



NATIONS UNIES  
CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL  
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

*Trentième réunion du Comité d'experts*



COMMISSION DE L'UNION  
AFRICAINNE

*Sixième réunion du Comité d'experts*

**Réunion du Comité d'experts de la quatrième réunion annuelle  
conjointe de la Conférence des ministres de l'économie et des  
finances de l'Union africaine et de la Conférence des ministres  
africains des finances, de la planification et du développement  
économique de la Commission économique pour l'Afrique**

*Addis-Abeba (Éthiopie)  
24 – 27 mars 2011*



Distr.: Générale

E/ECA/COE/30/5/Rev.1  
AU/CAMEF/EXP/5(VI)/Rev.1  
Date: 24 février 2011

FRANÇAIS  
Original: ANGLAIS

**Investir dans la santé, c'est investir dans le développement économique**



**Note à l'intention de la table ronde de haut niveau consacrée au financement de la santé en Afrique, sur le thème « Investir dans la santé est un investissement qui rapporte »**

**I. Aperçu**

1. En avril 2001, les chefs d'État et de gouvernement africains se sont réunis à Abuja (Nigéria) et ont pris des engagements financiers en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), annonçant qu'ils consacraient au moins 15% de leur budget national à la santé. Au Sommet de Kampala en juillet 2010, les chefs d'État se sont engagés à prendre des mesures « pour assurer un financement durable en améliorant la mobilisation des ressources internes, y compris les partenariats public-privé et le régime national d'assurance maladie afin d'atteindre l'objectif des 15% fixé à Abuja. » Ces mesures devraient se traduire par une réduction des frais à la charge des patients et l'abandon de la participation aux frais demandée aux usagers, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. C'est en avril 2011 que l'on célébrera le 10<sup>e</sup> anniversaire de cet engagement d'Abuja qui a fait date.

2. Depuis 2001, l'Afrique a progressé dans le financement des priorités et structures de santé, davantage de pays africains s'étant mis à accroître la part de leurs dépenses publiques de santé, tandis que l'aide au développement attribuée à la santé a plus que doublé grâce à la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du Fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), de la Fondation Bill et Melinda Gates et, dernièrement, du Partenariat international pour la santé. Ces progrès dans le domaine du financement de la santé ont contribué à des améliorations dans le domaine de la santé des enfants et de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

3. Dix ans plus tard, ces promesses n'ont pas été tenues dans l'ensemble des pays. En effet, seuls 6 des 53 États membres de l'Union africaine (UA)<sup>1</sup> ont donné suite aux engagements d'Abuja en matière de financement de la santé. Mais il y a plus grave encore : 32 des 53 États membres de l'UA continuent d'investir moins de 20 dollars des États-Unis par habitant dans la santé, soit moins de la moitié des 40 dollars recommandés par l'OMS. Onze pays investissent 5 dollars ou moins, ce qui est insuffisant pour s'attaquer aux problèmes si divers de santé qu'ils rencontrent ou pour renforcer leur système de santé<sup>2</sup>.

4. Les populations jouissent certes d'un meilleur état de santé, sont plus à l'aise financièrement et vivent plus longtemps aujourd'hui qu'en 1990, année de référence des OMD, mais les progrès sont inégaux et le fardeau que représente la maladie pour l'Afrique est disproportionné par rapport à sa population. L'Afrique subsaharienne, qui abrite 11% de la population mondiale, compte 53% de mortalité maternelle, 50% de mortalité des enfants de moins de 5 ans et 67% des cas de VIH/sida. Quand bien même des résultats ont été obtenus en matière de santé en Afrique, les progrès restent limités, répartis inégalement entre les pays et à l'intérieur même des pays et seul un petit nombre de pays africains sont en voie de réaliser les OMD.

<sup>1</sup> Selon l'Africa Public Health Alliance et la campagne 15%+, il s'agit du Rwanda: 18,5%, du Botswana et du Niger: 17,8%, du Malawi: 17,1%, de la Zambie: 16,4% et du Burkina Faso: 15,8%.

<sup>2</sup> Africa Public Health Alliance et campagne 15%+.

5. La mortalité maternelle et néonatale, bon indicateur du fonctionnement du système de santé, demeure en Afrique une grave préoccupation. Des progrès substantiels, quoique inégaux, ont bien été accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs 4 et 5 des OMD, réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle et de deux tiers, pendant la même période, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. C'est la raison pour laquelle au niveau du continent, le 7 mai 2009, la Commission de l'Union africaine (CUA) a lancé la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), programme de plaidoyer en faveur d'une application plus stricte du Plan d'action de Maputo relatif au renforcement de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. La Campagne a pour slogan « L'Afrique n'est pas indifférente: aucune femme ne doit mourir en donnant la vie ». Au Sommet de Kampala en juillet 2010, les chefs d'État se sont engagés à prendre des mesures pour lancer la Campagne et à l'étendre pour en faire une stratégie de promotion des soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.

6. De même, les investissements dans des éléments sociaux déterminants des mesures de santé et de prévention, comme l'approvisionnement en eau potable, l'amélioration de l'assainissement, l'utilisation durable de l'environnement et l'amélioration de la sécurité nutritionnelle et alimentaire, sont insuffisants. L'absence d'investissement en faveur de ces éléments peut représenter de 10 à 40% des problèmes de santé dans la plupart des pays et aggraver la mortalité, des nouveaux-nés, des enfants et des adultes affectés par d'autres problèmes de santé en particulier.

7. L'économie politique de la maladie en Afrique est telle que les conséquences tendent à se conjuguer pour se renforcer les unes les autres en un cercle vicieux de pathologies, qu'il s'agisse du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme, de la malnutrition, de la mortalité maternelle et néonatale ou des maladies endémiques. La pauvreté et les déficiences des systèmes de santé ne font qu'aggraver la situation.

8. De nombreux pays ont lancé des initiatives de réforme du secteur de la santé et progressent sur la voie des OMD; ces efforts doivent être poursuivis et approfondis. Plusieurs pays enregistrent des progrès dans la mise en place de nouveaux mécanismes de financement du secteur de la santé, comme le financement axé sur les résultats et diverses formes d'assurance contre le risque financier de mauvaise santé, qui visent à accroître l'efficacité des dépenses de santé à la fois publiques et privées. Des progrès ont aussi été accomplis dans la décentralisation fiscale, l'amélioration des ressources humaines actives dans le secteur et la lutte contre des maladies bien précises comme le paludisme. Parallèlement, la gestion des finances publiques est de plus en plus d'actualité et la plupart des États africains sont en train de réformer leurs finances publiques en insistant sur l'utilisation rationnelle, la rentabilité, la transparence et la responsabilisation.

## **II. Problème de l'arbitrage budgétaire**

9. Les efforts visant à réaliser les OMD en matière de santé et à réduire la charge que représentent les maladies susceptibles d'être soignées et les décès pâtissent du manque d'investissements et du peu d'engagement des pays africains et de leurs partenaires de développement. Malgré la récente crise économique et financière, ceux-ci ont promis d'accroître les ressources destinées à financer la santé en Afrique comme l'illustre le fait que de 4 milliards de dollars des États-Unis promis au Sommet du G-8

à Muskoka, on est passé à 40 milliards de dollars<sup>3</sup> à l'occasion du Sommet des Nations Unies consacré à l'examen des OMD de septembre 2010. Les partenaires de développement se sont aussi engagés à faire preuve de responsabilité conformément à la Déclaration de Paris et au Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement.

10. Les investissements dans la santé doivent s'opérer dans un esprit de rentabilité accrue et les allocations au sein même du secteur répondre à des critères d'efficacité de façon à ce que les crédits tant existants que supplémentaires provenant de sources nationales et internationales se traduisent par une augmentation des produits et réalisations et des progrès plus rapides sur la voie de la réalisation des ODM en matière de santé. L'expérience internationale montre qu'il est possible de remédier aux déficiences évoquées plus haut pourvu que les mesures voulues soient prises. Cet effort permettra d'obtenir plus de résultats avec les ressources d'ores et déjà disponibles tout en augmentant la confiance dans le secteur de la santé et en renforçant sa position dans la course pour obtenir des fonds, en quantité limitée en période de crise économique.

11. Néanmoins, il demeure la question de l'accès équitable aux fonds qui ont été promis. C'est pourquoi la 15<sup>e</sup> session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine<sup>4</sup> a demandé à la CUA et à ses partenaires, y compris le G-8, de mettre au point un mécanisme permettant aux États membres de l'UA d'accéder à ces fonds. À cet effet, la CUA prévoit de réunir les parties prenantes lors d'une table ronde que le Mozambique a offert d'accueillir.

12. Il n'en reste pas moins qu'il revient aux États membres de l'UA d'atteindre le but fixé à Abuja de consacrer au moins 15% de leur budget national à la santé. Au cours des 18 derniers mois, deux grandes réunions ont été organisées pour comprendre la raison pour laquelle la plupart des États membres de l'UA n'avaient pu atteindre cet objectif de 15%. Tout d'abord, des hauts fonctionnaires des ministères de la santé et des finances de quelques pays africains<sup>5</sup> se sont retrouvés à Tunis en décembre 2009. Ensuite, à Kampala, en juillet 2010, ce sont les ministres de la santé et des finances de certains pays africains et leurs partenaires de développement<sup>6</sup> qui se sont rencontrés lors d'une réunion parallèle, lors du Sommet de l'UA, avec pour thème « Santé maternelle, néonatale et infantile et développement en Afrique ». Dans l'un et l'autre cas, les participants se sont penchés sur des questions clés, en particulier sur la communication et la collaboration entre les ministères des finances et de la santé et les moyens de stimuler le dialogue entre les deux ministères sur les questions de financement de la santé pour réaliser les ODM en matière de santé et se sont attachés à trouver de nouveaux modes de collaboration pour obtenir de meilleurs résultats. L'une des raisons principales pour lesquelles l'objectif des 15% n'a toujours pas été atteint dans de nombreux pays tient à l'absence de relations entre les ministères de la santé et des finances, que l'on peut attribuer aux facteurs suivants :

- a) Des identités et des cultures différentes;

---

<sup>3</sup> Sommet des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le développement de septembre 2010; les parties prenantes ont adopté une stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants et se sont engagées à verser 40 milliards de dollars au titre de l'effort mondial déployé pour sauver la vie de 16 millions de femmes et enfants d'ici 2015.

<sup>4</sup> Assembly/AU/Decl.1 (XV).

<sup>5</sup> Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal et Zambie.

<sup>6</sup> Cameroun, Égypte, Éthiopie, Malawi, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Tchad et Zambie; Union européenne, CEA, Banque mondiale, Fonds mondial, ONUSIDA, OMS-AFRO, Roll Back Malaria et Africa Public Health Alliance.

- b) Des missions et des parties prenantes différentes;
- c) Une collaboration technique insuffisante;
- d) Le non respect par le ministère de la santé des exigences et des attentes du ministère des finances en matière d'établissement du budget et de processus d'exécution; le cadre des dépenses, l'information et l'accent mis sur des considérations financières et d'efficacité;
- e) Le ministère des finances considère la santé comme un secteur improductif;
- f) Le ministère des finances ne partage pas les perspectives/priorités du ministère de la santé en matière même de santé;
- g) Le secteur de la santé est complexe, associant une multitude d'acteurs. Cela dit le secteur doit absolument mieux gérer les finances publiques, faire preuve d'une plus grande transparence et se montrer responsable en matière de gestion des ressources qui lui sont attribuées;
- h) Le ministère de la santé est incapable de faire valoir le bien-fondé d'une augmentation des investissements dans la santé – les dépenses de santé devraient être considérées comme un investissement et non comme un coût.

13. Les quelques pays qui s'acquittent de l'engagement pris à Abuja de consacrer 15% de leur budget national à la santé l'ont fait en partie grâce au soutien de donateurs et partenaires. Les fonds provenant de la plupart des donateurs peuvent être attribués à un objectif précis et, selon les conditions dont ils sont assortis, peuvent ne pas contribuer beaucoup au renforcement des systèmes de santé des pays bénéficiaires. Il se pose aussi la question de la gouvernance et de la bonne gestion des ressources allouées à la santé. De nombreux États membres doivent absolument instaurer une politique de tolérance zéro s'agissant de la corruption dans le secteur de la santé. C'est pourquoi à Kampala, les chefs d'État se sont engagés « à assurer la direction en tant que gouvernements et à garantir une certaine cohérence politique en inscrivant des plans de santé intégrés dans le plan de développement, assortis de buts de santé intersectoriels et d'autres touchant plusieurs maladies à la fois, et à coordonner des actions multisectorielles et des partenariats multi-institutions. »

14. Consacrer 15% du budget à la santé peut ne pas se traduire nécessairement en ressources suffisantes pour atteindre les OMD. La question qui se pose est de savoir comment les pays peuvent améliorer la prestation de services de santé avec les ressources dont ils disposent et en même temps attribuer davantage de crédits à la santé. Deuxièmement, pour les pays qui n'ont pas encore atteint l'objectif des 15%, quelles mesures peuvent-ils prendre pour y parvenir?

15. D'après le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2010, de nombreux facteurs contribuent à la lenteur des progrès enregistrés actuellement en matière de réalisation des OMD, facteurs qui ne se limitent pas à la pénurie de ressources financières, mais vont de la faiblesse de la gouvernance et du manque de responsabilisation au sous-développement des infrastructures, en passant par les déficiences des systèmes de santé, le manque d'intérêt pour les résultats, l'insuffisance de l'harmonisation de l'aide et de sa conformité aux priorités, ainsi que des facteurs exogènes comme l'instabilité politique et les catastrophes naturelles. Les principales sources d'inefficacité sont bien connues et peuvent s'entendre, au niveau des pays, des carences au niveau de l'élaboration des stratégies qui se soldent par des ouvertures de crédits insuffisantes et des options de financement qui laissent à désirer; des achats, une gestion et une utilisation incongrus des médicaments, des combinaisons de personnels inappropriées, conjuguées à l'absence de mesures incitatives devant donner des résultats, l'utilisation et le financement abusifs de certains services de santé ainsi que des

dépensations. L'inégalité d'accès aux soins de santé contribue par ailleurs à l'inefficacité du secteur de la santé, les nantis profitant des avantages de services de santé subventionnés par les deniers publics, services qui restent souvent inaccessibles aux populations défavorisées, lesquelles ont à leur charge d'énormes dépenses de santé, qui représentent couramment plus de la moitié des dépenses totales de santé du pays.

### **III. Principaux points sur lesquels devrait porter le dialogue**

16. Le dialogue devrait par conséquent porter sur les grands axes et conclusions ci-après (trop nombreux, à réduire éventuellement) :

- a) Quelles sont les raisons expliquant le faible financement actuel de la santé en Afrique? (Souligner ce que les pays africains peuvent faire pour améliorer cet état de choses, accroître les crédits et réaliser les objectifs si ce n'est pas déjà fait.)
- b) Quels sont les moyens novateurs d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles (par exemple une budgétisation axée sur les résultats pour la santé)?
- c) Comment peut-on plaider pour des investissements dans la santé et le financement du secteur, en particulier pour le suivi des soins de santé maternelle, néonatale et infantile?
- d) Que peuvent faire les ministères de la santé et des finances pour être plus efficaces dans le processus de planification et de budgétisation national, l'exécution, le suivi et l'évaluation, et utiliser au mieux les ressources?
- e) Pour quels investissements faut-il plaider, compte tenu du fait qu'investir dans le secteur de la santé, c'est investir dans le développement économique?
- f) Quelles sont les conditions essentielles à remplir pour assurer que le soutien des partenaires corresponde aux priorités du pays?
- g) Que peut-on faire pour améliorer la transparence et la responsabilisation dans le secteur de la santé et encourager les partenaires de développement à utiliser les systèmes des pays de façon à mieux intégrer l'aide au développement, conformément à la Déclaration de Paris et à d'autres engagements en matière d'efficacité de l'aide?
- h) Quelles sont les occasions de travailler plus efficacement avec le secteur privé en sa qualité de partenaire clef pour améliorer les résultats obtenus en matière de santé et assurer plus d'équité dans les dépenses privées?

17. La table ronde proposée vise à engager ce dialogue.

### **IV. Conclusions et perspectives**

18. Investir dans le secteur de la santé, c'est investir dans le développement économique. L'un des principaux éléments du développement économique durable réside dans des investissements à long terme dans le développement humain, social et de la santé. Le meilleur atout de toute société réside dans son capital humain. Celui-ci joue un rôle précieux dans la création de richesses, l'emploi, l'accumulation durable et le transfert de connaissances et compétences – indispensables au développement industriel, technologique et économique. Or rien ne saurait se concrétiser dans des conditions où de forts taux de mortalité, de morbidité et de faibles taux d'espérance de vie sont la norme.

19. Le dixième anniversaire des engagements d'Abuja et le dialogue entre les ministres des finances et de la santé sur le financement de la santé en mars 2011 offrent une nouvelle occasion de faire le bilan, d'arrêter des mesures décisives pour donner suite à ces engagements qui font date et de veiller à la gestion judicieuse des ressources financières attribuées au secteur de la santé. Il ne faut pas perdre de vue qu'investir dans la santé est un investissement qui rapporte. Le Rapport sur la santé dans le monde décrit certains moyens qui permettraient d'améliorer la santé à l'aide des ressources disponibles et d'autres moyens novateurs de nature à mobiliser plus de fonds en faveur de la santé.



## **Documents**

1. Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes en Afrique [AHG/228(XXXVII)].
2. Mesures à prendre en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile et du développement en Afrique d'ici 2015 [Assembly/AU/Decl.1(XV)].
3. Rapport du dialogue sur le financement de la santé en Afrique à l'occasion de la 15<sup>e</sup> session de la Conférence de l'Union africaine à Kampala, 24 juillet 2010.
4. Dossier d'investissement pour l'Afrique.
5. Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2010 – le financement des systèmes de santé: le chemin de la couverture universelle.