, aux pays les plus endettés (qui peuvent être ceux qui ont le plus mal géré leur endettement), lesquels ne sont pas nécessairement les plus mal lotis en dispositifs sanitaires ou les plus affectés par la pandémie.

La solution qui devra s'imposer sera plutôt celle de chiffrer préalablement les besoins réels en santé et en impacts économiques négatifs (perturbation de la production et forte baisse de la demande ; retombées du ralentissement brutal de la croissance mondiale et du durcissement des conditions financières ; et recul prononcé des cours des produits de base), ou plus simplement de prendre la taille de la population (ce sont des femmes et des hommes qui sont malades), puis de chiffrer les montants de l'aide nécessaire et, donc, les montants à rééchelonner ou à annuler.

Bibliographie

- Bates M.A., R. Glennerster R., Gumedde K. et Duflo E., « Pourquoi payer ? », Journal of Field Actions, Institut Veolia environnement, 2012.
- Brunet-Jailly J. « Gratuité des soins ? Ce qu'il faudrait prouver... », Afrique contemporaine, vol. 265, no. 1, 2018, pp. 123-139.
- Commission économique pour l'Afrique, Le COVID-19 en Afrique, sauver des vies et l'économie, Nations unies, Addis-Abeba, 2020
- El Alaoui H. , « L'Afrique du Sud à l'ère du Covid-19 », Policy Brief, 20-25, Policy Center for the New South, Avril 2020.
- FINACT, le Coronavirus et l'Afrique, crise sanitaire et crise économique aggravées par la faiblesse des filets de sécurité sociale africains, mars 2020.
- Fonds monétaire international, Perspectives économiques pour l'Afrique subsaharienne, intitulées Covid-19 : une menace sans précédent pour le développement, avril 2020.
- Kerouedan D. et Brunet-Jailly J, Santé mondiale, enjeu stratégique, jeux diplomatiques, Presses de Sciences-Po, 2016.
- Ly M. et Azaroual F., « Economies africaines post Covid-19 : au-delà de l'émotion de spolitiques économiques audacieuses », Policy Brief, 20-19, Policy Center for the New South, Avril 2020.
- Mattes R., Democracy in Africa : Demand, supply, and the dissatisfied democrat, Synthèse de Politique, n° 54 d'Afrobaromètre, 2019, p.22.
- Olivier de Sardan J-P. et Ridde, V. (dir.), Une politique publique de santé et ses contradictions, la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger, Karthala, 2014.
- Organisation mondiale de la Santé, état de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable, Bureau régional de l'Afrique de l'OMS, Brazzaville, 2018.
- Tafirenyika M. (ed.), « Soins de santé : de la parole aux actes », Afrique Renouveau, décembre 2016-Mars 2017, vol. 30, n° 3.
- UNDESA, World Population Prospects. The 2017 Revision, Population Division,
- United Nations Economic Commission for Africa (UNECA), Healthcare and economic growth in Africa, Business Health Forum Addis Ababa, 12 Feb 2019.
- A propos de l'auteur, Pierre Jacquemot
- Economiste et diplomate. Ancien Ambassadeur de France (2000-2011 : Kenya, Ghana, RD Congo), directeur du développement au Ministère français des affaires étrangères (1998-2000), chef de mission de coopération (Burkina Faso, Cameroun, 1988-1996), conseiller du Président Abdou Diouf (Sénégal, 1984-1987), maître de conférences à l'Université de Paris-Dauphine et professeur à l'Université de Dakar et l'Université d'Alger (1970-1983). Actuellement, président du Groupe Initiatives (France).

Actuellement, maître de conférences à l'Institut d'Études Politiques de Paris. Auteur de plusieurs ouvrages, dont *L'Afrique des possibles, les défis de l'émergence* (Karthala, 2016) et du *Dictionnaire encyclopédique du développement durable* (éditions Sciences Humaines, 2017).

À propos de l'auteur, **Pierre Jacquemot**

Economiste et diplomate. Ancien Ambassadeur de France (2000-2011 : Kenya, Ghana, RD Congo), directeur du développement au Ministère français des affaires étrangères (1998-2000), chef de mission de coopération (Burkina Faso, Cameroun, 1988-1996), conseiller du Président Abdou Diouf (Sénégal, 1984-1987), maître de conférences à l'Université de Paris-Dauphine et professeur à l'Université de Dakar et l'Université d'Alger (1970-1983). Actuellement, président du Groupe Initiatives (France). Actuellement, maître de conférences à l'Institut d'Études Politiques de Paris. Auteur de plusieurs ouvrages, dont l'Afrique des possibles, les défis de l'émergence (Karthala, 2016) et du Dictionnaire encyclopédique du développement durable (éditions Sciences Humaines, 2017).

À propos de **Policy Center for the New South**

Le Policy Center for the New South: Un bien public pour le renforcement des politiques publiques. Le Policy Center for the New South (PCNS) est un think tank marocain dont la mission est de contribuer à l'amélioration des politiques publiques, aussi bien économiques que sociales et internationales, qui concernent le Maroc et l'Afrique, parties intégrantes du Sud global.

Le PCNS défend le concept d'un « nouveau Sud » ouvert, responsable et entreprenant ; un Sud qui définit ses propres narratifs, ainsi que les cartes mentales autour des bassins de la Méditerranée et de l'Atlantique Sud, dans le cadre d'un rapport décomplexé avec le reste du monde. Le think tank se propose d'accompagner, par ses travaux, l'élaboration des politiques publiques en Afrique, et de donner la parole aux experts du Sud sur les évolutions géopolitiques qui les concernent. Ce positionnement, axé sur le dialogue et les partenariats, consiste à cultiver une expertise et une excellence africaines, à même de contribuer au diagnostic et aux solutions des défis africains.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de l'auteur.



Policy Center for the New South

Suncity Complex, Building C, Av. Addolb, Albortokal Street,
Hay Riad, Rabat, Maroc.

Email : contact@policycenter.ma

Phone : +212 (0) 537 54 04 04 / Fax : +212 (0) 537 71 31 54

Website : www.policycenter.ma