

Urgences et crises sanitaires en Afrique: d'une approche rationaliste à une approche par les complémentarités institutionnelles?

Bruno Boidin, CLERSE, Lille 1

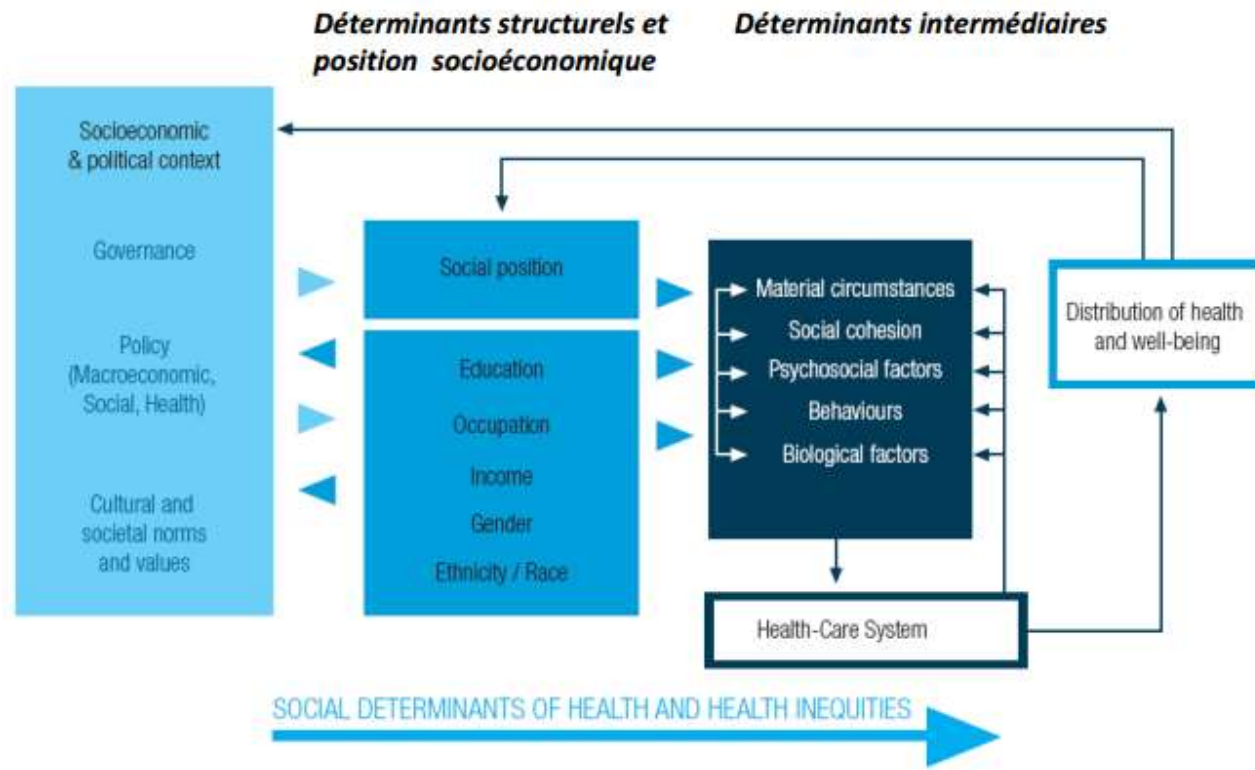
1. Idées principales

- ▶ **Les politiques actuelles de santé en Afrique mettent en avant de grandes réformes** telles que la couverture santé universelle (CMU) et le renforcement des systèmes de santé en vue d'une meilleure gestion des urgences et crises sanitaires
- ▶ **Ces réformes sont généralement construites selon un paradigme rationaliste:** preuve scientifique + mise en œuvre de programmes verticaux + mesure de la performance
- ▶ **Cette conception ne permet pas de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé**, pourtant au cœur des enjeux de la santé en Afrique
- ▶ Le faible recours aux déterminants sociaux dans les politiques de santé est le pendant d'une conception économique standard pour laquelle le processus d'élaboration des politiques est linéaire et rationnel
- ▶ **Ce processus supposé rationnel omet les multiples interactions entre les différents leviers de la santé et le rôle de l'Etat** dans l'organisation des complémentarités entre ces leviers

2. La faible application des enseignements sur les déterminants sociaux de la santé en Afrique

- ▶ Les déterminants sociaux de la santé (DSS): des preuves empiriques confortées depuis les années 1990 (CSDH 2008, Marmot, 2010)
- ▶ Déterminants externes et internes aux système de santé

Les DSS selon l'OMS (2009)



Les défauts de mise en œuvre

- ▶ Une influence croissante de cette approche au sein des institutions internationales: Déclaration sur les soins primaires (1978)...Charte d'Ottawa (1986)...Déclaration d'Helsinki (2013) « Health in all policies » (HIAP)
- ▶ Une faible mise en œuvre de ces engagements: approche verticale de l'aide à la santé, axée sur les grandes maladies, absence de transversalité
- ▶ Parmi les facteurs explicatifs: faible pouvoir des acteurs publics locaux face à l'emprise des acteurs internationaux / pouvoir limité de l'OMS face à la montée des financements privés

3. La grille d'analyse en termes de complémentarités institutionnelles

- ▶ L'une des conclusions des approches fondées sur les DSS est le caractère non linéaire du processus de décision politique : celui-ci ne prend pas en compte de façon rationnelle et mécanique les preuves scientifiques en faveur d'une politique intégrée autour des DSS
- ▶ La littérature sur les DSS est largement basée sur le plaidoyer mais peu sur l'analyse du processus politique progressif et tâtonnant nécessaire à sa mise en œuvre
- ▶ Ce chaînon manquant de l'analyse peut être comblé par l'économie politique de la santé et du développement

Les caractéristiques de l'économie politique appliquée à la santé

- ▶ Substituer à l'idée des « **bonnes institutions** » celle de **complémentarités institutionnelles** plus ou moins fortes : interactions entre différents leviers de santé: ex. l'accès des femmes à l'éducation et à l'emploi joue favorablement sur leur accès à la santé
- ▶ Les silos institutionnels mis en évidence par les travaux en santé publique (Marmot...) sont un cas de **faible complémentarité institutionnelle**
- ▶ Ces faibles complémentarités peuvent être identifiées autant **de façon interne** aux acteurs de la santé que **de façon externe** (entre les acteurs de la santé et les autres)

4. Mise en évidence des faibles complémentarités institutionnelles internes en Afrique

les volets emblématiques des politiques et programmes de santé en Afrique depuis les années 1990

Volet	Concepts clés	Levier principal mobilisé
Organisation des systèmes de santé	Coopération	Partenariats multipartites , (dont les Partenariats public-privé)
Couverture maladie	Equité	Couverture santé universelle
Financement des services	Performance	Paiement à la performance (payment for performance)
Tarification des services	Equité/justice	Gratuité ciblée

Conclusion

- ▶ Les grands chantiers de la santé publique en Afrique (CSU, renforcement des systèmes de santé) sont présentés comme des leviers de gestion de l'urgence et des crises sanitaires
- ▶ Cette approche ne s'accompagne pas d'un retour des Etats comme coordinateurs de politiques globales de santé qui prendraient en compte les interactions entre les déterminants structurels de la santé