



“Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

Session parallèle 6 : Nouvelles tendances et débats au sein des institutions internationales de financement de la santé

PS 06/2

Priorités Africaines en matière de santé et nouveaux mécanismes internationaux de financement de la santé

Moustapha Sakho

Introduction: Avec 10% de la population mondiale, l'Afrique représente 25% du poids des maladies et 60% de la population vivant avec le VIH/SIDA et détient également le pourcentage le plus élevé en matière de tuberculose et de paludisme dans le monde. Cependant, l'Afrique représente moins de 1% des dépenses totales en matière de santé et ne dispose que de 2% du personnel de la santé dans le monde.

Quelque soit la mesure mise en place, la plupart des pays Africains dépensent moins de ressources pour la santé qu'il n'est nécessaire pour soit assurer un ensemble de services de priorité raisonnable pour les populations, ou pour atteindre les objectifs fixés par les leaders Africains. Etant donné les estimations du montant des ressources nécessaire pour réaliser les Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) qui sont des sommes faramineuses, au delà desquelles les pays à faible revenu auront des difficultés pour aller, la question est de savoir de quelle source proviendra les ressources complémentaires ?

Au sommet de l'UA de 2001, les pays ont fixé l'objectif d'Abuja : investir 15% des budgets nationaux dans le secteur de la santé. Bien qu'aucun délai n'ait été fixé pour réaliser cet objectif, il est important de noter que en 2005, (selon les propres données de l'UA), seul environ le tiers de pays de l'Afrique sub-saharienne ont été en mesure d'allouer 10% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé. Mais, même si l'objectif d'Abuja ait été atteint, quel sera son impact sur les priorités nationales de la santé et les besoins en financement ? De même, dans ce même ordre d'idées, quelle est la pertinence de la recommandation de la Commission sur la Macroéconomie et la Santé (CMH) qui vise à utiliser 34% des dépenses par habitant pour la santé ?

Depuis une date récente, la communauté internationale augmente de façon constante les ressources allouées au secteur de la santé en Afrique par le biais de ces mécanismes tels que GAVI, le Fonds Mondial, PEPFAR, etc. Est-ce que ces investissements ont été ciblés comme étant des priorités pour l'Afrique et comment ont-ils été utilisés pour résoudre le problème du financement de la santé ? Quelle est la durabilité de ces investissements ?

Buts et objectifs :

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la situation financière du secteur de la santé en Afrique aujourd'hui en terme de lien entre les priorités de la santé (y compris le financement) en Afrique et les nouveaux mécanismes de financement qui constituent la base de plusieurs partenariats internationaux récents en matière de santé. De façon plus significative, nous allons examiner la pertinence des objectifs internationaux de financement de la santé et le rôle des nouveaux mécanismes de financement de la santé tels que GAVI, PEPFAR et le Fonds Mondial. L'analyse étudiera les écarts dans le financement de la santé et le lien entre les nouveaux mécanismes de financement et les priorités et besoins des pays Africains.

Méthodologie :

Nous avons analysé les données financières disponibles dans les institutions internationales (telles que l'OCDE-DAC, l'OMS, le WBI, le FMI, l'Union Africaine, etc.) et l'ensemble des données nationales disponibles. Les données disponibles sur les sites web des nouveaux organes de financement tels que GVAI et le Fonds Mondial seront également étudiées pour avoir un aperçu général du thème de l'exposé.

Résultats :

- Bien que la réalisation de l'objectif d'Abuja soit importante pour prouver l'engagement vers l'augmentation croissante des dépenses publiques pour le secteur de la santé dans plusieurs pays Africains, ceci ne serait pas suffisant pour assurer un ensemble de services adéquats de santé à la population. Il n'est même pas sûr que l'objectif de la CMH d'allouer au moins 34% des dépenses par habitant à la santé soit suffisant, cependant, c'est une approche supérieure de penser à ce qu'il faut au-delà de l'approche d'Abuja. Ce qui est le plus important par contre, est la nécessité de se départir de ce système universaliste uniformisé pour aboutir à une analyse de la spécificité des pays à propos de ce qui est nécessaire pour fournir des services adéquats de santé à leurs populations.
- L'avènement de nouveaux partenariats internationaux en matière de santé et l'augmentation de l'aide bilatérale et multilatérale pour les interventions spécifiques en santé a été critiqué pour avoir accentué certains problèmes liés à l'architecture de l'aide internationale : caractère imprévisible et volatile des financements des bailleurs, prolifération des maladies et des programmes spécifiques d'intervention, qui ne sont pas le plus souvent intégrés dans aucun programme particulier en cours d'exécution dans les pays, pléthore de nouveaux acteurs et bailleurs, autres distorsions

macroéconomiques, et manque de transparence de la part des bailleurs de fonds pour l'absence des résultats et des progrès..

- Les nouveaux mécanismes de financement ont tendance à s'aligner davantage sur les priorités des bailleurs de fonds en matière de santé au lieu de s'aligner sur les besoins et priorités des pays. Certains déstabilisent la situation de financement de la santé des pays.
- Les charges récurrentes des investissements de GHP (ressources humaines nécessaires pour mettre en oeuvre les nouveaux programmes, les nouveaux centres de traitement, les coûts des vaccins, et les médicaments, etc.) ne sont pas pérennes dans plusieurs pays Africains.