

Comment améliorer le fonctionnement des systèmes de santé au bénéfice des populations ?

Le premier débat de l'année 2019, initiative de WATHI, laboratoire d'idées citoyen pour l'Afrique de l'Ouest, a porté sur l'amélioration des systèmes de santé. Ce numéro de Matakï est une synthèse très sélective des contributions au débat sous forme d'articles et de commentaires publiés sur le site de WATHI. Il présente aussi des extraits choisis de rapports et études d'experts, de chercheurs et de diverses organisations sur le thème de la santé publique.

Ce document propose cinq pistes pour orienter l'action collective des citoyens et des décideurs afin d'améliorer les systèmes de santé dans la région. Pour rappel, WATHI se focalise sur les quinze pays membres de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest auxquels s'ajoutent le Cameroun, la Mauritanie et le Tchad. La perspective de WATHI est panafricaine et de nombreux constats et pistes d'action sont valables pour les autres régions du continent.

Matakï signifie «mesures», dans le sens de «prendre des mesures, des dispositions» en langue haoussa, l'une des langues locales africaines les plus parlées dans l'Afrique de l'Ouest ouverte de WATHI. Matakï constitue le prolongement de la rubrique *Le Débat* du site internet.

Les débats de WATHI restent toujours ouverts et les Matakï n'ont pas l'ambition d'épuiser les thèmes abordés. Les réflexions tout comme les recommandations relayées dans ce document visent plutôt à relancer le débat en le focalisant sur les pistes d'action et les modalités concrètes de leur mise en œuvre. Les commentaires, réactions, recommandations pour affiner les propositions et les moyens de les mettre en œuvre sont attendus à l'adresse :

info@wathi.org

Les pistes d'action sont davantage détaillées dans la dernière section du Mataka. Elles sont élaborées par l'équipe permanente de WATHI sur la base des analyses et des propositions compilées dans le cadre du débat. Elles n'en constituent ni le résumé ni l'expression fidèle et complète. Elles n'engagent pas les membres de l'association WATHI et représentent des pistes d'action soumises aux décideurs et à tous les citoyens.

1 Prévention des maladies et des accidents au cœur des politiques de santé

- Renforcement des contenus sur la prévention des maladies et des accidents dans les programmes scolaires
- Création d'agences nationales décentralisées dédiées à la prévention et au bien-être
- Diffusion d'informations vérifiées sur la prévention par le téléphone mobile et les réseaux sociaux par des agences publiques dédiées
- Promotion de la santé mentale et du bien-être dans la prévention

2 Formation de ressources humaines dans le domaine de la santé

- Plan d'urgence de formation de personnels dans le domaine de la santé mentale
- Mise en place d'incitations réelles pour réduire la gravité des inégalités en termes de présence de personnels de santé au sein des territoires nationaux
- Planification et orientation des formations basée sur une identification précise des besoins les plus importants
- Formation et suivi des techniciens de maintenance et réparation des matériels médicaux
- Intégration et revalorisation des formations sur la déontologie médicale, l'éthique professionnelle et la relation d'aide et d'écoute
- Mise en place de politiques de bourses ciblées pour les étudiants provenant des régions les moins pourvues en personnel de santé
- Publication et suivi des statistiques sur la répartition géographique des ressources humaines en santé au sein des pays

3 Financement public prioritaire des systèmes de santé

- Mobilisation pour atteindre l'objectif d'une part de 15% du budget national consacré au secteur de la santé, objectif fixé en 2001 par la déclaration d'Abuja
- Mobilisation pour un mécanisme de compensation financière pour les ressources humaines du domaine de la santé formées dans les pays africains et recrutées par les pays à revenus élevés
- Mise en place et opérationnalisation de systèmes de couverture sanitaire universelle adaptés aux réalités économiques et sociales de la région et notamment à l'importance des personnes employées dans le secteur informel

4 Amélioration du fonctionnement au quotidien de tous les établissements délivrant des services de santé

- Professionnalisation des services et des personnels en charge de l'entretien et de la salubrité des établissements de santé
- Centralisation des services d'urgence médicale relié à un dispositif décentralisé de gestion d'ambulances fonctionnelles et recourant aux technologies modernes de communication
- Lutte contre la corruption au quotidien dans les structures de santé par des mesures de transparence, de reddition de comptes et de dénonciation par les usagers des pratiques douteuses

- Généralisation de politiques de gestion des ressources humaines du domaine de la santé intégrant des incitations à la performance et à l'éthique professionnelle
- Utilisation des technologies modernes de l'information et de la communication pour la prévention et le développement de la télémédecine au bénéfice des populations des zones les moins bien pourvues en personnel médical

5 Institutionnalisation de débats publics sur les politiques nationales de santé et mutualisation des ressources au niveau régional

- Participation d'acteurs de différents domaines d'expertise (économistes, médecins épidémiologistes, urbanistes, formateurs, architectes, pharmaciens, etc.) et des citoyens aux débats et aux processus de prise de décisions dans le domaine de la santé
- Création d'institutions nationales chargées de la recherche sur le système de santé
- Renforcement de l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) comme pôle régional unique pour la coordination des politiques nationales de santé, la rationalisation des partenariats internationaux dans le domaine de la recherche ; le développement et l'amélioration d'indicateurs de santé harmonisés à l'échelle régionale, la gestion des crises sanitaires

Plan

- 1.** La note introductive du débat
- 2.** Les contributions citoyennes
- 3.** Les leçons des Wathinotes
- 4.** Les recommandations

1. La note introductive

1.1 Pourquoi ce thème ?

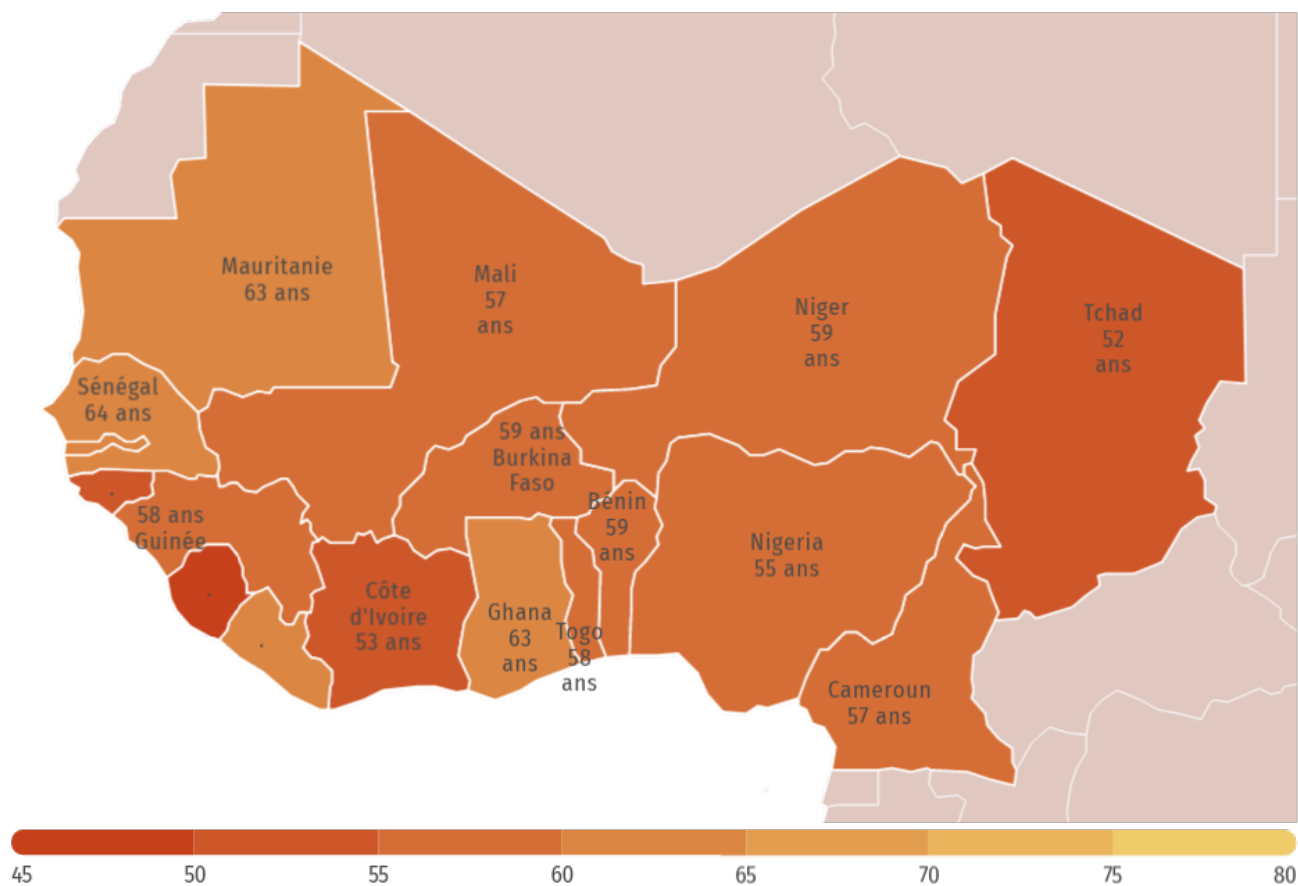
- **Parce que** les systèmes de santé en Afrique sont peu performants et n'atteignent que 49 % des résultats qu'ils pourraient réaliser selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur l'état de la santé dans la région africaine.
- **Parce que** l'Afrique de l'Ouest est en retard en matière de couverture sanitaire malgré des avancées encourageantes dans plusieurs pays, comme le Ghana, le Sénégal ou encore le Mali.
- **Parce que** l'égal accès aux soins est indispensable alors qu'il existe des inégalités frappantes en matière de recours aux services de santé non seulement entre les pays de l'Afrique de l'Ouest, mais également à l'intérieur de ces pays.
- **Parce que** les populations habitant dans les zones rurales souffrent plus de l'inaccessibilité au personnel de santé qualifié et à des infrastructures que les populations des zones urbaines.
- **Parce que** les ménages assument l'essentiel des dépenses de santé par rapport aux Etats rendant l'accès aux soins de qualité coûteux et difficile pour les populations les plus vulnérables.
- **Parce qu'en plus** du manque de matériel et de médicaments, plusieurs hôpitaux et centres de santé sont marqués par le manque d'hygiène, la faiblesse des capacités d'accueil, les coupures d'électricité, le manque d'attention envers les malades.
- **Parce que** des patients victimes de maladies graves sont régulièrement évacués vers des établissements de santé hors de leurs pays afin de prétendre à des soins appropriés.
- **Parce que** l'Afrique connaît une fuite des cerveaux préjudiciable dans le domaine de la santé ainsi qu'une insatisfaction notable des professionnels de la santé dans plusieurs pays.
- **Parce que** près de 36 % de praticiens de la santé nés au Bénin exerçaient leur profession hors de leur pays selon une étude du Center for Global Development (CGD) réalisée en 2006. La fuite des cerveaux concernant les médecins et les personnels infirmiers touche fortement d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest comme le Ghana, le Libéria ou la Sierra Léone.
- **Parce que** la plupart des États de l'Afrique de l'Ouest ne sont pas réellement préparés à faire face à des maladies de plus en plus importantes telles que le cancer, le diabète, les traumatismes, les maladies cardio-vasculaires et d'autres pathologies liées au changement des conditions de vie des populations africaines.

- **Parce que** la crise Ebola de 2014–2015 a révélé l’extrême faiblesse des systèmes sanitaires, d’alerte et de surveillance de plusieurs pays d’Afrique de l’Ouest, soulignant la nécessité d’améliorer les dispositifs pour faire face aux futures crises sanitaires avec efficacité.
- **Parce que** la santé et le bien-être des populations sont des éléments capitaux des Objectifs pour le développement durable (ODD). Près de 50 des 167 cibles des 17 ODD ont un effet direct sur la santé et le bien-être.

1.2 Quels sont les principaux sujets à explorer ?

- Quelles sont les réformes à mener pour que l’hôpital et les services de santé puissent assurer leurs missions aux mieux, traiter décemment les patients en toutes circonstances, et tenir compte de leurs avis et besoins ?
- Quelles sont les réformes à mener pour que l’hôpital et les services de santé puissent assurer leurs missions aux mieux, traiter décemment les patients en toutes circonstances, et tenir compte de leurs avis et besoins ?
- Est-il possible de combler le manque de médicaments, de matériel et d’infrastructures de santé dans les pays d’Afrique de l’Ouest malgré l’insuffisance des moyens financiers ?
- Quel système de financement viable faut-il mettre en place pour assurer la Couverture sanitaire universelle tout en évitant la dépendance à l’aide internationale ?
- Quelles politiques faut-il mener pour limiter les migrations des médecins et des infirmiers et combler le déficit en personnel de santé dans les pays ?
- Comment faire pour que les citoyens de l’Afrique de l’Ouest aient un accès égal aux soins de qualité peu importe leurs revenus économiques ou leur situation géographique ?
- Peut-on éviter la corruption et le clientélisme dans les établissements de santé ?
- Les réformes des services de santé à la suite de la crise Ebola sont-elles assez efficaces pour répondre aux futures urgences sanitaires dans la région ? Que reste-t-il faire ?
- Y-a-t-il des actions à entreprendre pour que l’information et la recherche en matière de santé répondent à tous les besoins spécifiques des populations de la région ?
- Dans quelle mesure la production locale de produits pharmaceutiques peut-être une solution pour faciliter l’accessibilité des médicaments ?
- Les politiques publiques de santé en Afrique de l’Ouest sont-elles assez coordonnées pour éviter une dissémination des épidémies à l’échelle régionale ? Quelles sont les pistes d’amélioration ?
- Comment mettre à profit le numérique pour améliorer la performance des systèmes de santé ?
- Comment intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé africains ?

Graphique 1: Espérance de vie dans la "zone WATHI" (les 15 pays de la CEDEAO, Cameroun, Tchad et Mauritanie)



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

* Graphiques réalisés avec l'outil infogram

2. Les contributions citoyennes

2.1 Des constats

Les questions d'accessibilité financière et de financement de la santé

"Parmi les blocages [pour régler les problèmes du domaine de la santé au Sénégal], il y a le manque de coordination des efforts et le fait que l'État ne fait pas de la santé une priorité absolue dans ses investissements."

Entretien avec Daouda Diouf (de l'ONG Enda Santé), "La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».

"Currently, more Nigerian's pay for healthcare out of pocket than many other countries".

Dr Ola Orekunrin Brown, Fixing Nigeria's HealthCare: key policy decisions that will provide better healthcare to all Nigerians

La disponibilité des agents de santé, leur formation, leur comportements, l'accessibilité géographique

"Il y a des formations de spécialisation où il y a plus d'étrangers que de Sénégalais. Cette situation pose vraiment problème. Elle est due au fait que les Sénégalais paient une inscription qui n'est pas aussi importante que celle des étrangers, et donc faire venir des étrangers permet à l'établissement de renflouer ses caisses. Néanmoins, sur le plan de la santé publique, notre population a de vrais besoins, comme des néphrologues, des cardiologues, des orthopédistes, des chirurgiens, ou encore des diabétologues."

Entretien avec Dr Falla Mané (président de l'Union des jeunes pharmaciens du Sénégal), "Au moins 90 % des médicaments que nous consommons ne sont pas fabriqués au Sénégal" – Partie 2

"Les limites [du système sanitaire au Burkina Faso] concernent principalement la formation des agents de santé. Ils ne sont clairement pas en nombre suffisant ni équitablement répartis sur le territoire par rapport aux besoins identifiés. L'autre limite concerne les populations qui n'ont pas les moyens de supporter par elles-mêmes les coûts de la santé."

Entretien avec le Dr Moumouni Kinda (de l'ONG ALIMA), "Au Burkina aussi, les agents de santé ne sont pas en nombre suffisant ni équitablement répartis sur le territoire"

« L'insuffisance d'unités de réanimation est évidente avec un ratio de 1 unité pour 1 million d'habitants au Bénin, comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne comme l'Ouganda; alors que ce ratio est de 89 unités pour 1 million d'habitants en Afrique du Sud, de 16 unités pour 1 million d'habitants au Sri Lanka et de 200 unités pour 1 million d'habitants aux États-Unis d'Amérique. Le Bénin comptait au début de l'année 2018 neuf neurochirurgiens en exercice dans le pays, soit un ratio de 1 pour 1 million d'habitants. Cinq de ces neurochirurgiens exerçaient à Cotonou, la principale ville du Bénin, dont deux dans le grand hôpital universitaire, le CNHU-HKM. En Afrique subsaharienne, ce ratio est en moyenne de 1 pour 3 millions d'habitants. Ce ratio est de 1 pour 200000 habitants dans les pays développés. »

Dr Hodé Luphin, Le regard d'un neurochirurgien sur le système de santé au Bénin

“ Le Bénin comptait au début de l’année 2018 neuf neurochirurgiens en exercice dans le pays, soit un ratio de 1 pour 1 million d’habitants. Cinq de ces neurochirurgiens exerçaient à Cotonou, la principale ville du Bénin, dont deux dans le grand hôpital universitaire.

“Si les citoyens sont tous égaux, ils doivent l’être devant la loi mais aussi devant l’offre publique de services que ce soit en éducation, en santé ou ailleurs. Ce n’est pas acceptable que quelqu’un puisse avoir accès facilement à un gynécologue à Rufisque mais un autre qui se trouve dans un milieu rural ne puisse pas l’avoir.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), « La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».

“L’accessibilité aux soins de santé est la première chose sur laquelle tout le monde doit travailler. Quand un Sénégalais est malade, il doit pouvoir se faire soigner dans l’espace où il réside. Je parle avant tout d’accessibilité géographique, c’est important. Après, il y a l’accessibilité financière. [...] Je parle de l’accessibilité financière du médicament mais aussi celle des structures sanitaires qui donnent des soins de qualité et des soins spécialisés.”

Entretien avec Dr Falla Mané (président de l’Union des jeunes pharmaciens du Sénégal), “Au moins 90 % des médicaments que nous consommons ne sont pas fabriqués au Sénégal” – Partie 2

“Malheureusement dans la plupart de nos pays, les systèmes de santé sont toujours bloqués par des grèves répétitives, le mécontentement du personnel et par les problèmes d’adéquation entre le personnel en place et les besoins en santé. Le gouvernement a donc du mal à agir de peur de créer des tensions. Il faut pourtant qu’on arrive à ce que, dans notre pays, on ait des consensus sur des secteurs qui sont extrêmement sensibles. La santé fait partie de ces secteurs.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), “La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».

“La dimension préventive est le parent pauvre de ces systèmes, alors que les pays à ressources limitées devraient plutôt dépenser dans ces domaines que dans la prise en charge. Il s’y ajoute que les systèmes de santé font face à beaucoup d’autres problèmes : celui de la formation du personnel, la qualité du personnel déjà en place, ou encore le recrutement.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), “La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».

“La suspension [du droit des médecins béninois d’exercer dans le public et le privé en même temps] a le mérite de clarifier les choses, parce qu’il y a des médecins qui sont dans le secteur public mais passent 99% de leurs temps dans le privé. Certains médecins ont des structures privées qu’ils cherchent à rentabiliser. Cependant, la décision du gouvernement a d’autres conséquences. Tous les malades qui étaient consultés dans le privé reviennent vers le public pour voir les mêmes médecins. L’afflux est de plus en plus important, ce qui prolonge les temps de prise en charge et diminue l’efficacité de la prise en charge. La situation risque de ne pas être tenable sur le long terme. Si cette suspension n’est pas levée, le plus gros risque est que les compétences quittent le public pour aller vers le privé. Les rémunérations offertes par l’Etat sont largement insuffisantes [...]”

Entretien avec le Dr Hodé Luphin (neurochirurgien), “Quoi que l’on puisse dire, il faut savoir que les soins ont un coût...”

« La fuite des cerveaux est énorme en Afrique et elle est souvent liée à l'environnement de travail dans les pays africains. Aujourd'hui, il est dit que 9 médecins nigériens sur 10 veulent quitter leur pays. Les médecins sénégalais sont ceux qui migrent le moins. Ceux qui partent reviennent parce qu'il y a un environnement qui nous permet de travailler. Je suis revenu au Sénégal parce que je savais que dans mon pays, on ne va pas prendre en considération mon ethnie ou ma religion avant de me donner un travail. La diversité ethnique est normalisée et vue comme une richesse. Ce n'est pas le cas dans tous les pays. »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, « *Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne* »

« Si les citoyens sont tous égaux, ils doivent l'être devant la loi mais aussi devant l'offre publique de services que ce soit en éducation, en santé ou ailleurs. Ce n'est pas acceptable que quelqu'un puisse avoir accès facilement à un gynécologue à Rufisque mais un autre qui se trouve dans un milieu rural ne puisse pas l'avoir. »

« Au Sénégal, il y a du personnel sanitaire de qualité à tous les niveaux ; le problème c'est sa répartition et son maintien dans l'ensemble du territoire. Cela s'explique notamment par le manque de solides mécanismes d'incitation qui leur soient dédiés. On ne peut pas payer une sage-femme qui est dans une zone rurale éloignée le même salaire que celle qui est à Dakar alors que la première n'est pas dans un environnement aussi confortable que la seconde. [...] Le manque de services basiques dans certaines zones rurales comme l'électricité, l'eau ou une banque à proximité constitue également un facteur de découragement pour y travailler.»

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, « *Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne* »

« L'OOAS [Organisation ouest-africaine de la santé] est un instrument d'intégration extraordinaire et exclusif de notre région. Elle fait pour notre région ce que l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) fait au niveau mondial. Elle a contribué à harmoniser toutes les filières de formation spécialisée dans l'ensemble des pays francophones. »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, « *Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne* »

La disponibilité des médicaments

«Aujourd'hui, certains changements ont rendu de plus en plus difficile l'accès à une autorisation d'ouverture de pharmacie. Les jeunes pharmaciens ne demandent pas à être financés, mais demandent simplement à ce que l'Etat, à travers la Direction de la pharmacie et du médicament et selon des critères non-discriminatoires, n'empêche pas les pharmaciens d'exercer leur profession. [...] Nous considérons que les critères actuels sont véritablement discriminatoires car ils favorisent les pharmaciens les plus anciens, qui sont même parfois à la retraite. [Cela fait qu'] au Sénégal, il n'y a même pas le tiers des districts qui dispose de pharmaciens. [...] Cela veut dire que la gestion du médicament dans toute cette zone est laissée entre des mains inexpertes. C'est un danger pour la population et cela peut aussi aboutir à certaines dérives que nous notons comme des marchés parallèles.»

Entretien avec Dr Falla Mané (président de l'Union des jeunes pharmaciens du Sénégal), « *Il n'y a aucune bourse ou politique d'orientation de l'État pour développer les autres secteurs pharmaceutiques hormis l'officine* » *Partie 1*

“La réglementation [de l’industrie pharmaceutique au Sénégal] jusqu’à aujourd’hui impose que 51% du capital soit détenu par des pharmaciens, ce qui fait que les bailleurs de fond ne peuvent pas intégrer ce secteur-là. En réalité, très peu de pharmaciens ont le potentiel pour disposer de 51% au minimum du capital d’une industrie pharmaceutique, cela a donc été une barrière jusqu’à aujourd’hui. [...] Au Sénégal, au moins 90 % des médicaments que nous consommons ne sont pas fabriqués dans le pays, alors qu’au Maroc au moins 70% des médicaments consommés sont produits localement. S’il y a une volonté politique ferme, on peut avoir des unités industrielles qui nous sont propres.”

Entretien avec Dr Falla Mané (président de l’Union des jeunes pharmaciens du Sénégal),
“Au moins 90 % des médicaments que nous consommons ne sont pas fabriqués au Sénégal” – Partie 2

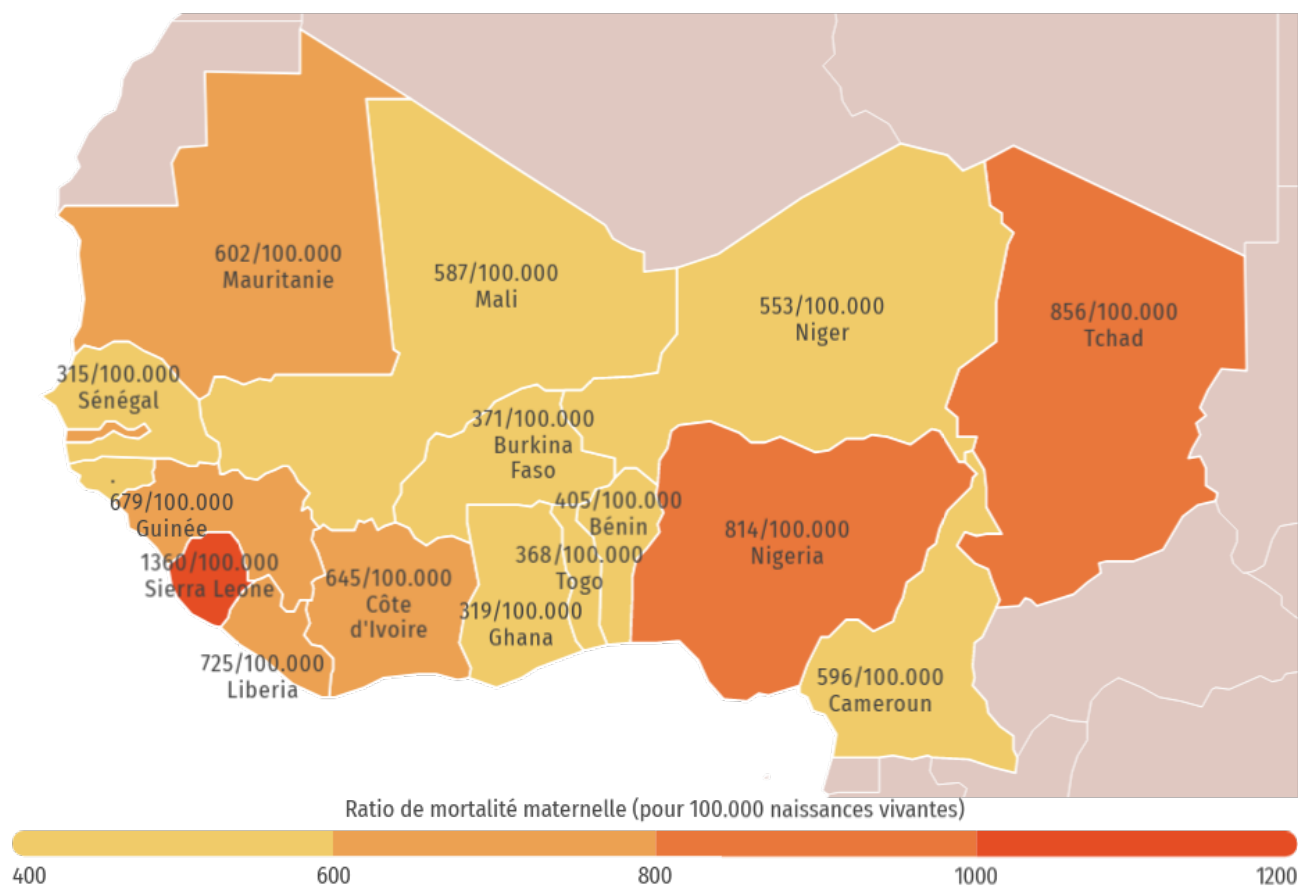
“Au Sénégal, les autres secteurs de la pharmacie, comme l’industrie pharmaceutique, la grossisterie, la logistique, l’agro-alimentaire, ou encore l’ingénierie pharmaceutique sont des secteurs qui sont sous-exploités. [...] Il n’y a aucune bourse ou politique d’orientation de l’Etat pour développer les autres secteurs pharmaceutiques.”

Entretien avec Dr Falla Mané (président de l’Union des jeunes pharmaciens du Sénégal),
« Il n’y a aucune bourse ou politique d’orientation de l’État pour développer les autres secteurs pharmaceutiques hormis l’officine » – Partie 1

“Le marché africain n’est pas si important pour ces firmes, ce qui explique que parfois nous avons parfois des ruptures de produits. [...] Mais la demande est plus forte que le niveau de production. Alors ils décident d’approvisionner certains pays aux dépens d’autres, c’est-à-dire les pays les plus faibles. C’est ce qui explique que ce médicament soit souvent en rupture de stock dans les pharmacies sénégalaises.”

Entretien avec Dr Falla Mané (président de l’Union des jeunes pharmaciens du Sénégal),
“Au moins 90 % des médicaments que nous consommons ne sont pas fabriqués au Sénégal” – Partie 2

Graphique 2: Mortalité maternelle dans la “zone WATHI” (pour 100.000 naissances)



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l’Afrique), 2015

“ La dimension préventive est le parent pauvre de ces systèmes, alors que les pays à ressources limitées devraient plutôt dépenser dans ces domaines que dans la prise en charge.”

La prévention, les dimensions non médicales des problèmes de santé

“Il y a encore des taux très faibles dans certaines régions en matière d'utilisation des contraceptifs. Il y a aussi des conceptions religieuses et culturelles qui sont contre la limitation des naissances. Beaucoup de femmes ne vont pas en consultation prénatale parce qu'elles attendent l'autorisation du mari.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l'ONG Enda Santé), *“Il y a peu d'acteurs qui s'intéressent à la valorisation de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales alors que cet enjeu est essentiel”*

“Les personnes les plus touchées par les problématiques de santé sont les femmes. Cela montre qu'il y a aussi une question d'inégalité d'accès à l'information et de maîtrise de l'information, qui est souvent en faveur des hommes. La question du genre se pose aussi par rapport au nombre de femmes infectées par le VIH. Il y a plus de femmes qui sont infectées que d'hommes. Parmi les nouveaux infectés, nous avons beaucoup de jeunes filles infectées par des hommes plus âgés.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l'ONG Enda Santé), *“Il y a peu d'acteurs qui s'intéressent à la valorisation de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales alors que cet enjeu est essentiel”*

“ La fuite des cerveaux est énorme en Afrique et elle est souvent liée à l'environnement de travail dans les pays africains. Aujourd'hui, il est dit que 9 médecins nigériens sur 10 veulent quitter leur pays.”

“Une autre difficulté [sanitaire au Bénin] résulte de la législation pour ce qui est des malformations chez les enfants qui parfois ne sont pas compatibles avec la vie comme l'hydranencéphalie ou anencéphalie (enfant né sans cerveau). Au Bénin, une femme ne peut avorter que si sa vie est en danger, pas si celle de l'enfant est en danger. D'où la naissance d'enfants ayant des malformations incompatibles avec la vie et pour lesquels il n'y a aucune structure d'accompagnement et de soutien destinée aux parents”.

Hodé Luphin, *Le regard d'un neurochirurgien sur le système de santé au Bénin*

L'organisation et le fonctionnement des hôpitaux

“Il y a d'abord le problème des plages horaires parce qu'il n'y a pas suffisamment de salles pour les consultations [dans les hôpitaux béninois]. Du coup, les acteurs ne donnent pas le maximum d'eux-mêmes parce que les structures ne suivent pas. Les hôpitaux fonctionnent dans des conditions difficiles. [...] Ensuite, si certains acteurs préfèrent rester à l'extérieur, c'est parce que le système n'est pas bon. Si on leur propose mieux ailleurs aussi bien financièrement qu'au niveau de l'organisation des services, c'est normal qu'ils ne souhaitent pas rentrer servir au pays.”

Entretien avec le Dr Hodé Luphin (neurochirurgien), *“Quoi que l'on puisse dire, il faut savoir que les soins ont un coût...”*

“Les hôpitaux de zone au Bénin ont été construits il y a longtemps. La population a changé. Les défis de la santé ont totalement changé. Il y a de nouvelles maladies émergentes que nous voyons de plus en plus. Est-ce que ces hôpitaux ont suffisamment de moyens techniques pour répondre à ces défis ? Il est évident que non.”

Entretien avec le Dr Hodé Luphin (neurochirurgien), *“Quoi que l'on puisse dire, il faut savoir que les soins ont un coût...”*

L'engagement politique et la santé des chefs d'Etat africains

« Bien des dirigeants africains se font évacuer à l'étranger par manque d'infrastructures sanitaires chez eux. Pourquoi n'investissent-ils pas alors, ne serait-ce que dans un établissement de référence ? »

Issaka K. Souaré, *L'éternelle hospitalisation des dirigeants africains à l'étranger*

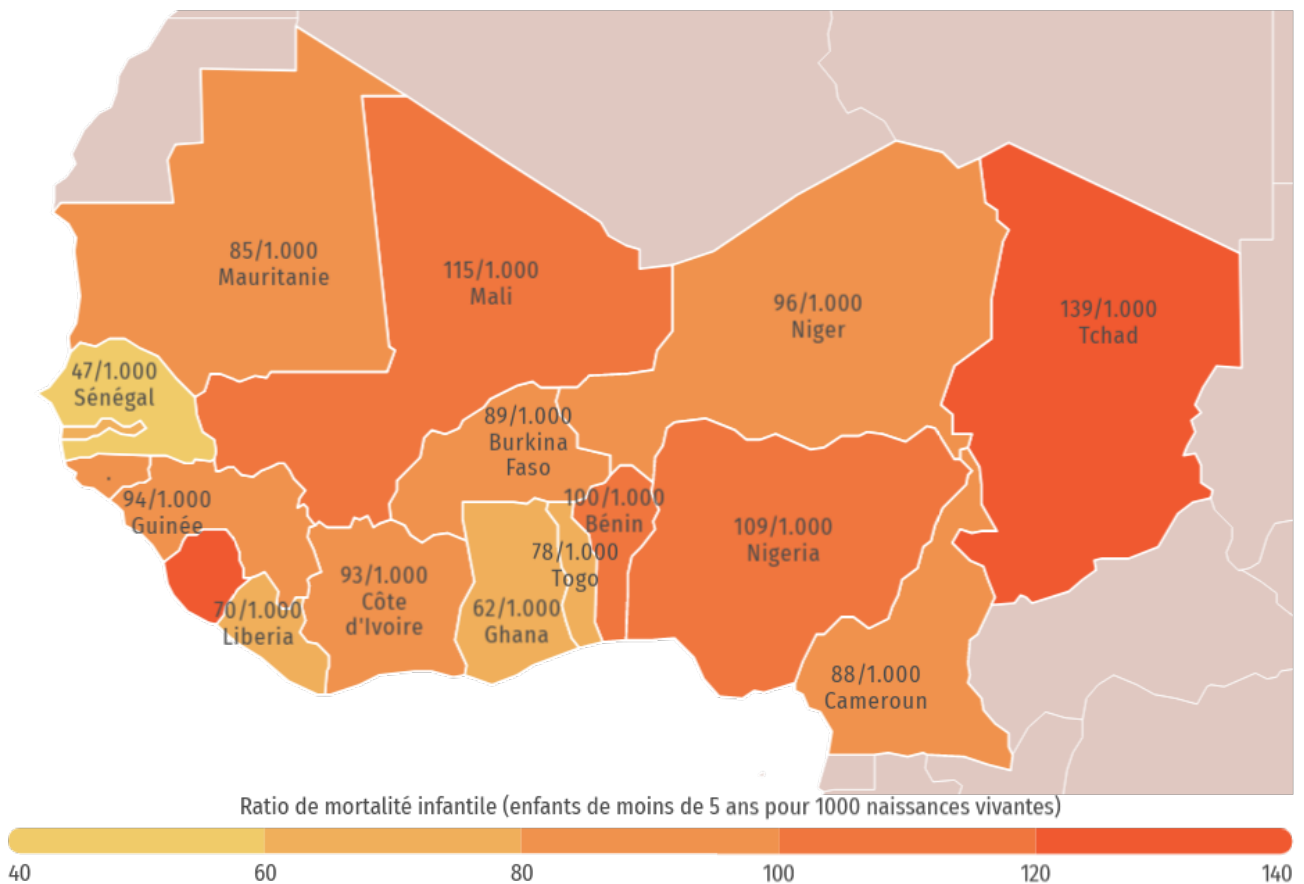
« Chez nous en Guinée, par exemple, où les évacuations sanitaires sont légion – et je crois la situation identique dans bon nombre d'autres pays ouest-africains et africains, les agents médicaux ont des recettes prêtes, selon la tête du patient. Lorsque ce dernier apparaît comme nanti, on lui recommande d'être évacué à l'étranger, souvent avec un médecin qui l'accompagne à destination, à ses frais bien sûr. Par contre, lorsque son look trahit un tel pronostic sur ses fortunes, on conseille gentiment à ses parents de l'emmenner auprès des siens, au village ... vous pouvez deviner les implications. »

Issaka K. Souaré, *L'éternelle hospitalisation des dirigeants africains à l'étranger*

« Des pays comme le Maroc (d'où son accueil pour le président gabonais), l'Afrique du Sud, le Rwanda, le Kenya et la Tunisie sont dotés, grâce à la clairvoyance de leurs dirigeants, d'établissements dignes de ce nom et qu'il convient, pour les autres, de suivre comme exemple pour leur propre dignité et celle de leurs concitoyens. »

Issaka K. Souaré, *L'éternelle hospitalisation des dirigeants africains à l'étranger*

Graphique 3: Taux de mortalité infantile dans la "zone WATHI"



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

2.2 Pistes d'action

Financement

“La solution consiste à revoir les clefs de répartition des dépenses sur nos budgets pour donner une plus grande importance à la santé. Les budgets de nos pays pour la santé sont très importants mais beaucoup n'atteignent pas l'engagement d'Abuja de consacrer 15% des budgets nationaux à la santé. [...] La santé est une des grandes préoccupations que les populations mettent en avant, et il faudrait que cela se reflète aussi dans les budgets locaux.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l'ONG Enda Santé), *“La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».*

“No country has made significant progress towards universal health coverage (UHC) without increasing the extent to which its health system relies on public revenue sources”

World Health Organisation (WHO). **Dr Ola Orekunrin Brown,** *Fixing Nigeria's HealthCare: key policy decisions that will provide better healthcare to all Nigerians*

“ Au Sénégal, il y a du personnel sanitaire de qualité à tous les niveaux; le problème c'est sa répartition et son maintien dans l'ensemble du territoire. Cela s'explique notamment par le manque de solides mécanismes d'incitation qui leur soient dédiés.

“Il faudrait généraliser l'assurance routière aux motocyclistes avec un système de tiers payant qui permettrait de prendre en charge des patients victimes d'accidents de la circulation sans délai”.

Hodé Luphin, *Le regard d'un neurochirurgien sur le système de santé au Bénin*

“Je crois également que la question de la responsabilité sociale et sociétale des entreprises privées, surtout celles qui exploitent nos ressources, doit aussi être posée afin qu'on ait un peu de visibilité sur la contribution de ces sociétés à la santé des populations, [surtout car] l'activité de certaines sociétés contribue à fragiliser la santé des gens par la pollution, par les infrastructures et le déséquilibre des écosystèmes.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l'ONG Enda Santé), *« La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».*

“Donor funding can also help. But to effectively increase recurrent health expenditures, donor funding must be predictable, not erratic. It must also be offered over extended periods; like for 20–30 years in some countries. Without long-term commitments from donors, many African countries will not be able to handle the recurrent fiscal contingencies generated by this type of funding.”

Dr Ola Orekunrin Brown, *Fixing Nigeria's HealthCare: key policy decisions that will provide better healthcare to all Nigerians*

« Les sources traditionnelles de financement des systèmes de santé dans la région sont fragiles. Il faut donc réfléchir à des sources alternatives de financement. La Zakat me paraît être une solution intéressante dans les pays musulmans. C'est une aumône légale obligatoire pour les musulmans. Si on pouvait organiser la collecte de la Zakat, nous pourrions mettre en place une structure de confiance qui permettrait aux nationaux de donner de l'argent pour qu'on puisse soigner les indigents. Cette structure ne devrait pas forcément être publique. Il faudrait plutôt qu'elle soit une fondation privée à but non lucratif mise sous l'autorité du ministère de l'Intérieur. Elle pourrait s'appeler la “Zakat Fund for Health and Education” »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, *« Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne »*

Prévention, éducation, anticipation, digitalisation

“Il est très important de prévenir et de mobiliser les communautés autour des problèmes de santé. C’est pourquoi nous travaillons avec les organisations communautaires de base, les groupes de femmes, les religieux ou encore les leaders traditionnels pour les sensibiliser sur l’importance de certains problèmes de santé. Comment voulez-vous résoudre ces problèmes sans impliquer les communautés ?”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), *“Il y a peu d’acteurs qui s’intéressent à la valorisation de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales alors que cet enjeu est essentiel”*

“La médecine et les pratiques traditionnelles font partie de nos vies et de notre patrimoine culturel africain. [...] On sait par exemple que 80 % des Africains vont aller voir le guérisseur traditionnel quand ils sont malades avant d’aller à l’hôpital. Il y a une approche culturelle de la santé que nous devons aussi avoir pour que les gens intègrent dans leurs représentations culturelles qu’aller à l’hôpital n’est pas antinomique avec le fait d’aller chez le guérisseur traditionnel. C’est pour cela que la place de la communauté est centrale !”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), *“Il y a peu d’acteurs qui s’intéressent à la valorisation de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales alors que cet enjeu est essentiel”*

“La préservation de la santé doit être un des éléments intégrés comme élément d’éducation dès l’école. Il faut le faire aussi dans les écoles coraniques et même au-delà, l’intégrer dans la formation des groupements de femmes et d’autres structures sociales pour que, dans l’éducation du Sénégalais, on puisse ériger la santé comme un élément très important.”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), *“Il y a peu d’acteurs qui s’intéressent à la valorisation de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales alors que cet enjeu est essentiel”*

“Dans les trente prochaines années, la plupart des Sénégalais vivront en ville ou autour des villes. Cela pose la question de la santé urbaine, car l’urbanisation apporte avec elle un certain nombre de maladies chroniques [...] telles que le diabète, l’hypertension artérielle ou les problèmes d’alimentation saine. Je crois qu’une stratégie d’anticipation des tendances lourdes vers l’urbanisation et des problèmes de santé urbaine nous permettrait de pouvoir anticiper ces problèmes autant que faire se peut. Ce sont des maladies qui, financièrement, pèsent lourd sur le budget de l’État [...].”

Entretien avec Daouda Diouf (de l’ONG Enda Santé), *“La dimension préventive est le parent pauvre des systèmes de santé africains ».*

“Les pays du Sud gagneraient à faire avancer leurs systèmes de santé sur l’anticipation des crises. [...] Anticiper les besoins, cela peut consister aussi très concrètement à pré-positionner par exemple des vaccins, à préparer les agents de santé, à informer les populations.”

Entretien avec le Dr Moumouni Kinda (de l’ONG ALIMA), *“Au Burkina aussi, les agents de santé ne sont pas en nombre suffisant ni équitablement répartis sur le territoire”*

« Parmi les déterminants sociaux qu’il faut considérer [pour assurer l’accès universel aux services de chirurgie], premièrement, il y a celui de l’éducation. C’est ainsi que les gens sauront que dans certaines situations, il est nécessaire qu’ils aillent à l’hôpital. Deuxièmement, il faut inculquer des notions d’hygiène. Ainsi, on évite que les gens tombent malades et on réduit le nombre de cas de bénéficiaires de soins. Il faut davantage investir dans la prévention pour éliminer le nombre de cas de maladie. Troisièmement, il faut bannir tous les facteurs nocifs qui peuvent entraîner des maladies au premier rang desquels le tabac. »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, *« Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d’urgence tels que la césarienne »*

« L'OOAS [Organisation ouest-africaine de la santé] est un instrument d'intégration extraordinaire et exclusif de notre région. Elle fait pour notre région ce que l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) fait au niveau mondial.

« Peut-être que l'on devrait utiliser cette huitième année pour une formation complémentaire en chirurgie pour que le médecin qui sort de la faculté de médecine ait un minimum de compétences médicales lui permettant, quel que soit l'endroit du pays où il est affecté, de servir les populations. Que les médecins de toutes les spécialités puissent effectuer des pratiques chirurgicales de base où qu'ils se trouvent. La grande question doit être : quel type de médecin devons-nous avoir pour quel type de population ? »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, « Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne »

« Pallier le manque de personnel de santé dans ces pays constitue un des objectifs du Collège ouest-africain des chirurgiens. [...] il est nécessaire de mettre en place des programmes de formation pour transférer aux médecins existants des compétences de niveau intermédiaire dans tous les domaines de la médecine. Dans l'urgence, on peut former, dans une courte durée, les médecins en exercice à faire des chirurgies essentielles en attendant de former des chirurgiens sur cinq ans. Ainsi, le médecin que l'on affecte à Fongolimbi pourra effectuer une intervention comme l'extraction d'une dent. Il faut mixer la formation à long terme à la formation à court terme. Il faut aussi déléguer certaines compétences. Des actes ou des gestes que ne faisaient que des chirurgiens peuvent être enseignés à des personnes qui ne sont pas chirurgiens mais qui peuvent faire quelque chose pour la population. Si, par exemple, des infirmières pouvaient effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne, la mortalité maternelle serait réduite. »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, « Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne »

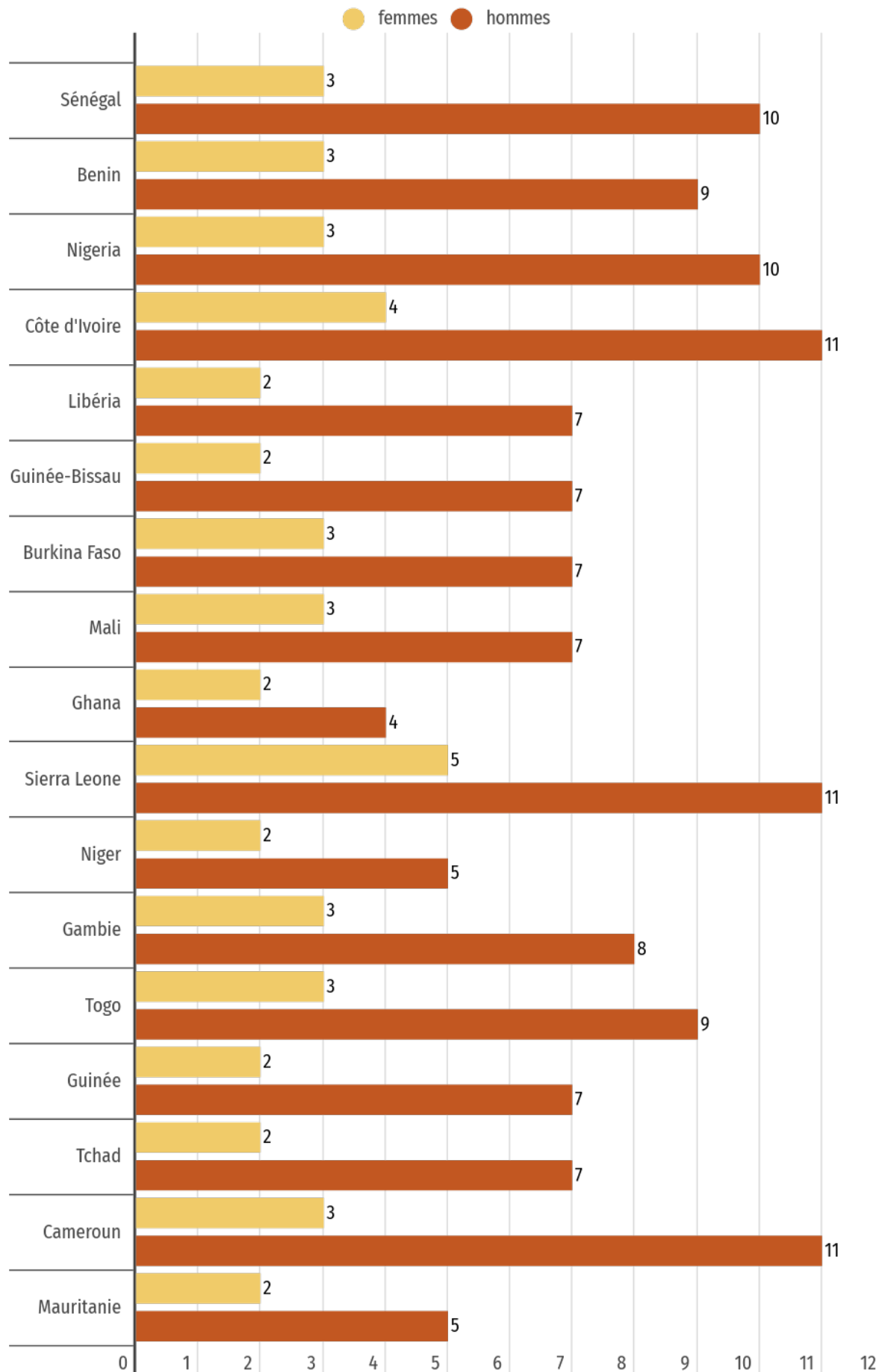
« Il faut donner à l'OOAS des moyens pour qu'elle puisse appliquer ses programmes. Il faudrait aussi que les États accompagnent davantage son action au niveau national. J'ai l'impression que c'est là où se situe le problème. On ne sent pas trop le lien entre les politiques nationales et les politiques définies par l'OOAS. »

Entretien avec le Pr Serigne Magueye Gueye, Président du Collège ouest-africain des chirurgiens, « Dans certains cas, il faut former les infirmiers à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence tels que la césarienne »

“La santé doit être digitalisée pour faciliter le parcours de soins du patient, mais aussi pour faciliter la vie des médecins. C'est pour cela que vous avez vu ces dernières années des start-ups se créer pour faciliter à la fois la prise de rendez-vous, etc. [...] Cela permette de gagner du temps et de l'argent. [...] Donc, pour digitaliser la santé, il faut qu'il y ait des partenariats entre les start-upers et les cliniques, les CHU (Centres hospitaliers universitaires), et les médecins, afin de réfléchir ensemble à une stratégie qui permette de sauver plus de vies.”

Entretien avec Boubacar Sagna (fondateur d' Afycare), « La santé doit être digitalisée pour faciliter le parcours de soins du patient et la vie des médecins »

Graphique 4: taux de suicide standardisés dans la "zone WATHI" (pour 100.000 habitants)



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

3. Les leçons des Wathinotes

3.1 Des constats

Leçons de la crise Ebola pour les systèmes de santé

By responding late and outsourcing their responsibilities [in the context of the Ebola crisis], the legitimacy of these states were undermined because public confidence and trust was eroded. Both the formal and informal sectors of the economies of these countries in particular and the region in general have been severely affected. Commerce, tourism, transportation, agriculture, mining, and petty trade including cross-border are the most affected. For example, in Sierra Leone consumer prices have risen: prices of staple foods such as rice increased by nearly 30 percent in some market outlets.

Thomas Jaye, *Ebola: Impact and lessons for West Africa*

“Liberia was one of three countries in the ECOWAS sub-regional grouping worst hit recently by the deadly Ebola virus, with over 4,000 lives being lost. Even the government admitted that the Ebola outbreak exposed the country’s deplorable health sector.”

F. Sainworla Jr, W. Selmah, *Liberia: still struggling with broken health care*

“Ces discours [prescripteurs sur ce que l’Afrique devrait faire en matière de santé publique] sont compréhensibles quoiqu’un peu lassants. Leurs résultats sont d’ailleurs souvent paradoxaux, puisqu’ils sont évalués à partir de ce qui a été recommandé de l’extérieur, en passant souvent sous silence des initiatives locales ou des dynamiques nationales originales.”

Entretien avec Fred Eboko (directeur de l’Institut de Recherche pour le Développement)
Afrique : La santé publique, une question de volonté politique

“ By responding late and outsourcing their responsibilities [in the context of the Ebola crisis], the legitimacy of these states were undermined because public confidence and trust was eroded.

“Comment expliquer que les enfants africains meurent autant ? » Parce que c’est une question profondément politique qui met en lumière des inégalités structurelles au plan international.”

Entretien avec Fred Eboko (directeur de l’Institut de Recherche pour le Développement)
Afrique : La santé publique, une question de volonté politique

“Depuis longtemps déjà, notre pays connaît un fort taux d’urbanisation et les populations sont en train d’adopter le mode de vie «occidental» (alimentation, activités). Les pathologies sont dominées par le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les traumatismes ; toutes affections qui se traitent à l’hôpital ! Nos hôpitaux ne sont pas armés pour faire face car leurs tares sont nombreuses ! L’Oms, notre donneur de leçons [qui disait de ne pas construire de grosses infrastructures (les hôpitaux) car elles étaient chères à bâtir et à entretenir], a ignoré la survenue de la transition épidémiologique dans nos pays !”

Cheikh Tidiane Touré, *Système hospitalier sénégalais : Entre obsolescence, inadaptation et désorganisation*

“L’OMS rappelle que le manque d’accès aux soins dans le monde n’est en aucun cas une fatalité découlant d’un manque de ressources. Il traduit, au contraire, un manque de volonté politique de la part des dirigeants de protéger les populations les plus vulnérables. [...] En faisant l’éloge de Cuba, l’Organisation mondiale de la santé souligne qu’il est possible pour un pays du Tiers-monde aux ressources limitées de mettre en place un système de santé performant et d’offrir à l’ensemble des populations une protection sociale digne de ce nom, s’il y a la volonté politique de placer l’être humain au centre du projet de société.”

Salim Lamrani, *Cuba, un modèle selon l’Organisation mondiale de la santé*

“It’s abundantly clear that the sustainability and viability of a country’s economic and social growth depend largely on the vibrant health care sector of that nation. No country can maintain a steady economic growth in the absence of an adequate health care system fastened on a robust health care infrastructure.”

Acho Orabuchi, *Nigeria’s poor healthcare system*

“The country has several barriers that limit delivery of primary health care: internal conflict in parts of the country, crime and corruption, multiplicity of governmental and donor agencies, vertical programmes, low political commitment to implementation of approved health policies, differences in remuneration between levels of care, inequality in infrastructure that favours urban areas, poor working conditions, maldistribution of health care workers including emigration, inadequate training facilities in parts of the country and inter-professional conflict.”

Abraham N. Gyuse, Agam E. Ayuk and McSteve C. Okeke, *Facilitators and barriers to effective primary health care in Nigeria*

“ Depuis longtemps déjà, notre pays connaît un fort taux d’urbanisation et les populations sont en train d’adopter le mode de vie «occidental» (alimentation, activités). Les pathologies sont dominées par le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les traumatismes; toutes affections qui se traitent à l’hôpital !

“Ghana’s National Health Policy, entitled ‘Creating Wealth through Health’ (MOH 2007), [...] recognises that ill health is both a cause and a consequence of poverty and acknowledges the impact that environmental factors have on health. It proposes a sector-wide approach to improving the health of the population and to reducing inequalities of access, based on both preventative and curative care.”

The Association of Chartered Certified Accountants (ACCA), *Key health challenges in Ghana.*

“Gambia’s new president has stated that maternal and child health will be his first priority and experts are hoping for a new focus on health in the country.”

Andrew Green, *New era for health in The Gambia?*

“According to Nigeria Demographic Health Survey (NDHS) in 2013, over 60% of pregnant women aged 15–49 deliver their babies at home without any antenatal care visits. In rural areas, this value reaches 76.9%.The situation is critical in North East and North West regions of Nigeria where over 79% of pregnant women age 15–49 deliver their babies at home. Over 60% of pregnant women in Bayelsa, Plateau and Niger deliver at home rather than a health facility. [...] The cost of healthcare and perceived low quality of care by the public have been argued to be the reason for the poor utilisation of maternal and child health services in Nigeria.”

Bolaji Aregbeshola, *Health care in Nigeria: Challenges and recommendations*

“L’OMS apporte un soutien technique aux petits États insulaires en développement de la Région africaine – à savoir Cabo Verde, les Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles – pour leur permettre d’élaborer une stratégie d’achats groupés qui les aidera à réaliser des économies d’échelle et à améliorer l’accessibilité financière et la disponibilité des médicaments utilisés dans le traitement des maladies non transmissibles.”

Bureau régional de l’Organisation mondiale de la Santé pour l’Afrique, *Activités de l’OMS dans la région africaine 2017–2018 : résumé d’orientation et rapport en quelques chiffres*

“Cuba fait également bénéficier les populations du Tiers-monde de son expertise dans le domaine de la santé. En effet, depuis 1963, Cuba envoie des médecins et autres personnels de santé dans les pays du Tiers-Monde afin de soigner les déshérités. [...] En 2014, LABIOFAM, l’entreprise de production chimique et biopharmaceutique cubaine, a lancé une campagne de vaccination contre le paludisme en Afrique de l’Ouest, dans pas moins de 15 pays.”

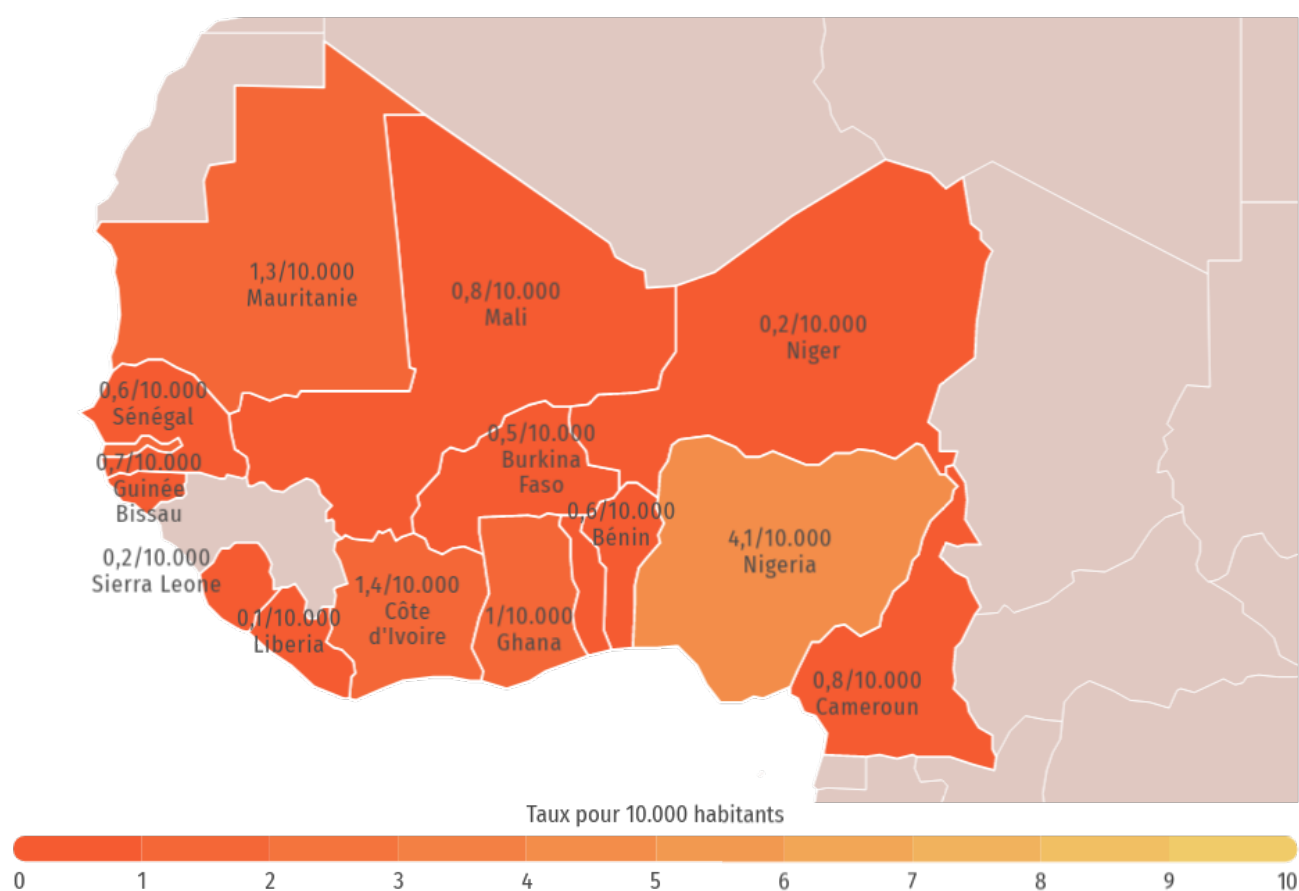
Salim Lamrani, *Cuba, un modèle selon l’Organisation mondiale de la santé*

“Souvent désespérés, les patients [béninois] sont victimes de rançonnement de la part de certains agents corrompus pour avoir un lit, un suivi régulier, ou tout autre service auquel ils ont normalement droit. La marchandisation des soins de santé tant redoutée existe donc déjà dans le secteur public et n’est pas le propre du privé. Elle est due à la faiblesse des quantité et qualité de services dans le secteur public. Au Bénin il y a 08 personnels qualifiés contre 23 recommandés pour 10 000 habitants selon les critères de l’Organisation Mondiale de la Santé, et 5 lits pour 10 000 habitants contre 63 recommandés par la même organisation.”

Mauriac Ahouangansi, *Bénin : le secteur de la santé doit-il être ouvert au privé?*

Graphique 5: Ratio médecin–population dans la “zone WATHI”

*Norme OMS: minimum 1 médecin pour 10.000 habitants.



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l’Afrique), 2015

Ressources humaines, exode des agents de santé

“Laurie Garrett, a senior fellow at the US Council on Foreign Relations, concurs: “For the foreseeable future, every health provider [in the United States], from Harvard University’s health facilities all the way down to a rural clinic in the Ethiopian desert, is competing for medical talent, and the winners are those with money.”

Kingsley Ighobor, *Diagnosing Africa’s medical brain drain*

“Des études estiment qu’au début des années 2000, 20.000 personnels soignants quittaient l’Afrique annuellement. 75 % des médecins formés au Mozambique exercent à l’étranger, tout comme 34 % des infirmières originaires du Zimbabwe. L’Île-de-France compte aujourd’hui plus de médecins béninois que le Bénin !”

Amaury de Féligonde, *Le secteur de la santé en Afrique...un patient à soigner d’urgence*

“About 44% of WHO member states have less than one doctor per 1,000 population,” reported the health body in 2015. “Countries with the lowest relative need have the highest numbers of health workers, while those with the greatest burden of disease must make do with a much smaller health workforce.”

Kingsley Ighobor, *Diagnosing Africa’s medical brain drain*

“Africa’s loss is rich countries’ gain: the research estimated that financial benefits [thanks to the african medical brain drain] amounted to \$2.7 billion to the UK, \$846 million to the United States, \$621 million to Australia and \$384 million to Canada. Rich countries should provide financial and logistical support to Africa’s health institutions.[...] WHO’s code of practice on international recruitment of health care workers, adopted in 2010, in an attempt to tackle problems caused by medical brain drain, urged wealthy nations to support affected countries; however, the code is a moral guide rather than an enforceable legal instrument.”

Kingsley Ighobor, *Diagnosing Africa’s medical brain drain*

“De façon générale, on observe un manque de données fiables sur les effectifs disponibles et peu de connaissances valides sur les facteurs qui influencent la dynamique du marché du travail en santé, à savoir des flux d’entrées et de sorties du marché et des choix d’orientation professionnelle et d’installation. Faute de telles connaissances, les interventions peuvent difficilement produire le résultat recherché d’amélioration de la qualité et de l’accessibilité des ressources humaines en santé.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

“Ce que leurs aînés ont accepté et enduré, les plus jeunes spécialistes ne veulent plus le subir : la rémunération n’est pas motivante et dans notre pays, le métier ne semble pas être considéré à sa juste importance ! [...] Il y a aussi la réalité des spécialités dites «orphelines» : oncologie (cancérologie médicale) ; radiothérapie ; chirurgie plastique et reconstructrice ; chirurgie maxillo-faciale (stomatologie) ; psychiatrie (médecine physique, rééducation fonctionnelle) ; etc., pour lesquelles les spécialistes se comptent sur le bout des doigts. ”

Cheikh Tidiane Touré, *Système hospitalier sénégalais : Entre obsolescence, inadaptation et désorganisation*

“Dans le secteur de la santé, les acteurs de la coopération internationale ont progressivement réalisé que l’accès aux services n’était pas qu’une question monétaire, et renvoyait aussi à la disponibilité de personnel qualifié. Un rapport commandé par la Fondation Rockefeller a sonné l’alarme en 2004 en montrant que l’insuffisance d’effectifs sanitaires était l’obstacle principal au progrès vers l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement de santé.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

“La question de l’attraction des personnels de santé dans les zones rurales, isolées, pauvres et de leur fidélisation, se pose partout dans le monde, du Nord au Sud. [...] Les cas du Burkina Faso, de la Côte d’Ivoire et du Niger montrent une absence de politiques de formation, de recrutement ou de déploiement des ressources humaines en appui à la poursuite de l’objectif de couverture sanitaire universelle. Chacun de ces trois pays souffre d’un problème de faible accessibilité des populations rurales et pauvres à des soins de qualité prodigués par du personnel sanitaire qualifié et supervisé. Les facteurs explicatifs de la difficulté de certains médecins, infirmiers et sages-femmes à s’installer en zones mal desservies sont quasiment les mêmes que dans les pays à revenus plus élevés : le manque d’infrastructures, d’équipements et de conditions de vie adéquates, l’éloignement de la famille, la crainte de l’isolement professionnel, l’absence d’incitations financières et non-financières comme l’accès à la formation continue ou à un statut de fonctionnaire.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

“Despite commitment of resources and trained personnel, two-thirds of rural households still travel more than an hour to reach a health facility.”

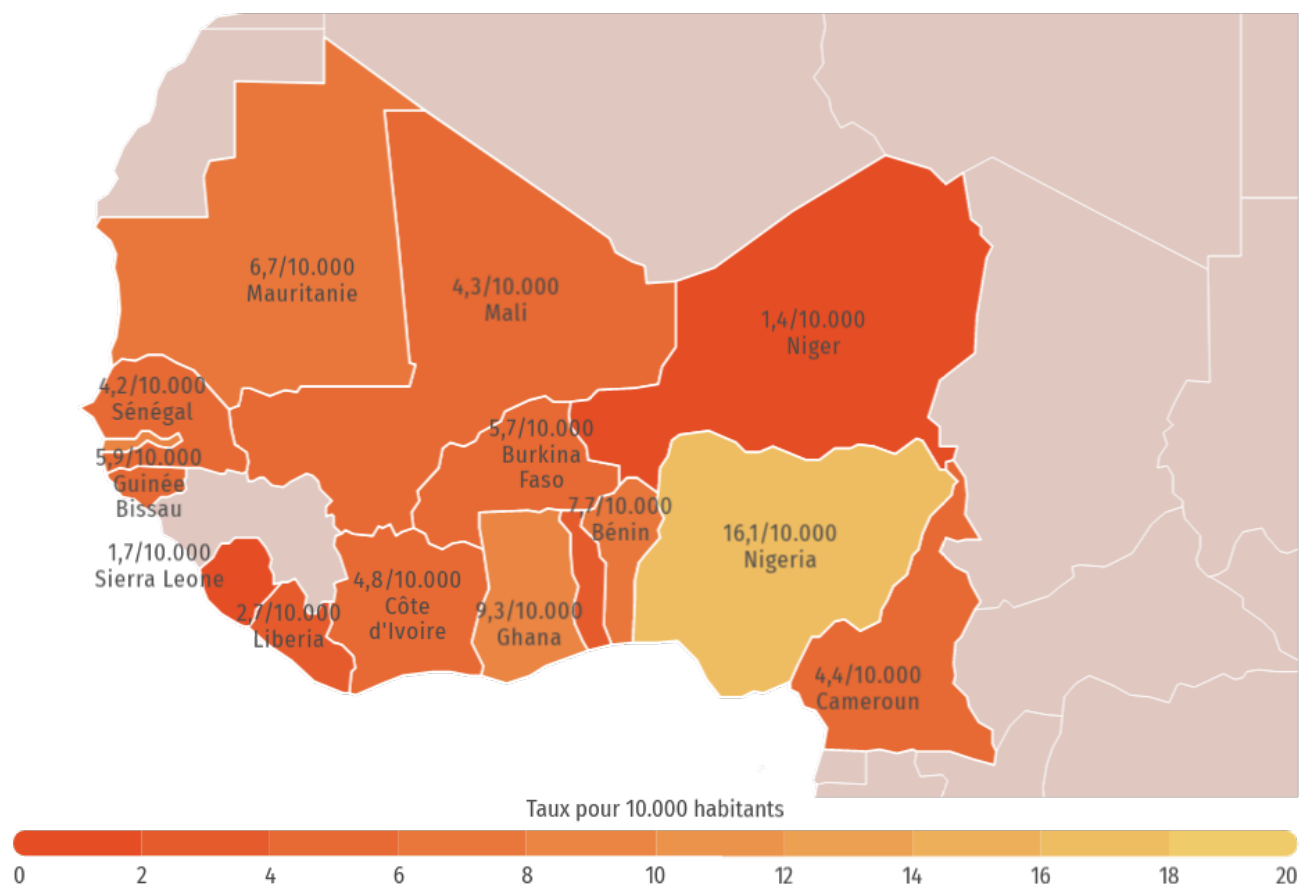
F. Sainworla Jr, W. Selmah, *Liberia: still struggling with broken health care*

“Est-ce que parler de programme de maintenance a un sens quand l’on n’a pas défini des programmes d’acquisition et de renouvellement des équipements ? Parce qu’en fait, le programme de maintenance ne peut être qu’une composante du programme d’acquisition ! Toutefois, même si des programmes de maintenance existent, il serait difficile de les mettre en application compte tenu de la pénurie quasi généralisée d’ingénieurs biomédicaux. En outre, comment peut-on acquérir des équipements sans concertation véritable préalable avec les professionnels usagers de ces machines ?”

Cheikh Tidiane Touré, *Système hospitalier sénégalais : Entre obsolescence, inadaptation et désorganisation*

Graphique 6: Ratio personnel infirmier et sage-femmes-population dans la “zone WATHI”

*Norme OMS: minimum 10 infirmiers pour 10.000 habitants.



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l’Afrique), 2015

Financement de la santé

“L’augmentation [des dépenses de santé en Afrique] est due principalement aux dépenses de santé payées directement par les ménages et à l’aide au développement, dont environ la moitié était destinée aux dépenses liées au VIH/sida. C’est ainsi que la part des dépenses de santé dans la dépense publique totale a diminué dans la moitié des pays de la région.”

Banque mondiale et Organisation Mondiale de la Santé, *La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l’action*

“11 millions d’Africains basculent chaque année dans la pauvreté à cause du niveau élevé des paiements directs de santé. Protéger les personnes de la paupérisation causée par les paiements de santé est une pierre angulaire de la couverture sanitaire universelle, et contribuera à empêcher la pauvreté en Afrique.”

Banque mondiale et Organisation Mondiale de la Santé, *La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l’action*

“La principale difficulté [par rapport aux frais de santé] est à rechercher dans les maladies dites chroniques, celles-là qui nécessitent des traitements longs, parfois toute la vie durant. Des diabétiques insulino-dépendants aux insuffisants rénaux et, dans une moindre mesure, l’accouchement par césarienne. [...] Malgré la gratuité de la dialyse, l’insuffisance rénale fabrique des pauvres. [...] Au-delà des coûts élevés de la dialyse, les hémodialysés font face à une autre préoccupation. En effet, au Sénégal, alors qu’on compte un peu moins de 20 000 dialysés, seuls 5 centres sont opérationnels.”

Oumar Fedior, *Pourquoi la santé coûte cher au Sénégal?*

“L’augmentation [des dépenses de santé en Afrique] est due principalement aux dépenses de santé payées directement par les ménages et à l’aide au développement, dont environ la moitié était destinée aux dépenses liées au VIH/sida. C’est ainsi que la part des dépenses de santé dans la dépense publique totale a diminué dans la moitié des pays de la région.”

“In return for support from the World Bank, the Ghanaian government agreed to impose a charge for health services, equating to 15% of recurrent expenditure. The impact of this ‘cash and carry’ system was a rapid decline in service use of more than 50% countrywide and of over 70% in rural areas. Studies have since found that residents moved away from modern medicine and turned to traditional medicine or self-medication for treatment.”

The Association of Chartered Certified Accountants (ACCA), *Key health challenges in Ghana.*

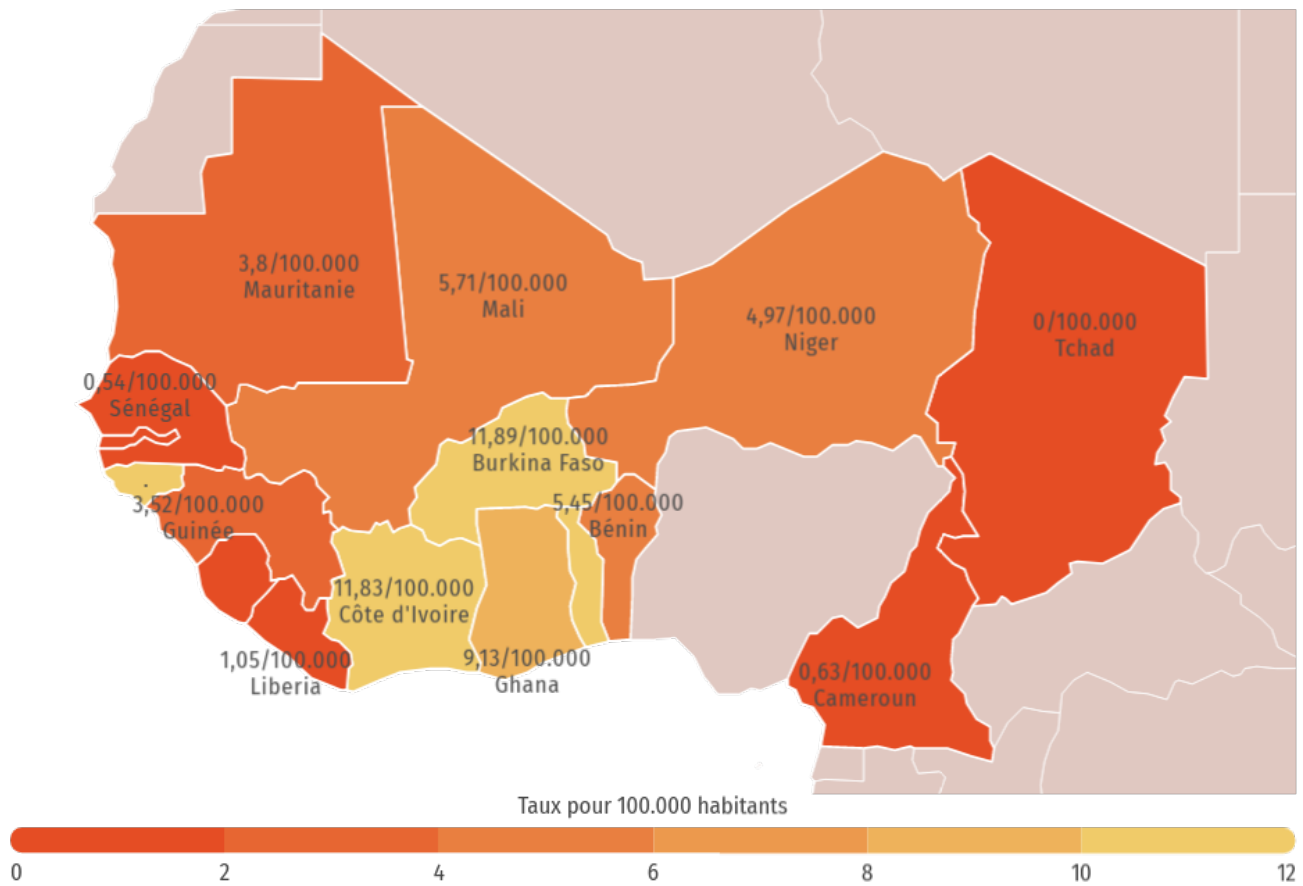
“Les choses n’ont cependant pas toujours été simples pour le NHIS [système de santé de Ghana] depuis sa création il y a plus de dix ans et le système semble passer par une crise. Selon les estimations du gouvernement, seulement un peu plus de 38 % de la population participe au régime en place, et les hôpitaux continuent de demander à certains assurés de payer pour leurs soins. Les fournisseurs de soins de santé se plaignent régulièrement de ne pas être remboursés assez rapidement.”

Franck Kuwonu, *Santé publique: trouver la juste approche*

“Unexpectedly, respondents [interviewed policy-makers in Mali] attributed little importance to the role of institutional health system capacity in guiding policy decisions on user-fee abolition. This reflected a general attitude of considering the implementation of policy as something that would follow from a political decision – “if the political decisions are taken, the implementation will follow” in accordance with the theories of rational choice in political sciences. [...] As a consequence, policies do at times fail due to lack of preparation and this provides an opportunity to those who oppose user-fee abolition to criticize the policy itself, even though its ability to improve access to care has long been scientifically proven.”

A. Torbica, M. De Allegri, D. Yugbare Belemsaga, A. Medina-Lara et V. Ridde, *What factors influence health policy entrepreneurs in West Africa?*

Graphique 7: densité de centres de santé dans la "zone WATHI" (pour 100.000 habitants), 2013



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

La santé mentale, parent pauvre des politiques de santé

«The World Health Organisation estimates that 10 percent of the seven million Sierra Leoneans have mental health problems. »

Malte Werner, *"Breaking the chains – Sierra Leone's uphill struggle to reform mental health"*

«For decades, there was only one psychiatrist practising in the country (now there are two) and treatment in the only psychiatric hospital until recently involved restraining patients using chains due to the unavailability of psychotropic drugs. As a consequence, almost 99 percent of those affected go untreated. Instead, spiritual beliefs drive those in need into the shrines of the country's 45,000 traditional healers. »

Malte Werner, *"Breaking the chains – Sierra Leone's uphill struggle to reform mental health"*

«Esliker [...] speaks of a "medical war" between modern medicine and what she calls myths and beliefs. The psychologist has a long list of accusations against the healers: financial exploitation of families hoping for a cure for relatives; irresponsible use of psychotropic medication mixed with herbs without knowing anything about side-effects; and, finally, violence.»

Malte Werner, *"Breaking the chains – Sierra Leone's uphill struggle to reform mental health"*

“If really international NGOs were going to make all the difference, then things would’ve changed a lot,” says Sevalie, who aside from being a psychiatrist is also a major in the Sierra Leonean armed forces. “I’m not saying they’re completely useless, but their use is quite limited when it comes to finding sustainable solutions.”

Malte Werner, *“Breaking the chains – Sierra Leone’s uphill struggle to reform mental health”*

« Since taking office in 2018, President Julius Maada Bio’s new government has announced that a bill to replace the outdated “Lunacy Act” will be taken to parliament in late 2020 – a success for the MHC [Mental Health Counselors] and the country in general. »

Malte Werner, *“Breaking the chains – Sierra Leone’s uphill struggle to reform mental health”*

« L’OMS estime que moins de 10 % des Nigériens qui souffrent de maladie mentale ont accès à un psychiatre ou à du personnel de santé : le pays ne compte que 130 psychiatres pour 174 millions de personnes. Toujours selon l’OMS, le nombre de personnes souffrant de maladies mentales au Nigéria se situe entre 40 et 60 millions. Des troubles comme la dépression, l’anxiété et la schizophrénie sont fréquents au Nigéria, comme dans d’autres pays d’Afrique. »

Lansana Gberie, *« Le défi des maladies mentales »*

« Malheureusement, 97 % des patients qui auraient besoin de soins de santé mentale n’ont pas accès aux services psychiatriques. »

Lansana Gberie, *« Le défi des maladies mentales »*

« There is limited provision for specialist psychiatry services for forensic patients, children with intellectual disabilities, elderly patients and those requiring rehabilitation (Kleintjes et al, 2010). The budget available for mental healthcare in 2011 was 1.4% of the total health budget »

Akwasi Osei, George Hudson Walker, *“Mental health law in Ghana”*

“Although the United Kingdom abrogated laws criminalizing and penalizing attempted suicide in 1961, several of its former colonial territories maintain legal codes that continue to criminalize and penalize nonfatal suicidal behaviour, despite their achievement of political independence.”

Mensah Adinkrah, *Anti-Suicide Laws in Nine African Countries: Criminalization, Prosecution and Penalization*

“ The World Health Organisation estimates that 10 percent of the seven million Sierra Leoneans have mental health problems.

“In countries where an attempt at suicide is a crime, data about rates of suicide attempts are likely to be highly unreliable. Given that attempted suicide is a criminal offense, there is substantial under-reporting of nonfatal suicidal acts and persons who engage in non-medically serious suicide attempts are unlikely to come to the attention of the authorities. [...] This hinders the ability of suicidologists to accurately determine suicide risk and protective factors, thereby hampering the proper design and implementation of effective suicide prevention programs.”

Mensah Adinkrah, *Anti-Suicide Laws in Nine African Countries: Criminalization, Prosecution and Penalization*

« Tant que le malade ne dérange personne, on lui fiche la paix et on le tolère. Mais dès qu’il commence à être agité, à faire du scandale ou à devenir agressif pour lui-même ou pour autrui, on le boucle dans une cave et parfois on l’enchaîne. »

Pierre Lepidi, *« En Afrique, les malades mentaux meurent dans l’indifférence générale »*

« [Le Bénin] dénombre 0,19 psychiatre pour 100 000 habitants, un chiffre à peine complété par des infirmières et d'autres professionnels de santé. Il n'existe aucune résidence pour personnes atteintes de maladie mentale et l'ensemble des établissements de soin publics a une capacité d'accueil de 700 lits de psychiatrie adulte, dans les seules villes de Cotonou et Parakou – la grande ville du nord du Bénin pour une population de plus de 10 millions de personnes, et aucun lit de pédopsychiatrie. "Dans tout le nord, nous ne sommes que trois psychiatres, déplore le professeur Tognon, psychiatre à l'hôpital universitaire de Parakou. Nous ne pouvons évidemment pas recevoir toutes les personnes qui font des tentatives de suicide. " »

Héloïse Rambert, « *Au Bénin, un réseau de prévention contre le suicide* »

« Les suicides dus à des maladies lourdes comme la dépression, les troubles bipolaires et la schizophrénie ont toujours existé en Afrique, et ils sont plus nombreux qu'on a toujours bien voulu le dire. Mais ils continuent d'être tabous et ce sont souvent d'autres causes qui sont avancées pour les expliquer », analyse-t-il. Le professeur Tognon évoque en effet une autre cause au suicide : "En Afrique, des personnes malveillantes, avec des paroles incantatoires et des vibrations maléfiques, ont le pouvoir de provoquer un passage à l'acte." »

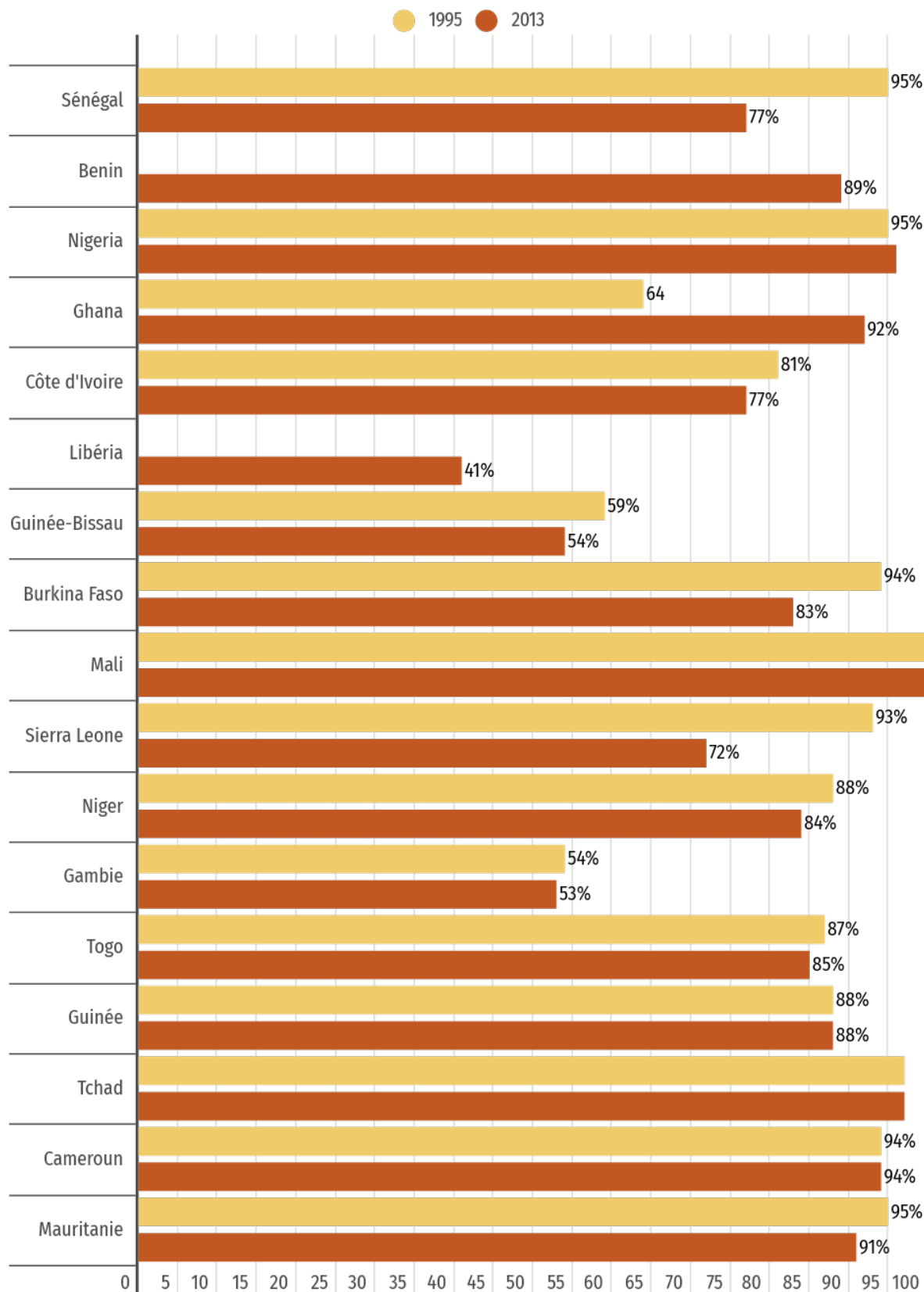
Héloïse Rambert, « *Au Bénin, un réseau de prévention contre le suicide* »

« Les représentations culturelles du suicide, comme celles des pathologies psychiatriques, sont, en Afrique, fortement marquées par "l'externalisation de la cause". "Il y a une tendance à penser que la cause du mal-être est extérieure à la personne, et due à des possessions ou autres envoûtements", regrette le docteur Alarcon. " Or accuser le mauvais sort revient souvent à nier les véritables racines du suicide et le considérer comme inéluctable. A quoi bon, alors, essayer de soigner ? " Ce fatalisme autour de la maladie mentale représente un frein majeur au développement de la psychiatrie »

Héloïse Rambert, « *Au Bénin, un réseau de prévention contre le suicide* »

“ In countries where an attempt at suicide is a crime, data about rates of suicide attempts are likely to be highly unreliable. Given that attempted suicide is a criminal offense, there is substantial under-reporting of nonfatal suicidal acts ”

Graphique 8: versements directs en pourcentage des dépenses privées en santé, 2013



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

3.2 Pistes d'action

Financement de la santé

“Afin de rendre les soins de santé accessibles à tous, le Ghana a été l'un des premiers pays africains à mettre en place un système universel d'assurance maladie – le National Health Insurance Scheme (NHIS). Le pays met actuellement en œuvre un programme de partenariat public-privé qui permet à un réseau d'établissements privés de dispenser des soins de santé dans des régions dépourvues de services de santé publique. [...] Conformément à la loi, toute personne résidant au Ghana est tenue de s'inscrire et, à moins qu'elle n'appartienne à l'un des groupes exemptés, de payer des primes annuelles. En contrepartie, ces personnes ne sont pas tenues d'effectuer d'autres paiements directs lorsqu'elles ont besoin de soins.”

Franck Kuwonu, *Santé publique: trouver la juste approche*

“Accroître les dépenses publiques de santé par le biais d'une réallocation budgétaire et d'une mobilisation accrue des ressources nationales ; [...] Donner la priorité aux investissements dans les services de soins communautaires et de santé primaires dans le cadre de systèmes viables de gouvernance au niveau local ; Investir dans la formation initiale, particulièrement dans les zones mal desservies ; Allouer des ressources budgétaires spécifiques pour réduire les obstacles financiers à l'utilisation des soins de santé ; Améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé, en améliorant la coordination et l'utilisation des systèmes de santé des pays.”

Banque mondiale et Organisation Mondiale de la Santé, *La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l'action*

“A way of providing social and financial risk protection for poor and vulnerable populations is by establishing a legislative framework for a Universal Health Care scheme and setting aside funds for it. Evidence from Thailand has shown the effect of Universal Health Care schemes through primary health care on expanding access to health care for the poor and vulnerable populations. Universal Health Care schemes have also been proven to improve the utilisation of health care services and health status.”

Bolaji Aregbeshola, *Health care in Nigeria: Challenges and recommendations*

“Aujourd'hui, tout le monde a un téléphone portable, même dans le monde rural. Donc, on n'a qu'à mettre des taxes sur le téléphone, comme on l'a fait avec l'énergie. Il suffit d'augmenter de 1% le coût de la communication et ça veut dire que tous les Sénégalais vont participer au financement de la santé. Et ces sommes pourront être reversées pour le financement de la santé pour tous et pour que les populations puissent accéder aux soins, à moindre coût»

Oumar Fedior, *Pourquoi la santé coûte cher au Sénégal?*

“L'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé dans les pays est importante pour le suivi des ressources allouées à la santé, pour prendre des décisions plus équitables en matière de financement et pour suivre les progrès réalisés en matière de protection de la santé financière.”

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, *Activités de l'OMS dans la région africaine 2017-2018 : résumé d'orientation et rapport en quelques chiffres*

“[...] les coûts d'hospitalisation n'ont pas bougé depuis 14 ans, alors que depuis tout ce temps, les charges n'ont fait qu'augmenter. Nous sommes dans le secteur médical privé, nous participons à faire un service public même si on est dans le privé, un service public à la disposition des populations. L'Etat devrait quand même participer, ne serait-ce qu'en mettant un tiers payant, en donnant des subventions.”

Oumar Fedior, *Pourquoi la santé coûte cher au Sénégal ?*

“La mise en concession [du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga, au Bénin] pourrait donc être la solution à ce déficit chronique de moyens financiers. De même, le système sanitaire actuellement tributaire des disponibilités budgétaires nationales donc en forte dépendance vis-à-vis de la volonté politique et de la qualité de la gestion au sommet, pourrait s’en trouver dépolitisé. [...] La gestion privée selon la forme choisie pourra donc apporter, le capital, le matériel sophistiqué, les infrastructures, la discipline dans la gestion, la recherche et innovation dans les centres publics.[...] Enfin, il faudrait assainir l’environnement des affaires afin de permettre une égalité des chances en matière d’investissement dans ce domaine. C’est la condition incontournable pour que ce marché ne se transforme pas en un « gâteau » partagé entre quelques privilégiés qui ne manqueront pas de perpétuer les pratiques anti-concurrentielles.”

Mauriac Ahouangansi, Bénin : le secteur de la santé doit-il être ouvert au privé?

“Aujourd’hui, l’assurance-maladie pourrait permettre de faire un grand pas dans la réduction du coût de la santé au Sénégal. [...] Plus il y a d’assurés, plus le système va fonctionner. Il faut ouvrir l’assurance maladie au plus grand nombre, même aux agriculteurs, paysans, les acteurs de l’informel... On pourrait les organiser et ils auront accès à des soins par l’intermédiaire des compagnies d’assurance”

Oumar Fedior, Pourquoi la santé coûte cher au Sénégal?

“L’accès aux transplantations rénales est la seule solution durable aujourd’hui. Aucun revenu ne peut supporter les dépenses d’un insuffisant rénal. « C’est le souhait de tous les malades, il faut qu’on accélère la procédure », lance le président de l’Association des hémodialysés. [...] « Une dialyse sans transplantation rénale n’a pas d’avenir. Il faut s’orienter vers la transplantation rénale », ajoute le professeur Maguèye Guèye”

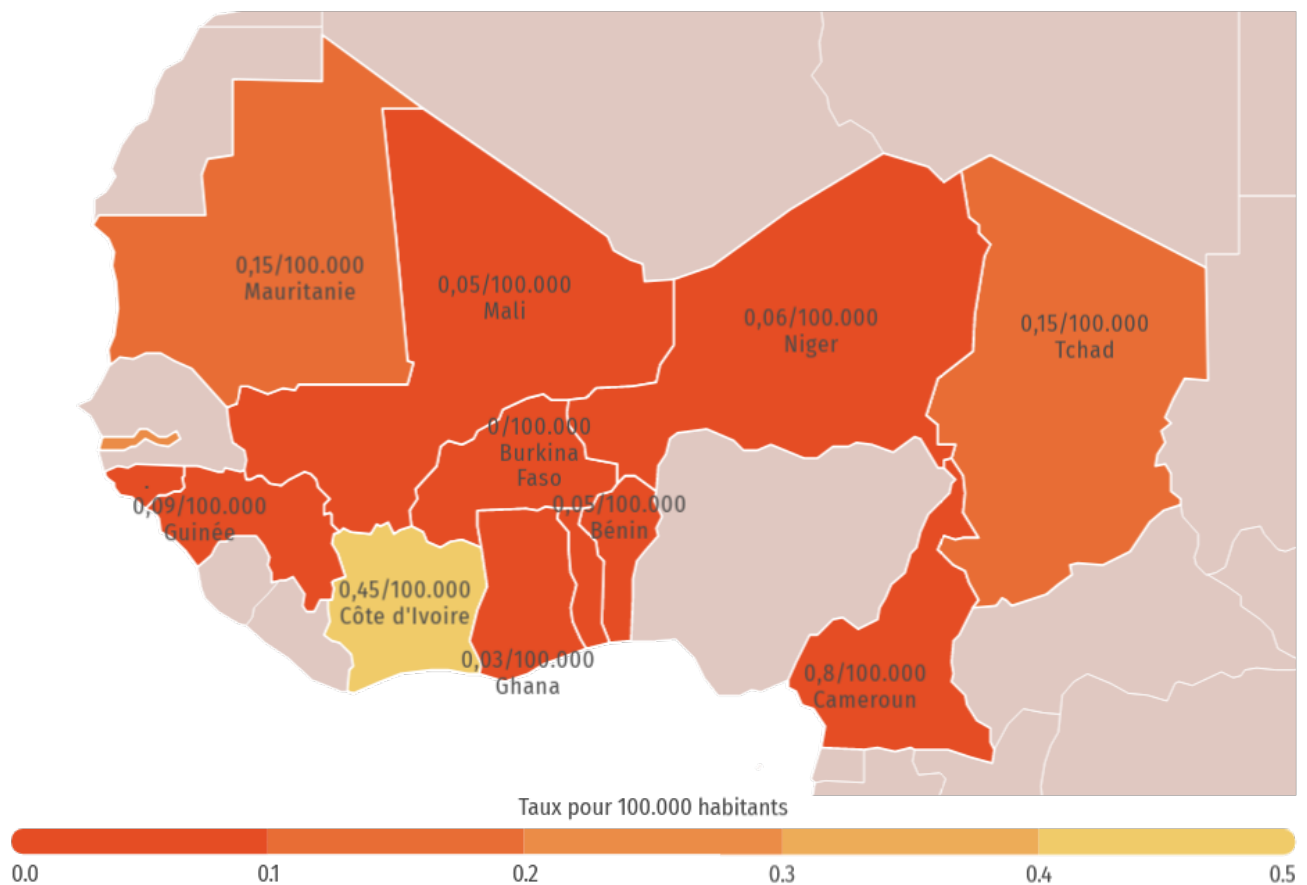
Oumar Fedior, Pourquoi la santé coûte cher au Sénégal?

“S’assurer que les personnes pauvres et les travailleurs du secteur informel bénéficient du prépaiement (bons et les transferts conditionnels en espèces) et que les prestataires bénéficient de conditions équitables ; Protéger les droits des femmes, des enfants et des minorités, en particulier durant les périodes de leur vie où ils sont vulnérables.”

Banque mondiale et Organisation Mondiale de la Santé, La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l’action

“ Afin de rendre les soins de santé accessibles à tous, le Ghana a été l’un des premiers pays africains à mettre en place un système universel d’assurance maladie – le National Health Insurance Scheme (NHIS). Le pays met actuellement en œuvre un programme de partenariat public-privé qui permet à un réseau d’établissements privés de dispenser des soins de santé dans des régions dépourvues de services de santé publique.

Graphique 9: densité d'hôpitaux de province (pour 100.000 habitants), 2013



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

Ressources humaines

“L’efficacité des interventions pour améliorer les systèmes de santé en Afrique ne dépend pas du seul secteur de la santé, mais exige la collaboration des secteurs de l’éducation, de la fonction publique, de la planification et surtout des finances. Il est donc important d’utiliser une approche multisectorielle et d’avoir une bonne connaissance du marché du travail des personnels de santé pour concevoir des politiques efficaces. Les chercheurs en économie du travail ne collaborent peut-être pas suffisamment avec ceux en ressources humaines et santé publique.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

“La médicalisation de la première ligne [au Burkina Faso] est une décision prise par les autorités politiques et qui consiste à doter des chefs-lieux de commune par des centres médicaux, c’est-à-dire des structures intermédiaires entre le centre de santé et l’hôpital de district. A la différence du centre de santé il y est affecté un médecin mais il n’existe pas de capacités chirurgicales comme dans l’hôpital de district. [...] Il faut noter par ailleurs que dans certains districts sanitaires existent plusieurs communes et donc plusieurs centres médicaux, comment assurer la coordination de l’ensemble de ce réseau en sachant que chaque commune dispose d’une autonomie plus effective que le district sanitaire. Quel serait le dispositif de coordination avec les autres communes du district ainsi qu’avec l’équipe cadre du district ?”

La Société d’études et de recherche en santé publique (SERSAP), *Enjeux systémiques des réformes des systèmes de santé : cas de la médicalisation de la première ligne au Burkina Faso*

“Primary health care (PHC) services are adapted and modified to suit local needs and cultures. Consequently, churches and mosques, traditional birth attendants (TBAs), village health workers, community leaders, prominent citizens and civil society organisations and groups may all get involved in the delivery of primary health care. [...] A variety of medical specialists, traditional (birth attendants and bone setters), alternative (patent medicine vendors) and allied health professionals (physiotherapists and social workers) may also be present. In general, there is no restriction on who can participate in PHC.”

Abraham N. Gyuse, Agam E. Ayuk and McSteve C. Okeke, *Facilitators and barriers to effective primary health care in Nigeria*

“Certains pays ont réussi à endiguer, au moins partiellement, cette fuite des cerveaux [du personnel de santé africain] (comme le Maroc ou l’Afrique du Sud) en proposant des outils de travail de qualité et des perspectives de carrière claires.”

Amaury de Féligonde, *Le secteur de la santé en Afrique...un patient à soigner d’urgence*

“Parmi [les initiatives proposées par le rapport de la Commission de Haut Niveau sur l’Emploi en Santé et la Croissance Économique en 2016], citons une meilleure efficacité dans la gestion des personnels de santé existants par une prise de décision basée sur des analyses de données fiables, des politiques de formation, incluant la mise en place de mécanismes d’assurance de qualité, comme l’accréditation des programmes et des institutions de formation, des mécanismes d’insertion dans la vie professionnelle des nouveaux diplômés, une répartition des tâches plus efficiente par l’expansion des champs d’exercice des infirmiers, pharmaciens et autres cliniciens non-médecins, et des systèmes d’incitations qui favorisent un déploiement plus équitable des personnels entre les divers niveaux de services, plus cohérent avec la distribution géographique des populations. [...] [...] La Commission met aussi l’accent sur la nécessité de transformer la formation des personnels pour l’adapter aux besoins changeants des populations.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

“ Primary health care (PHC) services are adapted and modified to suit local needs and cultures. Consequently, churches and mosques, traditional birth attendants (TBAs), village health workers, community leaders, prominent citizens and civil society organisations and groups may all get involved in the delivery of primary health care.”

“La part du budget de l’État et de la richesse nationale consacrée au secteur de la santé laisse peu de marge pour investir dans la formation, le recrutement et le déploiement. [...] Les pays africains devront investir plus et mieux dans la formation et la création de l’emploi des jeunes diplômés en santé pour répondre à la pénurie des personnels de la santé d’ici 2030. Des investissements plus importants sont nécessaires pour créer des emplois décents dans le secteur de la santé, pour assurer la couverture universelle de la santé, pour contribuer à maîtriser le flux des candidats à l’immigration et plus généralement réduire la pauvreté.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

“Une autre leçon, elle aussi peu nouvelle mais importante à rappeler, est que les interventions ponctuelles et isolées ont peu de chances de produire des effets durables. Par exemple, introduire des incitations financières pour attirer des personnels dans les zones mal desservies, sans tenir compte des autres facteurs de motivation qui appellent des incitations de nature professionnelle, de renforcement du système de santé ou de conditions de vie, risque de n’avoir que peu de résultats.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

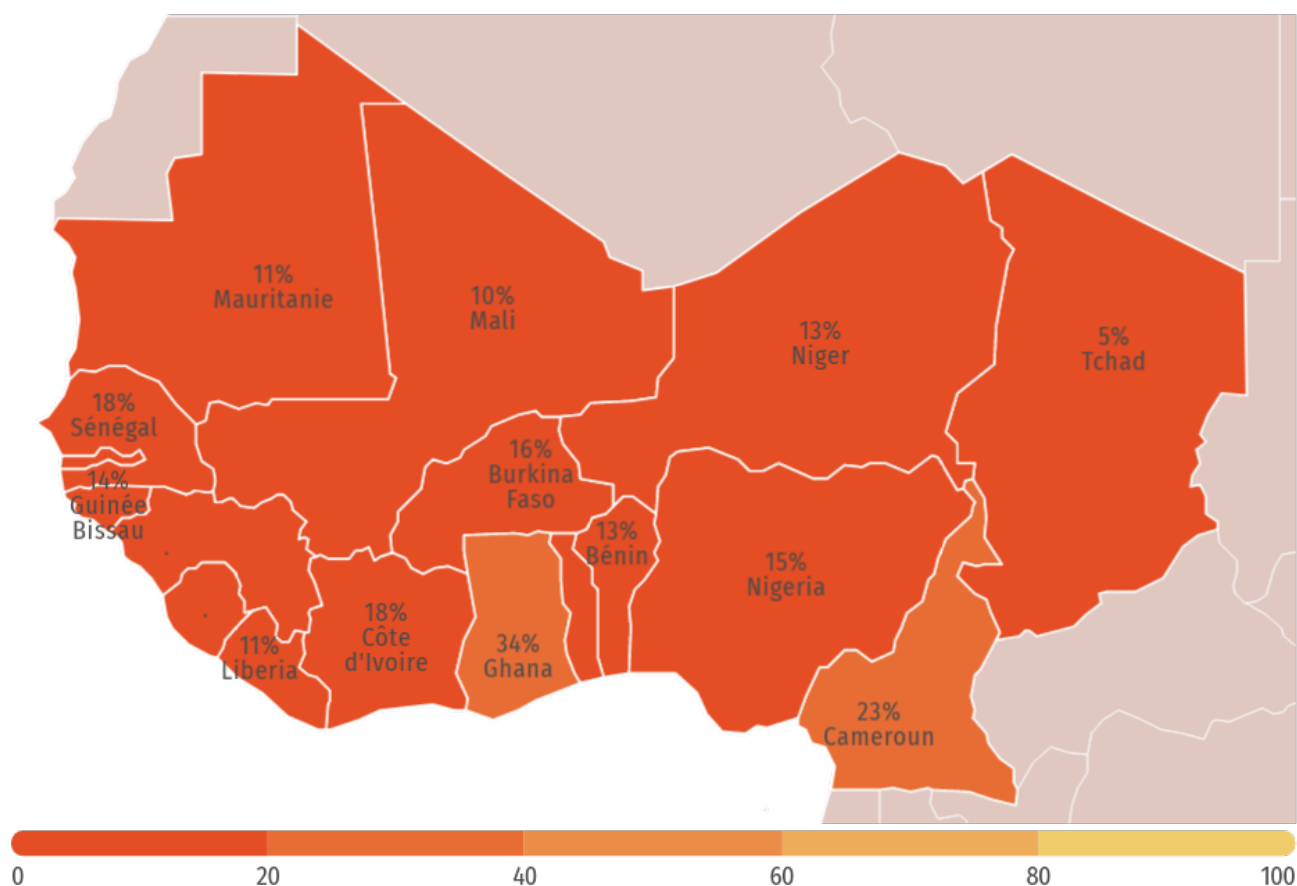
“First of all the government should come up with a comprehensive plan to overhaul the entire system by purging the system of all fake healthcare professionals. [...]There should be strict and rigorous standards for both health facilities and health staff for certification. All private and public healthcare facilities should not be allowed to operate without highly trained staff and specialists. Doctors and other healthcare professionals should maintain and upgrade their skills through continuous training and re-certification.”

Acho Orabuchi, *Nigeria’s poor healthcare system*

“While the mandatory CBHI scheme [Community-based insurance programmes] is being scaled-up as a supplementary measure, state governments should enrol poor residents in a private health insurance plan and bear the responsibility of paying the monthly premium per person to Health Maintenance Organisations (HMOs).”

Bolaji Aregbeshola, *Health care in Nigeria: Challenges and recommendations*

Graphique 10: taux de prévalence de la contraception chez les femmes de 15 à 49 ans



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l’Afrique), 2015

Coopération internationale et systèmes de santé

“The debate is not whether to use the South–South Cooperation mechanisms for public health services strengthening in Africa or not but how to effectively use it. African countries could reap immense benefits such as cost savings through application of economy of scale strategies in the joint production or procurement of medical products, better bargaining power through joint negotiations, synergy in cross border collaboration and coordination of public health activities such as immunization campaigns, outbreak and humanitarian response. Other benefits include continuity in implementation of health programme across sub–regions through the use of regional commitments which are binding on participating countries, ownership and direct impact of actions on beneficiaries. The use of SSC for health could also be an opportunity to strengthen regional integration. [...] SSC is also seen as a tool for ensuring equity between developed and developing countries and an opportunity to overcome colonial aid legacy.”

Olushayo Olu, Amos Petu, Martin Ovberedjo, Diane Muhongerwa, *South–South cooperation as a mechanism to strengthen public health services in Africa: experiences, challenges and a call for concerted action*

“The establishment of a fund for South–South Cooperation similar to the African Public Health Emergency Fund (APHEF) in the regional banks such as the African Development Bank, as well as the incorporation of South–South Cooperation mechanisms into existing funds such as APHEF could also be an opportunity to address the funding challenges associated with South–South Cooperation implementation. Furthermore, increased advocacy to African countries to include funds for South–South Cooperation in their health budgets would also be a valuable option.”

Olushayo Olu, Amos Petu, Martin Ovberedjo, Diane Muhongerwa, *South–South cooperation as a mechanism to strengthen public health services in Africa: experiences, challenges and a call for concerted action*

“EWARS in a box (Early Warning, Alert, Response System) contient tout l'équipement nécessaire pour mettre en place des activités de surveillance et de riposte, surtout dans des régions difficiles et éloignées sans accès fiable à Internet ou à l'électricité. Cette valise est le fruit du projet de mise en place d'un système d'alerte précoce, de veille et de réaction. [...] Cette boîte permet au système de fonctionner entièrement hors ligne, de sorte que le personnel de l'OMS et du ministère de la Santé puisse être rapidement alerté en cas de flambées potentielles.”

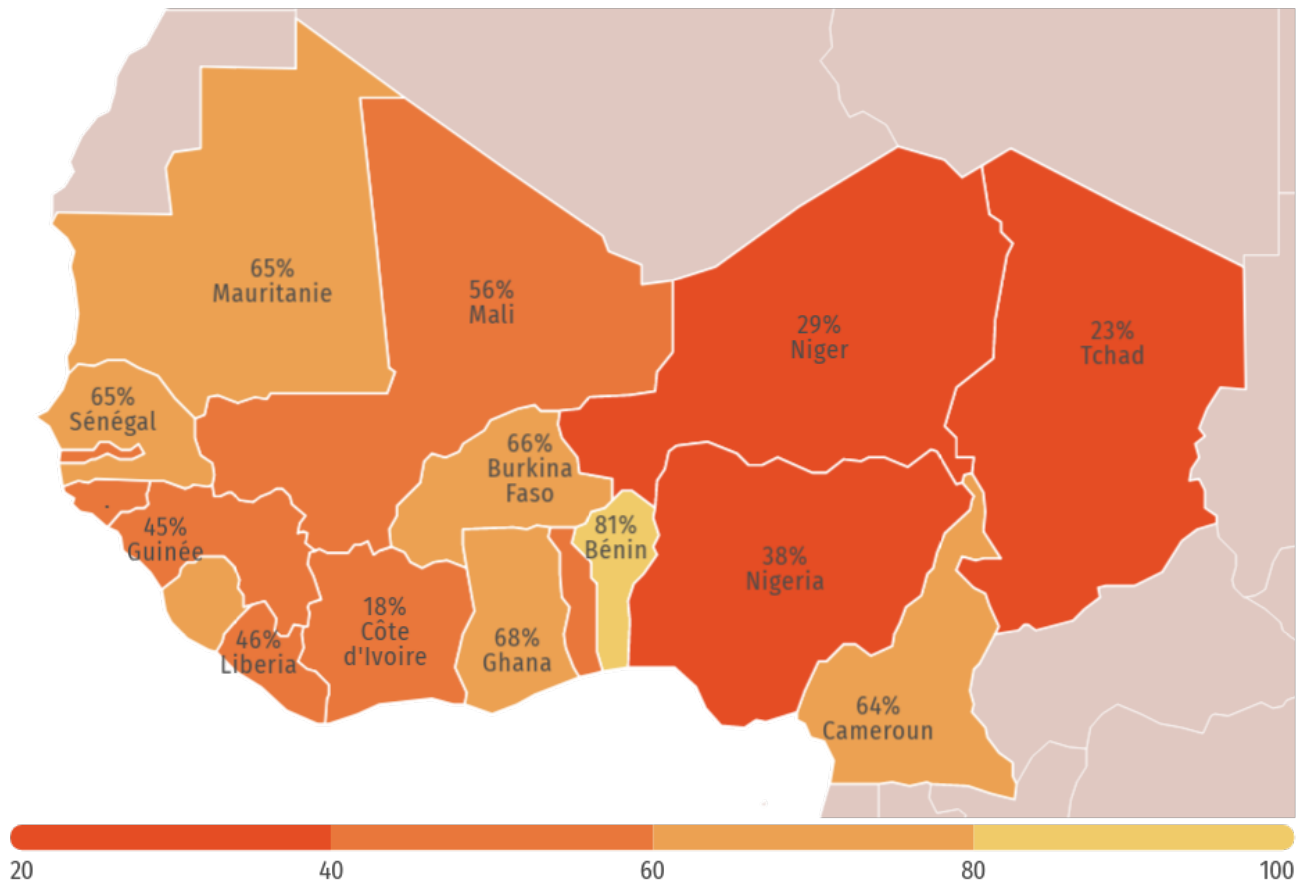
Bureau régional de l'organisation mondiale de la santé pour l'Afrique, *Exemples de réussite de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la région africaine*

“Les politiques les plus efficaces ne sont pas celles qui sont entièrement dictées par les partenaires internationaux, mais bien celles qui sont élaborées sous l'impulsion indispensable des pouvoirs publics nationaux et faites sur mesure, localement, avec tous les partenaires. [...] Les résultats démontrent que l'acuité d'une politique publique dépend de la volonté et de l'autonomie que se donnent les pouvoirs publics pour la mettre en œuvre. Ce n'est pas nécessairement une question d'argent, mais plutôt de rapport de forces”

Entretien avec Fred Eboko (directeur de l'Institut de Recherche pour le Développement) Afrique : La santé publique, une question de volonté politique

“ The debate is not whether to use the South–South Cooperation mechanisms for public health services strengthening in Africa or not but how to effectively use it. African countries could reap immense benefits such as cost savings through application of economy of scale strategies in the joint production or procurement of medical products, better bargaining power through joint negotiations, synergy in cross border collaboration and coordination of public health activities such as immunization campaigns, outbreak and humanitarian response.

Graphique 11: accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (%), 2007 – 2014



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

Prévention et digitalisation de la santé

“Malgré des ressources extrêmement limitées et l'impact dramatique causé par les sanctions économiques imposées par les États-Unis depuis plus d'un demi-siècle, Cuba a réussi à universaliser l'accès aux soins à toutes les catégories de la population et à obtenir des résultats similaires à ceux des nations les plus développées. [...] Cuba a basé son système de santé sur la médecine préventive et ses résultats sont exceptionnels. Selon Margaret Chan [directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé], le monde doit suivre l'exemple de l'île dans ce domaine et remplacer le modèle curatif, inefficace et plus coûteux, par un système basé sur la prévention.”

Salim Lamrani, *Cuba, un modèle selon l'Organisation mondiale de la santé*

“Depuis 2013, l'OMS collabore avec l'Union internationale des télécommunications (UIT) afin de permettre à des pays comme le Sénégal de lancer les services à grande échelle de la plateforme «mDiabète» à l'aide des téléphones portables. L'initiative conjointe Be He@lthy, Be Mobile vise à concevoir, à déployer et à élargir les services de prévention et de prise en charge du diabète et de plusieurs autres maladies non transmissibles. Le recours aux SMS pour conseiller les patients accélère la diffusion de l'information destinée à aider la population à prendre en charge ou à prévenir la maladie. Cela réduit la prévalence et le coût des traitements et permet aux patients de vivre plus longtemps et en meilleure santé.”

Bureau régional de l'organisation mondiale de la santé pour l'Afrique, *Exemples de réussite de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la région africaine*

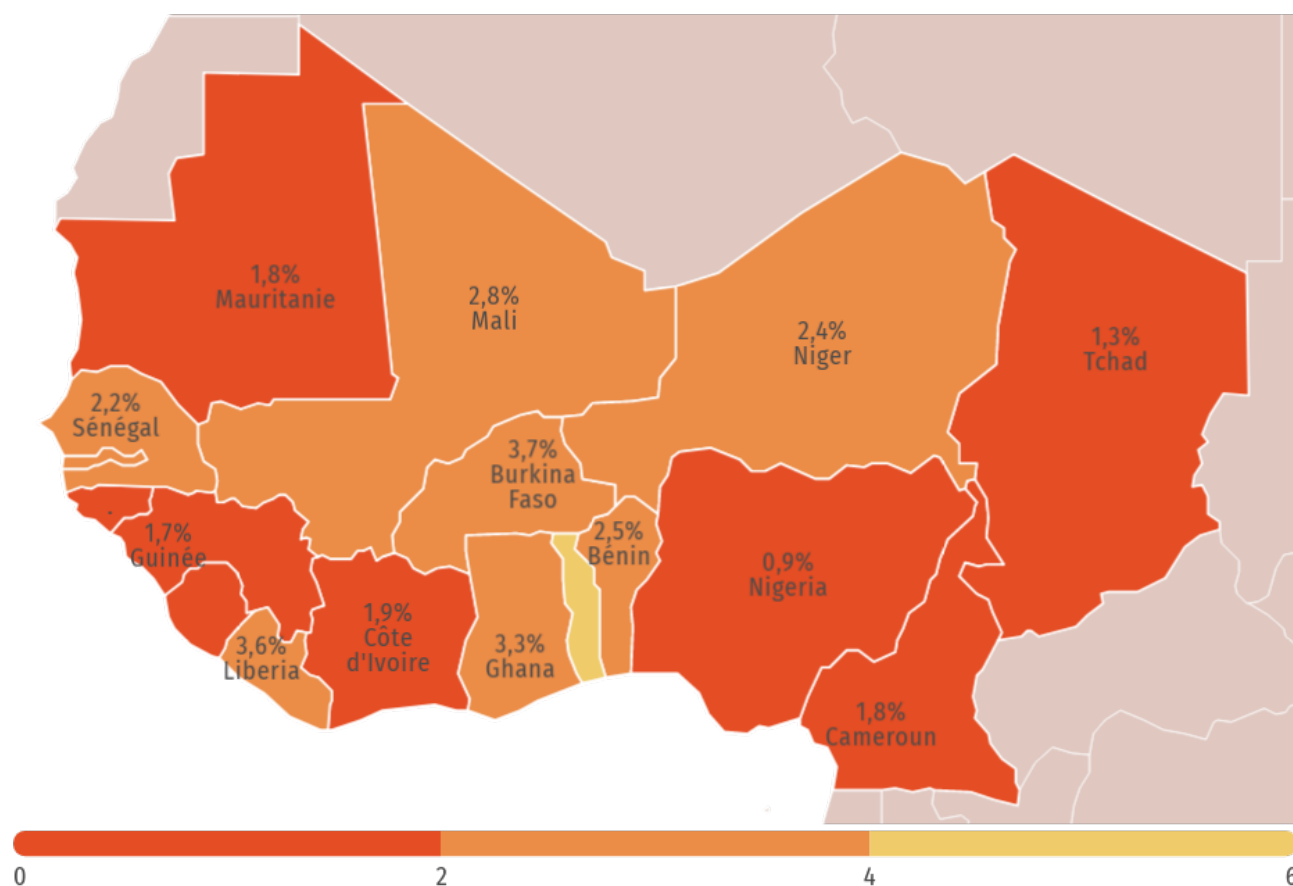
“Les start-ups Vula Mobile (Afrique du Sud) ou Gifted Mom (Cameroun) permettent de mettre en contact des patients ruraux avec des spécialistes, via leur smartphone. La société Clinifit déploie en Afrique des cliniques « low-cost », alliant des techniques de construction en préfabriqué et des techniques médicales ambulatoires modernes. Le groupe Elsan souhaite également se développer en Afrique, en s'appuyant sur les médecins locaux pour monter des cliniques de qualité organisées en réseau, un concept encore largement inexistant en Afrique.”

Amaury de Féligonde, *Le secteur de la santé en Afrique...un patient à soigner d'urgence*

“Les chercheurs [qui produisent des travaux utiles et pertinents pour les décideurs] doivent être mieux formés à partager leurs résultats et les décideurs à mieux les comprendre et les utiliser. Cependant, on doit absolument multiplier les stratégies interactives entre ces deux mondes pour que les rencontres soient efficaces car la volonté politique n'est pas suffisante. [...] Le Burkina Faso vient de se doter d'une unité de gestion et de transfert des connaissances directement rattachée au cabinet du Ministre de la santé, stratégie novatrice qu'il faudra évaluer.”

Gilles Dussault, Laurence Codjia, Pascal Zurn, Valéry Ridde, *Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone: les apports du projet Muskoka*

Graphique 12: dépenses des administrations publiques en santé en pourcentage du PIB, 2013



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l'Afrique), 2015

Santé mentale

«Organisational changes described in the [2012 Mental Health] Act focus on creating a new system of decentralised mental healthcare provided within communities throughout the country; regional and district mental health subcommittees will have a duty to ensure that multidisciplinary mental healthcare is available within existing medical services in every district. [...] The Act has the potential to improve the provision of mental healthcare in Ghana and to provide a model for other low and middle-income countries. The overall aims are: to ensure the rights and quality treatment of persons with mental disorder; and to stipulate changes to the organisation, provision and funding of mental health services».

Akwasi Osei, George Hudson Walker, "Mental health law in Ghana"

«The Persons with Disability Act of Ghana and the Criminal Code of Ghana which criminalises suicide, for example will both need updating. »

Akwasi Osei, George Hudson Walker, "Mental health law in Ghana"

"[Gambia's, Ghana's and Nigeria's] governments should attend to underlying problems that cause suicidal behaviour rather than prosecuting and penalizing those who engage in nonfatal suicidal behaviour. Those who support decriminalization and depenalization argue that suicidal persons are in need of such mental health treatment modalities as psychological counseling or psychotherapy or economic and material assistance rather than financial penalties or punitive incarceration."

Mensah Adinkrah, *Anti-Suicide Laws in Nine African Countries: Criminalization, Prosecution and Penalization*

"[Ghana's] government should adopt and enforce a ban on shackling [mentally ill persons] [...]. The focus now should be on investing in appropriate community-based services to support people with mental health conditions to live full and independent lives in the community and ensuring that any mental health services are based on each individual's free and informed consent."

Human Rights Watch, *Ghana: People with Disabilities Freed from Chains*

"Ghana's Mental Health Authority was created under the Mental Health Act of 2012; and it was inaugurated in November 2013. While the act requires the government to set up regional mental health committees responsible for monitoring mental health facilities across the country, they are yet to be established. There is an urgent need for government oversight of prayer camps and mental hospitals where people with mental health conditions are suffering horrific abuse [...]. Parliament should adopt the Legislative Instrument to enable the government to implement the Mental Health Act as a matter of priority [...]"

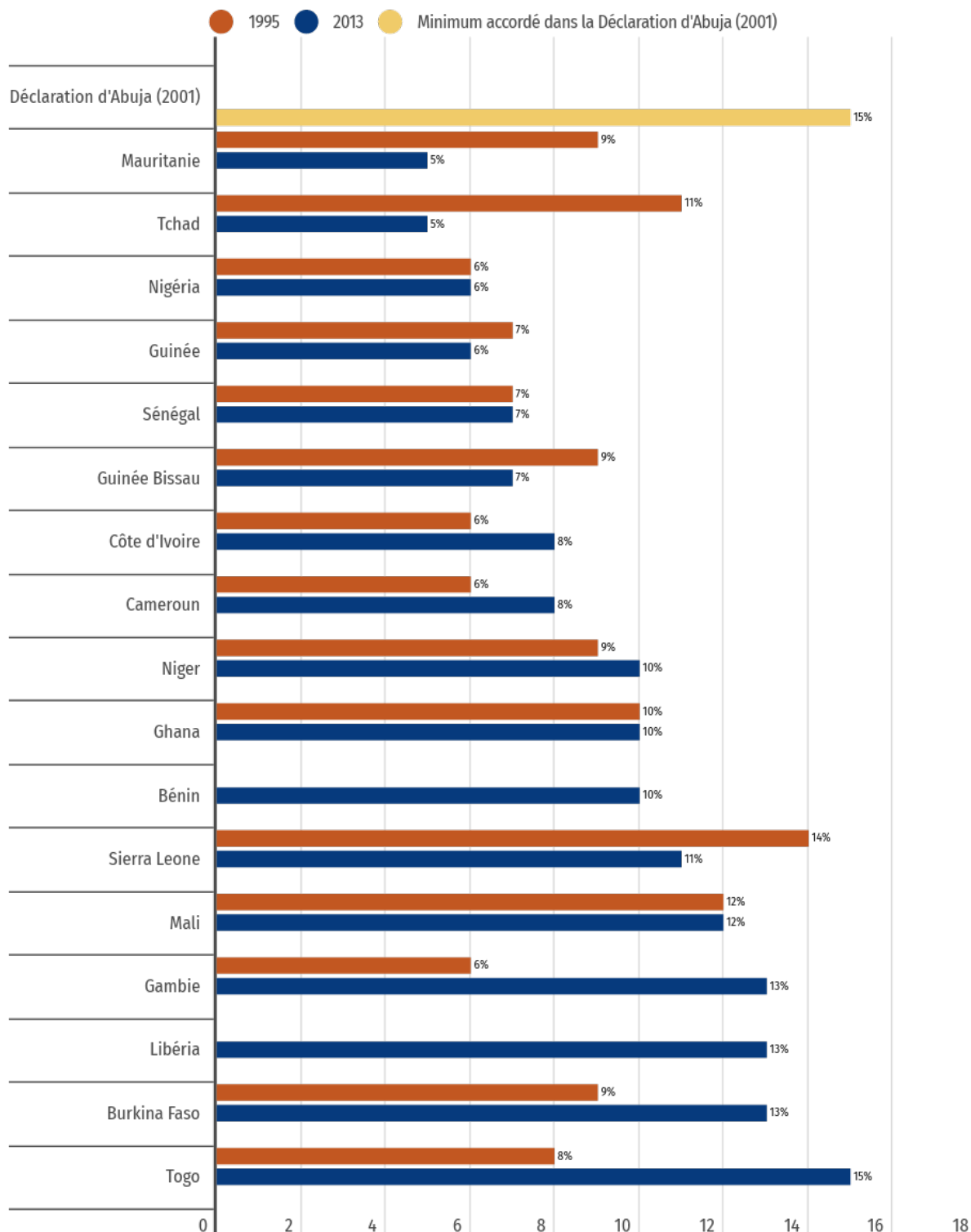
Human Rights Watch, "Ghana: People with Disabilities Freed from Chains"

" While the act requires the government to set up regional mental health committees responsible for monitoring mental health facilities across the country, they are yet to be established. There is an urgent need for government oversight of prayer camps and mental hospitals where people with mental health conditions are suffering horrific abuse

« La seule solution raisonnable qui a été proposée par l’OMS pour les pays d’Afrique de l’Ouest serait de confier aux infirmiers (bac +3), si possibles spécialisés (bac +5), la possibilité de faire des diagnostics et des prescriptions de psychotropes. À condition bien entendu qu’ils soient supervisés par des médecins du pays. »

Pierre Lepidi, «*En Afrique, les malades mentaux meurent dans l’indifférence générale*»

Graphique 13: dépenses des administrations publiques en santé en pourcentage des administrations publiques dans la région africaine, 1995 et 2013



Source: Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Régional de l’Afrique), 2015

4. Les recommandations

Les indicateurs sur la situation sanitaire en Afrique de manière générale et dans les pays de la zone WATHI de manière spécifique montrent des progrès incontestables et réguliers au cours des deux dernières décennies. Les évolutions restent contrastées d'un pays à l'autre, certes, mais la tendance globale a été positive. Les progrès ont été particulièrement freinés par des contextes de conflits armés et/ou des crises sanitaires exceptionnelles, la plus marquante et la plus récente en Afrique de l'Ouest étant l'épidémie à virus Ebola, qui a affecté lourdement le Liberia, la Sierra Leone et la Guinée.

Les indicateurs de l'état de santé se sont améliorés en grande partie grâce à l'ampleur des contributions financières internationales pour combattre des grandes pandémies, le paludisme, la tuberculose et le VIH sida. Le fonds mondial a ainsi joué un rôle central dans tous les pays de la région et permis d'alléger considérablement la facture sanitaire des États et des populations. Le revers de la médaille a été la permanence d'un effort insuffisant des États pour financer les investissements dans la santé de leurs populations. Les objectifs maintes fois proclamés n'ont jamais été atteints, le plus connu étant l'engagement des États à consacrer 15 % de leur budget national au secteur de la santé (déclaration d'Abuja).

Les données montrent clairement la défaillance des États sur cette question. Le manque de financement signifie augmentation forte des dépenses de santé financées par les populations elles-mêmes, dans le contexte de pays à revenus faibles voire très faibles, et de pays où les inégalités spatiales sont restées énormes. Ces inégalités sont saisissantes autant en matière de répartition géographique des établissements de santé qu'en matière de disponibilité des ressources humaines essentielles dans le domaine de la santé.

Les pistes d'action

1. Mettre en place une politique préventive de lutte contre les maladies au cœur du système de santé, et pour ce faire :

- a) Inclure la prévention, les soins de santé primaire et les principes de base de la santé mentale dans le parcours de formation de tous les professionnels de santé
- b) Inclure la prévention des maladies, des accidents domestiques et des accidents de la route dans les programmes scolaires de l'école maternelle à la fin des études secondaires et s'assurer de la formation préalable de tous les enseignants dans ce domaine
- c) Élaborer des documents explicatifs succincts en mots et images à l'attention des parents qui sont les premiers éducateurs, et distribuer ces documents dans les centres dédiés à la prévention et dans les centres de santé
- d) Prévoir des visites régulières des agents de santé préventive dans les écoles afin d'appuyer de façon concrète les cours d'éducation en santé et en prévention
- e) Créer ou renforcer des agences nationales dédiées à la prévention des maladies et à la promotion du bien-être, chargées de définir et d'actualiser les politiques nationales de prévention et de superviser les centres décentralisés dédiés à la prévention et à la promotion du bien-être sur l'intégralité du territoire national

f) Créer une plateforme numérique unique à l'échelle nationale chargée de disséminer via le téléphone mobile, les réseaux sociaux, des applications, des messages destinés au grand public pour la prévention des maladies et le maintien en bonne santé physique et mentale, de promouvoir et de certifier les sites internet et applications mobiles existants qui fournissent des informations fiables en matière de prévention de maladies spécifiques comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, etc.

g) Créer ou consolider un réseau de centres d'information sur la prévention et le bien-être installés autant que possible dans toutes les communes et communautés rurales :

- Doter les centres d'information de conseillers en santé et en prévention recrutés sur concours à l'échelle des régions ou départements au sein des jeunes diplômés de l'enseignement secondaire et supérieur puis spécifiquement formés dans les écoles de santé publique pour exercer leurs missions sur la base de contrats de durée déterminée renouvelables prévoyant notamment une évaluation par les usagers
- Utiliser ces centres comme points d'orientation au sein du système de santé pour améliorer le système d'accueil des hôpitaux et centres de santé (prise en compte des langues locales et niveau d'éducation)
- Attribuer comme missions principales à ces centres l'accueil et l'information des populations sur les habitudes, les comportements, les pratiques reconnus pour favoriser une bonne santé physique et mentale, notamment l'importance de l'hygiène, des activités physiques quotidiennes, d'une alimentation saine et équilibrée (et adaptée au pouvoir d'achat et à la disponibilité locale de biens alimentaires), sur les principaux facteurs de risques sanitaires et domestiques
- Disposer au sein des centres de conseillers spécifiquement formés pour l'accueil et l'information des jeunes garçons et filles sur les questions de santé sexuelle et reproductive
- Consulter les populations à l'échelle locale sur l'emplacement idéal de ces centres qui doivent être facilement accessibles à tous, et ne doivent pas être assimilés à des centres de santé ou hôpitaux mais à des espaces de services publics gratuits dédiés au bien-être individuel et communautaire
- Adapter les conseils fournis par les centres aux réalités communautaires en valorisant la médecine traditionnelle et en incluant tous les différents acteurs dans la prestation de soins de santé comme dans le cadre de l'éducation sanitaire préventive : accoucheuses traditionnelles, professionnels locaux du domaine de la santé, groupes religieux, chefs coutumiers, établissements d'éducation, organisations non gouvernementales actives au plan local
- Prévoir l'organisation par ces centres de rencontres trimestrielles dédiées à la prévention des maladies et au bien-être ouvertes à tous et permettant à tous les acteurs sociaux influents dans l'éducation sanitaire des populations d'échanger des idées, notamment des professionnels locaux du domaine de la santé, des leaders communautaires, des enseignants, des acteurs associatifs, des acteurs économiques locaux

- En milieu rural, privilégier le recrutement de personnes ayant une appétence pour la prévention ou le secteur de la santé (tradipraticiens, enseignants à la retraite, jeunes ayant abandonné les études faute de moyens), pour créer plus facilement des relations de confiance avec les populations
- Permettre une mobilité des agents de santé préventive afin qu'ils aillent également à la rencontre des populations dans les zones les plus isolées, comme cela se fait dans le cadre des programmes de sensibilisation contre le paludisme dans beaucoup de pays.

2. Assurer la formation de ressources humaines suffisantes dans le domaine de la santé, y compris la santé mentale, leur distribution équitable sur les territoires nationaux et leur encadrement effectif

a) Investir dans la formation des professionnels de santé sur la base d'une planification déterminée par l'identification précise des besoins et des manques les plus importants en matière de médecins spécialistes, d'infirmiers et d'autres agents de santé spécialisés.

b) Investir dans la formation des agents de santé responsables de l'entretien permanent des matériels médicaux utilisés dans les hôpitaux et centres de santé publics, dans la formation de techniciens spécialisés dans la maintenance et la réparation des matériels médicaux.

c) Envisager la formation de personnels de santé non diplômés en médecine, notamment des infirmiers et des sages-femmes issus d'écoles spécialisées et sélectionnés par concours, à la pratique de certains actes médicaux relativement simples et courants généralement réservés aux seuls médecins pour pallier avec pragmatisme aux manques et soigner les patients à court et moyen terme.

d) Introduire ou renforcer dans tous les parcours de formation initiale et permanente des personnels de santé, des médecins jusqu'aux agents d'entretien dans les hôpitaux, des sessions sur l'éthique professionnelle, sur la notion de service de qualité dû aux usagers, sur la relation d'aide et à l'écoute, notamment pour les patients souffrant de maladies mentales, sur le traitement équitable des usagers et sur la responsabilité individuelle en cas d'erreurs aboutissant à des drames dans les structures de santé, basées sur les réalités locales observées.

e) Améliorer les conditions de travail et les perspectives d'évolution professionnelle du personnel médical pour éviter les grèves récurrentes, conserver dans le secteur public les ressources humaines de qualité et maintenir un niveau satisfaisant de motivation et d'engagement.

f) Décentraliser autant que possible les structures de formation des personnels de santé dans les régions pour freiner l'exode souvent définitif vers les capitales des jeunes désireux de poursuivre une carrière dans le domaine médical, pour pouvoir recruter du personnel formé localement et pallier le manque généralisé de ressources humaines qualifiées dans les zones rurales et même dans les villes secondaires.

g) Repenser les programmes de bourses de manière à favoriser la formation dans les domaines médical et paramédical de jeunes issus des régions les plus défavorisées dans chaque pays selon les statistiques nationales de santé et à assurer le suivi des ressources humaines ainsi formées avec une obligation d'exercice professionnel dans une des régions défavorisées du pays pendant un nombre déterminé d'années à préciser contractuellement

h) Mettre en place, après avoir entrepris et analysé les résultats d'une enquête sérieuse auprès des étudiants en médecine pour recueillir leurs points de vue, des mesures incitatives pour attirer des jeunes médecins généralistes et spécialistes dans les localités les plus difficiles et enclavées et réduire les inégalités d'accès aux services de santé.

i) S'inspirer de l'exemple de la Thaïlande pour créer, consolider ou réformer un service rural obligatoire temporaire pour tous les jeunes diplômés en médecine qui serviront une communauté rurale pendant une période de temps déterminée et limitée dans l'optique de les familiariser dès les premières années à la pratique au niveau local/rural pour ainsi faciliter leur insertion à la fin de leur formation dans ces zones.

j) Créer une plateforme gérée par un département dédié au sein des ministères de santé, pour favoriser, organiser et rationaliser des missions ponctuelles des médecins spécialistes de la diaspora dans leurs pays d'origine notamment pour réaliser des interventions complexes et aider à la transmission continue de savoirs et de savoir-faire aux jeunes médecins.

k) Actualiser et rendre publiques sur un site internet les données statistiques sur le personnel médical disponible dans toutes les régions/départements/provinces des pays et favoriser ainsi le suivi des efforts gouvernementaux de réduction des inégalités d'accès aux services de santé et l'implication des organisations de la société civile et des citoyens dans la mobilisation pour une meilleure santé pour tous.

3. Mieux financer les systèmes de santé pour promouvoir l'accessibilité aux soins et aux médicaments

a) Considérer réellement l'investissement dans un système de santé public, universel et tendant vers la gratuité comme la première des priorités des gouvernements, de concert avec l'éducation ; affirmer le choix d'un financement prioritaire du système national de santé par les recettes fiscales générales et des impôts spécifiques sur certains produits/services et atteindre enfin effectivement l'objectif d'une part de 15% du budget national consacré au secteur de la santé, objectif fixé par la déclaration d'Abuja.

b) Allouer des ressources budgétaires spécifiques au domaine de la santé et, pour ce faire, affecter au secteur de la santé les ressources tirées des taxes sur les produits nocifs pour la santé, comme le tabac ou l'alcool, les taxes sur des produits de luxe et sur les transactions financières et éventuellement une taxe spéciale sur les profits des grandes entreprises.

c) Négocier avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une formule pour assurer une compensation financière pour les ressources humaines du domaine de la santé formées dans les pays africains et recrutées par les pays à revenus élevés, procurant des ressources qui seront exclusivement affectées à la formation des personnels de santé dans les pays d'origine.

d) S'inspirer des systèmes rwandais et thaïlandais qui ont réussi à donner une couverture sanitaire au secteur informel aussi ; et envisager la création de programmes publics d'assurance santé pour les employés du secteur public, pour les employés du secteur privé et pour le reste de la population.

4. Améliorer le fonctionnement au quotidien de tous les établissements délivrant des services de santé

a) Doter les structures de santé de services de nettoyage avec une formation appropriée, en traitant le service d'entretien comme un aspect clé du fonctionnement des hôpitaux et centres de santé afin d'assurer l'hygiène et la salubrité dans les installations et éviter toute propagation ultérieure de maladies.

b) Établir un numéro unique et centralisé au niveau national pour les services d'urgence médicale relié à un dispositif décentralisé de gestion d'ambulances fonctionnelles, et faire appel à des entreprises innovantes africaines pour proposer des technologies adaptées au contexte, et notamment à l'exigence de minimisation des coûts :

c) Lutter contre la corruption au quotidien dans les structures de santé à travers des mesures comme:

- L'affichage dans les structures de santé des tarifs des différents services et ceux qui sont officiellement gratuits.
- La mise en place d'audits externes et internes pour assurer que les budgets sont alloués et dépensés de façon adéquate.
- L'élaboration de normes strictes de contrôle d'accès à certains équipements pour promouvoir la transparence et la reddition de comptes.
- La pratique régulière d'évaluations externes, y compris des visites inopinées dans les établissements de santé et l'évaluation des services par les usagers.
- La mise à disposition d'une ligne téléphonique dédiée à la lutte contre la corruption pour les usagers des services de santé et les agents. Elle doit être liée à un système de suivi adéquat, une rétroaction et une protection des informateurs.
- La généralisation de politiques de gestion des ressources humaines du domaine de la santé intégrant des incitations à la performance et à l'éthique professionnelle.

d) Promouvoir dans les établissements de santé l'utilisation des technologies modernes de l'information et de la communication pour accroître la célérité dans le traitement et le suivi des dossiers des patients, pour instaurer des systèmes de paiement transparents et pour le développement de la prévention à distance et de la télémédecine au bénéfice des populations des zones rurales les moins bien pourvues en personnel médical.

e) Recourir aux moyens informatiques modernes pour la planification et la réalisation des acquisitions de matériel médical, pour gérer l'attribution des nouveaux équipements aux différentes structures de santé réparties sur le territoire national et pour localiser en permanence les matériels médicaux publics afin de mettre fin au détournement de matériels médicaux au profit de structures privées et à toutes les formes de mauvaise gestion des matériels médicaux publics.

5. Renforcer les systèmes de santé nationaux par le développement de la recherche, la mutualisation des ressources au niveau régional et l'institutionnalisation d'un débat public sur les politiques nationales de santé, et pour ce faire :

a) Au niveau national :

- Organiser des réunions périodiques entre toutes les institutions, départements, agences, mouvements, fondations, instituts, formateurs liés au domaine de la santé afin d'assurer la coordination entre les différents acteurs concernés dans la prise de décisions dans le domaine de la santé, ainsi que pour assurer la transparence, la reddition de comptes et l'efficacité du réseau sanitaire national.
- Assurer la présence de tous les acteurs du développement (économistes, médecins épidémiologistes, urbanistes, formateurs, architectes, pharmaciens, etc.) dans les espaces publics de prise de décisions dans le domaine de la santé.
- Créer une institution chargée de la recherche sur le système de santé, de concevoir et revoir constamment le système de santé: identifier des opportunités, des défis, des échecs et proposer aux autorités politiques et à la collectivité nationale des améliorations régulières au fonctionnement du système de santé concernant le système de santé. En Thaïlande, par exemple, la création en 1992 du "Health Systems Research Institute" a favorisé la mise en place de systèmes et politiques publiques cohérentes et durables jusqu'à présent.

b) Au niveau régional, renforcer l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) comme pôle régional principal dans les domaines suivants :

- La coordination des politiques nationales de santé, y compris la santé mentale.
- La rationalisation des partenariats internationaux dans le domaine de la recherche.
- La mobilisation des financements internationaux.
- La réforme et l'harmonisation des cadres légaux des pays pour favoriser la production nationale et régionale de médicaments et réduire la dépendance à l'égard des multinationales étrangères et les pénuries de médicaments.
- Le développement et l'amélioration continue d'indicateurs de santé et de méthodes de collecte des données statistiques harmonisés à l'échelle régionale.
- La réflexion régionale sur les systèmes de santé.
- La gestion des crises sanitaires.
- L'harmonisation des parcours de formation des professionnels de santé.

Conclusion

Les constats sélectionnés présentés dans ce document ne prétendent nullement à l'exhaustivité. Ils mettent cependant le doigt sur les dysfonctionnements, les manques, les problèmes majeurs des systèmes de santé de la région. Au-delà de la rareté des ressources disponibles pour financer le fonctionnement des services de santé et l'investissement dans l'amélioration des systèmes, des problèmes d'organisation et de gestion des établissements de santé sont récurrents. Les pistes d'action présentées visent à répondre à une partie des défis les plus urgents et les plus importants dans le domaine de la santé des populations, en tenant compte de manière réaliste des capacités financières limitées des États et des populations de la région.

LE THINK TANK WATHI

WATHI, le think tank citoyen de l'Afrique de l'Ouest, est un laboratoire d'idées participatif et multidisciplinaire qui a pour objectif de contribuer au partage de connaissances et à la production d'idées sur les enjeux politiques, économiques, sociaux et culturels cruciaux pour le présent et l'avenir des pays d'Afrique de l'Ouest.

L'espace géographique de WATHI inclut les 15 pays de la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ainsi que le Cameroun, le Tchad et la Mauritanie.

Librement inspiré de «*waati*» qui signifie « temps » en langue bamanakan du Mali, WATHI exprime à la fois l'urgence d'une mobilisation collective et la nécessité d'un engagement sur la longue durée.

L'ASSOCIATION WATHI

WATHI est une association à vocation régionale légalement enregistrée à Dakar, au Sénégal. L'état d'esprit des membres et amis de WATHI est celui de femmes et d'hommes qui sont attachés à l'Afrique de l'Ouest et à l'Afrique, qui croient en la capacité des Africains à générer eux-mêmes les ressources nécessaires à la réflexion et à l'action collective sur des questions cruciales pour leur avenir.

La stratégie de mobilisation de ressources du WATHI n'exclut pas les donateurs institutionnels potentiels (fondations, organisations internationales et régionales, entreprises privées) mais elle vise aussi tous les citoyens des pays d'Afrique et de tous les autres continents qui partagent la vision et l'état d'esprit du WATHI.

POUR SOUTENIR WATHI

Rendez-vous sur le site :

<http://www.wathi.org/soutenir/>

Faire un don à WATHI :

donate@wathi.org



PARTENAIRES

Retrouvez tous les partenaires de WATHI sur www.wathi.org

CONTACTS

Informations générales
infowathi@wathi.org

www.wathi.org

© Matakï est une publication de l'association WATHI. La reproduction d'extraits de cette publication est autorisée avec une citation explicite de la source et l'insertion du lien vers le site de WATHI, www.wathi.org.