



POLICY BRIEF

PB 20 - 46

Mai 2020

RENFORCER LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : LE RÉFÉRENTIEL ALLEMAND

Par Mouhamadou LY & Meriem OUDMANE

Renforcer la résilience des systèmes de santé en Afrique : le référentiel allemand

Résumé :

Dans le domaine de la santé, des résultats importants ont été obtenus sur le continent africain comme le montrent les données récentes en termes d'espérance de vie et de la disponibilité des traitements contre les grandes causes de morbidité. Malgré cela, l'épisode récent de l'épidémie d'Ebola, qui a nécessité la mobilisation de moyens humains et financiers conséquents mais surtout de l'aide internationale, montre que les systèmes de santé restent vulnérables à des chocs de grande ampleur. Le contexte actuel de la pandémie du Covid-19, met en évidence le fait que nombre de pays notamment ceux du continent africain ne semblent pas préparés à absorber des chocs d'une telle ampleur. Dès lors, il est nécessaire de voir dans quelle mesure les ODD peuvent être bonifiés de manière à prendre en considération l'impérieuse nécessité de bâtir la résilience des systèmes de santé. A ce niveau, l'Allemagne se distingue en Europe et dans le monde par ses performances dans la gestion de la présente pandémie du Covid-19. Dans ce cadre, et partant des données relatives au systèmes de santé allemand, des propositions sont formulées pour un ODD-3 qui vise plus explicitement la résilience des systèmes de santé à travers les pays du continent africain. Il s'agit entre autres de porter les dépenses de santé par habitant à au moins 10% du PIB par habitant dans le moyen terme, de renforcer le ratio lits d'hospitalisation et techniciens de santé par habitants à l'horizon 2030. Le continent africain pourrait également capitaliser sur la forte pénétration du téléphone mobile pour recourir au digital afin de combler le gap qui existe dans l'accès des populations aux consultations en médecine de spécialité.

Introduction :

Les indicateurs de développement humain se sont nettement améliorés dans le monde en développement, à l'instar du reste de la planète, grâce aux avancés et à la grande généralisation de l'accès aux soins. Malgré le fait que le continent africain n'ait pu atteindre les fameux objectifs du millénaire pour le développement (OMD), les données montrent des évolutions hautement encourageantes, surtout dans le secteur de la santé. Pour Easterly (2008)¹, l'échec tant clamé de l'Afrique qui serait la seule région du monde où l'on aura les avancées les plus faibles dans les OMD, est loin de correspondre à la réalité. Le principal problème résidait dans la formulation intrinsèque de ces objectifs ; par exemple l'objectif 4 qui visait la réduction de moitié de la mortalité infantile, sur la base du niveau de cette variable en 1990, à l'horizon 2015, masque in fine les importantes réalisations du continent en matière de santé. En effet, sur la base d'une analyse empirique rétrospective, Easterly (2008) montre que la probabilité de réduire de

1. Easterly, W., 2008. How the Millennium Development Goals Are Unfair to Africa? World Development, Vol.37, No.1, pp. 26 – 35.

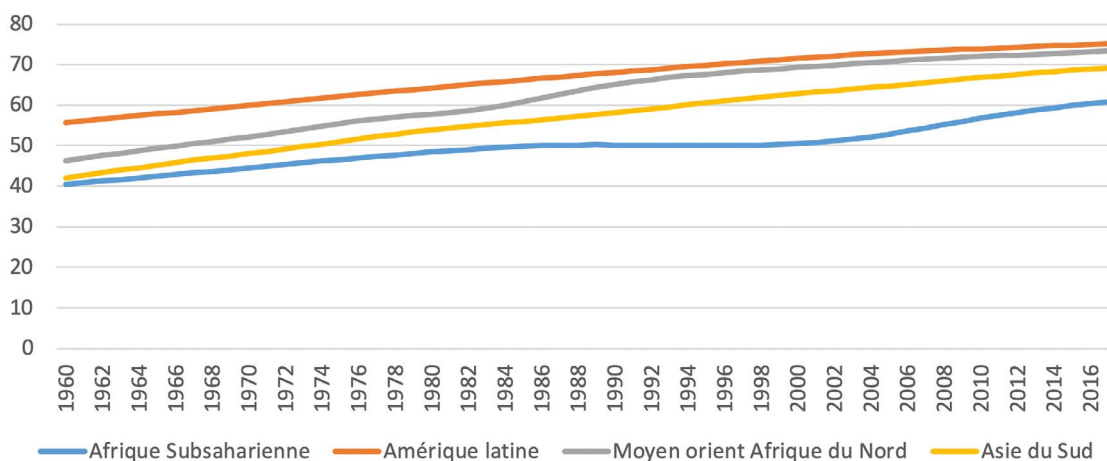
deux tiers sur une période de 25 années le niveau de mortalité était d'autant plus faible que le niveau initial était élevé.

Les objectifs de développement durable (ODD) qui se sont substitués aux OMD à partir de 2015, accordent également une place importante à la santé. Dans ce qui suit, il s'agira de faire une analyse critique de ces ODD, notamment de l'ODD 3 autour de trois principaux éléments. Une première section donnera un aperçu sur la situation sanitaire en Afrique. Une deuxième section s'intéressera aux systèmes de santé allemand dont les performances dans le cadre de cette épidémie du COVID19 semble se singulariser en Europe et ailleurs. A la lumière des deux analyses précédentes, des pistes de réflexion sont soumises quant à une meilleure prise en compte de la résilience dans la formulation de l'ODD-3.

Le secteur de la santé sur le continent africain : les acquis indéniables

L'espérance de vie à la naissance, qui est l'indicateur le plus usuel pour mesurer les performances et l'efficacité des systèmes de santé dans les pays, a connu une progression continue partout, et notamment en Afrique depuis près de 60 ans. Entre 2000 et 2017, l'Afrique a gagné quasiment 10 années, avec une espérance de vie désormais aux alentours de 60,8 ans². Cette performance, rarement vue depuis les indépendances, est imputable aux progrès en matière de survie de l'enfant, de lutte contre la malaria et à la baisse de la létalité du VIH Sida (WHO, 2016³ & WB 2019⁴).

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance en Afrique et ailleurs

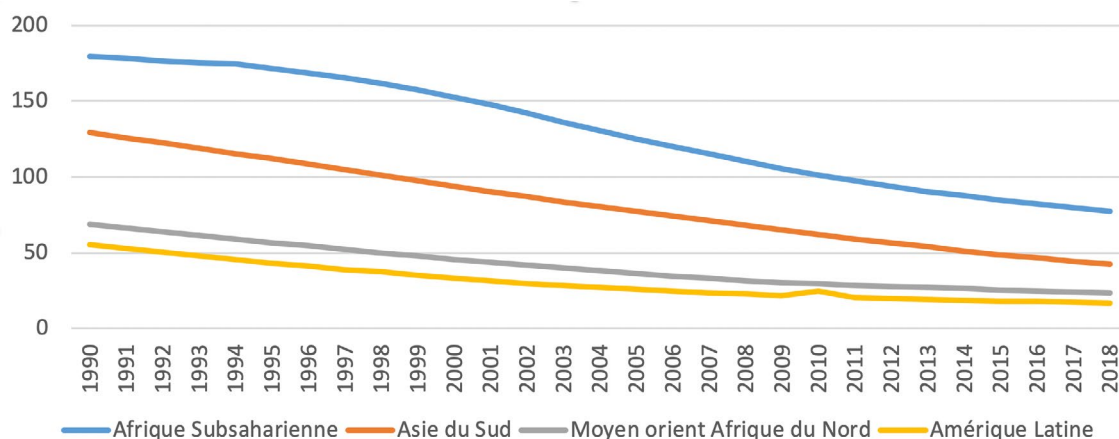


Sources : WDI, Banque mondiale.

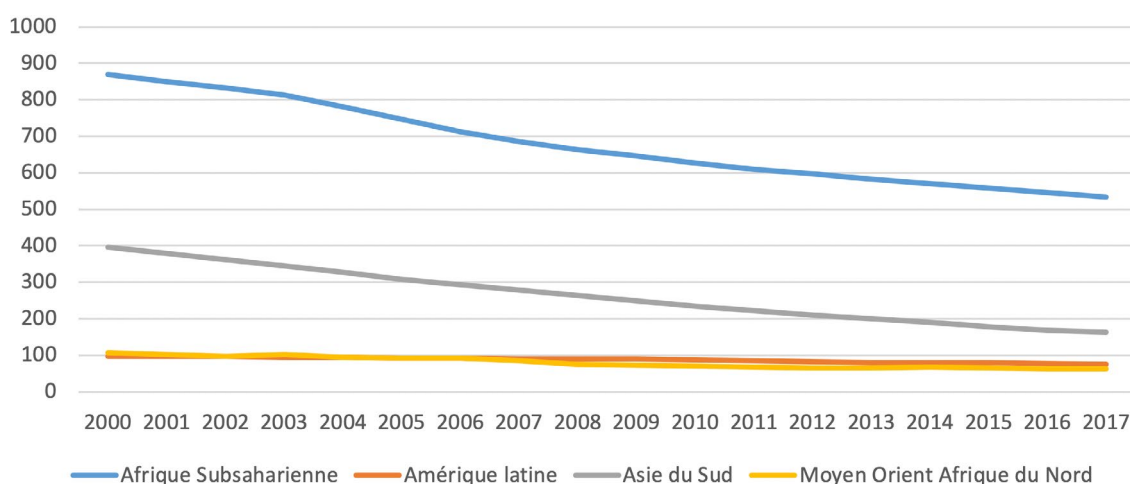
2. Pour obtenir le niveau d'espérance de vie en bonne santé (HALE), un facteur moyen de 13% doit être appliqué sur l'espérance de vie à la naissance pour la région Afrique. Cela donne un niveau d'environ 53 années qu'un habitant du continent peut espérer vivre en bonne santé (in World Health Statistics WHO, 2015).

3. World Health Organization, 2016. Monitoring Health for the SDGs. World Health Statistics.

4. World Bank Group. 2019. World Development Indicators database.

Figure 2 : Mortalité infanto-juvénile (pour 1000) en Afrique et ailleurs

Sources : WDI, Banque mondiale.

Figure 3 : Mortalité maternelle (pour 100000) en Afrique et ailleurs

Source : WDI, Banque mondiale

La mortalité infanto-juvénile et la survie maternelle (ce taux de mortalité est passé de 849 à 534 pour 100000 naissances entre les années 2000 et 2017) montrent que la région africaine a continuellement connu une amélioration de ces indicateurs et du système de santé de façon générale (figures 2 & 3).

Sur le registre des grandes épidémies, les évolutions sont également notables. Pour le VIH Sida, par exemple, le taux de prévalence (en pourcentage de la population des 15-49 ans) est passé de 4,9%, au début de la décennie 2000, à 3,9%, en 2018. Les efforts déployés au niveau de la prévention et la disponibilité des antirétroviraux ont été aussi remarquables (seuls 1,9% avaient accès aux traitements en 2004 alors que plus de 63% sont désormais pourvus en antirétroviraux). En ce qui concerne la tuberculose, elle a quasiment été éradiquée avec des taux de succès du traitement de plus de 83% (en pourcentage des nouveaux infectés). L'incidence du malaria (ou paludisme) a également diminué, passant de 313,7‰ à 209‰ entre 2000 et 2017.

Ce bref survol montre globalement que des avancées notables ont été engrangées par les systèmes de santé, notamment en termes d'accès aux traitements malgré, bien sûr, qu'il y ait des disparités inter-pays.

L'avertissement par le virus Ebola

A côté de ces épidémies (et pandémie) « connues » il y a eu, à la fin de l'année 2013, une flambée épidémique de la fièvre Ebola qui s'est déclarée en Afrique de l'Ouest. Une région longtemps épargnée par cette infection virale, très contagieuse avec des taux de létalité oscillant entre 30 et 90%. Entre 2013 et 2016, cette épidémie a été un important défi pour les systèmes sanitaires des Etats Ouest africains, avec près de 28000 cas déclarés pour environ 11000 décès. Plus récemment, une épidémie s'est déclarée dans la région des Grands Lacs du continent, totalisant environ 3457 cas reportés et 2276 décès confirmés. Les différents épisodes de la crise d'Ebola ont mis en évidence la fragilité des systèmes de santé dans les pays du continent (principalement à l'Ouest et dans la région des Grands Lacs). Cette fragilité tient au fait que les systèmes sanitaires restent vulnérables à des chocs sévères, voire ce que l'on pourrait appeler des « catastrophes sanitaires » (voir infra).

Dans le cadre de la récente épidémie d'Ebola dans le Nord Kivu, par exemple, rien que pour la période allant de janvier à juin 2020 les besoins financiers nécessaires ont été estimés à plus de 83 millions de dollars et, depuis 2015, pas moins de 153 millions de dollars ont été mobilisés dans le cadre de cette épidémie⁵. Ces moyens indispensables constituent, bien entendu, un défi important pour la plupart des pays en développement qui font face à de tels chocs. Le secteur de la santé demeure, donc, une préoccupation majeure, aussi bien pour les pays eux-mêmes que pour les partenaires au développement. L'épidémie Ebola en Afrique des Grands Lacs et dans la sous-région Ouest ainsi que les moyens qui ont été nécessaires pour y faire face, montrent le besoin de renforcer la résilience des systèmes de santé du continent et dans le reste du monde, tel que préconisé par les objectifs de développement durable (ODD).

Les objectifs de développement durable

Dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), l'objectif 3 qui remplace les OMD-santé (principalement les OMD 4 / 5 et 6) vise des avancées notables pour ce qui concerne la couverture maladie universelle, le financement soutenable de la santé dans tous les pays ainsi que la gestion des affections non transmissibles. Les ODD sur la santé, non sans rappeler les importants acquis obtenus (voir supra), mettent l'accent sur la santé maternelle et infantile mais, aussi, sur la maîtrise de la reproduction et autres maladies infectieuses, telles que la tuberculose, l'hépatite B, la malaria et le VIH. Par ailleurs, la grande nouveauté dans ces ODD tient à la prise en compte des « nouvelles » causes de mortalité connues sous le terme de maladies non contagieuses. Ce sont toutes les maladies cardio-vasculaires, respiratoires et des cancers, souvent liés à la pollution dans les cadres de vie et à la faiblesse des systèmes de prévention. Egalement dans le sillage de la déclaration de Paris sur l'aide au développement, l'ODD-3 appelle à une aide substantielle et prédictible dédiée aux secteurs de la santé dans les pays afin de renforcer le système en ressources humaines en quantité et en qualité.

5. Etat des contributions dans le cadre de la lutte contre Ebola https://www.who.int/docs/default-source/documents/emergencies/cfe-allocations-2015-march2020.pdf?sfvrsn=8c3d86f6_2

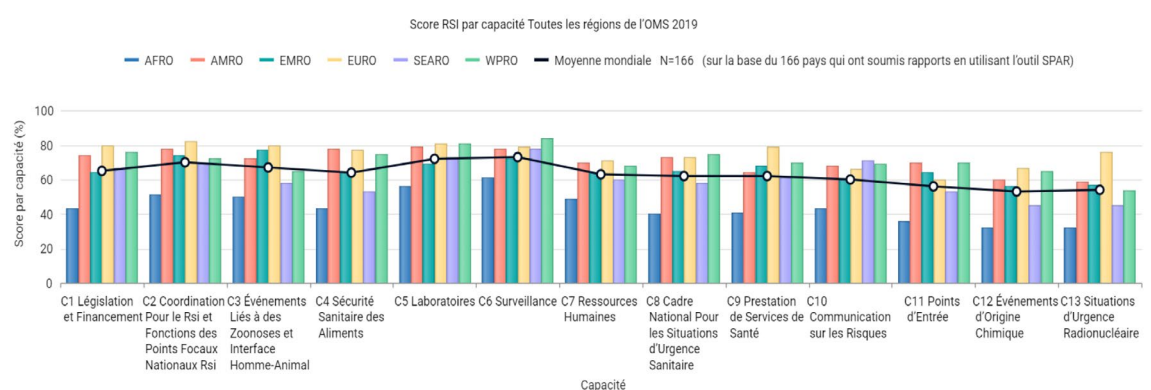
Cependant, la formulation de cet ODD inspire une double réflexion. La première est de savoir si l'atteinte de ces objectifs ne se contente-t-elle pas de contenir les menaces sanitaires déjà bien connues et identifiées au lieu de rendre l'appareil sanitaire des pays résilient ? C'est-à-dire des systèmes qui soient aptes à contenir une situation non-anticipée et d'une ampleur importante. En découle, alors, le second point qui est alors de s'interroger si le plaidoyer en faveur d'un financement conséquent est une force centripète en faveur, justement, d'un système qui soit à la fois apte à répondre aux menaces connues mais aussi en mesure de répondre aux chocs éventuels ? Ces deux questions/réflexions paraissent nodales, tant le niveau actuel de la globalisation atteint a élevé les probabilités de pandémie.

Aperçu sur les niveaux de dépenses de santé dans la région Afrique

Dans la région Afrique, la performance globale des systèmes de santé -une mesure intégrée de la capacité des pays à améliorer l'accès aux services, la qualité des soins, la demande communautaire de services et la résilience aux flambées- demeure faible. Les systèmes atteignent 49% seulement de leurs niveaux de fonctionnalité possibles. Les principales insuffisances résident plus particulièrement dans l'accès aux services essentiels et la résilience des systèmes face aux flambées, deux dimensions pour lesquelles l'indice de performance se situe à hauteur de 0.32.

Le score de la sécurité sanitaire, mesuré en se rapportant aux 13 capacités de base du règlement sanitaire international (RSI), indique également que l'on trouve seulement 44% des compétences requises dans les pays de la région (Figure 4). Ce taux, considéré comme étant le plus faible de toutes les régions de l'OMS,⁶ met en exergue de fortes disparités à l'échelle mondiale et souligne la nécessité de concentrer les investissements en santé dans la région africaine (OMS 2018).

Figure 4 : Score RSI par capacité de l'ensemble des régions de l'OMS 2019



Source : WHO 2019

En Afrique subsaharienne, comme c'est le cas dans plusieurs autres régions du monde, à l'exception notable de l'Asie du Sud, les dépenses publiques en santé ont connu une augmentation (bien que légère) entre 2000 et 2017 (Figure 5), passant de 5,11% à 5,17% du PIB. Dans l'Union européenne (UE), la France et l'Allemagne présentent des

6. Le taux le plus élevé est de 75% dans la région d'Europe.

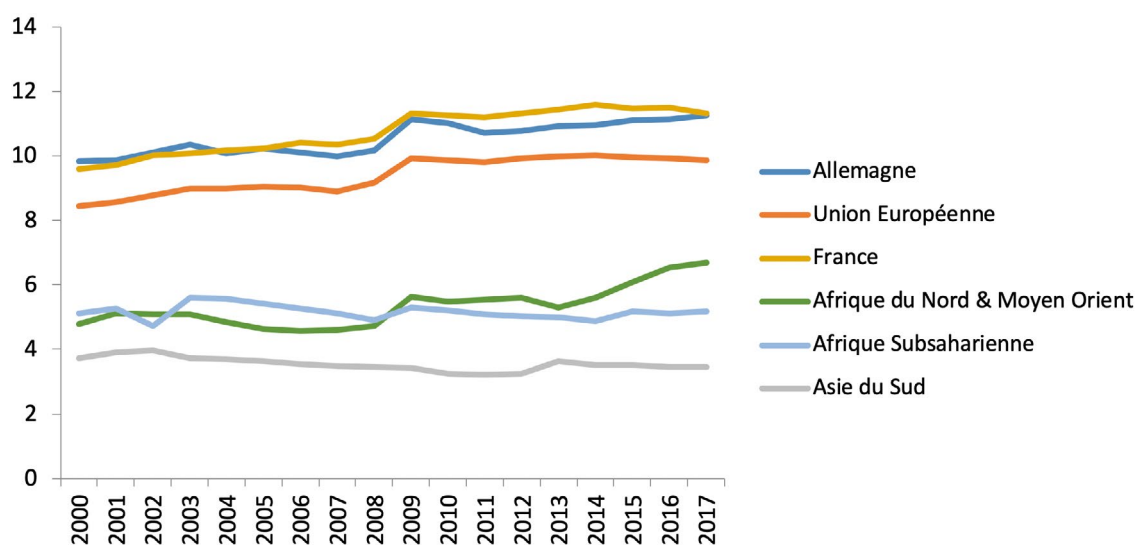
niveaux de dépenses proches et supérieures à la moyenne régionale. Alors, une certaine différence se dessine avec les données sur les dépenses de santé par habitant (dollars courants en parité de pouvoir d'achat, PPP). L'Afrique subsaharienne qui dépensait en moyenne 101 dollars (PPP) par habitant, en 2000, atteint le seuil des 198 dollars (PPP) en 2016, soit un bon significatif de près de 96%. Mais si l'on considère l'Allemagne comme référence (figure 6), il ressort que les besoins en matière de santé pour les populations sont éloignés du seuil de résilience (voir infra).

Conséquemment, ces niveaux de dépenses de santé par habitant, assez disparates, se traduisent naturellement par des écarts importants dans l'offre de soins. Les données sont saisissantes et montrent, par exemple, qu'en Allemagne il y a une offre de soins d'infirmiers d'environ 132 (pour 10000 habitants) alors que ce chiffre tombe à 11 pour la région Afrique subsaharienne.

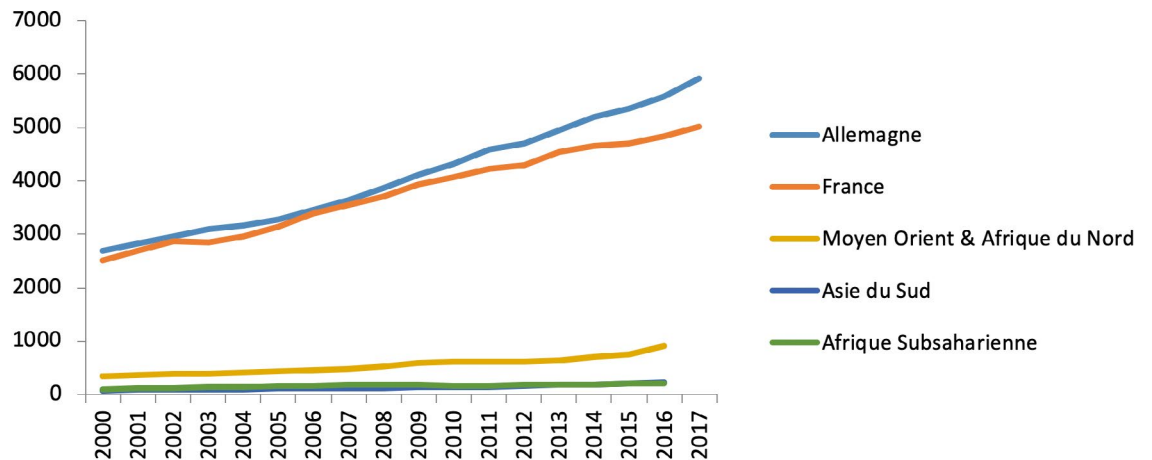
Il y a lieu de s'interroger sur ces écarts pour voir ce que cela voudrait impliquer dans la logique des ODD, c'est-à-dire des objectifs de développement désormais communs à l'humanité entière car de nos jours l'on s'inscrit dans un pluralisme du développement. Ensuite, ces écarts observés sont-ils une source raisonnable d'inquiétude et de fragilité pour les populations africaines ou seraient-ce juste un corollaire simple du niveau de revenu du pays ayant les indicateurs les plus élevés ?

Pour cela, il sera question, dans ce qui va suivre, d'apporter une lecture sommaire de la situation du secteur de la santé en Allemagne à travers le prisme de lecture qu'offre la pandémie du Covid-19

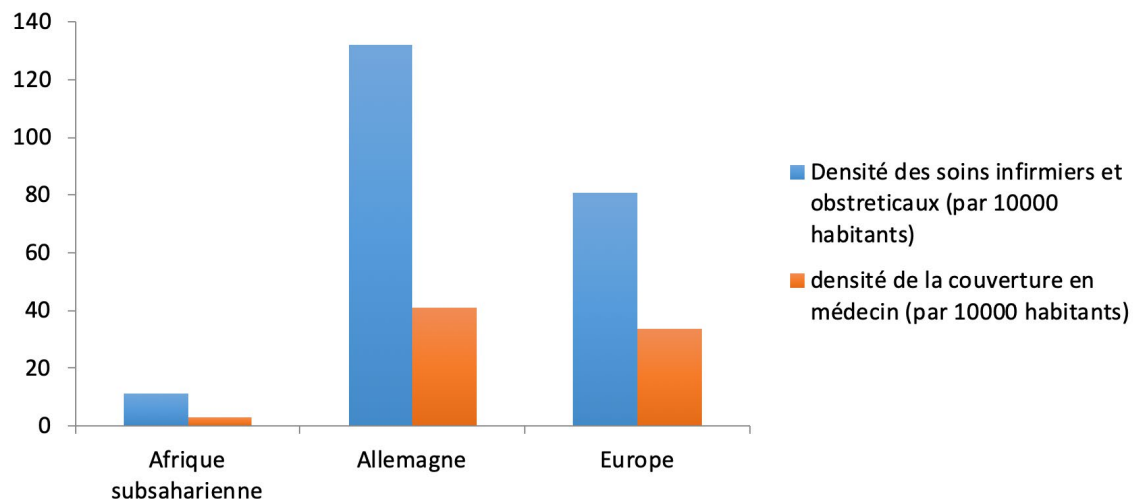
Figure 5 : Dépenses courantes en santé (% du PIB)



Sources : WDI & WHO

Figure 6 : Dépenses de santé par habitant (en dollar PPP)

Source : WDI

Figure 7 : offre de soins infirmiers et obstétricaux en Afrique et ailleurs

Source : Statistiques Sanitaires mondiales (OMS)

La résilience du système de santé allemand face au Covid-19

L'Europe est l'un des épicycles mondiaux profondément touché par la pandémie. La situation est particulièrement dramatique en termes de décès. 13 des 15 pays les plus affectés dans le monde sont des pays européens. Le bilan continue à s'alourdir quotidiennement à vue d'œil, principalement dans les pays où les systèmes de santé sont à bout.

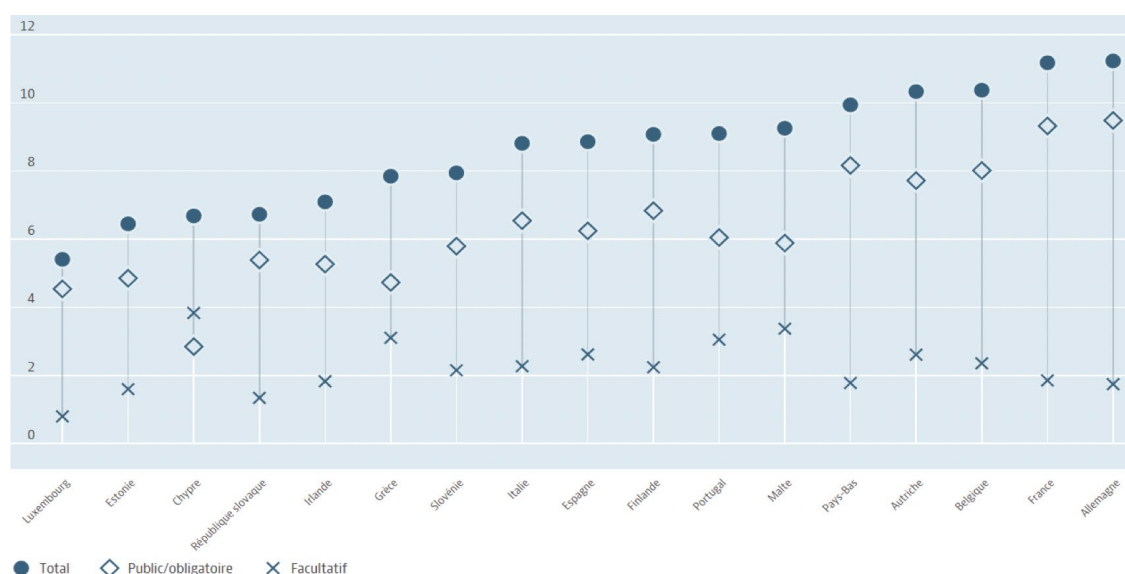
Malgré que l'indice de sécurité sanitaire mondiale 2019 (Global Health Security Index), développé par l'Université Johns Hopkins, ait indiqué que plusieurs pays du continent européen sont mieux préparés pour faire face à cette pandémie, les statistiques actuelles

montrent l'inverse. L'Espagne, l'Italie, l'Allemagne et la France sont les pays les plus touchés par le Covid-19. Le nombre de cas de contamination dans ces pays a franchi la barre des 800 000 (à la date du 7 mai 2020), et ce malgré les mesures de confinement prises.

Dans ces temps, l'urgence implique une forte intervention sanitaire pour sauver des vies humaines. Cependant, avec la hausse des cas de contamination, plusieurs systèmes de santé succombent à leurs failles. Seuls ceux ayant investi suffisamment et efficacement en matière de santé arrivent à tenir le coup et à paraître plus résilients face au Covid-19. Tel est le cas de l'Allemagne. En effet, bien que ce pays soit fortement touché par la pandémie, son taux de létalité (4.3%) reste très faible, en comparaison avec l'Italie où ce taux s'élève à 13.8%, l'Espagne 10.1% ou, encore, la France où il s'établit à 14.8%. Plusieurs experts tentent de donner une explication à ce taux. Alors que certains avancent l'argument de l'adoption, par l'Allemagne, d'une politique de dépistage systématique (500 000 tests par semaine), d'autres estiment que ce taux trouve son origine dans la propagation de la maladie auprès d'une population relativement jeune et en bonne santé. Cependant, l'une des réalités les plus frappantes et qui peut fortement expliquer ce faible taux réside dans la résilience du système de santé allemand et l'efficacité des investissements en matière de santé.

L'Allemagne est parmi les pays qui allouent une part considérable de leurs budgets au financement de la santé. En 2018, 11.2% du PIB étaient consacrés aux dépenses de santé, soit la part la plus élevée de la Zone Euro avec la France. En comparaison avec certains pays, la Belgique occupe la seconde place avec une part de l'ordre de 10.8% du PIB, l'Espagne 8.9%, tandis que l'Italie enregistre un taux de 8.8%. Ce niveau élevé de dépenses se reflète, également, dans la dépense de santé par habitant qui se situe à 5463 USD (dollars en parité de pouvoir d'achat), soit un niveau relativement élevé par rapport à celui de la France (4965USD), l'Italie ou encore l'Espagne (Figure 78).

Figure 8 : Dépenses de santé en (%) du PIB dans la Zone Euro



Source : statistiques de l'OCDE 2018

7. Organisation mondiale de la santé, 2018. Etat 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.

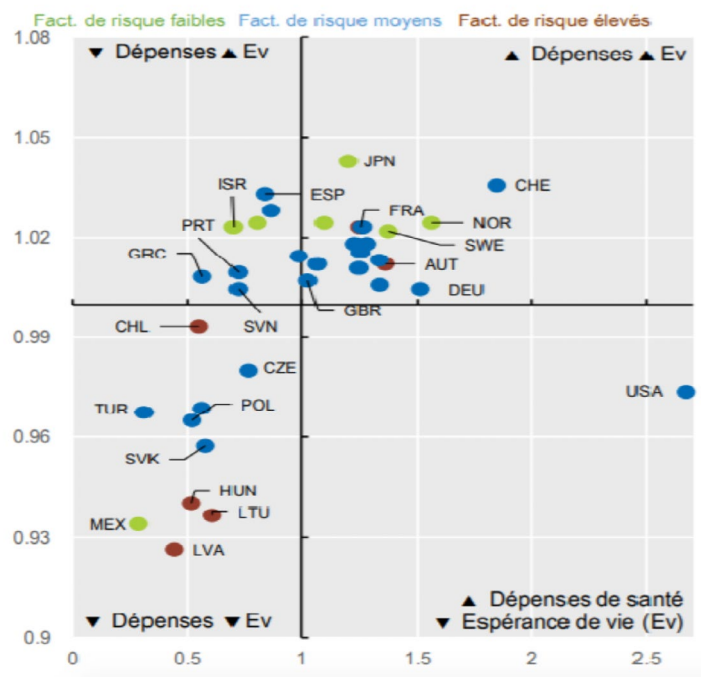
Une part substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel. Le pays compte autour de 4.3 médecins pour 1000 habitants. Cette densité reste tout de même élevée, en comparaison avec la France et la Belgique où on recense environ 3 médecins pour 1000 habitants. S’agissant du nombre d’infirmiers, l’Allemagne se positionne, également, en tête de liste avec une densité de l’ordre de 12.9 pour 1000 résidents. Le pays est également doté d’une grande capacité litière (8 lits d’hôpitaux pour 1000 Habitants) et dispose de 28000 lits de soins intensifs avec assistance respiratoire. Avec cette capacité, l’Allemagne est particulièrement bien équipée pour faire face à la pandémie, comparée à ses voisins européens.

Tableau 1 : Ressources en santé pour 1000 habitants

	Dépenses de santé par habitant	Médecins (pour 1000 personnes)	Infirmières et sages-femmes (pour 1 000 personnes)
Allemagne	5463,3	4,2	13,2
France	4782,3	3,2	9,7
Italie	3427,3	4,0	6,0
Espagne	3259,8	4,1	5,5
Belgique	4667,9	3,3	11,1

Source : Données OCDE 2018, ou dernière année disponible

Figure 9 : Corrélation entre dépenses de santé et espérance de vie à la naissance



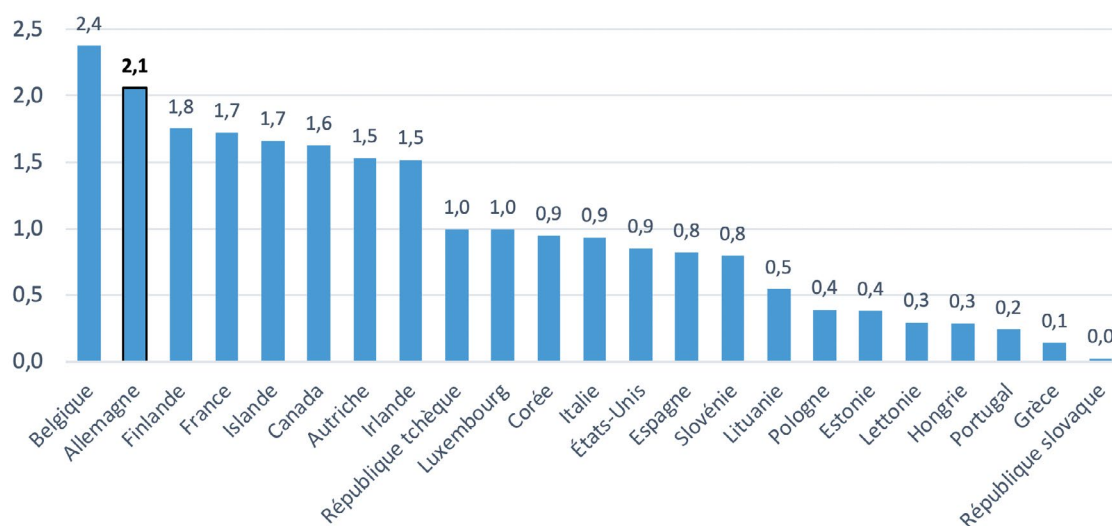
Source : Panorama de la santé 2019-OCDE

Il existe une relation positive entre l'augmentation des dépenses de santé et l'amélioration des résultats sanitaires des populations (Grossman 1972, Jamison et al 2016).

Le graphique en quadrant montre dans quelles mesures les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé enregistrent une espérance de vie à la naissance supérieure. Parmi les 36 pays de l'Organisation de Développement et de Coopération économiques (OCDE), 17 ont des dépenses de santé et une espérance de vie supérieures à la moyenne (quadrant supérieur droit), ce qui peut être expliqué par l'efficacité avec laquelle leurs systèmes de santé fonctionnent. En Allemagne, cela se traduit par une espérance de vie 81.1 ans avec 21% de la population âgée de 65 ans et plus.

Cette part importante de la population âgée n'a pas été source d'une forte létalité du Covid-19. Ceci peut bien évidemment être expliqué par l'effort qu'alloue l'Allemagne à la prise en charge de ses personnes âgées. Le pays consacre 2.1 % du PIB aux dépenses de soins de longue durée. Ce qui représente une part importante par rapport à d'autres pays, notamment la France (1.7%), l'Italie (0.9%) et l'Espagne (0.8%).

Figure 10 : Dépenses de soins de longue durée en (%) du PIB



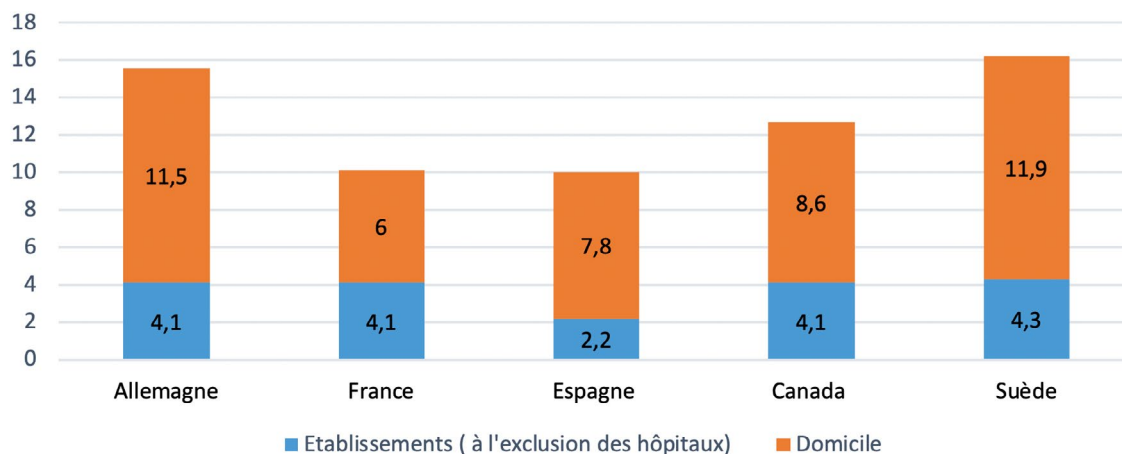
Source : Données de l'OCDE 2017

L'une des particularités de cette prise en charge réside dans la proximité. L'Allemagne accorde une importance cruciale à la politique de soutien à domicile. 11.5% de ses bénéficiaires en soins de longue durée sont pris en charge chez eux. Cette mesure répond mieux à leurs besoins sanitaires et contribue à améliorer leur sentiment d'autonomie et de vie sans incapacités. En comparaison avec d'autres pays, l'Espagne affiche un pourcentage de prise en charge de l'ordre de 7.8% tandis que la France enregistre un taux de 6%.

En matière de couverture médicale, une assurance de dépendance de longue durée est également mise en place afin de couvrir cette population en cas de survenance d'un sinistre sanitaire. Depuis 2002, le nombre de bénéficiaires a constamment augmenté. Entre 2016 et 2017, les effectifs ont augmenté de 20 %. Cette hausse peut être expliquée notamment par l'affiliation de 500 000 personnes au système d'assurance

dépendance avec la création du degré 1 (pertes mineures d'autonomie et des capacités de dépendance) par la réforme de 2016⁸.

Figure 11 : Part des bénéficiaires de soins de longue durée, parmi les 65 ans et plus à domicile et en établissement



Source : Données OCDE 2018, ou dernière année disponible

Ce survol de la situation des quelques pays européens fait clairement remarquer une exception allemande. Comme évoqué plus haut, plusieurs facteurs explicatifs sont avancés mais il y a principalement la qualité des dépenses en santé ainsi qu'un système d'information performant⁹.

Au-delà des acquis obtenus, la résilience des systèmes de santé doit être au cœur de la déclinaison régionale des ODD et dans le choix/définition de leurs indicateurs de mesure.

La santé dans les ODD : construire des indicateurs de résilience

L'ODD-3, comme les 16 autres objectifs, est composé d'une série de sous-objectifs (ou cibles) avec une ou plusieurs indicateurs dédiés. Il est alors composé de treize sous-objectifs avec un ensemble de 27 indicateurs permettant d'en suivre l'évolution et les performances. La plupart des objectifs ciblent des niveaux de mortalité maternelle & infanto-juvénile, le niveau d'accès aux traitements contraceptifs, l'incidence des maladies infectieuses et autres épidémies (tuberculose, malaria, VIH, hépatite-B). Une seconde série de sous objectifs portent sur la mortalité pour cause accidentelle (mortalité due aux accidents de la route) et celle liée à la mauvaise qualité de l'environnement (qualité de l'air). Dans la suite de cette liste, les sous objectifs 3.8 et 3.D.1 semblent prendre en compte la dimension résilience des systèmes de santé.

La cible 3.8 promeut la généralisation de la couverture maladie universelle, afin de juguler

8. Haut conseil de la famille de l'enfance et de l'âge (2019). Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales

9. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/it-was-the-saltshaker-how-germany-meticulously-traced-its-coronavirus-outbreak/>

l'impact des risques financiers et de pauvreté sur l'accès aux traitements de base pour les populations. Un certain nombre de pays ont réalisé des progrès importants dans ce sens, comme c'est le cas, notamment, du Sénégal où le programme de « couverture maladie universelle » est effectif depuis 2013 et le programme Sésame dédié à la prise en charge sanitaire des personnes âgées¹⁰.

Quant à la cible 3.D, elle vise le renforcement des moyens d'identification, d'alerte rapide et de gestion des risques sanitaires, nationaux et internationaux. Le cadre offert par le RSI permet d'assurer une coordination des efforts entre pays pour contenir les risques combattus dans le cadre du sous objectif 3.D. Le RSI est un accord entre 196 pays pour une coordination de la lutte pour une préservation de la santé au niveau mondial, désormais élevée au rang de bien public global. Dans le cadre du RSI, douze pistes d'action sont identifiées et permettent de suivre l'état de la coordination et de préparation des systèmes de santé face aux menaces d'ampleur¹¹. Lors de l'épisode de l'épidémie d'Ebola, en 2014, le RSI a permis une réaction relativement rapide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des pays partenaires avec notamment un appui matériel (plus de 1,2 millions de kits de protection pour personnel médical livrés en Afrique de l'Ouest avec l'envoi d'environ 50 logisticiens en appui aux équipes locales).

Comparés aux autres cibles de l'ODD-3, les sous objectifs 3.8 et 3.D tentent d'offrir une mesure de la résilience des systèmes de santé. Cela l'est surtout pour la cible 3.D qui inclut dans l'indicateur 3.D.1 des actions telles que (pour la liste exhaustive des pistes d'actions voir WHO 2014) :

- Appui aux pays pour mettre à niveau la chaîne logistique et opérationnelle ;
- Suivi et évaluation des capacités nationales des systèmes de santé nationaux ;
- Préparation dans la gestion des rassemblements de masse ;
- Gestion des risques sanitaires dans le cadre de mouvements internationaux de voyageurs

Au vu des évolutions récentes dans le monde, avec les changements importants quant à la nature des questions/menaces sanitaires et à une décennie de l'échéance des ODD, il paraît nécessaire de mener une réflexion sur la (re) formulation de l'ODD-3. La question est de savoir si les systèmes de santé peuvent faire face efficacement à un choc sanitaire, qu'il soit endogène ou exogène et mondial (comme c'est le cas avec le Covid-19 en cette année 2020). En d'autres termes, des objectifs quantitatifs devraient être développés pour renseigner sur la résilience des systèmes et prévenir toute source de fragilité qui exercerait un risque systémique important à l'échelle des pays et du monde.

L'objectif de résilience des systèmes de santé trouve sa place dans les ODD pour au moins deux raisons. D'abord, et comme évoqué plus haut, les ODD s'inscrivent désormais dans le nouveau paradigme de la pluralité du développement. Ensuite, le monde globalisé a rendu les chocs, qui auraient pu être idiosyncratiques, de plus en plus systémiques. A ce titre, le cas allemand pourrait servir de référentiel ou, tout au moins, de point de départ pour amender les ODD. Les performances de l'Allemagne

10. Ka, O. & al., 2016. Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité. Santé Publique, Vol. 28, No.1, pp. 91 – 101.

11. World Health Organization, 2014. International Health Regulations Support to Global Outbreak Alert and Response, and Building and Maintaining National Capacities.

dans le cadre de la pandémie du Covid-19 se singularise sur le continent européen par sa résilience (voir supra).

L'ODD-3 pourrait être amendé de façon à inclure certains sous-objectifs visant à plus d'efficience dans les dépenses de santé mais, aussi, un système qui soit dans l'ensemble en mesure de contenir un choc sévère.

- **Dépenses de santé par habitant** : l'Allemagne dépense en santé en moyenne 5033 dollars (dollars courants) par habitant quand dans le monde en développement ce chiffre dépasse rarement les 250 dollars (courants) par habitant. La région Afrique au Sud du Sahara dépensait en moyenne 85,9 dollars par tête. Un sous-objectif dans l'ODD-3 pourrait être l'obligation pour les pays de porter les dépenses de santé à au moins 10% du PIB par capita d'ici 2025 et doubler ce chiffre à l'orée 2030 (bien entendu de futures études économétriques permettront d'affiner cette proposition).
- **Technicien de santé par habitants** : bien souvent, les infirmiers et sages-femmes constituent dans les régions en développement le premier (voir unique) contact avec les usagers des services de santé. A ce niveau, se posent deux défis aux pays ; à savoir disposer d'effectifs suffisants mais aussi assurer une répartition géographique équitable des ressources humaines. Quand en Allemagne on compte en moyenne 13 infirmiers/sages-femmes (pour 1000 habitants), on en est à 1,03 (pour 1000 habitants) sur le continent africain et 1,73 pour l'Asie du Sud. Les pays, notamment du continent, devront augmenter significativement ce ratio s'ils veulent être en mesure de faire face de façon efficiente aux questions de santé usuelles mais aussi aux éruptions d'épidémies/pandémies. Pour l'exemple du Sénégal qui compte 45 départements, ce chiffre devrait être porté au minimum à 6 au niveau national à l'horizon 2030, avec une répartition géographique proportionnelle à la densité de population des départements.
- **Médecine de spécialité** : Selon l'OMS (2009), il n'y avait qu'environ un médecin dentiste par 1000 habitants dans la région Afrique (5 pour 1000 habitants dans la région Europe). Ce gap important subsiste dans quasiment toutes les spécialités médicales et bien souvent les populations des zones reculées sont obligées de voyager vers les capitales régionales (voire la capitale administrative du pays) pour espérer y rencontrer des spécialistes en médecine. Cette situation est, en partie, due à l'émigration d'un bon nombre de personnel soignant vers les pays développés en raison des conditions de travail et de sécurité sanitaire auxquelles ils sont confrontés dans leurs pays d'origine. D'autre part, cette situation est également liée aux performances des étudiants en médecine (concours en premières années de médecine et concours d'accès aux spécialités également) qui en conditionnent l'effectif disponible dans les pays. Seulement les régions en développement, et particulièrement le continent africain, disposent d'un outil qui permettrait de contourner (au moins partiellement) cette contrainte : la forte pénétration du téléphone mobile. Comme le souligne Signé & al. (2020)¹², le digital et la téléphonie mobile (avec des taux de pénétration importants dans les pays) qui permettent déjà une intégration financière pour une large part des populations serait aussi un canal par lequel l'offre de santé pourrait s'améliorer. Pour les zones éloignées

12. Signé, L., Khagram, S., Goldstein, J., 2020. Using the Fourth Industrial Revolution to fight COVID-19 around the world. Brookings Institution, Tomorrow's tech policy conversations today.

des capitales régionales ou chefs lieu de département, un système de première consultation par un praticien spécialiste via mobile permettrait aux techniciens de santé (e.g. infirmiers) d'effectuer une première consultation et prodiguer les premiers traitements sur conseil du spécialiste, quand c'est possible. Bien entendu, si les situations le nécessitent, organiser une consultation en présentiel.

- **Lits d'hôpitaux** : de façon générale, il s'agit d'augmenter les capacités et la qualité d'accueil dans les structures sanitaires. Le nombre de lits d'hôpitaux relativement faible, 10 (pour 1000 habitants) en moyenne dans la région Afrique, comparé aux 63 dans la région Europe. À l'horizon 2030, les pays devraient convenir d'un objectif qui se traduise par une hausse substantielle des capacités d'accueil des structures de santé.
- **Rôle des organisations d'intégration régionale – cas de la CEDEAO** : l'espace CEDEAO a la chance, comme certaines autres sous-régions du continent, de disposer de facultés de médecine qui continuent de former des générations de futurs praticiens venant d'un peu partout du continent. Le principal défi n'est pas tant une aide qui viendrait de l'extérieur mais il s'agit, plutôt, d'assurer la coordination et la mutualisation des moyens et des expériences. Cette coordination peut se faire au sein de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (CEDEAO), d'une part, et, de l'autre, par l'établissement d'un cadre d'Etat-major qui regrouperait les services de santé militaire des quinze pays comme suggéré récemment par le Pr. Moustapha Kassé (Doyen honoraire de la faculté de sciences économiques et de gestion de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar)¹³.

13. Interview du Pr. Moustapha Kassé https://www.youtube.com/watch?v=kHa_u5qdBRc

Conclusion

La crise du Covid-19 a été l'occasion de s'interroger à la fois sur les acquis et les faiblesses des secteurs sociaux dans les économies en développement. Au-delà des réactions très rapides et efficaces des autorités politiques et des professionnels de santé, cet épisode est l'occasion de faire un diagnostic des systèmes de santé. Des acquis importants ont été engrangés ces dernières décennies (voir supra), malgré certains discours. Mais, l'enseignement que l'on tire de la pandémie du Covid-19 c'est qu'il est indispensable pour les pays de renforcer significativement la résilience de leur système de santé. A ce niveau, la mobilisation en faveur des ODD offre une opportunité de fédérer la communauté internationale et les autorités nationales autour de cet objectif. L'objet de ce papier a été de proposer des pistes de réflexion sur des sous-objectifs avec des échéances. Quels que soient les sous-objectifs et indicateurs retenus, des dimensions principales devront en être les charpentes à savoir : l'efficacité des dépenses de santé, la qualité de l'offre de santé et le rôle important des organisations d'intégration régionale.

À propos de l'auteur, **Mouhamadou M. Ly**

Economiste senior au Policy Center for the New South, Mouhamadou Ly est titulaire d'un doctorat en Economie de Développement. Sa recherche porte principalement sur l'aspect macroéconomique du développement et se focalise sur les politiques monétaires. Mouhamadou Ly a notamment travaillé comme consultant pour diverses Organisations de Développement International ainsi que pour le gouvernement sénégalais.

À propos de l'auteur, **Meriem Oudmane**

Meriem Oudmane, chercheuse en économie de la santé, a récemment rejoint le Policy Center for the New South en tant qu'assistante de recherche en économie. Elle est titulaire d'un doctorat en sciences économiques de l'Université Hassan II de Casablanca. Sa thèse a porté sur l'analyse des enjeux de la généralisation de la couverture médicale au Maroc. Ses activités de recherche se concentrent sur les politiques publiques en matière de santé. Elle s'intéresse, aussi, aux problématiques liées à la protection sociale, au marché du travail, à la pauvreté et aux inégalités dans les pays en développement.

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 des auteurs.



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

Pour nous suivre sur les Réseaux sociaux :

