



Le Droit à la santé et son financement en Afrique :
mettre fin aux épidémies et renforcer les systèmes
qui préservent le Droit à la santé pour tous.

Ebauche d'étude

Résumé exécutif

L'Union africaine et ses États membres souscrivent à un cadre juridique normatif solide sur le droit à la santé. Au cœur de ce cadre se trouve la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, qui stipule que "tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint." et que les États parties à la Charte "prennent les mesures nécessaires pour protéger la santé de leurs populations et veiller à ce qu'elles reçoivent des soins médicaux lorsqu'elles sont malades". Ce droit est renforcé par un ensemble de droits et de devoirs individuels et collectifs. Il est également complété par d'autres instruments régionaux, notamment la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, le Protocole de Maputo sur les droits de la femme en Afrique et le Protocole sur les droits des personnes âgées en Afrique.

La réalisation du droit à la santé dépend à la fois du montant du financement des soins de santé, de sa répartition entre les secteurs public et privé, et des modalités de financement des soins de santé. L'interaction entre le financement de la santé et le droit à la santé en Afrique a été relativement peu explorée - même si cette compréhension est vitale pour identifier les possibilités d'améliorer le financement de la santé et de surmonter au moins certains des obstacles qui s'opposent à la réalisation du droit à la santé.

Au cours de la dernière décennie, l'Afrique a fait des progrès impressionnants vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), des gains qui ont été stimulés en particulier par un financement important pour le VIH et d'autres épidémies, les vaccins et les maladies infectieuses infantiles. Des investissements importants dans la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et la santé maternelle et infantile ont permis de gagner en moyenne neuf ans d'espérance de vie en Afrique subsaharienne au cours de la période 2013-2016, les gains étant les plus importants là où le VIH était le plus répandu. Les approches fondées sur les droits qui ont mis l'accent sur le droit universel à la santé et les réponses communautaires ont contribué à la réalisation de ces gains.

La pandémie de COVID-19 et ses bouleversements économiques menacent de réduire à néant ces acquis. L'impact de la pandémie en Afrique a été particulièrement grave pour les populations vulnérables. L'Afrique abrite une part disproportionnée des plus d'un demi-milliard de personnes qui ont été plongées plus profondément dans la pauvreté en raison des frais de santé qu'elles ont dû payer pendant la pandémie.

Deux des cinq pays du monde dont les taux de dépenses de santé catastrophiques et de dépenses de santé appauvrissantes sont supérieurs aux médianes mondiales correspondantes se trouvent dans des situations de fragilité et de conflit (estimations du Soudan du Sud pour 2017 et du Nigeria pour 2018). De nombreux pays d'Afrique seront confrontés aux multiples défis que représentent les épidémies persistantes de VIH, de tuberculose et de paludisme, les systèmes de soins de santé inéquitables, la pauvreté et l'impact du changement climatique à travers les ouragans ou les catastrophes naturelles.

Environ 325 millions de personnes dans l'UA (soit 27% de la population de l'UA) ont été encore plus poussées dans la pauvreté en raison des dépenses à la charge du patient (augmentation de la pauvreté de la population). Compte tenu du choc sanitaire et économique combiné de COVID-19, ce chiffre ne fera probablement qu'augmenter. Les personnes pauvres et plus vulnérables seront privées de leur droit d'accès aux services, ou elles choisiront de dépenser pour des biens essentiels ou de payer pour la santé. Les médicaments et les soins ambulatoires ont été identifiés comme les principaux déterminants des dépenses de santé à la charge du patient des ménages dans 25 pays d'Afrique

présentant une structure similaire des dépenses de santé directe pour les personnes avec et sans dépenses de santé catastrophiques.

Un manque marqué de solidarité mondiale a privé le continent d'un accès équitable aux équipements de protection, aux vaccins et aux traitements - ce qui, avec les fermetures et autres restrictions sociales, a perturbé les programmes de lutte contre les maladies (notamment le VIH, la tuberculose et le paludisme) et a fait reculer les efforts de prévention. Pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 se remettre de ces revers et permettre une reprise post-pandémique durable, il faudra accorder une attention particulière au financement de la santé. Cela nécessite également des stratégies pour éviter l'austérité budgétaire et élargir l'espace budgétaire sur le continent.

Les dépenses annuelles de santé représentent en moyenne près de 10 % du PIB mondial, mais elles sont beaucoup plus faibles en Afrique : environ 5,3 % du PIB. Par conséquent, l'Afrique ne représente qu'environ 2 % des dépenses mondiales de santé, alors qu'elle compte 16 % de la population mondiale et 26 % de la charge mondiale de morbidité. Il y a plus de vingt ans, les gouvernements africains se sont engagés (dans l'Engagement d'Abuja de 2001) à allouer 15 % de leur budget national à la santé ; aujourd'hui, la moyenne n'est toujours que de 7 %.

L'Afrique connaît une contraction économique induite par la pandémie plus sévère que les autres régions, avec des ratios dette/PIB augmentant de 8 points de pourcentage pour atteindre 70 % en 2020, et une baisse correspondante des recettes publiques. Les pays dont les perspectives de croissance économique sont parmi les plus sombres, et où le PIB par habitant ne devrait pas retrouver les niveaux d'avant l'épidémie avant au moins 2026, abritent également la moitié du nombre total de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose dans l'Union africaine.

Un tiers des services de soins de santé en Afrique sont financés par des frais à la charge du patient, une proportion relativement élevée par rapport aux normes mondiales. Les frais à la charge du patient sont régressives - les ménages les plus pauvres consacrent une part plus importante de leurs revenus aux soins de santé que les ménages les plus riches - et elles tendent à appauvrir davantage les ménages à faible revenu. Elles incitent les gens à éviter ou à retarder le recours aux services de soins de santé. Elles tendent également à être une forme inefficace de financement des soins de santé. Il existe de nombreuses preuves que les frais d'utilisation aggravent les résultats en matière de VIH ainsi que de santé maternelle et infantile.

L'assurance maladie à caractère professionnel (liée aux prestations sociales du travailleur salarié) est une source importante de financement de la santé dans le monde, mais elle pose problème dans le contexte africain où plus de 80% de la main-d'œuvre travaille dans le secteur informel et est rarement incluse dans l'assurance maladie sur le lieu de travail.

Les partenariats public-privé peuvent ne pas se traduire par des avantages pour le grand public, en particulier lorsque la réglementation est faible et que le dialogue politique avec le secteur public est absent. De meilleurs résultats ont été obtenus en s'appuyant sur les innovations du secteur privé en matière de prestation de services. En effet, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence de nombreuses faiblesses des modèles mixtes public-privé dans la fourniture de soins de santé en Afrique, avec des prix abusifs, le défaut d'admission des patients et des défaillances du système nécessitant finalement l'intervention du secteur public.

L'incapacité à investir suffisamment dans la santé publique se manifeste par des pénuries de personnel de santé, des lacunes dans l'offre de soins de santé primaires (en particulier dans les zones rurales) et

un accès inéquitable aux services. Dans le même temps, les réponses communautaires à l'épidémie de VIH et à d'autres maladies ont renforcé la résilience du système de santé et fourni de nombreux agents de santé communautaires qui ont joué un rôle crucial dans le maintien des services de santé pendant la pandémie de COVID-19.

La pandémie de COVID-19 a imposé un lourd fardeau aux systèmes de santé, engendré des coûts supplémentaires et limité la croissance économique. Mais elle a également créé l'opportunité de réévaluer fondamentalement le financement de la santé en Afrique et de trouver de nouveaux moyens de progresser vers la pleine réalisation du droit à la santé.

Parmi les options possibles, citons le recours à des liquidités supplémentaires auprès des institutions financières internationales, en veillant à ce que les financements de la santé fassent progresser l'équité (par exemple en accélérant la suppression du droit d'entrée ou ticket modérateur), et l'allègement et la remise de la dette, etc.]

Un certain nombre de mesures sont disponibles pour élargir la base de revenus des pays de l'Union africaine de manière à accroître le financement de la santé. Il s'agit notamment de lutter contre l'évasion fiscale, d'améliorer les conditions dans lesquelles les pays obtiennent des financements et de mettre en œuvre des politiques d'allègement et d'annulation de la dette. Le défi politique le plus important auquel le continent sera confronté au cours de la période de reprise de la pandémie sera sans doute d'éviter le piège de l'austérité qui a caractérisé les réponses aux crises précédentes et qui a infligé de grands dommages sociaux. La société civile et les autres partenaires, en particulier ceux issus des organisations communautaires et au niveau local, doivent s'engager dans des dialogues de financement pour soutenir le droit à la santé. Ils doivent également mobiliser un large soutien populaire pour l'élaboration de politiques nationales qui font progresser le droit à la santé de manière tangible et équitable.

Les choix d'aujourd'hui en matière de financement de la santé auront des conséquences directes sur la santé et la vie de dizaines de millions de personnes sur le continent. Ils détermineront également les progrès réalisés par les pays africains dans la lutte contre les épidémies de VIH et de tuberculose et d'autres menaces sanitaires mortelles.

À la mi-2021, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida sur cinq ans, assortie d'une série d'objectifs ambitieux mais vitaux pour 2025. Les modèles indiquent que, si ces objectifs sont atteints, environ 185 000 personnes contracteront le VIH dans les pays de l'Union africaine en 2030. Mais si les programmes se poursuivent à leurs niveaux actuels d'intensité et d'efficacité et que les objectifs ne sont pas atteints, ce nombre passera à plus de 600 000. L'impact d'une approche inchangée sera particulièrement sévère pour les adolescentes et les jeunes femmes. Elles devraient représenter 27 % du total des nouvelles infections en 2030, soit environ 280 000 nouvelles infections, si la situation actuelle est maintenue. Mais si les objectifs mondiaux sont atteints, ce chiffre sera ramené à 90 000. Pour atteindre la stratégie mondiale de lutte contre le sida, on estime qu'environ 10,9 milliards de dollars US sont nécessaires en 2022, ce montant passant à environ 12,4 milliards de dollars US en 2025.

Les pays de l'Union africaine disposent d'une marge de manœuvre budgétaire étroite pour combler les déficits du financement de la santé. Mais la crise du COVID-19 a également apporté des opportunités de changement. Ces opportunités doivent être saisies, notamment par le biais de dialogues de financement à grande échelle et d'une résolution des problèmes au service des populations africaines. La présente étude se veut un appui à ces efforts.

Section 1. Introduction

1.1 OBJECTIF ET STRUCTURE DE L'ÉTUDE

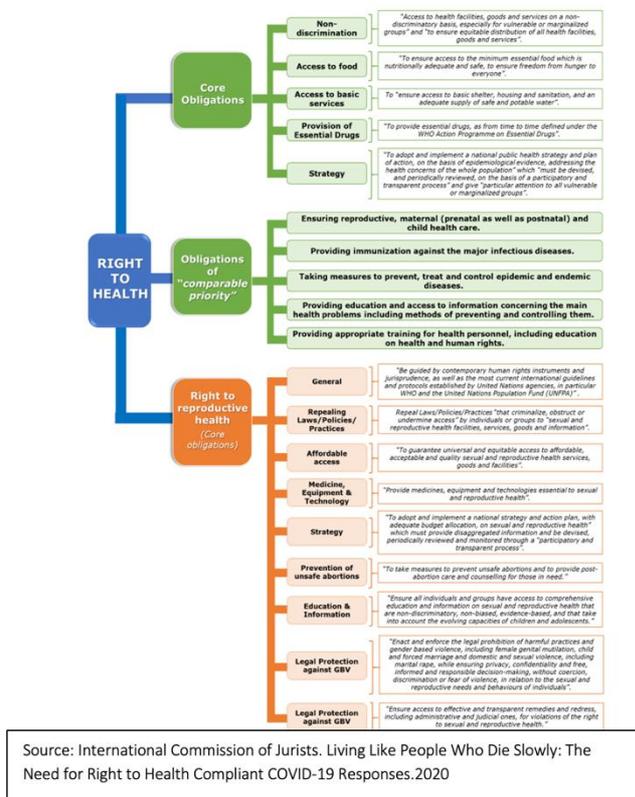
La santé est un droit fondamental. Lorsque le financement de la santé est fondé sur le droit à la santé, qu'il permet un accès égal à tous, qu'il évite le paiement de frais d'utilisation des services de santé publique et qu'il réduit les dépenses de fonctionnement, il contribue à une plus grande équité en matière de santé.

Tous les États ont l'obligation de respecter, protéger, promouvoir et réaliser le droit des personnes à la santé. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples garantit spécifiquement le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (ou "droit à la santé").

Cette ébauche d'études succincte de l'ONUSIDA et de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (ACPHR) examine les modalités de financement nécessaires à la réalisation du droit à la santé. L'objectif est d'enrichir les orientations et les recommandations de la Commission afin que les ressources nationales et autres pour la santé puissent être augmentées et mieux réparties. La pandémie de COVID-19 et les crises sanitaires antérieures telles qu'Ebola et le VIH ont mis en évidence les possibilités de garantir le droit à la santé pour tous en Afrique. En particulier, plus de quatre décennies de lutte contre l'épidémie de VIH ont montré que la sauvegarde des droits des personnes et la mise en place d'un financement suffisant et durable de la santé vont de pair. La

réalisation du droit à la santé nécessite des approches inclusives et qui s'attaquent de front aux inégalités.

La réalisation du droit à la santé nécessite de s'attaquer aux déterminants sociaux sous-jacents de la santé, comme l'a déclaré à plusieurs reprises la Commission africaine. Ces facteurs comprennent les normes sexospécifiques néfastes et les inégalités entre les sexes, ainsi que d'autres inégalités telles que le statut économique, l'éducation, etc. qui conduisent à de moins bons résultats en matière de santé. Le financement du droit à la santé nécessite une approche globale du gouvernement et la contribution de plusieurs secteurs, dont la santé, l'aide sociale, l'éducation, les finances et autres, qui permettront une réponse à fort impact pour toutes les composantes du droit à la santé (Fig 1).



Source: International Commission of Jurists. Living Like People Who Die Slowly: The Need for Right to Health Compliant COVID-19 Responses.2020

de financement de la santé pour lutter contre le VIH et d'autres épidémies dans l'Union africaine.

Cette étude fournit une synthèse des preuves concernant les politiques de financement, les dépenses et les moyens par lesquels l'augmentation des dépenses nationales permettra aux États de mieux remplir

leurs obligations fondamentales en matière de droit à la santé. Il identifie les politiques de financement progressives qui visent à atteindre les objectifs interdépendants de la santé, des droits et de la durabilité.

Il y a au moins trois raisons primordiales pour augmenter les dépenses nationales et les allocations budgétaires en faveur des soins de santé : renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne et qui peuvent faire respecter le droit à la santé pour tous ; mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et autres qui assaillent depuis longtemps les peuples d'Afrique ; et renforcer la résilience pour répondre aux besoins de santé à l'avenir.

Certaines décisions politiques et financières, y compris l'élimination du paiement de frais d'utilisation services publics, peuvent accélérer la réalisation du droit à la santé, accroître la protection financière et remédier aux inégalités. Réorienter les dépenses pour accroître l'efficacité et l'équité peut permettre de repenser les systèmes de soins de santé en tant que systèmes de prestation centrés sur les personnes et les communautés, qui répondent équitablement aux besoins de chacun. Le droit à la santé fournit également un cadre dans lequel les partenariats peuvent être élargis à différentes parties prenantes - y compris les communautés négligées et vulnérables - devraient avoir leur mot à dire dans la planification des stratégies et des combinaisons de financement, et elles ont un rôle important à jouer dans le renforcement de la responsabilité et de la transparence.

La synthèse des preuves présentée dans cette étude vise à soutenir une meilleure mise en réseau et une meilleure communication entre les diverses communautés de politiques et de mise en œuvre. Les décideurs politiques des ministères des finances, les gestionnaires de programmes des ministères de tutelle, les prestataires de services dans les secteurs public et communautaire, et les défenseurs à tous les niveaux semblent souvent formuler et aborder des défis et des objectifs communs de manière incompatible. Ils ont tendance à opérer de manière isolée les uns des autres et peinent à reconnaître comment leurs objectifs et activités peuvent être harmonisés pour un bénéfice mutuel. Cette étude a pour but d'aider à ériger un pont entre les préoccupations apparemment distinctes de l'offre de soins de santé et du financement de la santé et du droit à la santé.

Le message fédérateur central est que lorsque le financement de la santé est fondé sur les principes du droit à la santé, les pays progressent plus rapidement sur la voie de l'équité en matière de santé.

L'étude s'appuie sur une autre étude documentaire complète des documents concernant l'épidémie de VIH, le financement de la santé et le droit à la santé. L'analyse documentaire a identifié des documents clés concernant les expériences nationales ainsi que ceux produits par des partenaires au niveau mondial (OMS, Banque mondiale, Union africaine, ONUSIDA, UNECA, et autres). Sur la base d'une recherche par mots-clés, plus de 400 articles ont été sélectionnés pour l'analyse des données secondaires. Aucune recherche primaire n'a été effectuée pour cette étude.

Pour certaines questions prioritaires, il existe une vaste documentation qui mérite d'être examinée en soi, mais qui dépasse le cadre de cette étude. Il s'agit notamment de la prévalence et de l'impact de la corruption, l'utilisation abusive des ressources et la mauvaise allocation des ressources financières, des litiges relatifs au droit à la santé : l'environnement juridique favorable et l'élimination des lois et pratiques discriminatoires qui limitent la capacité des individus et des groupes à recevoir des soins de santé.

Cette première section de l'étude esquisse les possibilités actuelles de lier le droit à la santé et le financement de la santé. La section 2 examine les politiques de financement des États et leurs

Pour commentaires

pratiques concernant le VIH, le financement de la santé et l'impact sur la capacité des pays à remplir leurs obligations fondamentales en matière de droit à la santé. La section 3 cartographie les risques et les opportunités stratégiques et identifie les actions à fort impact pour promouvoir le droit à la santé afin de catalyser des changements de politique de financement transformateurs et une augmentation des allocations.

1.2 UN CADRE NORMATIF SOLIDE POUR LE DROIT À LA SANTÉ

Le cadre normatif du droit à la santé sur le continent africain est ancré dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et est conforme au droit à la santé tel qu'il est énoncé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Les traités et engagements complémentaires convenus par les États africains traitent les droits des enfants, des femmes et des personnes âgées, ainsi que les questions de santé, notamment le VIH, la santé sexuelle et reproductive et l'accès aux médicaments.

Le cadre normatif du droit à la santé sur le continent africain est ancré dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, qui a été adoptée en 1981 et est entrée en vigueur en 1986 (voir encadré 1). Cette charte complète les instruments juridiques internationaux, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. L'article 12 de ce dernier document établit "le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint". La charte complète également les traités régionaux et internationaux qui concernent une série de droits relatifs à la santé et concernant des populations particulières, notamment les femmes, les enfants et les personnes âgées.

Les principaux *traités* qui complètent la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples comprennent la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée en 1990. Elle reconnaît que les enfants ont besoin d'une attention particulière en ce qui concerne leur santé et leur développement physique, mental, moral et social. Elle établit l'obligation pour les États de réduire la mortalité infantile, de fournir des soins de santé à tous les enfants, d'assurer une alimentation adéquate et de l'eau potable, de lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires et de garantir la participation significative des organisations non gouvernementales, des communautés locales et de la population bénéficiaire à la planification et à la gestion des programmes de services de base pour les enfants. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo), adopté en 2003, exige des États parties qu'ils veillent à ce que le droit des femmes à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, soit respecté et promu. Le Protocole sur les droits des personnes âgées en Afrique engage les États qu'ils veillent à ce que les droits des personnes âgées à accéder aux services de santé qui répondent à leurs besoins spécifiques. La plupart des États africains sont également parties à de nombreux traités internationaux qui garantissent le droit à la santé ainsi que d'autres droits essentiels à la jouissance du droit à la santé.ⁱ

Outre ces obligations conventionnelles, des engagements régionaux clés visant à concrétiser le droit à la santé ont été inclus dans la déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afrique en 2004, dans la résolution 141 de la CADHP sur l'accès à la santé et aux médicaments nécessaires en Afrique, et dans la déclaration d'Abuja sur le VIH/sida en 2001.

Associés à de solides normes en matière de droits de l'homme élaborées au niveau national, ces traités et engagements régionaux et internationaux constituent un cadre normatif solide pour réaliser le droit à la santé et faire avancer le programme de développement 2063 de l'Union africaine. **Les perspectives de réalisation du droit à la santé sont étroitement liées aux politiques de**

financement et aux modèles de dépenses qui soutiennent les soins de santé et les réponses aux pandémies, y compris les réponses au VIH et à la tuberculose. Les politiques de financement et les modes d'obtention et d'affectation des fonds peuvent permettre ou entraver la réalisation du droit à la santé. Mieux nous comprenons cette interaction, plus il est facile d'identifier les obstacles qui entravent l'amélioration des résultats et l'équité des systèmes de santé .

Section 2. Défis du paysage financier actuel et implications pour la réalisation du droit à la santé

Par rapport au reste du monde, les dépenses de santé en Afrique sont faibles. Les améliorations de la couverture des services au cours de la dernière décennie se sont produites à partir d'une base très faible. Le continent est toujours à la traîne par rapport à d'autres régions par rapport à des indicateurs clés, notamment l'accès aux services de santé, la taille du personnel de santé et le fardeau des frais à la charge de la population. Ces faiblesses sont en grande partie enracinées dans des décisions et des facteurs financiers, notamment l'incapacité à assurer une protection financière et la capacité limitée à mobiliser des ressources supplémentaires, qui, compromettent tous la capacité des États africains à remplir leurs obligations en matière de droit à la santé.

2.1 LES DÉPENSES DE SANTÉ SUR LE CONTINENT AFRICAIN

En Afrique, les dépenses de santé s'élèvent en moyenne à moins de 6 % du PIB, ce qui ne permet pas de financer les infrastructures, les ressources humaines et les médicaments nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé publique. Le financement de la santé doit être adéquat et durable, il doit favoriser la mise en commun pour répartir les risques financiers liés à la mauvaise santé, et il doit garantir que les dépenses sont efficaces et équitables. Les engagements pris par tous les pays de l'Union africaine en faveur de la couverture sanitaire universelle ont été compromis par l'absence d'une allocation durable des ressources. Les dépenses de santé sont déséquilibrées : les dépenses consacrées aux personnels et aux infrastructures de santé sont insuffisantes, tandis qu'une grande partie des dépenses est consacrée à l'importation des médicaments, fournitures et équipements.

Il n'existe pas de formule universelle permettant de définir le niveau optimal de dépenses de santé pour garantir le droit à la santé. Mais il est clair à travers le continent africain que la santé publique n'a pas été une priorité politique et n'a pas été suffisamment financée. Les dépenses de santé par habitant sont 80 fois plus élevées dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu. Les dépenses des pays de l'Union africaine sont bien en deçà des 86 dollars par habitant et par an estimés comme un minimum pour atteindre la couverture sanitaire universelle. ⁱⁱ

Au cours des deux dernières décennies, les dépenses totales (toutes sources confondues) consacrées aux soins de santé en Afrique ont oscillé entre 5 et 6 % du PIB. L'Afrique représente moins de 2% du total des dépenses mondiales de santé, alors qu'elle compte 16% de la population mondiale et 26% de la charge mondiale de morbidité. Ce déficit de financement se traduit par des infrastructures

inadéquates, des ressources humaines limitées, un mauvais entretien des équipements et des installations, et des lacunes dans l'accès aux médicaments - autant de conditions essentielles à la réalisation du droit à la santé.

Dans sa déclaration d'Abuja de 2001, l'Union africaine a recommandé aux gouvernements d'allouer 15 % de leur budget au secteur de la santé. Peu de pays, quel que soit leur niveau de revenu (et quelle que soit la région), ont atteint et maintenu ce niveau de dépenses de santé.ⁱⁱⁱ Presque aucun pays africain n'a atteint l'objectif fixé dans l'Engagement d'Abuja : les données pour 2019 indiquent que le Botswana et l'Afrique du Sud étaient les seuls pays africains à avoir des dépenses de santé de ce niveau. Dix-huit des 23 pays à revenu moyen inférieur de l'union africaine investissent moins de 9 % de leur budget public dans la santé. [Mais l'engagement en faveur de la santé n'est pas seulement fonction du niveau de revenu. Parmi les pays qui consacrent la plus faible part de leur budget à la santé, on trouve à la fois certains pays à revenu moyen inférieur (par exemple, le Bénin et le Cameroun) et certains pays à revenu moyen supérieur (la Guinée équatoriale et le Gabon).

La couverture limitée du CSU et l'appauvrissement sont en partie dus à l'absence d'allocation durable de ressources aux soins de santé et à la mise en œuvre hésitante des réformes du financement de la santé.

La couverture sanitaire universelle (CSU) représente l'aspiration à ce que chacun reçoive des services de santé de bonne qualité, au moment et à l'endroit où il en a besoin, sans encourir de difficultés financières. Les indicateurs élaborés pour suivre la CSU donnent un aperçu utile de l'état des dépenses de santé et permettent de mesurer les progrès accomplis dans la mise en place des éléments clés du droit à la santé.

La meilleure façon de comprendre le concept de CSU est peut-être de l'envisager comme un guide permettant de fixer des priorités claires en matière de soins de santé, dans le respect du principe d'équité.^{iv} Les deux piliers de la CSU - à savoir que les individus et les communautés aient accès aux services de santé essentiels sans éprouver de difficultés financières - nécessitent des politiques globales de financement de la santé allant de l'allocation budgétaire à la fiscalité et à la protection sociale. Selon la Banque mondiale, la doit combiner un financement adéquat et durable, une mise en commun des ressources pour répartir le risque financier lié à la mauvaise santé, et des dépenses efficaces et équitables.^v Les avantages sont considérables : en plus de favoriser la santé et le bien-être, la CSU contribue également à l'inclusion et à la résilience sociales, à l'égalité des sexes, à l'éradication de la pauvreté, à la dignité humaine et à la croissance économique.

La Région africaine est la seule région qui a connu une forte amélioration de la couverture des services de santé au cours de la dernière décennie. À l'échelle mondiale, la couverture des services a augmenté de 25 % entre 1990 et 2019. En Afrique subsaharienne, les progrès se sont accélérés plus rapidement que dans les autres régions entre 2010 et 2018, avec une augmentation annuelle de la couverture de 2,6 %, soit le double du taux de la décennie précédente. Ces améliorations s'expliquent par l'augmentation significative du financement et de la priorisation des programmes de lutte contre le VIH, des campagnes de vaccination et des programmes de lutte contre les maladies infectieuses infantiles et de santé maternelle à ère des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).^{vi}

L'Union africaine a reconnu qu'un financement durable et équitable est essentiel pour atteindre les objectifs de CSU et qu'il implique à la fois une mobilisation accrue des ressources nationales pour la santé et des mesures fiscales progressives.^{vii} La plupart des pays africains ont intégré la CSU dans

leurs stratégies nationales de santé et se sont engagés à élargir l'espace fiscal et à donner la priorité à la santé dans les dépenses publiques.

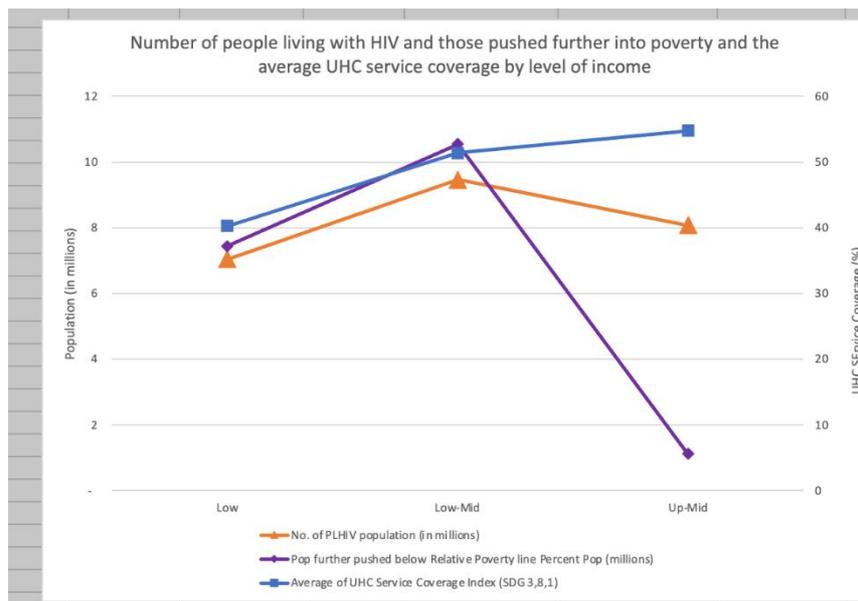
Beaucoup ont adopté des approches multisectorielles pour financer les services de santé, y compris les services liés au VIH. Ils ont également déclaré leur engagement à augmenter le financement public en mettant en commun les ressources, en supprimant les frais d'utilisation et en réduisant les frais à la charge du patient. Toutefois, **ces engagements ont été compromis par le manque d'allocation durable de ressources aux soins de santé et par la mise en œuvre hésitante des réformes du financement de la santé.**

Outre l'ampleur des investissements nécessaires à la mise en place de soins de santé équitables, d'autres facteurs importants entrent en jeu, notamment des politiques habilitantes appropriées, un meilleur ciblage des ressources pour répondre aux besoins et l'efficacité du système de santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles des pays ayant des niveaux de dépenses de santé similaires atteignent des niveaux différents de couverture des services et de résultats.

Les progrès réalisés au cours de la dernière décennie pour accroître la couverture des services de santé en Afrique sont à la fois insuffisants et fragiles. Avant même la pandémie de COVID-19, il était prévu que les progrès en matière de CSU dans le monde atteindraient que 270 millions de personnes supplémentaires d'ici 2023, bien loin de l'objectif de l'OMS d'un milliard de personnes supplémentaires.^{viii} Bien que l'impact de la pandémie COVID-19 n'ait pas encore été pleinement évalué, tout porte à croire que la pandémie a considérablement ralenti les progrès vers le CSU, avec des perturbations majeures des services en 2020 qui ont persisté en 2021. Les disparités mondiales en matière d'accès au vaccin COVID-19 aggraveront le nombre insuffisant de personnes bénéficiant de la CSU, car les populations non vaccinées restent excessivement sensibles à la maladie et les services de santé continuent d'être mis sous pression.

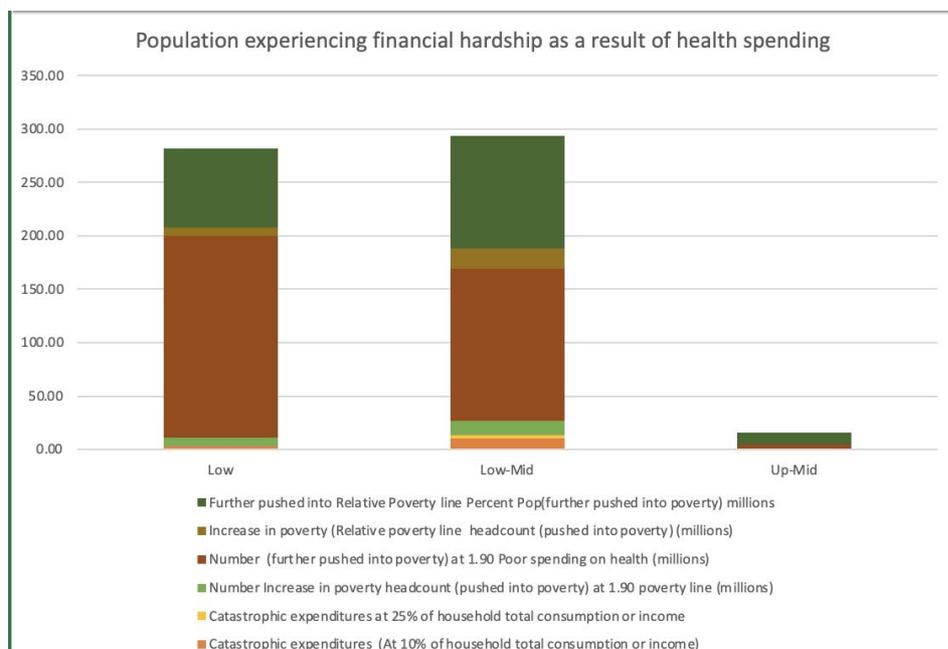
Protection financière

Malgré des niveaux plus élevés de dépenses publiques, les réductions des dépenses de santé appauvrissantes n'ont pas eu lieu dans les pays à revenu élevé et globalement, à l'échelle mondiale en 2017, un demi-milliard de personnes ont été poussées ou poussées davantage dans l'extrême pauvreté. Environ 325 millions de personnes dans l'UA (soit 27 % de la population de l'UA) ont été poussées davantage dans la pauvreté en raison des frais de santé à leur charge (augmentation de la population dans la pauvreté). Compte tenu du choc sanitaire et économique combiné de la COVID-19, ce chiffre ne fera probablement qu'augmenter. Les personnes pauvres et plus vulnérables seront privées de leur droit d'accès aux services, ou bien elles choisiront de dépenser pour des biens essentiels ou de payer pour la santé.



Les médicaments et les soins ambulatoires ont été identifiés comme les principaux déterminants des frais de santé à la charge des ménages dans 25 pays d'Afrique présentant une structure similaire de dépenses de santé pour les personnes avec et sans dépenses de santé catastrophiques.

Deux des cinq pays du monde dont les taux de dépenses de santé catastrophiques et de dépenses de santé appauvrissantes sont supérieurs aux médianes mondiales correspondantes se trouvent dans des situations fragiles et touchées par des conflits (estimations du Soudan du Sud pour 2017 et du Nigeria pour 2018). De nombreux pays d'Afrique seront confrontés aux multiples défis que représentent les systèmes de soins de santé inéquitables, la pauvreté et l'impact du changement climatique par le biais d'ouragans ou de catastrophes naturelles.



Accès aux professionnels de la santé et aux médicaments

Un personnel de santé qualifié, motivé et bénéficiant d'un soutien adéquat est essentiel à la réalisation du droit à des services de soins de santé accessibles et de qualité. Un lieu de travail sûr pour les prestataires de soins de santé exige, au minimum, de disposer d'un nombre suffisant d'agents de santé qualifiés. De nombreux pays sont confrontés à d'importantes lacunes, tant sur le plan de la quantité que de la qualité de leur personnel de santé.

Treize des 47 pays africains pour lesquels des données sont disponibles comptaient moins de 5 professionnels de la santé (y compris les médecins, les infirmières et les sages-femmes) pour 10 000 habitants ; la référence mondiale est de 23 professionnels de la santé pour 10 000 habitants.^{ix} **Le manque chronique d'investissements dans la santé provoque une spirale négative, où le nombre insuffisant de professionnels de la santé qualifiés entraîne des lacunes du système et des défaillances dans les soins, ce qui oblige à consacrer une plus grande proportion des dépenses aux consommables (produits médicaux), au détriment des investissements dans le personnel et les infrastructures de santé.**

Il existe un certain nombre de déséquilibres structurels qui exacerbent l'impact du manque de professionnels de la santé en Afrique. Dans certains pays, il y a un sous-investissement chronique dans l'éducation et la formation des travailleurs de la santé. Il existe un décalage entre les stratégies d'éducation et d'emploi et les besoins de la population en matière de santé. Les zones rurales et reculées sont mal desservies. Même lorsque les niveaux d'offre de main-d'œuvre ont été maintenus, les contraintes budgétaires et les mesures d'austérité ont limité la capacité du secteur public à absorber les nouvelles générations d'agents de santé formés. En Afrique de l'Ouest, par exemple, près de la moitié des années où des programmes du FMI ont été mis en œuvre comportaient des réformes prévoyant des licenciements ou un plafonnement des recrutements dans le secteur public et une limitation de la masse salariale entre 1995 et 2014. Cela a entravé la capacité des pays à embaucher ou à conserver des professionnels de la santé. Le résultat paradoxal est que, dans certains pays, le chômage des travailleurs de la santé coexiste avec d'importants besoins sanitaires non satisfaits.^x

Parmi les initiatives visant à corriger ces déséquilibres, l'Union africaine s'est fixé en 2017 l'objectif de former et de déployer rapidement 2 millions d'agents de santé communautaires.^{xi} Dans le cadre de sa réponse au COVID-19, l'Union africaine a décidé en 2022 (lors de son 35^e sommet) d'établir un cadre pour la (re)formation des ressources humaines africaines en matière de santé.^{xii} L'accent mis sur le personnel de santé communautaire reflète les nombreux atouts de cette approche (notamment un retour sur investissement de près de 10:1) et la nécessité de faire face aux pénuries de personnel de soins de santé primaires au niveau communautaire.^{xiii} L'une des leçons tirées de la lutte contre le VIH est que les investissements doivent être réorientés vers le niveau communautaire, avec des soins de santé primaires solides, y compris l'organisation communautaire et les groupes d'entraide, qui contribuent de manière incommensurable à l'efficacité de la prestation des services de santé.

L'incapacité à investir suffisamment dans le personnel de santé reflète un déséquilibre majeur dans les priorités des dépenses de santé dans la région. Avant COVID 19, on estimait qu'en moyenne 39% des budgets de santé en Afrique étaient consacrés aux produits médicaux, tandis que les dépenses pour les personnels de santé (14%) et les infrastructures (7%) étaient faibles. En revanche, les pays dotés de systèmes de santé performants investissent jusqu'à 40% dans leur personnel de santé et 33% dans les infrastructures.

Les dépenses en produits médicaux sont gonflées par la nécessité d'importer ces produits. Même avant COVID-19, les pays africains fabriquaient moins de 2 % des médicaments consommés sur le continent. L'absence de production locale et la dépendance vis-à-vis des marchés extérieurs limitent également l'accès aux médicaments, aux équipements et aux fournitures. Si l'industrie pharmaceutique du continent est en pleine évolution avec au moins 370 fabricants de produits pharmaceutiques en Afrique, elle est regroupée dans seulement 9 pays, avec des fonctions de production limitées.

La pandémie de COVID-19 a montré ce qui se passe lorsque les chaînes d'approvisionnement mondiales sont sous pression. Les perturbations de l'approvisionnement et de la distribution des produits médicaux ont entraîné des pénuries d'équipements de protection individuelle dans toute l'Afrique et ont fait grimper en flèche le coût des médicaments et des produits pharmaceutiques. On estime que le coût final des médicaments antirétroviraux achetés auprès de fabricants indiens a augmenté de 10 à 25 % au cours de la première année de la pandémie de COVID-19.^{xiv}

La hausse des coûts et la limitation de l'approvisionnement en médicaments essentiels ont plusieurs conséquences. Le marché des médicaments traditionnels a comblé les lacunes de l'offre, mais de manière non réglementée, ce qui entraîne des frais à la charge du patient pour des remèdes souvent inefficaces. Les populations les plus vulnérables sont généralement les plus touchées par cette tendance. De même, la circulation et la vente non réglementée de médicaments de contrefaçon constituent un problème important en Afrique, comme ailleurs,^{xv} tout comme le détournement des stocks de médicaments à des fins illicites.

La création de l'Agence Africaine des Médicaments marque une étape importante dans la résolution de certains de ces défis. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a un rôle essentiel à jouer dans sa collaboration avec l'Agence des médicaments pour éclairer la conception de politiques pharmaceutiques visant à rendre les médicaments plus abordables et plus accessibles. Dans sa résolution de 2008 sur l'accès à la santé et aux médicaments nécessaires en Afrique, la Commission a appelé les États à prendre des mesures spécifiques pour garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, notamment par la promotion d'une tarification équitable et par la mise en œuvre de politiques de propriété intellectuelle tirant pleinement parti de toutes les flexibilités de l'accord ADPIC de l'OMC.^{xvi} La Commission a appelé à des politiques visant à soutenir l'établissement d'industries pharmaceutiques scientifiquement solides en Afrique, en mettant particulièrement l'accent sur la production africaine locale pour une plus grande autonomie. Elle a également appelé à l'importation parallèle et à l'octroi de licences obligatoires pour les médicaments à utiliser lorsqu'ils sont disponibles et applicables.^{xvii}

1.3 LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EST ESSENTIEL POUR RÉALISER LE DROIT À LA SANTÉ

Les obligations des États permettent la réalisation progressive du droit à la santé, mais elles exigent des États qu'ils soient non discriminatoires et qu'ils prennent des mesures délibérées pour réaliser ce droit. Les crises épidémiques telles que le VIH et le COVID-19 ont confirmé la nécessité d'adopter des approches fondées sur les droits, mais des occasions ont été manquées afin d'utiliser le plaidoyer fondé sur les droits et l'équité pour soutenir un meilleur financement de la santé de manière plus générale.

Le montant des sommes consacrées à la santé, l'origine des fonds et leur affectation figurent parmi les déterminants fondamentaux du droit à la santé. Le droit à la santé impose aux États l'obligation de garantir la disponibilité de fonds suffisants et de donner la priorité au financement de la santé dans les budgets.^{xviii}

Selon le droit international, si le meilleur état de santé susceptible d'être atteint peut l'être progressivement et sous réserve des ressources disponibles, il existe néanmoins diverses obligations d'effet immédiat. Par exemple, le droit à la santé doit être exercé sans aucune discrimination, qu'elle soit fondée sur le sexe, l'âge, la race, l'origine ethnique, la nationalité, le genre, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le handicap, la religion ou toute autre situation. Cette obligation de non-discrimination a un effet immédiat. Les pays sont tenus de prendre des mesures délibérées, significatives et ciblées pour atteindre l'objectif. Il est généralement admis que les États parties ont l'obligation fondamentale de "garantir la satisfaction, au moins, des niveaux essentiels minimums" du droit à la santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a clairement indiqué que cette obligation fondamentale comprend, à tout le moins, la fourniture de soins de santé primaires essentiels. Même lorsque les ressources sont rares, il existe une obligation immédiate et permanente de garantir "la jouissance la plus large possible des droits pertinents dans les circonstances qui prévalent".^{xix} La Commission africaine a également précisé précédemment que la mise en place de systèmes de santé opérationnels est un élément nécessaire à la protection du droit à la vie en vertu de la Charte africaine.^{xx}

Quel que soit le niveau de prestation des soins de santé, le droit à la santé implique que les biens, les services et les installations soient disponibles, accessibles (y compris à un prix abordable), acceptables et de bonne qualité.^{xxixii xxiii}

En 2018, la Commission africaine a déclaré que les obligations fondamentales minimales du droit à la santé comprennent au moins les éléments suivants :

- a. Garantir le droit d'accès aux installations, biens et services de santé sur une base non discriminatoire, en particulier pour les groupes vulnérables ou marginalisés ;*
- b. Assurer la fourniture de médicaments essentiels à tous ceux qui en ont besoin, tels que définis périodiquement dans le cadre du programme d'action de l'OMS sur les médicaments essentiels, et en particulier les médicaments antirétroviraux ;*
- c. Assurer la vaccination universelle contre les principales maladies infectieuses ;*

*d. Prendre des mesures pour prévenir, traiter et contrôler les maladies épidémiques et endémiques ;
et*

e. Fournir une éducation et un accès à l'information concernant les principaux problèmes de santé de la communauté, y compris les méthodes de prévention et de contrôle. ^{xxiv}

Les experts et les mécanismes des droits de l'homme au niveau régional^{xxv} et mondial ^{xxvixxvii} ont précisé que les "moyens appropriés" pour réaliser le droit à la santé incluent le financement, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé indiquant que la pleine réalisation du droit à la santé dépend de la disponibilité d'un "financement adéquat, équitable et durable de la santé aux niveaux national et international". ^{xxviii} L'interrelation entre le droit à la santé et le financement de la santé est clairement reconnue.

Les approches fondées sur les droits occupent une place de plus en plus importante dans la réponse au VIH, dans les programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs, et en ce qui concerne les populations marginalisées et vulnérables. Cependant, à l'exception de l'accès aux médicaments, considéré comme une question d'équité et de droits, le lien entre le financement et le droit à la santé a été négligé dans les cercles d'élaboration des politiques et de programmation. **Il existe des possibilités d'utiliser le plaidoyer fondé sur l'équité et les droits pour augmenter les allocations budgétaires à la santé, mais elles ne sont pas utilisées.**

Ce n'est que lorsque des crises sanitaires ont éclaté, comme les pandémies de VIH ou de COVID-19, que la relation entre le financement et la réalisation du droit à la santé a été mise en évidence. Ces crises sanitaires ont révélé comment les décisions de financement - passées et présentes, nationales et internationales - privaient un grand nombre de personnes de leur droit à la santé. Un héritage de sous-financement a limité la capacité de gestion des États, ce qui a coûté très cher aux sociétés et aux économies.

1.4 POURQUOI MAINTENANT ? LE CONTINENT EST À LA CROISÉE DES CHEMINS

Les pandémies de COVID-19 et de VIH mettent à nu les arguments en faveur d'une approche transformatrice du financement de la santé en Afrique. Elles révèlent des vulnérabilités systémiques mais prouvent également qu'un investissement soutenu peut inverser le cours des épidémies, comme l'a montré la réponse au VIH. La COVID-19 continue de mettre en évidence la solidarité mondiale limitée pour assurer un accès équitable aux fournitures et aux ressources sanitaires, mais elle renforce également la détermination de l'Afrique à atteindre une plus grande autonomie, notamment en ce qui concerne la fourniture de médicaments et de vaccins.

La pandémie de COVID-19 a un impact dévastateur sur les vies et les moyens de subsistance dans le monde entier, les populations les plus vulnérables étant les plus touchées. Les femmes supportent un triple fardeau : le travail de soins, l'insécurité des revenus et un accès compromis aux services de santé. La violence sexiste s'est intensifiée. Les populations migrantes et réfugiées n'ont plus accès aux services de santé essentiels. Les jeunes ont perdu leur scolarité et leurs possibilités d'emploi, la crise exacerbant les disparités préexistantes en matière d'éducation. Les travailleurs du secteur informel se

sont retrouvés sans protection sociale. Les personnes vivant avec le VIH et d'autres maladies chroniques ont vu leurs services de santé perturbés, notamment au cours des six premiers mois de la pandémie de COVID-19.

Ces effets ont été exacerbés par le manque de solidarité frappant des pays à haut revenu, dont la première réaction face aux pénuries mondiales d'équipements de protection et d'autres équipements et médicaments essentiels a été d'accumuler des stocks et de laisser les chaînes d'approvisionnement fragiles exposées à l'arnaque des prix. Le développement rapide de vaccins COVID-19 sûrs et efficaces a été une réussite scientifique sans précédent, mais l'incapacité à garantir un accès mondial équitable a été un échec moral catastrophique, confirmant la prédiction de Paul Farmer, faite il y a vingt ans, selon laquelle "l'excellence sans l'équité se profile comme le principal dilemme des droits de l'homme en matière de soins de santé au XXI^e siècle".^{xxix} Seuls six pays africains ont atteint l'objectif minimum fixé par l'OMS, à savoir que 40 % de la population soit vaccinée avant la fin de 2021. À la mi-juin 2022, seuls 19 % des habitants du continent africain étaient entièrement vaccinés, et 13 pays avaient vacciné moins de 10 % de leur population.^{xxx} Pendant ce temps, 75 % de la population des pays à revenu élevé avait été entièrement vaccinée et 53 % avait reçu des doses de rappel.^{xxxi}

Dans de nombreux pays africains, les réponses initiales à la pandémie de COVID-19 ont été parmi les plus rapides au monde. Des mesures d'alerte et de réponse précoces ont été introduites et activées, et des systèmes de traçabilité des contacts ont été mis en place dans les plus brefs délais. En Afrique de l'Ouest, en particulier, les pays se sont appuyés sur leur expérience récente des épidémies d'Ebola. Là et ailleurs sur le continent, les pays ont exploité les infrastructures communautaires et sociales mises en place dans le cadre de leurs ripostes au VIH. Mais à mesure que la pandémie de COVID-19 se propageait et que son impact mondial s'intensifiait, de nombreux pays se sont retrouvés confrontés à de formidables vulnérabilités structurelles. Il s'agissait notamment d'un accès limité et perturbé aux fournitures et équipements médicaux, d'un personnel de santé réduit et surchargé, des coûts économiques élevés de la pandémie, en particulier pour les travailleurs du secteur informel, et d'un manque de systèmes de protection sociale capables de protéger les personnes de la précarité.

Les pandémies de COVID-19 et de VIH ont révélé ces vulnérabilités et rendent d'autant plus urgent de mettre fin au sida. Malgré les succès remportés au cours des deux dernières décennies dans la lutte contre le sida, les progrès ne permettaient pas de mettre fin à la pandémie. Cet objectif a été mis encore plus à l'épreuve par COVID-19. En 2020, on comptait 890 000 nouvelles infections au VIH dans les pays de l'Union africaine, et 460 000 décès dus au sida. Chaque semaine, 5000 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH. Six nouvelles infections sur sept chez les adolescents de 15 à 19 ans en Afrique subsaharienne concernent des filles, et les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les jeunes hommes. Dans les pays de l'Union africaine, il y a vingt-cinq millions de personnes vivant avec le VIH, dont 76% sont sous traitement à vie.

Plus de deux ans après la pandémie de COVID-19, son impact cumulatif pèse sur les pays. Les comptes publics sont mis à rude épreuve par la lenteur de la reprise économique, la diminution des recettes fiscales et l'explosion de la dette. **Les dépenses sociales et de santé, déjà fortement rationnées, sont ainsi soumises à une pression encore plus forte. Il est** essentiel que les politiques publiques évitent l'austérité fiscale désastreuse et les réductions des dépenses sociales qui deviennent si souvent la réponse réflexe en temps de crise, gonflant les rangs et aggravant la misère de ceux qui sont laissés pour compte.

Une énorme opportunité de changement positif

Si la crise du COVID-19 a ajouté d'énormes pressions sur les systèmes de santé, elle a également apporté des opportunités de changement positif. L'opinion publique est de plus en plus consciente de l'importance d'une approche de la santé fondée sur les droits, car elle est témoin des effets dévastateurs des inégalités en matière de santé et du sous-investissement dans ce domaine. Les préoccupations politiques et le soutien de l'opinion publique en faveur d'une réorientation du financement de la santé peuvent être exploités pour mener des réformes ambitieuses et attendues depuis longtemps, susceptibles de renforcer la résilience et la durabilité.

Pour bien exploiter ces possibilités, il faudra tirer les bons enseignements de la pandémie et des réponses apportées par les pays. Il s'agit notamment de comprendre pourquoi des lacunes aussi importantes dans l'accès aux services essentiels se sont produites et pourquoi les populations vulnérables ont été si durement laissées pour compte. Ces lacunes découlent de la négligence des systèmes de santé publique, ancrée dans les politiques d'ajustement structurel passées et prolongée par les mesures d'austérité introduites après la crise financière mondiale de 2008-2009. La discrimination à l'égard des populations vulnérables et ostracisées, ainsi que le recours permanent à la facturation de frais d'utilisation les ont particulièrement exposées aux effets de ces crises et lacunes. Il faudrait également davantage d'inclusivité pour les ressources humaines en santé

Pour assurer une reprise résiliente, il faut mettre fin aux inégalités bien ancrées en continuant d'investir pour mettre fin aux menaces d'épidémies qui pèsent sur l'Afrique et en introduisant des réformes transformatrices des soins de santé afin de mettre en place des systèmes de soins de santé financés par des fonds publics et centrés sur les personnes, qui offrent des services de qualité à tous ceux qui en ont besoin.

Il est essentiel de plaider en faveur du droit à la santé et d'une approche de la santé fondée sur les droits, y compris la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Pour mettre en place des systèmes de santé équitables, il faut démanteler les obstacles systémiques et structurels qui créent des inégalités en matière de santé. Cette responsabilité s'étend à tous les secteurs, y compris ceux qui décident et gèrent la politique macroéconomique. Des augmentations significatives du financement sont nécessaires pour surmonter les dommages causés par la convergence des menaces épidémiques et des inégalités socio-économiques.^{xxxii} Le cadre du droit à la santé peut servir de boussole précieuse pour la prise de décision.

L'histoire offre des exemples inspirants de la manière dont les crises ouvrent parfois les portes des opportunités. Il y a un quart de siècle, une pandémie de VIH endémique dévastait des communautés sur tout le continent, alors même que des thérapies antirétrovirales combinées récemment découvertes (mais très coûteuses) sauvaient des vies dans les pays à revenu élevé. À l'époque, on pensait que ces thérapies étaient trop coûteuses pour être utilisées en masse dans les pays en développement et que les systèmes de santé de ces pays étaient également trop faibles pour soutenir un traitement à grande échelle. Un puissant mouvement transnational de militants, d'experts juridiques, d'universitaires, d'ONG et d'institutions multilatérales a fait campagne contre le *statu quo* et a mobilisé une vague de revendications qui a fait baisser le prix des médicaments, a entraîné une augmentation des financements et a placé les communautés touchées au centre des décisions en matière de soins de santé.^{xxxiii} En l'espace de quelques années, le traitement du VIH - souvent gratuit - a atteint des communautés éloignées dans toute l'Afrique.

L'épidémie de VIH n'est pas le seul exemple de crise invitant à l'innovation et au renouveau. L'engagement du Brésil en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) a pris forme dans un

contexte de croissance économique chancelante et a pris de l'élan pendant une période de bouleversements sociaux et politiques. La Thaïlande s'est également engagée dans son programme de couverture universelle en 2001, juste après la crise financière asiatique de 1998 et alors que l'économie peinait encore à se redresser.

La convergence des crises, la possibilité de vaincre et de mettre bientôt fin aux grandes pandémies, et l'insistance croissante sur le fait que la santé n'est pas un privilège mais un droit - tout cela fait apparaître avec une clarté nouvelle la nécessité de prendre des décisions et des mesures qui préserveront la santé et le bien-être des populations sur le continent africain. Les économies nationales subissent une pression intense et les décideurs sont exhortés à stabiliser les finances publiques par des politiques d'austérité. Cette voie a déjà été empruntée par le passé, avec des résultats calamiteux. L'infrastructure sociale et les systèmes de santé qui devraient soutenir les sociétés ont été démembrés. Les leçons de ces erreurs doivent être prises en compte. Les choix que les pays africains feront au cours des deux prochaines années auront des conséquences durables.

Les inégalités dans la couverture des services de santé et les niveaux élevés de difficultés financières associées persistent sur le continent.

Section 2. Les politiques de financement et leur impact sur la protection financière.

Une part disproportionnée du financement de la santé en Afrique provient des frais à la charge du patient, qui pèsent lourdement sur les personnes à faible revenu. Bien que l'on sache que le paiement des frais d'utilisation pour accéder aux services de santé publique constitue une pratique rétrograde et dissuade les usagers de se faire soigner, cela continue d'être imposé. Deux tiers des pays africains facturent encore ces frais à tous les niveaux de soins. De nombreuses preuves montrent les avantages sanitaires et économiques de la suppression des frais d'utilisation.

Les États membres ont l'obligation d'utiliser au maximum les ressources disponibles pour réaliser le droit à la santé, notamment en prenant toutes les mesures nécessaires pour obtenir des recettes suffisantes.^{xxxiv} Dans de nombreux pays, les services de santé sont financés par divers mécanismes : (i) les dépenses publiques de santé (budgets publics généraux et assurance maladie sociale) ; (ii) les frais à la charge du patient ; (iii) l'aide au développement en matière de santé ; et (iv) les dépenses privées prépayées, qui comprennent les assurances privées.

Cependant, il ne s'agit pas seulement de réunir des fonds : la manière dont l'argent est réuni a une grande incidence sur le droit à la santé. Le financement des soins de santé est équitable lorsqu'il s'effectue selon des modalités qui protègent les individus et les ménages des effets négatifs sur leurs moyens de subsistance et leur santé. En outre, le financement des services de santé a une incidence sur l'inégalité des revenus car ces services sont financés (que ce soit par des taxes, des primes d'assurance ou des paiements directs) à partir du revenu des ménages.

Les frais à la charge du patient sont les dépenses de santé effectuées directement par les ménages. Ils comprennent les frais d'accès et les frais pour les services essentiels.

L'accès abordable à des soins de santé de qualité est un droit humain fondamental et une base pour la réalisation d'autres droits et pour le développement social et économique. L'Afrique a une proportion

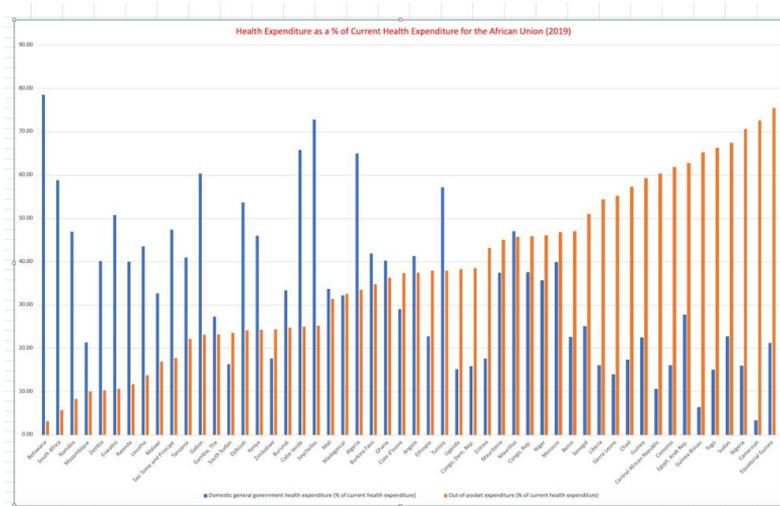
relativement élevée de frais à la charge du patient : en moyenne, 36,3% des soins de santé en Afrique sont financés par des ressources publiques nationales, 33,3% par charge du patient et 12,6% par des ressources extérieures. Dans des pays comme le Cameroun, la Guinée équatoriale, le Nigeria et le Soudan, les dépenses de santé à la charge du patient ont dépassé 70 % des dépenses courantes de santé (DCS) en 2017. Au Malawi et au Mozambique, par exemple, le financement des donateurs représente plus de 60 % des DCS. Le financement des donateurs est principalement alloué à la lutte contre les épidémies de VIH, de paludisme, de tuberculose et à la santé maternelle et infantile.

Il existe une forte relation négative entre la part du financement public de la santé et les frais à la charge du patient. Lorsque les dépenses publiques de santé sont trop faibles, les *coûts des soins de santé sont transférés principalement aux ménages pour lesquels les frais à la charge du patient élevés sont souvent une cause d'appauvrissement et un obstacle important à l'accès à des soins de santé de qualité.*

Les frais à la charge du patient aggravent l'appauvrissement et constituent une régression préoccupante puisqu'ils absorbent une plus grande proportion des finances des personnes à faible revenu par rapport à celles qui se situent dans des tranches de revenus plus élevées. Les frais à la charge du patient, y compris les frais d'utilisation, sont préjudiciables au droit à la santé. Ils créent des obstacles importants à l'accès aux services de santé et leur impact est discriminatoire. Ils pèsent le plus sur les personnes et les ménages de faible statut socio-économique. Des décennies d'expérience ont montré que ces charges financières, même lorsqu'elles sont relativement faibles, dissuadent les gens, en particulier les plus pauvres, d'utiliser les services de santé dont ils ont besoin, détériorent les résultats sanitaires et poussent les gens dans la pauvreté. ^{xxxvxxxvixxxvixxxviii}

Les pays facturent le **ticket modérateur** pour les services et les médicaments fournis par le secteur public comme instrument de financement des soins de santé dans leur pays. Cette politique engendre un flux instable de ressources financières et constitue une barrière d'accès qui entrave ou retarde les soins et les rend plus coûteux tant pour les patients que pour le système. Elle a un impact relativement plus important sur les plus petits budgets et en faveur des réformes des soins de santé progressés.

Malgré l'engagement du CSU, le soutien et les preuves solides avantages de la suppression des frais d'utilisation, les du financement des santé en Afrique ont



à un rythme lent, les progrès vers leur suppression ont été lents et incohérents. ^{xxxix} Deux tiers des pays africains facturaient des frais d'utilisation à tous les niveaux de soins en 2017, selon la Banque mondiale, et 15 % des pays supplémentaires avaient éliminé les frais d'utilisation au niveau des soins primaires. (Les pays à faible revenu étaient les plus susceptibles de facturer ces frais à tous les niveaux de soins. (Figure 1).¹

¹ Cotlear D & Rosemberg M. Going Universal in Africa : How 46 African Countries Reformed User Fees and Implemented Health Care Priorities. Série d'études sur la couverture sanitaire universelle n° 26. Washington DC : Banque mondiale ; 2018.

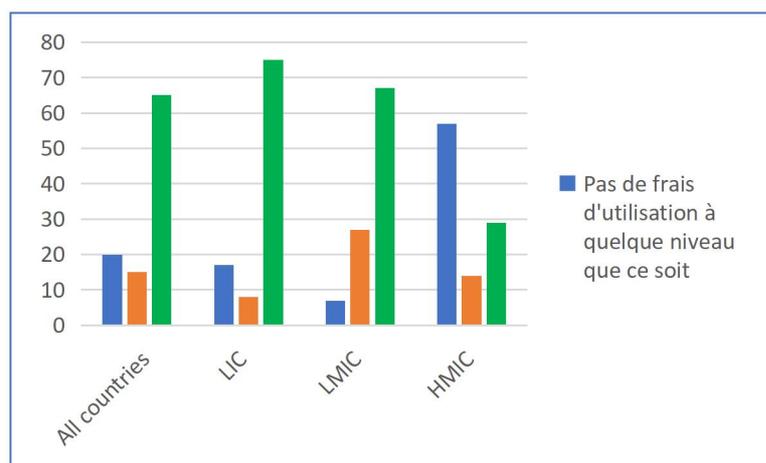


Figure 2. Pays imposant des frais d'utilisation dans les cliniques et hôpitaux publics en Afrique subsaharienne, 2017.

Les frais d'utilisation ont également pour effet d'ancrer et d'approfondir les inégalités en matière de santé. Un examen Cochrane des études comportant des données longitudinales a montré que l'utilisation ou l'augmentation des frais d'utilisation était associée à une baisse significative de l'utilisation des services de santé publique (Lagarde 2008). Au Malawi, l'introduction de frais d'utilisation pour les consultations externes générales dans les centres de santé qui fournissaient un traitement gratuit contre le VIH, la fréquentation a chuté de 68 % et, les possibilités de réaliser des tests de dépistage du VIH étant réduites, les diagnostics de VIH chez les adultes ont chuté de 48 %.^{xi} Des effets négatifs similaires sur l'adhésion au traitement du sida et le recours au dépistage ont été observés au Cameroun, en République démocratique du Congo, au Nigeria et au Sénégal.

Dans certains cas, en particulier dans les pays à revenus moyens inférieurs, des personnes sont détenues dans des établissements de santé contre leur gré pour non-paiement de factures ou de frais d'utilisation - une violation manifeste des droits de l'homme - ou les dépouilles de patients décédés sont retenues^{xli}. L'OMS stipule qu'aucune personne ne devrait être détenue dans un hôpital contre son gré. Les données sur la détention dans les hôpitaux ne sont pas systématiquement collectées, mais selon certaines estimations, des centaines de milliers de personnes pourraient être concernées chaque année (Yates, Brookes & Whitaker), les périodes de détention pouvant aller de quelques jours à plusieurs mois. Ces pratiques sont contraires aux principes du droit à la santé et exigent une action politique et réglementaire immédiate de la part des États membres.

La pandémie de COVID-19 a incité de nombreux pays à supprimer les frais d'utilisation et le paiement au point de service dans le but d'accroître l'accès aux services et de faciliter un contrôle efficace de la maladie. Dans de nombreux cas, les services liés au COVID-19 ont été librement accessibles à l'ensemble de la population. Les pays qui ont adopté cette stratégie sont l'Éthiopie, l'Indonésie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Tadjikistan. D'autres pays étendent leurs filets de sécurité, en ciblant les ménages présentant des risques sanitaires élevés (Banque mondiale, 2021).

Association mondiale avec l'augmentation des dépenses publiques

L'augmentation des dépenses de santé est nécessaire mais ne suffit pas à elle seule à améliorer la couverture effective de, la CSU)². L'augmentation substantielle des dépenses totales de santé pourrait

² www.thelancet.com Vol 391 5 mai 2018

être un moyen d'améliorer la performance de la couverture effective de la CSU ; cependant, de nombreux pays ont encore des dépenses personnelles élevées par rapport à leurs dépenses totales³. La manière dont les revenus sont gérés par des mécanismes de financement groupés prépayés et acheminés vers la population détermine qui a accès aux soins de santé.

Section 2.

Des stratégies de financement de la santé incomplètes, des cadres réglementaires faibles et un héritage de sous-financement ont entraîné un financement fragmenté de la santé sur le continent africain. La mise en commun des risques par le biais des régimes d'assurance maladie profite souvent principalement aux couches les plus riches de la société qui ont accès à l'assurance maladie sociale liée à l'emploi. La pandémie de COVID-19 a rappelé les dangers de faire confiance aux prestataires de soins de santé du secteur privé pour répondre aux besoins de santé du grand public.

Les modalités de financement sur le continent comprennent l'assurance maladie sociale (AMS), le financement des donateurs et d'autres formes d'assurance, telles que l'assurance maladie communautaire (AMC) et l'assurance maladie volontaire privée (AMV). L'assurance-maladie sociale, un système obligatoire qui déduit les cotisations directement des charges sociales des employés, est établie dans environ seize pays africains et fournit des prestations par le biais des caisses nationales d'assurance-maladie, de la sécurité sociale nationale et de branches connexes.

Malgré la contribution limitée des régimes d'assurance maladie aux dépenses de santé actuelles en Afrique, un examen critique des caractéristiques actuelles des arrangements financiers est pertinent pour les efforts en cours de nombreux pays africains qui envisagent cette forme de financement.

Couverture et impact limités

Les mécanismes d'assurance maladie ont augmenté la probabilité que les gens utilisent les services de santé et amélioré la protection financière des assurés dans plusieurs pays contributeurs, dont l'Éthiopie, le Kenya et le Ghana. Les exemptions pour les personnes les plus vulnérables ont contribué à l'équité et à la justice sociale au Rwanda en permettant aux pauvres et aux personnes vivant dans l'extrême pauvreté d'avoir accès aux services de santé primaires. L'assurance maladie ghanéenne a considérablement augmenté l'accès aux soins prénataux et aux accouchements dans les établissements de santé pour les classes les plus défavorisées (Sanogo, 2019). Ces résultats sont toutefois limités en termes de portée et de couverture.

Malgré plusieurs années de réforme, seuls trois pays - le Gabon (40,5%), le Ghana (40%) et le Rwanda (74%) - ont atteint un niveau de couverture de la population supérieur à 20%. La couverture globale est faible et a stagné dans de nombreux pays, notamment au Kenya, au Nigeria (5 %) et dans d'autres pays. Dans plusieurs cas, le financement public insuffisant de la santé reste un problème clé[1].

Inégalités dans la couverture, l'accès et la scolarisation au détriment des pauvres.

Les régimes d'assurance maladie sociale qui cherchent à couvrir à la fois les travailleurs formels et informels sont confrontés à certains défis. Le risque que les mécanismes d'assurance maladie creusent les inégalités au lieu de les atténuer est aggravé lorsque le financement des soins de santé et les droits

³ Lancet 2020 ; 396 : 1250-84

sont liés à l'emploi. Au Ghana, bien que 80 % de la main-d'œuvre nationale soit dans le secteur informel, celui-ci ne représente qu'un tiers environ des affiliés à l'assurance nationale. Au Kenya, le principal prestataire d'assurance maladie couvre 89% des assurés (environ 20% de la population totale), principalement ceux qui travaillent dans le secteur formel ; les cotisations du secteur informel sont faibles, avec des taux d'abandon élevés[2].

Parallèlement, malgré leur objectif de couvrir les travailleurs informels et les pauvres, les inégalités en matière d'inscription, d'accès et de protection financière sont plus prononcées pour les travailleurs informels ; les travailleurs indépendants, les résidents ruraux, les hommes, les personnes ayant un faible niveau d'éducation, les migrants et les pauvres étaient moins susceptibles d'être couverts par les régimes d'assurance maladie [3][4] (Erlangga, Suhrcke et al. 2019).

Les régimes d'assurance maladie sociale peuvent également exacerber les inégalités entre les sexes, par exemple lorsque les disparités entre les sexes liées à l'emploi se traduisent par un accès inégal aux soins de santé. En général, les femmes étaient plus susceptibles d'être couvertes par les régimes SHI au Ghana et au Kenya, mais les femmes des secteurs formels sont moins susceptibles d'être couvertes que leurs homologues masculins[5]. 90% des femmes africaines employées travaillent dans le secteur informel, où les revenus ont tendance à être imprévisibles et faibles, et où elles sont moins à même de verser des cotisations régulières pour maintenir leur couverture d'assurance.

Une fragmentation élevée accroît les inégalités

La couverture de nombreux régimes d'assurance est limitée aux soins de santé primaires et souvent à la zone géographique d'inscription, et l'individu ne sera pas couvert en dehors de sa résidence. Cette situation accroît les inégalités et est susceptible d'affecter la qualité des traitements pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Dans de nombreux autres pays, la couverture est limitée aux soins primaires et à la localité d'inscription.

Une protection financière limitée et différentielle

Malgré l'objectif de protection contre la charge financière liée à l'accès aux services, il semble que les régimes actuels entraînent et pérennisent des différences de protection financière et d'accès aux services de santé entre les groupes socio-économiques, et que les plus pauvres restent généralement sans protection financière. Dans les pays dotés de SHI, CBHI et d'une assurance privée, les dépenses personnelles n'ont pas diminué de manière significative.

L'assurance maladie privée ne joue qu'un rôle limité car le nombre d'inscriptions est restreint.

L'Afrique du Sud, la Namibie et le Zimbabwe font figure d'exceptions en ce qui concerne leurs régimes d'assurance maladie privée volontaire, mais ceux-ci servent à financer des services de santé réservés à de petites sections riches de leurs sociétés. Par exemple, 42% des dépenses de santé totales de l'Afrique du Sud sont consacrées à l'assurance maladie privée volontaire - le pourcentage le plus élevé au monde - mais elle ne bénéficie qu'à 20% de la population, et de manière très segmentée. ^{xlii}

^{xliii} Les personnes qui peuvent se permettre de payer des frais et des primes élevés peuvent accéder plus rapidement aux soins et obtenir des services qui, autrement, ne seraient pas disponibles ou feraient l'objet de longs délais. En outre, les participants risquent de perdre l'accès au régime s'ils ne sont pas en mesure de maintenir leurs cotisations.

Pour la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, le choix reste de savoir si le financement doit se faire par le biais d'une assurance obligatoire, de la prestation directe de services par le gouvernement ou d'un mélange des deux. ^{xliv}

Les modèles du secteur public nécessitent un leadership politique fort et le soutien d'une assistance technique, d'un renforcement des capacités et d'une aide au développement. **Les pays qui ont étendu leur couverture à faible coût ont suscité un engagement politique grâce à un leadership fort qui a su tirer parti des opportunités offertes par des institutions stables et efficaces.** Ces réussites ont été marquées par des investissements soutenus dans la formation, les infrastructures et la gestion. Elles s'apparentent aux systèmes de santé les plus performants des pays à revenu élevé, qui se caractérisent par une couverture quasi universelle et, à tout le moins, une protection contre les frais médicaux excessifs sous la forme de plafonds pour les dépenses personnelles, ainsi qu'une couverture complète des services préventifs, des soins primaires et des maladies chroniques. L'assurance maladie mutualisée et préfinancée qui atténue le risque financier lié à la mauvaise santé est un élément fondamental du contrat social entre les gouvernements en tant que responsables et les populations en tant que titulaires de droits.

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Le secteur privé est souvent présenté comme une source potentielle de ressources supplémentaires substantielles pour le secteur de la santé, mais il existe peu de preuves qu'un engagement accru du secteur privé se traduira par un financement plus sain pour le secteur. C'est particulièrement le cas dans les contextes où les cadres juridiques et réglementaires sont incomplets et mal appliqués.^{xlv}

Presque aucun système de santé n'est entièrement dominé par le secteur public ou privé. La relation entre les éléments publics et privés est essentielle à la performance du système de santé et à la réalisation du droit à la santé. (Sekhri et Savedoff, 2006) [L'OMS définit l'engagement du secteur privé comme l'inclusion significative de prestataires privés pour la prestation de services dans les systèmes de santé mixtes. Elle confie à l'État la responsabilité ultime de la gouvernance de l'ensemble du système de santé - tant privé que public - y compris la garantie de la qualité des soins et de la protection financière des patients, quel que soit l'endroit où ils se font soigner.^{xlvi} Ces conditions ont peu de chances d'être remplies lorsque l'engagement du secteur privé n'est pas réglementé et soumis à des normes et obligations claires. **L'absence de prestation de services par le gouvernement et les lacunes en matière de capacité réglementaire ont conduit les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris dans l'Union africaine, à devenir dépendants d'acteurs extérieurs pour le financement des biens et services de santé. Cette tendance a été aggravée par les programmes d'ajustement structurel** à partir des années 1980, qui ont vu de nombreux donateurs imposer aux systèmes de santé publique des contraintes qui ont restreint le rôle de l'État dans la fourniture de soins de santé (Sparke, 2020).

En Afrique, 26 % des soins de santé sont dispensés par le secteur privé formel (par exemple, les cliniques médicales et les maisons de retraite gérées par des particuliers), et 10 % par des prestataires informels. Le secteur privé est lui-même composé d'acteurs de différents types : certains sont des entreprises à but lucratif, souvent multinationales, tandis que d'autres sont à but non lucratif.

La proportion de soins de santé demandés à des prestataires privés est encore plus importante pour les soins ambulatoires : 35 % s'adressent au secteur privé à but lucratif, et 17 % aux guérisseurs et autres prestataires informels. C'est au Nigéria (52%) que l'on trouve la plus grande proportion de recours au secteur privé, tandis qu'au Cameroun, en Ouganda et au Bénin, plus de 40% des soins sont dispensés dans le secteur privé.

La pandémie de COVID-19 a révélé de nombreuses faiblesses dans la fourniture de soins de santé par le secteur privé en Afrique et ailleurs. [Si les **demandes déclenchées par la pandémie ont mis en lumière les capacités des systèmes de santé publique, il est également apparu clairement qu'un**

système de santé privé parallèle et mal réglementé était incapable de combler les lacunes de la réponse nationale à la pandémie. ^{xlvi}

Il en a résulté une crise de la fourniture et de la tarification des services. Les services ont été rationnés et rendus accessibles en fonction de la capacité de paiement des patients. Des dépôts initiaux ont souvent été imposés aux personnes souhaitant être admises pour un traitement COVID-19. Au Zimbabwe, par exemple, certains hôpitaux auraient exigé jusqu'à 5 000 USD pour l'admission (Muchetu, 2020). Certains prestataires privés ont eu recours à des prix abusifs, facturant bien au-delà des taux du marché des biens ou des services pour lesquels la demande est généralement très inélastique, comme les lits d'hôpitaux.^{xlvi} Certains prestataires privés ont refusé d'admettre des patients COVID-19 ou se sont livrés à une bataille acharnée sur le prix par patient à payer par les systèmes de santé publics qui avaient désespérément besoin d'un accès aux lits des établissements privés. **Dans certains cas, les autorités de l'État ont dû intervenir et saisir les lits, plafonner les prix ou menacer les prestataires de sanctions juridiques.**

Malgré sa réputation d'efficacité, le secteur privé des soins de santé s'est souvent avéré manquer de ressources et de capacités pour gérer des projets complexes à grande échelle, tels que les campagnes de vaccination et les processus de traçabilité, ou pour faire face à l'afflux soudain de patients dans les hôpitaux.

La méfiance de longue date entre les acteurs publics et privés du secteur de la santé, associée aux pratiques de nombreux acteurs du secteur privé pendant la pandémie, a attisé les tensions dans de nombreuses régions du monde. Certains pays ont cherché à imposer des limites sur le montant que les prestataires privés pouvaient facturer pour les services COVID-19. La Thaïlande, par exemple, a introduit une législation en avril 2020 pour empêcher les prestataires privés de facturer des frais d'utilisation aux patients COVID-19 (Boonbandit, 2020), tandis que la Malaisie, les Philippines et l'Indonésie ont fixé les prix des traitements COVID-19 et fixé les taux subventionnés par le gouvernement (Antara, 2020 ; Loo, 2020 ; Tiglao, 2020). Dans d'autres cas, le secteur privé a utilisé son pouvoir de marché pour résister à l'action du gouvernement, notamment en menaçant de fermer des services.

En Afrique du Sud, où trois grandes sociétés dominent le marché des hôpitaux privés, elles ont pu obtenir, à la mi-juin 2020, des prix par patient de 16 000 ZAR (950 USD) par jour après de longues négociations avec le gouvernement.^{xlvii} Dans d'autres cas, les gouvernements ont dû renflouer les fournisseurs privés, ou les nationaliser. En Égypte, par exemple, des pouvoirs d'urgence ont été adoptés en avril 2020 afin de séquestrer les hôpitaux privés pour la réponse à la pandémie (Reuters, 2020).

La contribution positive des initiatives de partenariat public-privé au financement des soins de santé dépend de la capacité des gouvernements à établir et à faire respecter des normes et des cadres réglementaires, puis à négocier, mettre en œuvre et gérer des contrats et des initiatives de collaboration qui servent les stratégies de santé. **Des cadres généraux faibles ou ambigus, associés à une mauvaise application et à des capacités limitées du secteur public, peuvent faire en sorte que l'engagement du secteur privé compromette la réalisation du droit à la santé au lieu de la faire progresser.**

Cela est particulièrement évident au lendemain de crises financières ou pandémiques, lorsque la réduction des dépenses publiques et la commercialisation accrue des soins de santé sont souvent présentées comme des solutions aux déficits financiers, généralement au détriment de la réalisation du

droit à la santé. **Du point de vue des droits, la commercialisation des soins de santé (y compris par la privatisation des services et des fonctions) peut présenter des risques importants pour la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des installations et des services de santé. Elle peut conduire à un recours accru aux paiements directs, à des investissements disproportionnés dans les services secondaires et tertiaires au détriment des soins de santé primaires, et à une concentration accrue des services dans les zones urbaines.¹ Les effets tendent à peser plus lourdement sur les groupes appauvris et autres groupes vulnérables et marginalisés.** En 2018, le rapporteur spécial des Nations unies sur l'extrême pauvreté a critiqué la mesure dans laquelle la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et l'ONU avaient encouragé la privatisation des services de base, sans tenir compte des implications ou des conséquences en matière de droits humains pour les ménages à faible revenu.^{li}

De même, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples s'est dite préoccupée par le fait que l'implication croissante des acteurs privés dans les services de santé "se fait souvent sans tenir compte des droits de l'homme, ce qui entraîne une discrimination croissante dans l'accès aux services de santé, une diminution de la transparence et de la responsabilité, ce qui a un impact négatif sur l'exercice du ou des droits à la santé". Elle a appelé les États à agir sur leurs obligations pour réaliser le droit à la santé. Les mesures proposées comprennent l'adoption de cadres législatifs et politiques pour réglementer les acteurs privés et veiller à ce que leur participation soit conforme aux normes régionales et internationales en matière de droits de l'homme. Des mesures sont également nécessaires pour garantir la protection de l'accès aux soins de santé et aux médicaments nécessaires et pour examiner attentivement les risques que les partenariats public-privé peuvent présenter pour la réalisation du droit à la santé. La Commission a exhorté les États à veiller à ce que l'implication d'acteurs privés dans la fourniture de services de santé ne porte pas atteinte aux droits de l'homme.^{lii}

[1] Atim C, Bhushan I, Blecher M, Gandham R, Rajan V, Davén J, Adeyi O. Health financing reforms for Universal Health Coverage in five emerging economies. *J Glob Health* 2021;11:16004.

[2] Atim C, Bhushan I, Blecher M, Gandham R, Rajan V, Davén J, Adeyi O. Health financing reforms for Universal Health Coverage in five emerging economies. *J Glob Health* 2021;11:16004.

[3] Anjorin, S. S., Ayorinde, A. A., Abba, M. S., Mensah, D., Okolie, E. A., Uthman, O. A., & Oyeboode, O. O. (2021). L'équité des régimes nationaux d'assurance maladie financés par des fonds publics dans le cadre du programme de couverture sanitaire universelle : un examen systématique des études menées en Afrique. *Journal of Public Health*. doi:10.1093/pubmed/fdab316.

[4] Fenny, Ama Pokuaa, Robert Yates et Rachel Thompson. 2018. 'Les régimes sociaux d'assurance maladie en Afrique laissent de côté les pauvres', *International health*, 10 : 1-3.

[5] Anjorin, S. S., Ayorinde, A. A., Abba, M. S., Mensah, D., Okolie, E. A., Uthman, O. A., & Oyeboode, O. O. (2021). L'équité des régimes nationaux d'assurance maladie financés par des fonds publics dans le cadre du programme de couverture sanitaire universelle : un examen systématique des études menées en Afrique. *Journal of Public Health*. doi:10.1093/

2.4 SURMONTER LES INEFFICACITÉS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN AFRIQUE

Une inadéquation manifeste entre les dépenses de santé et les besoins de la population est observée dans les pays de l'Union africaine. Le sous-investissement dans les soins de santé primaires en est la preuve la plus évidente. Inégalités et inefficacités en matière d'allocations et de dépenses sont une raison majeure de la lenteur des progrès des systèmes de santé vers la réalisation du droit à la santé.

Dans toute l'Afrique, il y a eu un sous-investissement dans les ressources humaines pour les soins de santé, y compris pour les soins de santé primaires et surtout dans les zones rurales. Or, ces derniers constituent une pierre angulaire de la réalisation du droit à la santé. C'est pourquoi les normes et standards internationaux et régionaux en matière de droits de l'homme incluent généralement des obligations fondamentales minimales d'accès universel et non discriminatoire à des soins de santé primaires de qualité. ^{liiiivlv} Par exemple, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant appelle spécifiquement les pays à combattre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires.

En réalité, cependant, l'allocation des ressources est biaisée en faveur des hôpitaux et des populations urbaines qui ont tendance à être comparativement mieux desservies. Dans la Région Afrique de l'OMS, les dépenses publiques moyennes consacrées aux soins de santé non primaires (hôpitaux et soins spécialisés) sont jusqu'à trois fois plus élevées que celles consacrées aux soins de santé primaires et à la prévention (Banque mondiale, Soins de santé primaire). L'inefficacité des dépenses de santé se reflète également dans la répartition inégale des effectifs et des infrastructures de soins de santé entre les zones rurales et urbaines, ce qui contribue considérablement aux disparités entre ces dernières. À l'échelle mondiale, 56 % de la population rurale n'a pas de couverture sanitaire, contre 22 % de la population urbaine.

Les approches différenciées qui identifient et servent stratégiquement les sous-groupes présentant une charge de morbidité plus élevée et un accès plus limité aux services essentiels ont été au cœur des efforts déployés pour mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme. Ces approches peuvent étendre la couverture des programmes de santé, renforcer leur équité et les rendre plus efficaces et efficaces (en atteignant les personnes qui en ont le plus besoin).

Il existe des preuves irréfutables que les agents de santé communautaires et les cadres de niveau intermédiaire peuvent fournir efficacement une gamme de services de santé de qualité, notamment la prise en charge des maladies infantiles courantes, la promotion des soins prénatals et de l'allaitement maternel et le soutien à la prévention et au traitement de la tuberculose, du paludisme et du VIH. Cependant, malgré les preuves de leur efficacité, ces efforts sont sous-financés. Les raisons en sont l'inertie institutionnelle, l'influence des modèles de prestige et des groupes d'intérêt qui favorisent les soins tertiaires et les médecins par rapport aux agents de santé communautaires.

Grâce à des financements et à d'autres formes de soutien, les organisations communautaires sont en mesure d'apporter des services vitaux aux populations ostracisées - notamment les migrants, les

travailleurs du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les transsexuels, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes - qui courent un risque accru de contracter le VIH et d'autres infections potentiellement mortelles. [Les lois punitives, la stigmatisation et la discrimination dissuadent souvent ces populations d'utiliser les services de santé publique standard. Les réponses communautaires réussissent à contrer la désinformation, à assurer la continuité des services de santé, à améliorer l'équité et à protéger les droits et les moyens de subsistance des populations vulnérables. Le Conseil des droits de l'homme a reconnu le rôle important des organisations communautaires en tant que catalyseurs des réponses au VIH fondées sur les droits et les preuves. Il a exhorté les pays à donner aux communautés de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus, y compris les organisations communautaires, les moyens de jouer un rôle de premier plan dans la riposte au VIH et de participer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi de la riposte, et à veiller à ce qu'elles bénéficient d'un soutien financier suffisant.^{lvi}

La résilience et l'impact des services communautaires ont été démontrés au début de la pandémie de COVID-19 lorsqu'ils se sont rapidement adaptés pour faire face aux perturbations et maintenir les services essentiels pour les sections marginalisées et vulnérables de la société. Pour ne citer qu'un exemple parmi tant d'autres, en Ouganda, une combinaison d'approches centrées sur la communauté a été utilisée, notamment la distribution multi mensuelle de médicaments antirétroviraux, les points de collecte de médicaments communautaires et la collecte communautaire de médicaments (où les gens forment de petits groupes et collectent alternativement les médicaments antirétroviraux de chacun). [En Afrique occidentale et centrale, l'initiative nigériane Antirétroviral Therapy Surge a réussi à augmenter la couverture et la qualité du traitement du VIH malgré les perturbations du COVID-19. On reconnaît également la valeur du suivi communautaire, qui permet de recueillir des données locales, orientées vers l'action, pouvant être utilisées pour plaider en faveur d'améliorations, renforcer les services de santé et promouvoir une plus grande responsabilisation des prestataires de services.

Le financement des réponses communautaires est modeste et provient principalement de donateurs internationaux. Dans de nombreux pays, les cadres juridiques entravent le bon fonctionnement du secteur communautaire en rendant difficile l'enregistrement et le financement des organisations communautaires. En donnant la priorité à la santé dans leurs budgets, les gouvernements devraient tenir compte de leur obligation positive de faciliter la participation active des individus et des communautés dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des budgets de santé.^{lvii}

3.1 PISTES POUR TRANSFORMER LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ AFIN DE RÉALISER LE DROIT À LA SANTÉ

La mobilisation accrue des ressources nationales est d'une importance fondamentale pour la réalisation du droit à la santé. Même si la marge de manœuvre budgétaire est réduite, il est possible d'augmenter les dépenses publiques de santé, notamment en exploitant les nouveaux mécanismes de financement qui seront disponibles pendant la pandémie de COVID-19. Au-delà de cela, il convient de remédier aux déficiences du système actuel de financement de la santé. Le plaidoyer en faveur du droit à la santé devrait viser à augmenter la part des dépenses publiques totales consacrée à la santé, en mettant l'accent sur la suppression des inégalités dans les dépenses de santé et sur

la réduction de l'écart pour atteindre le contrôle épidémique du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

Il existe une réelle perspective de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace publique en Afrique au cours de la prochaine décennie, un exploit qui aura des retombées considérables sur la santé de sociétés entières et sur les systèmes de santé dont elles dépendent.

3.1. Des décisions politiques audacieuses pour relever les défis macroéconomiques

Plaider pour le financement du droit à la santé est encore plus important dans le contexte actuel de détérioration des conditions économiques mondiales suite à l'invasion de l'Ukraine par la Fédération de Russie, combinée à une inflation croissante, et aux craintes de surendettement des pays pauvres, estimées par la Banque mondiale dans la récente analyse 2022 "Double Shock Double Recovery".

On estime que la dette publique réduira encore les capacités de dépense. Les paiements d'intérêts par habitant devraient augmenter en moyenne dans tous les groupes de revenus des pays jusqu'en 2027, augmentant ainsi les passifs qui sont mis de côté avant que les fonds restants puissent être alloués à d'autres priorités, y compris la santé. Les paiements d'intérêts devraient restreindre considérablement les capacités des gouvernements à dépenser pour la santé. Par exemple, dans les pays à faible revenu (PFR) en contraction, bien qu'ils soient le seul sous-ensemble de pays où les paiements d'intérêts par habitant sur la dette publique devraient diminuer, ils réduiront encore, en supposant que la priorité accordée à la santé dans les décisions budgétaires ne change pas, les dépenses publiques potentielles par habitant pour la santé, en moyenne, de 4,4 % (0,8 USD) en 2027.

L'invasion russe de l'Ukraine et ses chocs déstabilisants, l'inflation et la hausse des paiements d'intérêts sur la dette publique auront un impact négatif supplémentaire sur les personnes les plus vulnérables. Des décisions politiques audacieuses sont nécessaires pour augmenter les recettes publiques en pourcentage du PIB, accroître la part de la santé dans les budgets publics et améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé.

CATALYSER UNE MOBILISATION ACCRUE DES RESSOURCES PROVENANT DE SOURCES NATIONALES ET DU FINANCEMENT DES DONATEURS

Pour que chaque personne jouisse du droit à la santé, les dirigeants politiques doivent faire des choix économiques, financiers et sociaux appropriés pour augmenter les dépenses de santé et mettre fin au VIH, au COVID 19 et aux épidémies. Sinon, l'impact de la pandémie de COVID-19, de la guerre en Ukraine sur les marchés mondiaux et de l'instabilité du paysage financier mondial sur le financement des soins de santé, augmente le risque que l'écart entre les demandes de dépenses de santé et les ressources publiques disponibles se creuse. Cela nécessitera des efforts concertés, un plaidoyer fondé sur des preuves et des partenariats pour placer le financement du droit à la santé dans les dialogues de financement et les décisions fiscales en tirant parti des diverses opportunités émergentes. Les principales orientations stratégiques sont les suivantes :

- ❖ *Promouvoir le droit à la santé dans les dialogues sur le financement afin de plaider pour la suppression des obstacles macroéconomiques, l'allègement de la dette, l'évasion fiscale et l'augmentation de la mobilisation des ressources nationales pour le VIH, la santé et les dépenses sociales.*

L'approbation historique par les institutions de Bretton Woods de l'allocation générale des droits de tirage spéciaux équivalant à 650 milliards de dollars US, dont 275 milliards de dollars US de la nouvelle allocation iront aux marchés émergents et aux pays en développement, a fourni une occasion unique d'améliorer la liquidité des pays et de créer un espace pour des investissements substantiels dans la reprise inclusive. L'ampleur potentielle et la réaffectation peuvent permettre une refonte massive du financement du développement et de la santé. La majorité de l'allocation, plus de 400 milliards de dollars, ira aux économies à haut revenu, et il y a une demande claire pour un transfert d'une partie de ces fonds vers les pays africains. Certains pays comme les États-Unis ou la France se sont déjà engagés à transférer par voie de prêt 20 % de leur part. Les pays à haut revenu devraient envisager de réaffecter la part la plus élevée possible pour soutenir le financement de la santé et d'autres efforts liés au redressement des pays en développement. Les allocations aux pays en développement et à la santé sont nettement inférieures aux besoins des pays en développement et des efforts accrus sont nécessaires pour exploiter les nouveaux fonds disponibles au niveau macroéconomique dans les pays.

La réalisation du droit des personnes à la santé nécessite des réformes financières - aux niveaux national et transnational - qui renforcent les systèmes fiscaux et les dépenses sociales pour un redressement équitable et résilient. Ces réformes comprennent des changements tangibles en faveur d'une aide financière internationale plus durable et plus équitable, notamment une refonte des politiques fiscales, de prêt et de service de la dette pour l'Afrique. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a noté en 2012 que "la corruption généralisée, les échappatoires fiscales et la faiblesse de l'administration fiscale, caractérisées par des taux élevés d'évasion fiscale, diminuent souvent la capacité des États à percevoir des recettes et à allouer des fonds publics adéquats à la santé."^{lviii}

Des politiques rapides d'allègement et d'annulation de la dette ouvriront une marge de manœuvre budgétaire supplémentaire pour les économies africaines, dont environ la moitié étaient à haut risque ou en situation de surendettement à la mi-2022. Le FMI a appelé à un "cadre commun efficace pour le traitement de la dette", en réponse à la mise en œuvre décevante et lente de l'initiative de suspension du service de la dette du G20 et de mécanismes similaires.

❖ *Plaider contre les mesures d'austérité qui réduisent les dépenses publiques.*

Pour financer le droit à la santé et mettre fin aux épidémies, il faut une augmentation significative des ressources et des politiques et investissements judicieux. Les mesures d'austérité - qui imposent des coupes dans les dépenses de santé et autres services sociaux - compromettent les progrès vers la réalisation du droit à la santé. L'expert indépendant chargé d'examiner la dette extérieure et les obligations financières internationales connexes des États en ce qui concerne le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels, a souligné que les mesures d'austérité, lorsqu'elles conduisent à des réductions des dépenses de santé, ont également un aspect sexospécifique, avec un impact disproportionné sur les femmes, notamment des réductions des services de santé spécifiques aux femmes.^{lix} Le soutien financier international est souvent subordonné à l'introduction par les pays de "réformes des dépenses" qui, dans le passé, ont inclus des réductions des dépenses dans les services sociaux et les subventions. Cela a fait beaucoup de mal à la santé et au bien-être des communautés pauvres, et cela a érodé les droits du travail, civils et politiques. En vertu du droit international des droits de l'homme, toute condition liée à un prêt qui impliquerait l'obligation pour l'État d'adopter des mesures régressives injustifiables dans les domaines des droits économiques, sociaux et culturels constituerait une violation de ses obligations en matière de droits de l'homme.^{lx} Les Principes directeurs sur la dette extérieure et les droits de l'homme et les Principes directeurs sur

l'extrême pauvreté et les droits de l'homme du Conseil des droits de l'homme appellent tous deux à la réalisation d'études d'impact sur les droits de l'homme des conditionnalités dont sont assortis les prêts ou des mesures qui créent un risque prévisible d'entraver la jouissance des droits de l'homme par les personnes vivant dans la pauvreté au-delà de leur territoire national.

- ❖ *Préconiser l'augmentation de la part des dépenses publiques totales consacrées à la santé et aux dépenses sociales, financer le déficit pour atteindre le contrôle épidémique du VIH, de la tuberculose et du paludisme, et s'attaquer aux inégalités.*

En 2021, il y a eu 890 000 nouvelles infections au VIH dans les pays de l'Union africaine, et 460 000 décès dus au sida. La répartition de ces nouvelles infections et de ces décès dus au sida montre où se situent les lacunes des programmes et les inégalités qui structurent et 460 000 décès dus au sida. La répartition de ces nouvelles infections et de ces décès dus au sida montre où se trouvent les lacunes des programmes et les inégalités qui structurent la pandémie.

Les nouvelles infections chez les femmes et les filles âgées de 15 ans et plus sont presque deux fois plus nombreuses que chez les hommes et les garçons. Quatre-vingt-deux pour cent des femmes (15 ans et plus) sont sous traitement antirétroviral, contre 70 % des hommes, ce qui fait que les hommes sont plus nombreux que les femmes à mourir du sida (200 000 hommes adultes et 180 000 femmes sont morts du sida dans les pays de l'UA en 2020). On estime que 68 % des personnes vivant avec le VIH dans les pays de l'Union africaine sont sous suppression virale, que les trois quarts des personnes vivant avec le VIH dans l'UA sont sous traitement antirétroviral, mais seulement 51 % des moins de 14 ans, car les programmes ne parviennent pas à atteindre et à maintenir le traitement chez les nourrissons et les enfants.

La collision des pandémies de COVID-19 et de VIH rend d'autant plus urgente la lutte contre le sida. Les progrès réalisés dans la lutte contre la pandémie de sida, qui n'étaient déjà pas sur la bonne voie, sont désormais soumis à une pression encore plus forte dans le contexte actuel de contraintes budgétaires et de priorités concurrentes. Si les objectifs mondiaux de lutte contre le sida sont atteints, les modèles prévoient 185 000 nouvelles infections par le VIH dans les pays de l'Union africaine en 2030. Si les objectifs ne sont pas atteints et que les programmes se poursuivent à leur niveau d'intensité actuel, ce nombre de nouvelles infections s'élèvera à 606 000, touchant les jeunes femmes et les filles, et augmentant la pression fiscale sur les budgets de santé. Il est essentiel de mettre fin à l'épidémie actuelle pour réaliser le droit à la santé.

- ❖ Le maintien de la solidarité mondiale et des ressources internationales sera essentiel pour soutenir les pays en phase de redressement, faciliter l'accès équitable aux services de santé et améliorer la protection financière de toutes les populations.

3.1.1. Atténuer les effets néfastes des frais d'utilisation comme plateforme pour éliminer les obstacles financiers à la réalisation du droit à la santé.

Il sera essentiel de remédier à la fragmentation actuelle des mécanismes de financement pour réaliser le droit à la santé.

- ***Promouvoir la suppression des frais d'utilisation dans les établissements de santé publique, remplacer les recettes perdues et répondre à la demande croissante de services par des niveaux plus élevés de financement public.***

La suppression du ticket modérateur augmente à la fois la couverture et l'équité en réduisant les obstacles financiers et en permettant à tous ceux qui en ont besoin d'accéder aux services, quelle que soit leur capacité de paiement. Des preuves solides suggèrent que la suppression du ticket modérateur

a permis d'accroître l'accès aux services et d'améliorer les résultats en matière de santé, en particulier pour la santé génésique, les pauvres et les enfants.^{lxixliilxiii} . Au Burkina Faso, le risque d'encourir des dépenses de santé catastrophiques a chuté de deux tiers et la dépense moyenne à chaque fois qu'un jeune enfant tombait malade est passée de 11 USD à moins de 2 USD après la suppression des frais d'utilisation dans deux districts sanitaires.^{lxiv} Les avantages sont plus larges : Les gens n'ont plus besoin de vendre des biens ou d'emprunter de l'argent pour faire face aux paiements de santé, les malades et les pauvres conservent, améliorent leur santé et ne renoncent pas aux soins, et augmentent leurs revenus. Cela contribue à réduire la pauvreté et les inégalités tout en stimulant la croissance économique.

Bien qu'une approche globale visant à obtenir des résultats à long terme nécessite des réformes du financement de la santé, les pays ont adopté des solutions à court terme pour remédier à l'effet négatif des frais d'utilisation, notamment en ce qui concerne les soins maternels et les maladies infectieuses, étant donné que l'effet négatif du renoncement aux soins est amplifié au niveau social. La suppression des obstacles à l'accès améliore l'adhésion des personnes vivant avec le VIH, ce qui contribue à réduire la charge virale et à prévenir les nouvelles infections par le VIH, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie et la productivité. Les caractéristiques essentielles du changement de politique sont d'augmenter les revenus ou de réorienter les ressources pour compenser la perte des frais d'utilisation au niveau de l'établissement et de soutenir l'impact du changement de politique en s'attaquant aux autres facteurs qui bloquent l'accès aux services.

Les avantages sont plus larges : Les gens n'ont plus besoin de vendre des actifs ou d'emprunter de l'argent pour faire face aux paiements de santé, les malades et les pauvres conservent, améliorent leur santé et ne renoncent pas aux soins, et augmentent leurs revenus. Cela contribue à réduire la pauvreté et les inégalités tout en stimulant la croissance économique.

Il existe un soutien politique important en faveur de la suppression des frais d'utilisation, et des preuves substantielles des avantages de cette mesure. De nombreux gouvernements nationaux, organismes d'aide et organisations multilatérales, dont l'OMS, l'ONUSIDA, d'autres agences des Nations Unies, la Banque mondiale et le Fonds mondial, considèrent la suppression des frais d'utilisation, parallèlement à la réduction des paiements à la demande en général, comme une étape nécessaire pour réaliser le droit à la santé, accroître l'équité en matière de santé et améliorer les résultats sanitaires.

Pour la même raison, mais aussi pour faciliter le contrôle de la maladie, plusieurs pays ont offert des services gratuits de COVID-19 à l'ensemble de la population⁴ . Les pays qui adoptent cette stratégie sont l'Éthiopie, l'Indonésie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Tadjikistan. D'autres pays étendent leurs filets de sécurité, en ciblant les ménages présentant des risques sanitaires élevés (Banque mondiale, 2021). Il sera essentiel de poursuivre sur cette lancée et d'éviter de revenir à une prestation de santé basée sur la capacité de payer - ce qui va à l'encontre du principe fondamental du droit à la santé.

- ***S'ENGAGER AUPRÈS DES ÉTATS MEMBRES, DES DÉCIDEURS POLITIQUES ET DES PARTENAIRES POUR METTRE FIN À LA DÉTENTION DANS LES HÔPITAUX POUR NON-PAIEMENT DES FACTURES.***

Un examen complet des lois, des règlements et des pratiques qui entraînent la détention dans les hôpitaux ou d'autres mesures connexes permettra d'informer les actions et le plaidoyer adaptés au

⁴ <https://www.chathamhouse.org/2020/05/covid-19-era-healthcare-should-be-universal-and-free>

pays afin d'établir des mesures juridiques interdisant la pratique de la détention liée au paiement de frais d'utilisation ou de les rendre illégales. En s'inspirant des expériences des pays de l'UA, des instruments de responsabilité et de suivi seront proposés pour être mis en œuvre en collaboration avec les organisations communautaires afin de documenter et de promulguer les pratiques positives et/ou d'attirer l'attention lorsque de telles pratiques se poursuivent.

3.2. ADOPTER LE CADRE DU DROIT À LA SANTÉ AFIN DE PROMOUVOIR UNE VISION GOUVERNEMENTALE TRANSVERSALE PERMETTANT D'OPTIMISER UN FINANCEMENT ÉQUITABLE PERMETTANT D'ÉRADIQUER LES ÉPIDÉMIES, DE PROMOUVOIR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS EN VUE DE COMBATTRE LES INÉGALITÉS ET D'ATTEINDRE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Si la suppression des frais d'utilisation dans les établissements de santé du secteur public a contribué à réduire les obstacles financiers, cette politique n'a guère de valeur si les établissements publics restent sous-financés et de mauvaise qualité. COVID-19 a montré que le retour au *statu quo* n'est pas une solution acceptable. La lenteur et l'inefficacité de la mise en œuvre des précédentes réformes financières affaibliront davantage le système de santé, entraveront les progrès de la lutte contre le sida et accroîtront les inégalités.

Une reprise résiliente et le respect des obligations en matière de droit à la santé dépendent de la capacité collective à catalyser des réformes financières transformatrices qui accélèrent réellement le financement équitable pour mettre fin aux épidémies, se remettre sur les rails et accélérer les progrès vers la santé universelle, et s'attaquer aux inégalités. Il s'agira notamment de progresser vers des modèles de financement international durables et équitables, y compris les politiques de taxation, de prêt et de traitement de la dette pour l'Afrique.

3.3.2. *Politiques de financement progressives, mise en commun prépayée et distribution équitable pour une reprise résiliente*

Ce n'est qu'en passant fondamentalement à des stratégies de financement reposant sur un financement public prédominant et une distribution des ressources mises en commun en fonction des besoins qu'il sera possible de bouleverser les schémas persistants d'inégalités liées au financement et de faire du financement un accélérateur de la réalisation du droit à la santé ^{lxv lxxvi lxxvii lxxviii}. Les faits montrent que, même si chaque pays choisira une solution adaptée à son contexte, aucun pays n'a progressé de manière significative vers le droit à la santé et la couverture universelle sans s'appuyer sur une part dominante de fonds publics pour financer la santé.^{lxix} Si le changement de rythme sera déterminé par le contexte du pays, les réformes du financement des soins de santé équitables doivent s'engager à mettre en place un ensemble d'instruments de génération de ressources qui assurent des flux de financement équitables et permettent une mise en commun ultérieure pour couvrir les services et les droits de santé universellement garantis. La mise en œuvre de ces réformes nécessitera un soutien continu de la part des partenaires internationaux afin de permettre aux pays disposant d'une marge de manœuvre budgétaire limitée de mettre en œuvre des réformes globales de financement équitable des soins de santé qui permettront de réaliser des avancées significatives vers la concrétisation du droit à la santé, notamment un accès équitable à des services de qualité et une protection financière pour les personnes les plus vulnérables, les populations marginalisées et les personnes vivant avec le VIH.

3.3.3. Orienter les dépenses pour réimaginer un système de prestation de services axé sur l'équité et centré sur les personnes/communautés.

La réalisation du droit à la santé nécessite des dépenses efficaces qui renforcent les systèmes centrés sur les personnes et améliorent de manière holistique les capacités de la santé publique afin de réimaginer les soins de santé primaires et les prestations dirigées par les communautés pour en faire des systèmes solides qui respectent le droit à la santé pour tous, accélèrent la fin du VIH et des autres épidémies en Afrique et sont résistants aux chocs et aux pandémies à venir.

Il est également nécessaire d'investir dans la production locale et de réduire la dépendance vis-à-vis du marché extérieur, en s'appuyant sur les engagements pris par l'Union africaine. Les récentes initiatives africaines en matière d'accès aux vaccins (Covid-19) ont renforcé l'élan politique en faveur de la production locale et les solutions provisoires qui se dessinent suggèrent des étapes sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour répondre équitablement à la demande des pays à revenu élevé, moyen et faible, comme par exemple la garantie de marché basée sur les avantages que l'Alliance du Vaccin a déployée pour mettre en commun le pouvoir d'achat et le potentiel commercial des pays à faible revenu.

Donner la priorité et augmenter les investissements dans les soins de santé primaires et la réponse communautaire.

La mise en œuvre du modèle de soins centré sur la personne et la communauté exige une plus grande efficacité grâce à l'affectation prioritaire et accrue de nouvelles ressources au premier niveau de soins et aux réseaux afin d'accroître la disponibilité de services de qualité et de répondre rapidement aux besoins de santé non satisfaits. Outre l'augmentation du financement, il est essentiel de transférer le financement des SSP des sources privées et des budgets des ménages vers le financement des services de SSP gratuits au point de service par le biais des recettes publiques générales.

Les enseignements tirés de l'extension de la thérapie antirétrovirale à plus de 25 millions de personnes, y compris celles qui ont un accès limité aux soins de santé, indépendamment de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leur sexe ou de leur capacité à payer, sont pertinents pour faire évoluer l'utilisation des ressources vers un système qui s'attaque aux inégalités structurelles et systémiques et aux disparités dans l'allocation des ressources. Le VIH n'est pas seul à cet égard : les inégalités sous-jacentes sont au cœur des impacts inégaux du COVID-19, de la tuberculose, du paludisme, d'Ebola, du choléra et d'autres maladies infectieuses.

La réimaginassions du système de prestation bénéficiera en outre de l'effet de levier des capacités, des changements de politique et de l'infrastructure des programmes mis en place grâce au financement du sida, qui peuvent être utilisés pour traiter d'autres problèmes de santé et accroître l'efficacité et l'équité. Par exemple, des diagnostics accessibles et rapides au point de service ont été mis au point pour augmenter le recours au dépistage du VIH et passer à un modèle d'autodiagnostic et à des programmes dirigés par la communauté. Ces technologies permettent une mise en œuvre rapide de la capacité de diagnostic pour le test PCR du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM).

Avec la simplification du traitement du VIH au cours de la dernière décennie (par exemple, une pilule, une fois par jour), les soins sont devenus de plus en plus décentralisés. Dispensés par des infirmières autorisées à prescrire des médicaments contre le VIH et des agents de santé non professionnels pour aider à la distribution des médicaments, les soins décentralisés ont contribué à l'augmentation rapide de la couverture du traitement du VIH depuis le milieu des années 2000. Elle a permis une intégration réussie avec les services de soins de santé primaires dans certains contextes, notamment les soins

prénataux, la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive, ainsi que la tuberculose et les soins primaires au point de service, qui sont essentiels à l'efficacité durable des programmes de lutte contre le VIH et au développement des SSP.

Le financement des réponses communautaires a permis d'améliorer la réalisation du droit à la santé pour les populations les plus vulnérables et marginalisées qui n'avaient pas accès aux systèmes de santé. Il ne s'agit pas d'un remède à court terme et un engagement à long terme des gouvernements est nécessaire pour aboutir à des résultats sanitaires égaux. Il est nécessaire d'institutionnaliser et d'intégrer le financement public^{lxx} des réponses communautaires dans les politiques et systèmes nationaux pour atteindre les populations marginalisées et autres, augmenter la couverture et l'équité.

3.4. RENFORCER LE LEADERSHIP, LA COLLABORATION ET LA PARTICIPATION DES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES AUX DIALOGUES SUR LE FINANCEMENT AFIN D'INFLUENCER LES POLITIQUES ET LES DÉCISIONS EN VUE DE LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ.

Le partenariat et la coordination multipartite sont essentiels à la réalisation progressive du droit à la santé. Les dialogues sur le financement doivent être inclusifs et faire appel à des partenaires de tous les secteurs concernés et à tous les niveaux, du sommet mondial aux efforts locaux de responsabilisation participative. La réponse au VIH offre de bons exemples d'intégration des modalités communautaires de prestation des services de santé de base.

Cela peut être réalisé grâce à une approche multidimensionnelle qui crée un élan politique autour d'une vision partagée, qui tire parti du cadre du droit à la santé aux niveaux national et continental, et qui utilise une variété de tactiques pour accroître la participation des partenaires et des communautés aux dialogues sur le financement, aux discussions budgétaires, et qui insère les droits de l'homme et l'égalité dans la discussion sur le financement de la santé.

Il convient de favoriser les partenariats avec le ministère de la santé, les finances, les parlementaires, les organisations communautaires et les partenaires internationaux afin de surmonter les obstacles politiques et d'influer sur l'évolution vers des stratégies de financement équitables et des allocations accrues pour renforcer les systèmes centrés sur les personnes qui respectent le droit à la santé.

Un cadre commun à tous les pays permettrait d'évaluer les conséquences des décisions et des politiques de financement sur le respect des obligations fondamentales du droit à la santé et à l'équité.

Il est nécessaire de générer des données concernant les politiques de financement, les budgets et les tendances de financement et le droit à la santé afin de catalyser une action précoce et de promouvoir des changements qui soutiennent les progrès vers la réalisation du droit à la santé. Les enseignements tirés de la participation, de l'atténuation, de l'exploitation des partenariats et des collaborations avec les ministères de la santé, des finances et d'autres partenaires essentiels doivent être documentés, de même que les échanges entre pays, afin d'établir des expériences nationales et des preuves de l'impact et de l'influence du cadre du droit à la santé sur les décisions de financement efficaces et équitables. Il est possible de renforcer la collaboration avec les partenaires afin d'investir dans l'élargissement des preuves et de combler les lacunes en matière de droit à la santé et de financement, de tirer des enseignements des expériences et de traiter les domaines controversés (par exemple, le rôle du secteur privé dans le financement des soins de santé).

Il est nécessaire de promouvoir la participation de la société civile et d'autres partenaires aux dialogues sur le financement pour soutenir le droit à la santé. Les différents mécanismes et possibilités d'un tel dialogue doivent être identifiés et contribueront à accroître la transparence des décisions de financement et la responsabilité. L'implication des organisations de la société civile et du public dans la prise de décision et le retour d'information peut contribuer à l'élaboration de politiques et de services appropriés qui atteignent les personnes qui en ont le plus besoin. Le soutien multisectoriel est essentiel pour réduire les inégalités en matière de santé, car certains facteurs influençant la charge de morbidité et les obstacles à l'accès ne sont pas à la portée du secteur de la santé. La participation et la coordination multisectorielles doivent être intégrées dans les plans et politiques de santé nationaux^{lxxi}.

Les dialogues sur le financement de la santé devraient être complétés par une meilleure appréciation, en particulier au sein de la communauté des financeurs de la santé, des mesures juridiques, sociales, culturelles, judiciaires et autres nécessaires à la réalisation du droit à la santé, notamment la suppression de la stigmatisation et de la discrimination en matière de soins de santé, la création d'un environnement juridique favorable et la suppression des lois discriminatoires qui créent des obstacles aux services de santé, le renforcement de l'égalité entre les sexes et la suppression des normes sexistes néfastes.^{lxxii}

Section 4. RECOMMANDATIONS

4.1 Action concertée pour mettre fin aux épidémies et aux pandémies

Les progrès réalisés pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme, pour répondre rapidement aux nouvelles épidémies de maladie à virus Ebola et pour faire face à la charge croissante des maladies non transmissibles sur le continent doivent être maintenus et accélérés. L'expérience de la pandémie de COVID-19 a permis de tirer des leçons à la fois positives et négatives sur ce qu'il faut faire en matière de préparation et de réponse aux pandémies, et sur les moyens de transformer l'ensemble du système.

4.1.1 RECOMMANDATIONS AUX ETATS MEMBRES

4.1.1.1 Les États devraient lancer des évaluations complètes de l'action et de l'après-action de la réponse au COVID-19 afin d'en tirer des leçons pour la préparation et la réponse à une pandémie, explicitement liées aux épidémies précédentes et à d'autres expériences pertinentes.

4.1.1.2 La mobilisation de ressources nationales et internationales suffisantes pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre les épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme doit être soutenue.

4.1.2.3 Les capacités et l'infrastructure des programmes mises en place par la lutte contre le sida, ainsi que les réponses à la tuberculose, au paludisme et à d'autres maladies, devraient être exploitées pour traiter d'autres problèmes de santé.

4.1.2. RECOMMANDATIONS AUX ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES ET LA SOCIÉTÉ CIVILE

4.1.2.1 Le réseau des organisations communautaires mobilisées lors de la pandémie de COVID-19 et les organisations communautaires répondant à l'épidémie de VIH devraient entreprendre des évaluations conjointes des leçons apprises et les utiliser pour contribuer au renforcement concerté des capacités d'une infrastructure de réponse communautaire.

4.1.2.2 En s'appuyant sur des exemples positifs dans les réponses au VIH et au COVID-19, les effectifs de santé communautaire devraient être étendus et financés de manière équitable, en soutien à l'objectif de l'UA de 2 millions d'agents de santé communautaire disponibles sur le continent.

4.1.3. RECOMMANDATIONS AUX ENTITÉS RÉGIONALES

4.1.3.1 La production locale de médicaments, dans le but d'atteindre l'autosuffisance continentale en matière de production de vaccins, de produits thérapeutiques et de diagnostics essentiels, pandémiques et épidémiques, devrait être soutenue par l'Agence africaine des médicaments et par des initiatives de transfert de technologie.

4.1.4. RECOMMANDATIONS AUX DONATEURS ET PARTENAIRES INTERNATIONAUX

4.1.4.1 Les institutions financières internationales devraient apporter leur soutien à un redressement durable et équitable de la pandémie de COVID-19 par la mobilisation d'obligations et d'autres sources de revenus et par des paramètres financiers explicites pour soutenir une marge de manœuvre budgétaire élargie et contre les mesures d'austérité.

4.1.4.2 Les initiatives prises au sein du Conseil des ADPIC de l'OMC pour développer une plateforme permettant de passer outre les droits de brevet afin de diversifier la production de vaccins, de produits thérapeutiques et de produits de diagnostic COVID-19 devraient aboutir rapidement.

4.1.4.3 Le financement international doit être mobilisé pour augmenter la mobilisation des ressources nationales afin de garantir que les pays sont sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030, conformément aux engagements mondiaux.

4.2 Renforcer un financement de la santé efficace, axé sur les personnes et transformateur pour réaliser le droit à la santé

4.2.1. RECOMMANDATIONS AUX ETATS MEMBRES

4.2.1.1 Les États devraient s'efforcer de rééquilibrer et d'accroître l'efficacité de leurs budgets de la santé pour

- atteindre des points de référence mondiaux en matière d'allocation de personnel et d'infrastructures de santé,
- réduire la part du budget consacrée à l'achat de médicaments, notamment en soutenant la production locale,
- augmenter les allocations budgétaires aux soins de santé primaires, et
- surmonter les disparités entre les zones rurales et urbaines.

4.2.1.2 Les États devraient augmenter progressivement les dépenses de santé publique dans le but de réduire les frais à la charge des patients, qui représentent actuellement 30 % des dépenses totales de santé sur le continent, pour atteindre la moyenne mondiale de 18 %.

4.2.1.3 Dans la période post-COVID-19, les budgets des dépenses de santé devraient être élargis, y compris, si nécessaire, par un financement déficitaire.

4.2.1.4 Le leadership politique et le renforcement des capacités devraient être déployés pour soutenir des cadres réglementaires publics solides pour la santé, y compris des règles du jeu claires pour les partenariats public-privé et la réglementation des acteurs privés. Des cadres législatifs et politiques doivent être adoptés pour garantir que l'implication des acteurs privés est conforme aux normes régionales et internationales en matière de droits de l'homme.

4.2.1.5 Les mécanismes de mutualisation et de prépaiement des dépenses de santé (assurance maladie) devraient être étendus afin de créer de vastes pools non fragmentés et obligatoires, qui constitueraient le cœur du financement des dépenses de santé.

4.2.1.6 Conformément aux engagements de l'UA, y compris la Déclaration d'Addis-Abeba sur le financement de la santé de 2019, les États doivent assurer progressivement la suppression des frais d'utilisation dans le domaine de la santé, en veillant à ce que la mise en œuvre soit ordonnée et que la suppression s'accompagne d'un soutien financier gouvernemental compensatoire.

4.2.1.7 Les États doivent veiller à ce que des recours soient inscrits dans la législation afin d'éliminer la détention pour non-paiement des frais de santé.

4.2.2. RECOMMANDATIONS AUX ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES ET LA SOCIÉTÉ CIVILE

4.2.2.1 Il convient d'encourager les partenariats avec le ministère de la santé, les finances, les parlementaires, les organisations communautaires et les partenaires internationaux afin de surmonter les obstacles politiques et d'influencer l'évolution vers des stratégies de financement équitables et l'augmentation des allocations pour renforcer les systèmes centrés sur les personnes qui respectent le droit à la santé.

4.2.2.2 Les organisations communautaires devraient avoir la capacité et les moyens de se joindre aux dialogues nationaux pour identifier des politiques macro-fiscales alternatives qui prennent en compte les mesures d'austérité, la politique fiscale, le besoin de sécurité de l'emploi et des revenus, et les droits de l'homme.

4.2.2.3 Les organisations communautaires doivent élaborer et utiliser des listes de contrôle de la responsabilité financière en matière de santé qui soutiennent la réalisation du droit à la santé.

4.2.3. RECOMMANDATIONS AUX ENTITÉS RÉGIONALES

4.2.3.1 Il convient d'établir des points de référence régionaux pour un financement performant de la santé, notamment des objectifs en matière de dépenses publiques de santé, en tenant compte de l'expérience du continent en ce qui concerne les objectifs d'Abuja relatifs à la part des budgets nationaux à consacrer à la santé.

4.2.3.2 Les mécanismes de rapport de l'article 62 de la Charte africaine devraient examiner systématiquement les progrès des États en matière de réalisation du droit à la santé et synthétiser les informations clés sur les obstacles et les opportunités.

4.2.3.3 La Commission devrait procéder à un examen complet des lois, des règlements et des pratiques qui aboutissent à la détention dans les hôpitaux ou à d'autres mesures connexes et élaborer une législation type pour interdire la pratique de la détention liée au paiement de frais d'utilisation.

4.2.4. RECOMMANDATIONS AUX DONATEURS ET PARTENAIRES INTERNATIONAUX

4.2.4.1 Les institutions financières internationales devraient veiller à ce que les prêts ou autres mesures financières ne soient pas assortis de conditions qui entravent la réalisation du droit à la santé, et devraient intégrer des évaluations explicites des droits de l'homme en relation avec le droit à la santé dans leurs programmes de soutien financier.

4.2.4.2 Les institutions financières internationales devraient soutenir explicitement la réforme du financement de la santé qui comprend des mécanismes de couverture spécifiques pour protéger les

personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées, que ce soit en raison de leur revenu, de leur sexe ou d'autres facteurs, des dépenses de santé à leur charge.

ⁱ Les instruments de niveau mondial comprennent le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention contre la torture. Ces principes ont été développés dans des engagements, des directives et des résolutions, notamment la Déclaration et le Programme d'action de Vienne de 1993, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994, la Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin en 1995, l'Observation générale 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978.

ⁱⁱ OMS et Banque mondiale. 2021 Suivi de la couverture sanitaire universelle 2021 Rapport de suivi mondial <https://www.who.int/data/monitoring-universal-health-coverage>

ⁱⁱⁱ Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health : no magic number. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1 ; Health Financing Working Working Document n°1); <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>

^{iv} Rumbold, B.B., R. ; Ferraz, O. ; Hawkes, S. ; Krubiner, C. ; Littlejohns, P. ; Norheim, O. F. ; Pegram, T. ; Rid, A. ; Venkatapuram, S. ; Voorhoeve, A. ; Wang, D. ; Weale, A. ; Wilson, J. ; Yamin, A. E. ; Hunt, P., Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. *Lancet*, 2017. 390(10095) : p. 712-714.

^v Groupe de la Banque mondiale. 2019. Un financement de la santé performant pour une couverture sanitaire universelle : moteur d'une croissance durable et inclusive au XXI^e siècle. Banque mondiale, Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31930> Licence : CC BY 3.0 IGO.

^{vi} Collaborateurs, G.U.H.C., Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 2020. 396(10258) : p. 1250-1284.

^{vii}

^{viii} L'OMS et la Banque mondiale Sur la voie de la couverture sanitaire universelle Rapport de suivi mondial 2021 ÉDITION DE CONFÉRENCE

^{ix} Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique. Soins de santé et croissance économique en Afrique. Addis Abeba, UNECA, 2019.

^x Asamani JA, Akogun OB, Nyoni J, *et al* Vers une stratégie régionale pour résoudre les défis liés aux ressources humaines pour la santé en Afrique *BMJ Global Health* 2019;**4**:e001533.

^{xi} AU 2017 2 millions d'agents de santé communautaires africains https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/African2mCHW_en.pdf

^{xii} Amref Health Africa, 2022 L'Union africaine approuve le plan visant à renforcer le personnel de santé <https://amrefuk.org/news/2022/04/african-union-endorses-plan-to-strengthen-healthcare-workforce>

^{xiii} <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-021-00751-9>

^{xiv} Katrina Perehudoff (2020) Universal access to essential medicines as part of the right to health : a cross-national comparison of national laws, medicines policies, and health system indicators (L'accès universel aux médicaments essentiels dans le cadre du droit à la santé : une comparaison transnationale des lois nationales, des politiques en matière de médicaments et des indicateurs des systèmes de santé), *Global Health Action*, 13:1, 1699342.

^{xv} Système mondial de surveillance et de contrôle de l'OMS pour les produits médicaux non conformes aux normes et falsifiés.

Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017.

^{xvi} Résolution 141/8 de la CADHP Résolution sur l'accès à la santé et aux médicaments nécessaires en Afrique, 2008 Abuja.

^{xvii} Principes et directives de la CADHP sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 2011.

^{xviii} Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012 <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/461/01/PDF/N1246101.pdf?OpenElement>

^{xix} Observation générale n° 3 (1990), La nature des obligations des États parties (article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) 1990 UN : Genève

^{xx} Observation générale n°3 de la CADHP sur la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples : Le droit à la vie (article 4) Banjul 2015

^{xxi} Forman, L.C., Donald C ; Ooms, Gorik ; Zwarenstein, Merrick, Human rights and global health funding : what contribution can the right to health make to sustaining and extending international assistance for health ?", in *Global Health Governance*. 2012.

- ^{xxii} Observation générale n° 14 (2000), Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). 2000, ONU : Genève
- ^{xxiii} Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afrique (2004) ;
- ^{xxiv} Principes et directives de la CADHP sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 2011.
- ^{xxv} Principes et directives de la CADHP sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 2011.
- ^{xxvi} Observation générale n° 3 (1990), La nature des obligations des États parties (article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) 1990 UN : Genève
- ^{xxvii} Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{xxviii} Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{xxix} Farmer, P. The major infectious diseases in the world-to treat or not to treat ? N. Engl. J. Med. 345, 208-210 (2001).
- ^{xxx} OMS AFRO Afrique COVID-19 Dashborad, disponible ici : <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2ViYzlyZjltYzhkMi00ZWVkbG9yM2ltZTk1ZTJmODRjMTkxliwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQ0NGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCI6ImMiOj9>
- ^{xxxi} Source : <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations#how-many-vaccine-booster-doses-have-been-administered>
- ^{xxxii} Horton R Hors ligne : COVID-19 n'est pas une pandémie. Lancet. 2020 ; 396 : 874
- ^{xxxiii} En 1996, lorsque les traitements ont été mis à disposition dans les pays développés, le sida était la cause la plus fréquente de décès en Afrique subsaharienne. L'espérance de vie au Zimbabwe est tombée à 43 ans et d'autres pays ont connu des tendances similaires.
- ^{xxxiv} Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{xxxv} Yates R. Universal health care and removal of user fees. Lancet. 2009;373(9680):2078081.
- ^{xxxvi} Cotlear D & Rosemberg M. Going universal in Africa : How 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities. Série d'études sur la couverture sanitaire universelle n° 26. Washington DC : Banque mondiale ; 2018.
- ^{xxxvii} Deininger K & Mpuga P. Economic and welfare effects of the abolition of health user fees : Evidence from Uganda. Washington, DC : Banque mondiale ; 2004.
- ^{xxxviii} Schokkaert E & Van de Voorde C. User charges. In : Oxford handbook on health economics. Oxford : Oxford University Press ; 2012, pp 329-353.
- ^{xxxix} Robert E, Ridde V. Global health actors no longer in favour of user fees : a documentary study. Santé mondiale. 2013;9:29.
- ^{xl} Watson SJ, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al. L'impact des frais d'utilisation sur l'utilisation des services de santé et les diagnostics de maladies infectieuses dans le district de Neno, au Malawi : une étude longitudinale quasi expérimentale. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):595.
- ^{xli} Clarke D, Klein A, Mathauer I, Paviza A. Ending hospital detention for non-payment of bills : legal and health financing policy options. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ^{xlii} Sehoole, Tshogofatso J. 2020. COVID-19 : Pandemic Burden in Sub-Saharan Africa and The Right to Health-The Need for Advocacy in the Face of Growing Privatization', African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 12 : 1-3.
- ^{xliiii} Ataguba, John E. 2021. The Impact of Financing Health Services on Income Inequality in an Unequal Society : The Case of South Africa', 19 : 721-33.
- ^{xliiv} Kutzin, Joseph ; Sparkes, Susan P. 2016. "Renforcement des systèmes de santé, couverture sanitaire universelle, sécurité sanitaire et résilience". Dans Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 2.
- ^{xlv} Groupe de la Banque mondiale. Premier forum sur le financement de la couverture sanitaire universelle - Lever des fonds pour la santé : document de référence. 2016, Banque mondiale : Washington, DC.
- ^{xlvi} Organisation mondiale de la santé. Engager le secteur privé de prestation de services de santé par la gouvernance dans les systèmes de santé mixtes : rapport stratégique du groupe consultatif de l'OMS sur la gouvernance du secteur privé pour la couverture sanitaire universelle. 2020, Genève : Organisation mondiale de la santé.
- ^{xlvii} David Williams, O.Y., Ka Chun ; Grépin, Karen A, *The failure of private health services : Les crises induites par COVID-19 dans les systèmes de santé des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM)*. Global Public Health, 2021 : p. 1-14.
- ^{xlviii} David Williams, O.Y., Ka Chun ; Grépin, Karen A, *The failure of private health services : Les crises induites par COVID-19 dans les systèmes de santé des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM)*. Global Public Health, 2021 : p. 1-14.
- ^{xlix} *ibid*
- ^l Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{li} Sehoole, T.J., COVID-19 : Le fardeau de la pandémie en Afrique sub-saharienne et le droit à la santé - La nécessité de plaider face à la privatisation croissante. Journal africain des soins de santé primaires et de la médecine familiale, 2020. 12(1) : p. 1-3
- ^{lii} Commission africaine des droits de l'homme et des peuples 420 *Résolution sur l'obligation des États de réglementer les acteurs privés impliqués dans la fourniture de services de santé et d'éducation*. ACHPR / Res 420 (LXIV) 2019 à Sharm El Sheikh, Egypte.
- ^{liii} Principes et directives de la CADHP sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 2011.

-
- ^{liv} Observation générale n° 14 (2000), Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). 2000, ONU : Genève
- ^{lv} Déclaration d'Alma-Ata adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978
- ^{lvi} Résolution 47/14 du Conseil des droits de l'homme sur les *droits de l'homme dans le contexte du VIH et du SIDA* 2021, Genève.
- ^{lvii} Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{lviii} Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{lix} Expert indépendant sur les effets de la dette extérieure et des obligations financières connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels : Impact des réformes économiques et des mesures d'austérité sur les droits fondamentaux des femmes. 2018
- ^{lx} Comité des droits économiques, sociaux et culturels *Dette publique, mesures d'austérité et Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels - Déclaration* 22 juillet 2016. ONU : Genève
- ^{lxi} McKinnon B, Harper S, Kaufman J, Bergevin Y. Removing user fees for facility-based delivery services : a difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. *Health Pol and Plan*. 2015;30(4):432-441.
- ^{lxii} Qin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries : a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2018 ; 3(Suppl 3):e001087.
- ^{lxiii} Ito T, Tanaka S. Abolition des frais d'utilisation, choix de fertilité et niveau d'éducation. *J Dev Econ*. 2018;130:33-44.
- ^{lxiv} Abdou Illou MM, Haddad S, Agier I, Ridde V. L'élimination des frais d'utilisation des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans allège considérablement le poids des dépenses des ménages au Burkina Faso. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:313.
- ^{lxv} Kutzin, J., Witter, Jowett, M., & Bayarsaikhan, D. (2017). Développer une stratégie nationale de financement de la santé : un guide de référence. À Genève : *Organisation mondiale de la santé* (numéro 3). http://www.who.int/health_financing
- ^{lxvi} Banque mondiale. (2019). Un financement de la santé performant pour une couverture sanitaire universelle : Moteur d'une croissance durable et inclusive au XXIe siècle. In *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage*. <https://doi.org/10.1596/31930>
- ^{lxvii} Banque mondiale. (2019). Un financement de la santé performant pour une couverture sanitaire universelle : Moteur d'une croissance durable et inclusive au XXIe siècle. In *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage*. <https://doi.org/10.1596/31930>
- Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible:le financement de la santé dans le contexte du droit à la santé. 2012
- ^{lxix} OMS. (2018). Questions budgétaires pour la couverture sanitaire universelle : questions clés de formulation et de classification. *OMS*, 4, 25.
- ^{lxx} Le financement public des réponses communautaires est souvent qualifié de "contrat social".
- ^{lxxi} BM, OMS. (2021) Suivi de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi mondial 2021
- ^{lxxii} Voir la CADHP et l'ONUSIDA, *VIH, droit et droits de l'homme dans le système africain des droits de l'homme : Défis clés et opportunités pour des réponses fondées sur les droits*. 2017, Banjul et les Principes et directives de la CADHP sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 2011 Pour des recommandations supplémentaires.