

Module 1 : Services de santé intégrés et centrés sur la personne

Résumé : Le district sanitaire est devenu progressivement le modèle de structuration de base des Soins de Santé Primaires (SSP) dans pratiquement tous les systèmes de santé. L'adoption des Objectifs du Millénaire (ODM) en 2000 a renforcé et accentué les initiatives verticales ciblées, au détriment du renforcement systémique et de l'approche horizontale et intégrée des soins de santé dans les systèmes de santé locaux. L'approche verticale épidémiologique a prédominé sur l'approche horizontale sociologique. Il y a donc nécessité de réactualiser profondément le système de santé de district. Ces nouveaux défis plaident pour le développement d'une nouvelle stratégie d'approche équilibrée de nos appuis : offre/demande, prestataires /utilisateurs, services/mutuelles, gouvernement/société civile, ou encore épidémiologique /anthropologique. Pour ce faire, la Belgique devra diversifier les acteurs /partenaires et intégrer dans un même programme ses appuis via les modalités de coopération gouvernementale et non-gouvernementale. La Belgique a toujours privilégié l'approche horizontale, systémique, holistique du district sanitaire et l'intégration globale des soins de santé, sans se focaliser sur une pathologie. C'est pourquoi, ce module sera développé sous forme de sous-modules intégrés

Introduction :

Le concept du district (ou zone) sanitaire, c'est-à-dire d'une pyramide sanitaire à deux niveaux, composée d'un réseau de postes de santé de première ligne, assurant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et d'un Hôpital de Référence assurant le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), s'est développé et généralisé progressivement, aux rythmes des conférences internationales¹ et régionales², et de l'implication progressive des gouvernements et de leurs partenaires techniques et financiers. Au niveau belge, l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers et les différentes écoles universitaires de santé publique ont excellé dans la recherche-action sur les systèmes de santé de district et ont contribué largement à la généralisation de l'approche district sanitaire, notamment via les Déclaration d'Anvers (2001) et de Dakar (2013) de portée internationale.

Le district sanitaire est devenu progressivement le modèle de structuration de base des SSP dans pratiquement tous les systèmes de santé, particulièrement en Afrique, mais aussi ailleurs. Mais souvent, la mise en œuvre du district sanitaire fut sélective et un peu trop rigide, basée sur des pratiques administratives, financières et politiques d'un Etat trop centralisé. Par ailleurs, tout en créant un renouvellement de l'engagement politique et financier en faveur de la santé, **l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM) en 2000 a renforcé et accentué les initiatives verticales ciblées, au détriment du renforcement systémique et de l'approche horizontale et intégrée des soins de santé dans les systèmes de santé locaux.** Il en a résulté un déséquilibre important des financements, avec dans beaucoup de pays africains des budgets de programmes verticaux dépassant de loin le budget propre du Ministère de la Santé, et avec les dérives y afférentes, à savoir, la migration du personnel qualifié vers les programmes et la concentration des moyens humains, financiers et matériels sur quelques priorités seulement, au détriment du PMA et PCA. Dès lors, Il en a résulté également l'absence de prise en compte et donc la persistance incontrôlée de maladies négligées, de maladies non transmissibles. Par ailleurs, **l'approche verticale épidémiologique a prédominé sur l'approche horizontale sociologique**, aboutissant à une faible participation et appropriation communautaire et à l'absence de prise en charge des principaux groupes-vulnérables (indigents, malades chroniques, personnes âgées,...). Les difficultés et insuffisances du district sanitaire, censé intégrer et prester l'ensemble des activités (PMA et PCA) de manière équilibrée, s'expliquent principalement par l'absence d'intégration au niveau supérieur, départemental ou national des ressources financières, humaines et matérielles et des programmes d'activités, imposées de manière incoordonnées par les nombreux programmes verticaux. Il en a découlé un énorme gaspillage de moyens et d'énergie et une faible efficience dans le secteur santé..

Il y a donc nécessité de réactualiser profondément le système de santé de district, en tenant compte :

- des nouveaux concepts : la bonne gestion (inclusive des ressources endogènes et exogènes, via l'appui budgétaire), la bonne gouvernance, la transparence,, les nouvelles modalités de financement et d'incitations, la défense des usagers et la participation active de la société civile au système de santé.
- des nouveaux facteurs contextuels : la décentralisation, la libéralisation du marché, l'urbanisation croissante, les NTIC,..
- des nouvelles initiatives en santé : le financement basé sur les résultats (FBR), la Tarification Forfaitaire (subsidiée ou non) (TFS), les initiatives de gratuité pour groupes vulnérables, la Couverture Universelle Santé (CUS) , l'assurance qualité (AQ),..

Ces nouveaux défis plaident pour le développement d'une nouvelle stratégie d'approche équilibrée de nos appuis : offre/demande, prestataires /utilisateurs, services/mutuelles, gouvernement/société civile, ou encore épidémiologique /anthropologique (comme préconisée dans la lutte contre Ebola). Pour ce faire, la Belgique devra diversifier les acteurs /partenaires et intégrer dans un même programme ses appuis via les modalités de coopération gouvernementale et non-gouvernementale.

¹ Au niveau international : Alma Ata (1978)—Bamako (1987) - « Les SSP Maintenant plus que jamais » (Rapport OMS 2008)

² Au niveau régional africain : Accra (1981) – Harare (1989) – Ouagadougou (2008)

Quels sont les défis ?

Certaines tendances mettent à mal la réponse des systèmes de santé :

- L'hospitalocentrisme : des systèmes de santé qui s'articulent autour de l'hôpital et des spécialistes
- La fragmentation : des systèmes de santé articulés autour de programmes prioritaires ; de groupes sociaux
- La dérégulation : des systèmes de santé qu'on laisse dériver vers la marchandisation dérégulée

L' évolution des valeurs et les nouvelles attentes mettent l'accent sur :

- Des autorités sanitaires fiables et attentives aux besoins de la population pour assurer la santé des communautés
- L' équité en matière de santé et des soins centrés sur la personne
- La participation accrue des communautés au système de santé

Quelles sont les priorités ?

Par services de santé intégrés et centrés sur la personne, on entend la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé.

L'approche prioritaire sera l'approche basée sur les Droits de l'individu et de la communauté, visant à

- **renforcer la redevabilité des prestataires de soins vis-à-vis des utilisateurs,**
- **renforcer l'organisation de la demande vis-à-vis de l'offre de soins**
- **renforcer le rôle de la communauté dans la cogestion globale des structures locales de santé qu'elles financent déjà majoritairement par le financement communautaire**

Que faire ?

Développer simultanément une double approche :

Un appui à l'organisation de l'offre de soins, qu'elle soit publique, ou privée sociale.

Un appui à l'organisation de la demande, en fédérant en plate-forme toutes les Organisations à Base Communautaire ainsi que les élus locaux représentatifs des usagers.

Pourquoi ?

Les usagers jouent un rôle essentiel dans l'appréciation de la qualité des soins offerts et contribuent pour 65 à 80% au financement du système de santé via le financement communautaire, ce qui leur donne par ailleurs un droit de regard légitime sur la gestion financière . Ainsi, le développement d'un contrepoids/contrepuissance des usagers vis-à-vis du poids/pouvoir des prestataires est un gage de qualité de soins, de bonne gestion et de transparence financière.

Qui doit le faire ?

Conformément à la nouvelle approche de « politique sectorielle intégrée », les différentes modalités d'aide (directe, indirecte ou multilatérales) seront utilisées en fonction de leurs spécificités, des activités soutenues et des partenaires locaux concernés.

Comment le faire ?

Par un double ancrage : Ancrage institutionnel au niveau central/intermédiaire et au niveau opérationnel (périphérique)

Via un appui technique au « système local de santé (SYLOS)³ » :

- o au niveau de l'offre de soins : appui diversifié aux structures publiques, privées associatives,
- o au niveau de la demande : structuration d'une plateforme représentative des usagers, incluant élus locaux, mutuelles, groupements associatifs (ANGs) etc...

Via un appui financier comprenant le financement des « inputs » au niveau des prestataires (offre de soins), ciblé sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA) au niveau CS et le paquet Complémentaire d'Activités (PCA) au niveau HD et celui des « outputs » au niveau des usagers (demande de soins), ciblé sur les groupes les plus vulnérables.

Spécificité belge : La Belgique a toujours privilégié l'approche horizontale, systémique, holistique du district sanitaire et des soins de santé. Ses appuis ciblés sur les quelques programmes verticaux où elle a une expertise certaine, comme la lutte contre la Trypanosomiase , le SIDA, la Lèpre, l'Onchocercose ont toujours veillé à s'intégrer aux districts, afin d'éviter le risque majeur de fragmentation et de favoriser l'appropriation et la participation communautaire.

³ Bruno Meessen ^a, Belma Malanda ^b pour la communauté de pratique «Prestation de services de santé»³ *Bulletin de l'OMS* 2014;92:78-78A.

« les autorités doivent reconnaître la nature pluraliste du secteur de santé, incluant des acteurs publics, privés lucratifs et non-lucratifs. Ceci implique une nouvelle approche du district (ou du système local de santé (SYLOS)), plus souple, inclusive et ouverte au dialogue avec les nombreux acteurs, favorable à l'innovation et à l'apprentissage au niveau organisationnel »

Luik 1.1.: « Overdraagbare ziekten en verwaarloosde tropische ziekten »

Dit onderdeel stelt richtlijnen voor in verband met de uitvoering van interventies voor de bestrijding van de belangrijkste infectieziekten en vraagt aandacht voor verwaarloosde aandoeningen door de actoren van de Belgische ontwikkelingssamenwerking (OS). Deze richtlijnen vloeien voort uit een benadering gestoeld op mensenrechten, het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen. België pleit voor de versterking van geïntegreerde gezondheidssystemen voor de bestrijding van overdraagbare ziekten die niet alleen de plaatselijke bevolking, maar ook de wereldgezondheid blijven bedreigen.

Samenvatting

Infecties blijven een belangrijke oorzaak van moedersterfte en van kinderen beneden de 5 jaar. De Belgische ontwikkelingssamenwerking schenkt bijzondere aandacht aan de strijd tegen de 3 grote wereldepidemieën (aids, malaria en tuberculose), de strijd tegen de verwaarloosde tropische ziekten, de strijd tegen de opkomende antimicrobiële resistentie en tegen nieuw opkomende epidemieën (zoals ebola, zika of SARS) die de wereldgezondheid bedreigen.

De Belgische kennis en ervaring ligt hoofdzakelijk in de organisatie van een duurzaam en geïntegreerd gezondheidszorgsysteem voor een toegankelijke, kwalitatieve en duurzame basisgezondheidszorg. De dialoog tussen het personeel, de gebruikers en de sectorverantwoordelijken om de noden en verwachtingen beter te integreren in de gezondheidszorg is ook een Belgische aandachtspunt.

Tenslotte zijn de Belgische onderzoeks- en productontwikkelingsmogelijkheden en het gebruik van digitale en communicatiemiddelen waardevolle instrumenten.

1. Context

Op 11 december 2015 verscheen er een rapport van het secretariaat van de Wereldgezondheidsorganisatie gericht aan de Executive Board over *'Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development'*. Daarin schetst het secretariaat het verloop van de ontwikkeling van de Sustainable Development Goals (SDG's), de grootste verschillen met de MDG's en haalt het eveneens enkele belangrijke strategische domeinen voor globale gezondheid aan.

Een van de bevindingen van het rapport is het feit dat gezondheidssystemen centraal staan in de nieuwe agenda voor 2030: "The declaration ... places universal health coverage as the target that underpins and is key to the achievement of all others, thereby showing how it can increase coherence, reduce fragmentation in the health sector and contribute to the development of strong health systems."

De Belgische steun aan de strijd tegen overdraagbare ziekten kadert dan ook natuurlijk in de strategie van de versterking van het geïntegreerd gezondheidszorgsysteem. De strijd tegen die aandoeningen vraagt dat het aanbod in verhouding staat tot de noden en de vraag en dat zowel de gebruiker als het gezondheidspersoneel aan zijn trekken komt in dit systeem. Daarvoor zijn de epidemiologische en de antropologische aanpak belangrijk en vullen elkaar aan. Het holistisch gezondheidsdistrict met geïntegreerde diensten met oog voor preventie en behandeling staat dan ook hier als model voor de aanpak van de overdraagbare aandoeningen.

De bestrijding onder vorm van preventie, vroegtijdige behandeling en nazorg van belangrijke infectieziekten zoals SOA/HIV/AIDS, malaria en tuberculose verdient bijzondere aandacht, zeker in die landen of regio's waar

een hoge prevalentie een zware tol eist bij de algemene bevolking en de gezondheidszorgdiensten belast. In landen die zwaar getroffen zijn door een epidemie, worden extra middelen vrijgemaakt voor programma's voor de preventie en behandeling bij het gezondheidszorgpersoneel.

Andere verwaarloosde domeinen en aandoeningen (een twaalfstal volgens WHO) waarvoor men er niet in slaagt om voldoende zorg te bieden⁴ verdienen eveneens onze aandacht. De slaapziekte, waar België een bijzondere kennis over beschikt, maakt deel uit van deze ziekten.

De Belgische ontwikkelingssamenwerking zal ook oog hebben voor nieuw opkomende infectieziekten, zoals aids enkele jaren terug, of ebola dit jaar. Deze vormen een bedreiging niet alleen voor de lokale gezondheidssystemen maar ook voor de wereldgezondheid. Het nauw verband tussen de gezondheid van de lokale gemeenschappen en de wereldgezondheid is ook de inzet van België voor de uitvoering van EU communicaties zoals "Global health" die de samenwerking tussen volksgezondheid, OS, handel, en onderzoekt nastreeft en "health in all politics" die de nood aan een coherente multisectoriële aanpak voor gezondheid onderlijnt. Verder is een samenwerking op wereldvlak voor het recht op gezondheid gesteund door Belgische bijdragen aan de WGO, UNAIDS, GFATM, UNFPA en UNICEF.

2. Motivering

'Traditionele' infectieziekten

Infecties blijven een belangrijke oorzaak van moedersterfte en ook bij kinderen beneden de 5 jaar zijn longontstekingen, diarree en malaria een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte. Nochtans gaat om aandoeningen die gemakkelijk thuis of op het niveau van een gezondheidscentrum kunnen vermeden of behandeld worden. (cijfers?)

'De drie grote epidemieën'

Aids, malaria en tuberculose eisen nog steeds een grote tol bij de bevolking, vooral in de landen van Sub Saharaans Afrika. Deze ziekten leggen een grote druk op de gezondheidsdiensten, maar sinds 2000, het jaar dat de Millenium Development Goals (MDG) werden vooropgesteld, is duidelijk een gunstige trend opgetreden.

HIV/AIDS

Sinds 2000 is wereldwijd het aantal nieuwe HIV infecties 2000 met 35% gedaald, en sinds 2004 is de aids-gerelateerde sterfte zelfs met 42% teruggevallen. Sub Saharaans Afrika blijft de grootste ziektelast dragen: in 2014 kwamen 66% van de nieuwe infecties voor in Sub Saharaans Afrika. Bovendien blijkt dat meer dan 90 % van de kinderen met HIV besmet werden door de overdracht van moeder op kind, nochtans is de overdracht

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70048/1/WHO_HTM_NTD_2009.1_eng.pdf

Blinding trachoma, Buruli ulcer, Chagas disease (American trypanosomiasis), Dengue, Dracunculiasis (guinea-worm disease), Human African trypanosomiasis (sleeping sickness), Leishmaniasis, Leprosy, Lymphatic filariasis (elephantiasis), Onchocerciasis (river blindness), Rabies, Schistosomiasis (bilharziasis)

van het HIV virus gemakkelijk te voorkomen door de behandeling van de zwangere vrouw met antiretrovirale middelen. Van de 1,2 miljoen mensen die overleden aan aids, waren er 0,4 miljoen mensen besmet met TBC.

Malaria (World Malaria Report WHO 2015).

Ook voor malaria zijn de globale cijfers bemoedigend: tussen 2000 en 2015 daalde de incidentie met 37%, in de zelfde periode daalde de sterfte zelfs met 60%. Maar ook voor deze epidemie geldt dat in de landen van Sub Saharaans Afrika de terugval het traagst verloopt. De DR Congo en Nigeria dragen zelfs 35% van de globale ziektelast. De zwakke gezondheidszorgdiensten liggen aan de basis van dit falen, bovendien stellen de grote internationale fondsen weinig middelen ter beschikking om de fundamentele tekortkomingen van het gezondheidszorgsysteem aan te pakken. Ook voor deze ziekte zijn vooral zwangere vrouwen en kinderen het slachtoffer.

Tuberculose (Global Tuberculosis Report WHO 2015)

Ook voor tuberculose werden er indrukwekkende resultaten geboekt: sinds 1990 viel de mortaliteit terug met 47%, de grootste winst werd geboekt vanaf het jaar 2000. Zuid-Oost Azië en de 'Western Pacific Region' dragen 58% van de globale ziektelast. Afrika draagt 28% van de globale ziektelast maar heeft wel de grootste ziektelast per aantal inwoners (281 gevallen/100 000 mensen, het wereldwijd gemiddelde bedraagt 133 gevallen/100.000 inwoners). Ongeveer 3,3 % van de nieuwe TB patiënten zijn multiresistent (MDR-TB), van de patiënten die hervallen zijn 20% multiresistent. Slechts 50% van deze patiënten kunnen met succes behandeld worden. In 2014 waren 12% van de nieuwe TBC patiënten eveneens besmet met HIV.

Wereldwijde epidemieën

Door de mondialisering en door de explosieve toename van het wereldwijde verkeer van mensen is het risico op uitbreken van wereldwijde pandemieën. Sinds het opduiken van de HIV - epidemie in de jaren 80, werd de wereldgemeenschap geconfronteerd met de vogelgriep (AH5N1), SARS, MERS en recent nog de Ebola - epidemie. De internationale gemeenschap, en vooral de Westerse donoren, zien zich genoodzaakt om fondsen te mobiliseren om de verspreiding van deze virussen tegen te gaan. Ze doen dit om humanitaire redenen en om de stabiliteit in de getroffen landen te waarborgen, maar uiteraard ook om de eigen bevolking te beschermen. De Ebola crisis heeft weer eens duidelijk gemaakt dat verzwakte gezondheidssystemen en een verstoorde relatie met de bevolking grote gevolgen kan hebben, niet alleen op het niveau van het betrokken land, maar ook op internationaal niveau.

Neglected diseases

Omdat de 'verwaarloosde ziekten' vooral arme en kwetsbare bevolkingsgroepen treft verdienen ze speciale aandacht. België heeft zich gedurende decennia ingezet voor de bestrijding van 'neglected diseases' en heeft een internationaal erkende expertise opgebouwd, zowel op het medisch - biologisch vlak als op het gebied van volksgezondheid. Hierbij vermelden we vooral de bestrijding tegen de slaapziekte in de DR Congo. Op dit ogenblik is de ziekte laag-endemisch geworden en worden er alternatieve modellen uitgetest om de detectie en behandeling van slaapziekte aan te pakken op niveau van gezondheidscentra.

Antibioticaresistentie

Een probleem, onder meer door onoordeelkundig gebruik van antibiotica en de plaag van 'substandard' of zelfs 'fake' geneesmiddelen (oa multiresistente stammen TBC).

Besluit

Zowel de internationale context als de know how en meerwaarde van de Belgische OS op gebied van gezondheid pleiten voor het versterken van de geïntegreerde gezondheidssystemen voor de bestrijding van de overdraagbare ziekten die de wereldgezondheid blijven bedreigen.

3. Strategische prioriteiten

Al de programma's die de overdraagbare ziekten bestrijden moeten in de mate van het mogelijke ingebed zijn in bestaande structuren. Activiteiten en internationale bijdragen dienen daarom vanuit een systeemversterkend standpunt te gebeuren.

De interventies (van project tot GBS) moeten bijdragen tot het ondersteunen van de uitbouw van een duurzaam en geïntegreerd gezondheidszorgsysteem, in functie van de noden die het land signaleert in zijn sectorplan. Hierbij vormen de diverse interventiemodaliteiten een complementair geheel: 'humanitaire' en 'structurele' interventies, publiek en privé, 'verticale' en 'horizontale' programma's vullen elkaar aan. De hoeksteen van het systeem wordt gevormd door een toegankelijke, kwalitatieve en duurzame basisgezondheidszorg.

Op lokaal, intermediair en nationaal niveau biedt België ondersteuning aan het gezondheidszorgsysteem, om de overheden te helpen de structurele moeilijkheden op te lossen. Een betere dialoog tussen het personeel, de gebruikers - meestal vooral vrouwen en kinderen- en de lokale gemeenschap moet lokale en genderspecifieke noden en verwachtingen beter integreren in de gezondheidszorg, vraag en aanbod van zorg beter op elkaar afstemmen en het lokaal eigenaarschap van de gezondheidszorg vergroten.

De preventie van deze aandoeningen en de promotie van een verantwoord persoonlijk en collectief gedrag voor een gezonde omgeving moeten ook geïntegreerd worden in de aanpak.

4. Richtlijnen voor de uitvoering

De stakeholders van de Belgische ontwikkelingssamenwerking en hun partners (overheden, multilaterale organisaties, middenveldorganisaties, waaronder jongerenorganisaties, onderzoeksinstituten ...) kunnen een bijdragen leveren:

a) Op operationeel niveau

- Promotie, preventie en behandeling integreren in de diensten

De vaccinatie van zwangere vrouwen en kinderen zijn een prioriteit bij de activiteiten van moeder-en kindzorg. Zwangere vrouwen worden gescreend op malaria en HIV en bevallen in hygiënische omstandigheden. De medische zorg op de eerste en de tweede lijn zijn in staat om de meeste voorkomende infectieziekten te behandelen, ook chronische aandoeningen zoals aids of TBC. Antibiotica worden op rationele wijze voorgeschreven en aangekocht bij betrouwbare leveranciers. Deze diensten zijn gratis of financieel toegankelijk voor alle bevolkingsgroepen.

- Steun aan de integratie van specifieke programma's in het geïntegreerde zorgsysteem

In sommige partnerlanden hebben de nationale programma's verticale of parallelle structuren opgezet die weliswaar tot opmerkelijke resultaten hebben geleid, maar op termijn bemoeilijken ze eveneens de integratie van de preventie en behandeling van de meest voorkomende besmettelijke ziekten in het gezondheidszorgsysteem. Waar mogelijk moeten componenten van promotie, preventie en behandeling van besmettelijke ziekten zoals aids, malaria en TBC deel uitmaken van het basispakket aan medische zorg op de eerste en tweede lijn. Dit vergt een grote investering in human resources en de invoering van innovatieve modellen voor het leveren van gezondheidszorg (CHWs, TBAs, aangepaste nationale curricula voor artsen...)

- Epidemiologische-antropologische aanpak om de noden en de vraag te bepalen en de participatie van de verschillende actoren te bevorderen.

De recente epidemieën hebben op pijnlijke wijze duidelijk gemaakt dat de zwakke gezondheidsdiensten geleid hebben tot een relatie van wantrouwen vanwege de algemene bevolking. Meer dan ooit moeten er inspanningen gedaan worden om een duurzame dialoog tussen de gezondheidsdiensten en de bevolking te herstellen en te bestendigen. Met een epidemiologische-antropologische aanpak worden de behoeften van de bevolking en het aanbod van de gezondheidsdiensten beter op elkaar afgestemd.

b) Op zowel op centraal als op operationeel niveau

- De ondersteuning van de opstelling en uitvoering van een nationaal beleid en de programma's.
- Volwaardige participatie van het maatschappelijk middenveld.

c) Op centraal niveau

- De promotie van een multisectoriële aanpak:
 - Omgeving : openbare hygiëne (riolering, veilig water, afvalverwerking), hygiëne in gezondheidscentra en hospitalen, zwembaden, huisvesting....
 - Wetgeving : openbare hygiëne, nationale regulatie en erkenning geneesmiddelen, wettelijk verankeren van innovatieve modellen van gezondheidszorg en gezondheidswerkers,
- Aandacht besteden aan een billijke verdeling van de middelen van het gezondheidszorgsysteem.

d) Internationaal

- Pleidooi voor integratie van bestrijding van infectieziekten in gezondheidszorgsysteem
- Pleidooi voor rationeel gebruik AB
- Pleidooi aanpakken probleem van ondermaatse en valse geneesmiddelen
- Pleidooi voor betaalbare geneesmiddelen (onder meer AB)

Volet 1.2 « Maladies non transmissibles »

*Le présent module propose des pistes pour orienter les interventions des acteurs de la Coopération belge en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, afin qu'elles s'inscrivent le plus possible dans une approche intégrée et multisectorielle. L'objectif est double : (i) soutenir des systèmes de santé garantissant une **lutte efficace et équitable contre les MNT et leurs facteurs de risque** ; et (ii) **assurer que les programmes financés par la Coopération belge y contribuent.***

Résumé

Un ciblage

La coopération belge appuie la lutte contre les maladies non transmissibles.

Un objectif

La Belgique vise à soutenir des systèmes de santé garantissant une lutte efficace et équitable contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

Trois stratégies prioritaires

1. Appuyer les pays partenaires à développer des stratégies favorables à la lutte contre les MNT.
2. Améliorer les connaissances sur l'état actuel des maladies non transmissibles et sur les pratiques de prévention, de prise en charge et de promotion de la santé.
3. Favoriser une approche multisectorielle pour faire face aux MNT et à leurs facteurs de risque.

Trois approches

1. Approche centrée sur la personne et sur la chronicité de la maladie.
2. Approche basée sur les droits humains et l'équité.
3. Approche globale, intégrée et horizontale, visant à renforcer les soins de santé primaires.

Trois principes de base

1. Flexibilité et adaptation des interventions aux contextes locaux.
2. Coordination entre les acteurs de la coopération belge, et entre les bailleurs de fonds.
3. Partenariats avec les autorités et les différentes parties prenantes au niveau des pays partenaires.

1. Contexte

Les maladies non transmissibles (MNT), également appelées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement (OMS). Les **MNT les plus prévalentes** sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. D'autres maladies peuvent aussi être considérées comme des MNT : les maladies chroniques mentales et neurologiques (y compris l'épilepsie), rénales, hépatiques, rhumatismales, les séquelles chroniques de traumatismes physiques, certaines hémoglobinopathies, les troubles graves de la vision, la surdité... **Pour ce module, nous retenons les maladies cardiovasculaires (y compris l'hypertension artérielle), le diabète et les maladies mentales.**

En 2012, 68% des **décès** recensés au niveau mondial étaient dus aux maladies non transmissibles. Les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète étaient responsables de plus de 80% de ces décès. L'OMS estime que le nombre de décès dus aux MNT augmentera de 15% entre 2010 et 2020. Les MNT ont déjà un impact disproportionné sur les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) qui, en 2012, ont recensé 28 millions de décès (soit près de trois quarts des décès recensés au niveau mondial et attribués à ces maladies). Ces maladies figurent parmi les premières causes de mortalité dans toutes les régions de l'OMS, sauf en Afrique. Cependant, on constate que les MNT augmentent proportionnellement le plus rapidement sur ce continent et qu'elles y seront probablement la cause la plus courante de mortalité en 2030 (WHO, 2015), surtout si aucune mesure adéquate n'est prise entre temps. Globalement, 9 millions des décès attribués aux MNT surviennent avant l'âge de 60 ans. 90% de ces **décès « prématurés »** sont enregistrés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (WHO, 2014). Il n'est donc pas étonnant que les Objectifs de Développement Durable (ODD) aient retenu la réduction de la mortalité dus aux MNT chez les jeunes.

Encadré 1. *Les maladies cardiovasculaires et le diabète en quelques chiffres*

Les maladies cardiovasculaires tuent globalement plus de personnes que toute autre maladie, et on estime le nombre de décès en 2012 par cette cause à 17,5 millions, soit 46% des décès dus aux MNT. Si les maladies cardiovasculaires étaient plutôt l'exception dans les PRFI, actuellement plus de 80% des cas vivent dans ces pays (Yusuf, 2015). 58% des décès cardiovasculaires sont attribués à l'hypertension artérielle (WHO, 2015).

80% des diabétiques vivent dans des pays à revenu faible et intermédiaire. On estime que le nombre de diabétiques augmentera, entre 2013 et 2035, de 110% en Afrique (contre 22 % en Europe). La prévalence comparative du diabète est très similaire entre les pays partenaires de la coopération belge et la Belgique (IDF, 2015).

La charge de **morbidité** due aux MNT est aussi très importante, souvent sous forme de perte d'espérance de vie en bonne santé et de perte de nombre d'années d'activités économiques. Les **maladies mentales et celles dues à l'abus d'alcool et de drogues** représentent la principale cause de perte d'espérance de vie en bonne santé au niveau mondial (Forouzanfar, 2015). Une grande proportion des maladies mentales est due aux dépressions et à l'anxiété chez des personnes de moins de 60 ans, des problèmes souvent méconnus ou tabous dans les PRFI. Quant aux **maladies cardiovasculaires**, elles sont souvent responsables de complications à un âge plus précoce dans les PRFI que dans les pays à revenu élevé. Le **diabète** est aussi rarement détecté avant l'apparition de ses complications (perte de l'acuité visuelle, insuffisance rénale, pied diabétique, gangrène, septicémie). Plusieurs cas de comorbidité sont aussi détectés, par exemple entre diabète et maladies cardiovasculaires et même certaines maladies mentales, et ce notamment auprès des groupes les plus vulnérables (Pettrak et al. 2015).

Les MNT sont causées par plusieurs types de facteurs de risque. Les **facteurs de risque comportementaux** les plus importants sont le tabagisme, le sédentarisme, la mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool. Les **facteurs de risque métaboliques et physiologiques** les plus importants sont l'hypertension artérielle, le surpoids/obésité, l'hyperglycémie/diabète et l'hypercholestérolémie. L'**hypertension** est le facteur de risque le plus prévalent et

également responsable du plus grand nombre de décès au niveau mondial. Peu détecté, surtout dans les pays à revenu faible, elle se présente souvent par ses complications (accidents vasculaires cérébraux (AVC), insuffisance rénale, décompensation cardiaque). Selon l’OMS, la prévalence corrigée pour l’âge de l’hypertension artérielle serait la plus élevée en Afrique, mais les études épidémiologiques sont restreintes dans cette région.

Encadré 2. *La malnutrition et les maladies chroniques non transmissibles en quelques chiffres*

Le **double fardeau de la malnutrition** – comprenant aussi bien la **sous-nutrition** (déficits en macro et micronutriments) que les problèmes de **surpoids** et d’obésité – constitue un problème de santé publique majeur dans le monde entier.

La sous-nutrition touche surtout les **jeunes enfants** et les **femmes enceintes et allaitantes** car ils ont des besoins nutritionnels très élevés. Selon la FAO, au niveau mondial, près de 800 millions de personnes souffrent actuellement de malnutrition chronique et une personne sur trois souffre de carences en micronutriments (vitamine A, fer, iode, zinc, etc.). Les risques consécutifs à la **malnutrition chronique** sont une **résistance amoindrie face aux maladies**, une augmentation du risque de **mortalité** et des **difficultés d’apprentissage**. En effet, selon l’OMS, près de la moitié des cas de décès d’enfants de moins de 5 ans est lié à la sous-nutrition. Elle est aussi associée à de mauvaises performances scolaires chez les enfants concernés et, plus tard, à des revenus faibles. Cela peut également entraver la productivité et la croissance économique des pays concernés. Enfin, il apparaît de plus en plus clairement que des enfants de mères malnutries pendant la grossesse ou ayant elles-mêmes souffert de malnutrition **sont plus à risque de souffrir de maladies chroniques non transmissibles**, notamment de diabète, d’hypertension artérielle et de dyslipidémie à l’âge adulte.

À l’échelle mondiale, le nombre de cas d’obésité a doublé depuis 1980. Dans la plupart des régions du monde, la prévalence de surpoids et d’obésité dépasse celle de la sous-nutrition, à l’exception de l’Afrique sub-saharienne et de l’Asie du Sud-Est. En 2014, plus de 1,9 milliard d’adultes étaient en surpoids et sur ce total plus de 600 millions étaient obèses. Le surpoids et l’obésité concernaient près de 42 millions d’enfants de moins de 5 ans en 2013. Le surpoids et l’obésité **augmentent le risque de souffrir de maladies chroniques non transmissibles**, notamment de diabète type 2, de maladies cardiovasculaires et de certains cancers.

Par ailleurs, ce qu’on appelle communément la pandémie de MNT dans les PRFI s’explique par une multitude de facteurs. D’une part, par la **transition épidémiologique** que ces pays traversent et qui se caractérise par une augmentation des MNT et par une réduction rapide de la mortalité (surtout maternelle et infantile) liée aux maladies infectieuses et à la malnutrition. Dans un premier temps, les **maladies cardiovasculaires**, et plus particulièrement les complications de l’hypertension artérielle, ont un impact croissant sur la morbi-mortalité. Ensuite, d’autres maladies dites « de civilisation » telles que l’obésité, le diabète, les maladies liées au tabac et à l’alcool sont progressivement plus prévalentes et responsables d’une augmentation rapide de la morbi-mortalité par MNT.

A cette transition, s’ajoutent également des phénomènes de **transition démographique**. En 50 ans, la **population mondiale** a doublé, pour atteindre 7,4 milliards de personnes fin 2015, et continuera à augmenter au moins jusqu’à 9,7 milliards vers 2050. C’est surtout l’Afrique subsaharienne et l’Asie du Sud-Est qui verront leur population encore augmenter substantiellement. En même temps, **l’espérance de vie** à la naissance au niveau mondial est passée de 46 ans en 1950 à 71 ans en 2013 (58 ans pour la région Afrique de l’OMS). En 2016, les 65 ans et plus seront plus nombreux que les moins de 5 ans. De plus, la **population urbaine** est en augmentation rapide. Elle est passée d’un tiers de la population mondiale en 1950 à la moitié en 2014, et atteindra probablement les deux tiers en 2050. Durant les dernières décennies, cette tendance s’est surtout fortement accélérée en Asie et en Afrique où la population urbaine atteindra 50% d’ici 2030, contre 15% en 1950 (UNDESA, 2015).

D’autre part, des **facteurs comportementaux** expliquent aussi partiellement l’augmentation rapide des MNT. Dans les PRFI, on constate des **changements de style de vie** importants, tels que le tabagisme et la sédentarité. Une transition

nutritionnelle apparaît également ; elle consiste en l'abandon d'une alimentation traditionnelle pour un régime plus « occidental » (produits transformés, plus de viande, de sucre, de graisses saturées, d'alcool et souvent de sel). D'autres **facteurs** tels que la pauvreté, le stress, la pollution, l'habitation insalubre, les changements climatiques, la mondialisation (qui facilite l'accès à des produits importés), et le manque de réglementation sur la publicité jouent également un rôle important. Ces changements sont en grande partie engendrés et favorisés par l'urbanisation galopante.

Encadré 3. *Les MNT dans les pays partenaires de la coopération belge*

La Coopération belge au développement dans le domaine de la santé soutient des pays à revenu faible en Afrique subsaharienne, dont plusieurs pays fragiles et certains ayant été victimes de conflits récents. La plupart fait l'objet d'une urbanisation rapide, alors que certains (Burundi, Ouganda, Niger) connaîtront encore longtemps une population rurale importante. Ces pays partenaires portent un **double fardeau** : d'une part, celui des **maladies nutritionnelles et infectieuses**, responsables de taux élevés de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans, et d'autre part, d'une émergence rapide de **MNT**, surtout dans les milieux urbains et, dans un premier temps, dans les couches de population à revenus plus élevés (mais ce phénomène connu ne persiste généralement que peu de temps).

2. Justifications

Dans les PRFI, il existe un **fossé énorme entre les priorités identifiées au niveau international et les besoins des patients et des professionnels de santé** en matière de MNT. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – adoptés en 2000 et ayant orienté les stratégies de développement jusqu'en 2015 – ne prenaient pas en compte cette problématique. Le premier évènement d'envergure internationale sur ces maladies a eu lieu en 2011 avec la Rencontre de Haut Niveau sur les MNT de l'Assemblée Générale des Nations Unies et l'adoption à ce moment d'une Déclaration politique sur la prévention et le contrôle des MNT. En septembre 2015, les OMD ont été remplacés par les Objectifs de Développement Durable (ODD). L'objectif 3, consacré à la santé, inclut une cible spécifique visant, d'ici 2030, à « réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT » et à « promouvoir la santé mentale et le bien-être ». Ce nouvel agenda de développement est soutenu par l'ensemble de la communauté internationale, y compris la Belgique et les pays dans lesquels elle est active. L'OMS a lancé un Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020, comportant, à échelle mondiale, des objectifs, des cibles volontaires et des indicateurs (WHO, 2013). Pour la même période, elle a produit également un plan d'action pour les maladies mentales (WHO, 2013). Malgré cette reconnaissance internationale, un énorme défi reste aujourd'hui en termes de **soutien financier**. En 2011, à peine 1,2% de l'aide globale au développement en faveur des PRFI dans le domaine de la santé a été alloué aux MNT (dont une grande part pour la lutte contre le tabagisme), contre 25,1% pour le VIH/SIDA, 5,8% pour le paludisme et 4,1% pour la tuberculose (IHME, 2011). Depuis lors, il n'y a pas d'indications que ces taux aient fortement évolué, beaucoup de bailleurs de fonds considérant ces maladies comme un enjeu essentiellement « médical » et pas comme un enjeu de développement à part entière (IHME, 2013 ; Robinson, 2011). Pour le diabète, à peine 20% des dépenses mondiales liées à cette maladie sont destinés aux PRFI (et moins de 1% pour l'Afrique), et ce malgré sa prévalence très importante dans ces pays. Quant aux maladies mentales, moins de 1% de l'aide au développement en santé y est alloué (WHO, 2015).

De plus, les MNT ont un **impact sur le développement économique des pays**. Au **niveau macro**, si aucune mesure adéquate et coût-efficace (voir pistes de mise en œuvre) n'est prise, les MNT représenteront une menace pour l'économie nationale (prise en charge des maladies à des stades avancés et de leurs complications ; impact sur la productivité des travailleurs en particulier dans les PRFI où proportionnellement plus de jeunes sont touchés par ces maladies). Il est estimé que la perte annuelle d'environ 500 milliards US\$ due aux maladies non transmissibles

représente environ 4% du PIB des pays à revenu faible et intermédiaire. Les maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension, comptent pour presque la moitié du coût (WHO, 2013). Au **niveau micro**, dans des contextes où peu de subventions et de mécanismes de protection sociale ou de couverture sanitaire existent, la prise en charge des MNT (notamment par la prise de traitements longs et coûteux) augmente les dépenses de santé des ménages et peut entraîner certains dans la pauvreté. La part que les patients paient eux-mêmes (*out of pocket*) est bien plus élevée dans les pays à revenu faible que dans ceux à revenu élevé.

Enfin, dans la majorité des cas, les politiques et les services de santé des PRFI ne sont pas adaptés à la prévention et à la prise en charge de ces maladies. Les MNT ne sont pas toujours reprises dans les **politiques sanitaires nationales**, ou l'ont seulement été récemment, et sont alors généralement limitées à des textes théoriques et à des stratégies qui ne sont pas souvent appliquées dans la pratique. Malgré les engagements officiels des gouvernements en faveur de la lutte contre les MNT, seulement 82 (sur 140) pays à revenu faible et intermédiaire ont adopté des politiques pour lutter contre au moins un des facteurs de risque des MNT (Lachat et al, 2013). Aussi, le faible soutien international se reflète dans la part des **budgets nationaux** destinée aux MNT dans ces pays. Les **systèmes de santé** y sont ainsi peu préparés à faire face aux enjeux posés par ces maladies et peu de mécanismes existent pour la prévention, d'autant plus qu'ils ont été jusqu'ici orientés et organisés autour de la prise en charge des maladies infectieuses et liées à la sous-nutrition.. Le **suiti épidémiologique** fait souvent défaut et, dans certaines régions telles que l'Afrique subsaharienne, est peu fiable ou inexistant, et est parfois difficile à utiliser dans des contextes où les prévalences évoluent très rapidement. Les **formations médicales et paramédicales** ne sont pas en adéquation avec l'évolution épidémiologique et les capacités de prise en charge de ces maladies. A titre d'exemple, la moitié de la population mondiale vit dans des pays où il y a moins d'un psychiatre pour 200.000 habitants (OMS, 2011). Ainsi **au niveau des soins**, surtout de première ligne, les capacités de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles sont faibles ou non-existantes dans la plupart des pays. Des soins intégrés et le soutien pour une gestion autonome d'une condition chronique manquent presque partout. Or, pour être efficace, la prise en charge des MNT devrait favoriser l'autogestion par le patient et son entourage. Ceci demande une adaptation des modalités d'organisation de services de santé, qui devront non seulement offrir des soins de qualité, mais aussi accompagner le patient et son entourage dans des stratégies d'autonomisation et d'autogestion. Pour ce qui est de l'**accès aux médicaments**, en milieu urbain, des pharmacies fournissent des médicaments et même des tests, mais dans la plupart des cas non subventionnés (et donc accessibles uniquement pour ceux qui peuvent payer ou au risque de dépenses catastrophiques pour les patients les plus pauvres). Des défaillances dans l'approvisionnement public de médicaments pour les MNT sont aussi à l'ordre du jour.

Encadré 4. *Sept fausses idées sur les MNT dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*

1. L'obésité touche surtout les pays « développés » et les personnes « aisées ».
2. Le diabète est nettement plus prévalent dans les pays riches.
3. La dépression est surtout une maladie des pays riches.

>>> Les MNT ne sont pas seulement un problème de « riches » : des preuves scientifiques montrent aussi la vulnérabilité des personnes les plus pauvres face aux MNT. Cette vulnérabilité est notamment liée à un accès limité à une alimentation saine, aux opportunités réduites d'exercer de l'activité physique (Goldstein et al. 2005; Vellakkal et al. 2013) et à un manque d'accès à l'éducation.

4. Les MNT émergent depuis quelques années dans les PRFI.

>>> Des MNT ont été diagnostiquées dans ces pays dès les années 1970. C'est le cas par exemple du diabète au Mali (Imperato et al, 1976 ; Pichard et al, 1987). Ce n'est toutefois qu'à partir des années 1990 que les MNT ont commencé à être considérées comme un problème « mondial », en raison de l'ampleur des transitions épidémiologique, démographique, urbaine, etc. et de leur impact sur la santé des populations du Sud.

5. Les MNT touchent seulement les personnes âgées.

>>> Comme souligné en introduction, proportionnellement plus de jeunes sont touchés par des MNT dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Ainsi le *Global Burden of Disease Study 2010* a constaté qu'en Afrique subsaharienne, les moins de 40 ans étaient victimes de deux tiers des « *life-years lost* » et des « *disability-adjusted life-years* ». Dans ces pays, les complications liées aux MNT apparaissent aussi plus tôt, souvent à cause du dépistage tardif et des conditions de prise en charge non adéquates.

6. Les MNT sont socialement acceptées.

>>> L'expérience de terrain et des études anthropologiques montrent comment, dans plusieurs PRFI, les maladies non transmissibles font souvent l'objet de tabous, liés par exemple aux conséquences que certaines d'entre elles ont sur la fertilité, ou de discriminations, par exemple au sein des familles en raison des coûts élevés des traitements ou dans l'interprétation culturelle de la maladie.

7. Les systèmes de santé sont préparés à s'adapter à l'augmentation des MNT, mais manquent uniquement de moyens pour y faire face.

>>> Les MNT nécessitent non seulement des solutions techniques, mais aussi structurelles à travers une réorganisation du système de santé. En outre, ces maladies se manifestent parfois de manière différente : c'est le cas par exemple du diabète, pour lequel des cas « atypiques » (liés aux carences nutritionnelles des femmes enceintes) sont diagnostiqués dans des zones rurales en Afrique et nécessitent un traitement adapté par rapport au traitement « classique » du diabète de type 2 lié davantage à l'urbanisation.

3. Stratégies prioritaires

Ce chapitre décrit les stratégies, les approches et les principes sur base desquels les acteurs de la Coopération belge au développement peuvent contribuer, de manière efficace, à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays partenaires.

Trois stratégies prioritaires ont été retenues :

1. **Appuyer les pays partenaires à développer des stratégies favorables à la lutte contre les MNT.** La Belgique peut promouvoir le développement et la mise en œuvre de **politiques publiques** en faveur de la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Pareilles politiques devront tenir compte du contexte, des déterminants sociaux de la santé, des ressources disponibles et des preuves scientifiques existantes. Elles devront être développées au niveau intersectoriel et en impliquant tous les acteurs concernés. La Belgique peut aussi soutenir les **réformes des systèmes de santé** en faveur de la prise en charge des maladies chroniques. Dans les contextes de fragilité, il ne faut pas sous-estimer l'importance des niveaux locaux, provinciaux et des districts.
2. **Améliorer les connaissances sur l'état actuel des maladies non transmissibles et sur les pratiques de prévention, de prise en charge et de promotion de la santé.** La disponibilité de données (fiables) est importante pour connaître et faire reconnaître l'ampleur du problème et indispensable pour pouvoir identifier les stratégies adéquates. Dans ce cadre, il est primordial d'avoir des échanges et une gestion des connaissances entre les divers acteurs. A cette fin, la Belgique peut encourager de nouvelles recherches, mais aussi des échanges d'expériences et de connaissances (*networking*) entre les décideurs politiques, les acteurs opérationnels disposant d'une connaissance de la réalité sur le terrain et les chercheurs. Les prestataires de soins de santé et la société civile sont aussi des personnes ressources importantes, à associer activement aux échanges.
3. **Favoriser une approche multisectorielle pour faire face aux MNT et à leurs facteurs de risque.** Conformément aux prescrits de l'OMS, la lutte efficace contre les MNT est multisectorielle, et comporte donc des volets relatifs à des

aspects non strictement médicaux. La Belgique attache une importance particulière au développement d'interventions en santé comportant des liens avec d'autres secteurs (comme l'éducation, l'agriculture et l'industrie alimentaire, la protection sociale et le travail décent, le transport, la planification urbaine, le sport, les nouvelles technologies et le secteur de la communication) ayant un impact sur les MNT et leurs facteurs de risque, mais aussi avec les déterminants sociaux de la santé.

Trois approches spécifiques doivent orienter l'opérationnalisation de ces stratégies :

1. **Approche centrée sur la personne et sur la chronicité de la maladie.** Les MNT, de par leur caractère chronique et multisectoriel, représentent un domaine d'intervention idéal pour une **approche centrée sur la personne**. Cette approche permet de renforcer la qualité des soins de santé, mais aussi la démocratie sanitaire et enfin le système de santé en général (au-delà du domaine spécifique des MNT). Par cette démarche, le patient (et l'ensemble des acteurs du système de santé) doit être au cœur du système de soins et de santé en général. Il est impliqué à tous les niveaux du système, dans un esprit de dialogue et de concertation. Des modèles de partenariat avec le patient (reconnu comme expert), l'autonomisation et l'émancipation (*empowerment*) de celui-ci sont à privilégier.
2. **Approche basée sur les droits humains et l'équité.** Elle garantit l'accès à la prévention et à la prise en charge des MNT pour tous les citoyens (également des plus faibles et vulnérables) et les protègent contre la discrimination et l'exclusion.
3. **Approche globale, intégrée et horizontale,** visant à renforcer les soins de santé primaires. Eviter toute approche verticale – comme celles développées dans le passé dans les PRFI pour certaines maladies infectieuses, la maternité à moindre risque et des problèmes néonataux – avec les effets pervers qui ont été démontrés (fragmentation des soins de santé primaires, déresponsabilisation des Ministères de la Santé publique et mobilisation des meilleurs effectifs). Eviter aussi que des organisations internationales professionnelles, spécialisées dans un seul type de maladie chronique, dictent les stratégies.

Trois principes de base plus généraux doivent également guider les interventions prévues dans le domaine des maladies non transmissibles :

1. **Flexibilité et adaptation des interventions aux contextes locaux.** Le degré de technicité et les niveaux d'intervention sont en effet différents dans des contextes fragiles, des pays à revenu faible et des pays à revenu intermédiaire. Il peut en effet y avoir une conscientisation et un engagement plus ou moins poussé dans ce domaine de la part du gouvernement du pays partenaire, et le système de santé peut être plus ou moins prêt à la prévention et prise en charge des maladies non transmissibles. Ainsi par exemple, dans des contextes fragiles peu avancés dans la lutte contre les maladies non transmissibles, il peut être utile de commencer par étudier l'ampleur du problème et par rendre disponible le matériel de base (comme par exemple un tensiomètre, un glucomètre) nécessaire à la détection précoce de certaines maladies non transmissibles. Pour des contextes à moindres ressources, il est utile de rappeler que les maladies non transmissibles ne nécessitent pas forcément de matériel de haute technologie et des soins spécialisés. Au niveau des médicaments par exemple, la liste modèle des médicaments essentiels publiée par l'OMS contient les médicaments les plus importants pour le traitement de la majorité des MNT (World Health Organization 2015).
2. **Coordination entre les acteurs de la coopération belge, mais également entre les bailleurs de fonds.** Pareille coordination doit être mise en place tant au niveau des interventions de coopération dans les pays partenaires, mais aussi pour le *fundraising* et l'éducation au développement. Elle cadre parfaitement avec la politique de développement intégrée soutenue par la Belgique.
3. **Partenariats avec les autorités et les différentes parties prenantes au niveau des pays partenaires,** afin d'inscrire les interventions de coopération dans le cadre des politiques et des priorités nationales et de favoriser la pérennité des interventions et des stratégies.

4. Pistes de mise en œuvre

Lutter de manière efficace contre les maladies non transmissibles nécessite une approche globale intégrant des stratégies de prévention, de prise en charge et de promotion de la santé. Nous listons ci-dessous dix pistes que la Belgique pourrait mettre en œuvre. Ces pistes se concentrent surtout sur le secteur de la santé, mais il est important de les intégrer dans un cadre d'intervention multisectoriel, en accord avec la stratégie 3. En fonction de la situation, chaque piste peut être appliquée à différents acteurs : gouvernementaux, non gouvernementaux et du secteur privé ; et à plusieurs niveaux : la Belgique, le pays partenaires, le niveau international. Pour chaque piste, nous avons indiqué les possibles interventions que ces acteurs peuvent mener aux différents niveaux. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais d'exemples illustratifs. L'application opérationnelle de chaque piste doit être adaptée au cas par cas.

1. **Assurer un engagement durable en faveur des maladies non transmissibles.** Sensibiliser les autorités politiques quant à l'ampleur des maladies non transmissibles et à l'importance de prendre des mesures adéquates. Les pays partenaires doivent être appuyés dans la définition de stratégies de prévention et de prise en charge à long terme, l'identification et l'implication des acteurs pertinents et la mobilisation des ressources financières suffisantes (y compris via un système de taxation). Cet engagement doit s'inscrire dans la stratégie sanitaire générale du pays partenaire, dans une approche intégrée contribuant à renforcer l'ensemble du système de santé : toute approche verticale par pathologie doit être évitée. Un engagement efficace durable doit également être encouragé au niveau du secteur privé, en faveur de l'adoption de stratégies commerciales favorables à la lutte contre les maladies non transmissibles, et de la communauté internationale, au niveau par exemple de l'OMS ou de l'ONU dans le cadre, entre autres, des efforts pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable.

Par qui ? Dans le cadre du dialogue politique, les acteurs gouvernementaux peuvent sensibiliser les partenaires et appuyer leur engagement (politique, technique, financier) en faveur des maladies non transmissibles. Les acteurs de la coopération non gouvernementale (ACNG) peuvent s'investir auprès des acteurs gouvernementaux et privés en Belgique, au niveau des pays partenaires et au niveau international dans la diffusion d'informations et de preuves scientifiques, dans l'organisation de campagnes de sensibilisation, dans le plaidoyer en faveur d'un engagement pour les maladies non transmissibles et la durabilité / redevabilité des financements.

2. **Soutenir la surveillance épidémiologique et la production de preuves scientifiques multidisciplinaires.** La disponibilité de données (fiables) est importante pour connaître et faire reconnaître l'ampleur du problème et indispensable pour pouvoir identifier les stratégies adéquates de prévention, prise en charge et de promotion de la santé. Le système public d'information sanitaire des pays partenaires doit être renforcé pour qu'une surveillance épidémiologique permanente des maladies non transmissibles soit possible. Une meilleure cartographie de la prévalence de ces maladies et de leurs facteurs de risque permettrait en effet de définir des stratégies sanitaires et leur financement en fonction des priorités et des besoins. Les institutions de recherche doivent également être soutenues, pour qu'elles puissent avoir les ressources (humaines, financières) et les compétences nécessaires pour la réalisation d'études sur les maladies non transmissibles, en collaboration avec les structures de soins et en appui aux politiques nationales. Des études épidémiologiques pourraient venir appuyer et compléter les données récoltées au niveau du système d'information sanitaire. D'autres types d'études sont tout aussi importantes, par exemple : des études socio-anthropologiques axés sur la compréhension sociale de la maladie, son acceptation, et les comportements de la population ; des études économiques sur l'impact des maladies non transmissibles au niveau micro et macro ; des études d'économie politique sur les priorités définies au niveau des pays partenaires et international, les acteurs mobilisées et les logiques / stratégies poursuivies, etc. Un suivi régulier doit également permettre d'évaluer l'impact des programmes mis en place et d'en capitaliser les résultats.

Par qui ? La coopération gouvernementale peut appuyer le gouvernement au niveau central et périphérique dans le renforcement du système d'information sanitaire, et promouvoir le financement d'études. Les acteurs universitaires et

autres ACNG investis dans la recherche peuvent contribuer à la réalisation d'études interdisciplinaires et dans le renforcement des capacités de recherche et de surveillance sanitaire des acteurs locaux.

- 3. Promouvoir des partenariats inclusifs associant les communautés.** Des réponses efficaces nécessitent l'implication de toutes les parties prenantes, y compris les communautés dont notamment les associations de patients. Dans les maladies chroniques plus que dans d'autres conditions de santé, les malades acquièrent en effet des savoirs expérientiels qui peuvent compléter les savoirs médicaux et techniques des professionnels de santé ; de plus, leur participation active dans la prise en charge est une clé du succès du traitement. Plus en général, la sensibilisation des communautés, la compréhension de leurs conceptions de la maladie et des comportements de santé sont aussi importantes dans la définition des stratégies ; les communautés peuvent également jouer un rôle important dans la promotion de la santé et le soutien aux personnes à risque ou malades. La participation communautaire peut être promue au niveau plus politique de définition des stratégies et des programmes (que ce soit au niveau national ou de la structure de santé), et au niveau plus opérationnel de mise en œuvre de ces stratégies, comme par exemple l'organisation de campagnes de prévention, d'activités d'éducation thérapeutique et de soutien par les pairs.

Par qui ? Les acteurs gouvernementaux, dont notamment l'Ambassade, peuvent soutenir des processus inclusifs de prise de décision dans le cadre du dialogue politique avec le pays partenaire et en appuyant la mise en place de conditions favorables à la participation des communautés. Les ACNG peuvent s'investir dans la réalisation d'activités de prévention et de prise en charge, dans le plaidoyer en faveur de politiques inclusives, et dans le renforcement des capacités des organisations de la société civile locales, dont notamment les associations de patients.

- 4. Promouvoir des interventions de prévention et de promotion de la santé.** Les maladies non transmissibles dépendent de facteurs de risques en grande partie évitables. Des changements de comportement, par exemple dans le régime alimentaire ou dans l'activité physique, peuvent contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées à ces maladies. Pour cela, l'organisation de campagnes de prévention peut être utile pour sensibiliser les populations. Au-delà des facteurs individuels, il est tout aussi important de s'attaquer aux facteurs culturels, sociaux, économiques et environnementaux, en appuyant la mise en place des conditions structurelles favorables à une vie de qualité et saine (à travers par exemple la lutte anti-tabac, des changements dans l'offre alimentaire, le financement d'espaces verts, etc.). La prévention, au niveau micro et macro, est coût-efficace (d'autant plus si elle démarre dès le plus jeune âge) et permet de réduire les coûts pour l'économie nationale.

Par qui ? Les acteurs gouvernementaux peuvent intervenir à plusieurs niveaux : dans le cadre du dialogue politique avec le pays partenaire et l'appui au secteur santé, mais aussi au niveau multilatéral dans le cadre d'instances comme l'OMS ou les Nations Unies. L'implication du secteur privé est importante, pour un changement dans les stratégies commerciales et la production. Les ACNG peuvent contribuer à la réalisation d'activités de promotion de la santé, et se mobiliser dans un suivi des politiques et pratiques du gouvernement et du secteur privé, ainsi que dans le plaidoyer vis-à-vis de ces acteurs en faveur d'un changement des facteurs structurels ayant un impact négatif sur les maladies non transmissibles.

- 5. Développer et/ou renforcer de modèles de soins chroniques centrés sur les patients.** Les maladies non transmissibles sont des maladies chroniques qui nécessitent une prise en charge de long terme. Dans ce sens, une des priorités doit être l'intégration des MNT et des activités psychosociales dans les soins de santé primaires, les mieux adaptés à une détection précoce des maladies non transmissibles, un suivi régulier et de long terme des patients et un travail de promotion de la santé auprès des communautés. Ce renforcement doit être orienté par une approche intégrée des soins et par un système de référence et contre-référence performant, visant à assurer la continuité des soins. Pour améliorer la qualité des soins offerts, il est important d'adapter les programmes de formation initiale médicale et paramédicale, afin de familiariser les futurs professionnels aux maladies non transmissibles, et de les former à des modèles de soins chroniques centrés sur les patients, impliquant des savoir-

faire et des savoir-être basés, entre autres, sur l'écoute, la prise en compte et l'autonomisation des patients. A court et moyen terme, il faut appuyer les formations continues pour les ressources humaines déjà actives dans les structures de soins. Outre la formation, il est également important d'améliorer les infrastructures et les conditions de travail dans lesquels les professionnels de la santé opèrent, et de rendre ainsi disponible le plateau technique nécessaire à une prise en charge adéquate des maladies non transmissibles. En cas de sous-disponibilité des ressources humaines, des initiatives de *task shifting* pourraient être proposées, en tirant par exemple des leçons des expériences mises en place pour le VIH/SIDA. Pour une prise en charge efficace, le patient a également un rôle clé à jouer. Il est important de soutenir son autonomisation (*empowerment*) et ses capacités de prise en charge individuelle, mais aussi dans le cadre d'activités de soutien aux pairs et d'activités communautaires. En ce sens, la mobilisation des associations de patients et leur prise en compte au niveau des structures de santé doit être encouragée.

Par qui ? La coopération gouvernementale peut appuyer le pays partenaires dans le développement et la mise en œuvre de stratégies sanitaires et de formation pertinentes. Les acteurs universitaires jouent un rôle important dans l'amélioration des formations initiales et continues. Les ACNG peuvent contribuer au renforcement des capacités des associations de patients et autres organisations de la société civile mobilisés en faveur des maladies non transmissibles et l'amélioration des soins.

6. **Renforcer le système d'approvisionnement en médicaments.** La bonne prise en charge des maladies non transmissibles dépend également de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des médicaments et du matériel nécessaire à la prise en charge des patients, ainsi que des ressources disponibles pour l'approvisionnement et la conservation adéquates des médicaments (par exemple frigos pouvant maintenir la chaîne de froid, etc.). La prise régulière de traitements est inhérente au suivi de long terme dont nécessitent ces maladies, et des ruptures de stock peuvent mettre en danger l'équilibre atteint dans le contrôle de la maladie. Outre leur disponibilité, la qualité de ces médicaments est également essentielle, ainsi que leur accessibilité financière pour les patients. Il est ainsi important de renforcer le système public d'approvisionnement en médicaments, ainsi que de réglementer l'approvisionnement par le secteur privé et de contrôler les marchés de faux médicaments.

Par qui ? La coopération gouvernementale peut appuyer le pays partenaire dans la mise en place d'un système d'approvisionnement en médicaments performant. Les ACNG peuvent également contribuer à la mise en place d'interventions dans ce domaine, dans le renforcement des capacités d'approvisionnement des structures sanitaires, la mise en réseaux des acteurs, le plaidoyer et une veille de la qualité des médicaments. Le secteur privé a aussi son rôle à jouer dans la production de traitements de qualité et dans leur approvisionnement et accessibilité dans les PRFI.

7. **Assurer un accès équitable aux soins.** Les maladies chroniques nécessitent des soins de long terme, impliquant ainsi des coûts (directs et indirects) qui peuvent rapidement devenir importants pour les patients et leurs familles. Il est donc important de subventionner les soins pour les maladies non transmissibles et de prévoir des mécanismes de protection sociale, en incluant par exemple ces maladies dans les programmes de couverture sanitaire universelle mis en place dans les pays partenaires. En outre, vu l'augmentation exponentielle du nombre de patients ayant besoin d'un traitement pour leur MNT, des mécanismes de baisse des prix de certains médicaments pourraient être envisagés par l'OMC ou d'autres organisations, comme ce fut le cas pour les antirétroviraux.

Par qui ? Les acteurs gouvernementaux peuvent encourager et appuyer (d'un point de vue technique et financier) la mise en place de programmes de protection sociale et de couverture sanitaire universelle. Les ACNG peuvent notamment intervenir dans la mise en place de campagnes de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de la couverture universelle et de la réduction du coût de la prise en charge pour les maladies non transmissibles.

8. **Favoriser le partage d'expériences via des réseaux d'acteurs.** Afin de ne pas réinventer la roue et d'apprendre des expériences passées ou en cours dans son propre contexte d'intervention, voir dans d'autres contextes, il est important de favoriser l'échange d'information et d'expériences entre acteurs, y compris issus de différentes disciplines et horizons. En ce sens, il peut être utile de mettre en place des plateformes d'échange ou communautés de pratiques, au niveau de la Belgique, du pays partenaire et en favorisant les liens avec des acteurs internationaux.

Par qui ? Acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux, du secteur privé.

9. **Assurer la complémentarité des interventions en favorisant la division du travail entre acteurs.** Outre le partage d'information, la coordination des interventions est également importante entre acteurs qui travaillent dans les mêmes zones géographiques, sur les mêmes thématiques, voire dans domaines complémentaires. En accord avec les principes d'efficacité de l'aide, il est en effet important d'éviter de travailler de manière isolée, au risque de faire double emploi, de mettre en place des interventions non durables, et de ne pas répondre aux priorités du pays partenaires. La complémentarité entre acteurs (belges, internationaux, locaux) peut être basée sur la valeur ajoutée et les capacités d'intervention de chaque organisation, mais aussi sur la mobilisation de partenaires spécifiques dans le cadre d'activités conjointes. Dans cette complémentarité, il est important de faire le lien entre interventions de prévention, prise en charge et promotion.

Par qui ? Acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux, du secteur privé.

10. **Promouvoir la cohérence des politiques.** Lutter contre les maladies non transmissibles impose une approche multisectorielle. Outre l'appui direct au secteur de la santé, la coopération Belge peut intervenir en favorisant des complémentarités et une cohérence avec les appuis à d'autres secteurs (par exemple l'éducation, l'agriculture, les infrastructures, ...), ainsi qu'avec les politiques poursuivies dans d'autres domaines, notamment les politiques commerciales liées à la vente de produits alimentaires.

Par qui ? Les acteurs gouvernementaux dans le cadre de leur stratégie de coopération au développement, mais aussi dans le cadre d'une approche pangouvernementale (coopération au développement, affaires étrangères, commerce extérieur, défense, etc.) et au niveau d'organisations multilatérales, comme l'OMS, ainsi que l'ECOSOC et l'OMC pour des changements économiques et commerciaux. Les ACNG peuvent veiller à ce que les acteurs politiques soient redevables et dénoncer les éventuelles incohérences dans les politiques et leur impact sur les maladies non transmissibles.

Encadré 5. Exemples de bonnes pratiques dans la prévention et lutte contre les maladies non transmissibles

1. Coopération universitaire pour la mise en place d'un observatoire des MNT au Sud-Kivu

Un Observatoire des MNT au Sud-Kivu a été créé à l'Université Catholique de Bukavu (UCB) en collaboration avec la Coopération Interuniversitaire flamande (VLIR). Depuis 2011, une cohorte de plus de 7.000 adultes (dont à peu près la moitié urbaine et l'autre moitié rurale) est suivie et cela va continuer pendant au moins 9 ans (étude ObServ). Outre un questionnaire sur divers déterminants et des mesures anthropomorphiques, la tension artérielle est mesurée tous les trois ans. Cette étude épidémiologique prospective devrait permettre entre autres d'évaluer la prévalence et l'incidence de l'hypertension artérielle dans cette région. D'autres facteurs de risque cardiovasculaires (glycémie, cholestérol...) sont déterminés chez la population d'étude et sont si nécessaire suivis et traités. D'autres études, concernant le diabète, sont également en cours dans le cadre de cette collaboration interuniversitaire.

2. Intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires en Guinée

En 2000, il n'existait en Guinée qu'un seul service de psychiatrie et trois psychiatres pour sept millions d'habitants. Hormis les guérisseurs traditionnels, seul ce service, situé dans un hôpital universitaire à Conakry était à même d'offrir des soins, en réponse aux multiples problèmes de santé mentale.

C'est dans ce contexte qu'un projet de partenariat entre un service de santé mentale de Belgique (La Gerbe) et une ONG (Fraternité Médicale Guinée) de soins de santé primaire en Guinée a vu le jour en 2000. Connu sous le nom de SaMOA (Santé Mentale en milieu Ouvert Africain), le projet se proposait de faciliter la prise en compte de la santé mentale par les médecins généralistes au niveau des services de santé polyvalents. Il offrait aux médecins généralistes et infirmiers exerçant dans les centres de santé polyvalents une formation en santé mentale, par des psychiatres, psychologues et assistants sociaux ; une formation théorique et pratique, sous forme d'exposés, d'études de cas, de consultations conjointes, de stages pratiques, des visites de terrain renforcées par des échanges nord-sud.

A l'arrêt du financement du projet SaMOA en 2004, le personnel des 3 centres de santé de FMG était en mesure d'offrir aux malades mentaux des soins continus (au centre de santé, à domicile et au sein de la communauté), globaux (médicaments, réinsertion, soutien psychologique) et intégrés (utilisation par le personnel de l'approche de prise en charge de la santé mentale pour les autres maladies et malades). Le projet SaMOA a démontré que la prise en compte de la santé mentale dans les services de santé polyvalents peut favoriser les soins centrés sur le patient, améliorer le fonctionnement des centres de santé et les relations entre prestataires et communauté. Au-delà du financement, les 3 centres de santé continuent à offrir des soins aux malades mentaux et FMG a même étendu le paquet à d'autres centres de santé publics, associatifs et confessionnels, sur le même modèle.

Même si en 2016 il n'existe toujours que le seul service de psychiatrie et 5 psychiatres pour douze millions d'habitants, grâce aux 3 centres de santé de FMG et les 8 centres de santé que l'ONG soutient, la couverture de soins de santé mentale s'est améliorée au niveau national, les prestataires de services en santé mentale ont augmenté en nombre et en qualité, le paquet de soins offerts (traitement médical, soutien psychosocial, réinsertion professionnelle et communautaire et détection/dépistage des pathologies neuropsychiatriques lourdes) se sont fondamentalement accrus et grâce aux résultats thérapeutiques obtenus, la stigmatisation régresse.

Dans les régions couvertes (Conakry, Kindia, Labé, Pita, N'zérékoré et Lola) ces centres de santé représentent les structures de référence en santé mentale pour les hôpitaux de district et les autres formations sanitaires. De manière générale, l'intégration du paquet santé mentale dans les soins de première ligne semble avoir contribué à renforcer le système de santé.

Avec l'avènement de la maladie à virus Ebola et la nécessité de premiers secours psychologiques à apporter aux malades et personnes affectées, la santé mentale est revenue dans l'agenda de tous les acteurs. L'OMS-Guinée a renouvelé son soutien au programme national de la santé mentale et plusieurs ONG s'orientent vers le soutien psychosocial.

La capacité accrue (et apparemment pérenne) des centres de santé dans le domaine de la prise en charge de problèmes de santé mentale est tout à fait pertinente pour la gestion de l'épidémie d'Ebola (mais aussi pour toute une série d'autres problèmes de santé moins « spectaculaires »).

5. Références

Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. 2011.

- Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013;382:427-51.
- Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013;2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015; 386(10010): 2287-323.
- Goldstein, Juli, Enrique Jacoby, Roberto Del Aguila, and Augusto Lopez. Poverty Is a Predictor of Non-Communicable Disease among Adults in Peruvian Cities. *Preventive Medicine*. 2005; 41(3-4): 800–806.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 2000; 320(7234): 526-7.
- IDF. *IDF Diabetes Atlas*. 7 ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015.
- Imperato PJ, Handelsman MB, Fofana B, Sow O. The prevalence of diabetes mellitus in three population groups in the Republic of Mali. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1976; 70(2): 155-8.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network - The World Bank. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Sub-Saharan Africa Regional Edition. Seattle, WA: IHME; 2013.
- Janssens B, Van Damme W, Raleigh B, Gupta J, Khem S, Soy Ty K, et al. Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. *Bulletin of World Health Organization*. 2007; 85(11): 880-5.
- [Lachat, C, Otchere, S, Roberfroid, D et al. Diet and physical activity for the prevention of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic policy review. *PLoS Med*. 2013; 10: e1001465](#)
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012; 380(9859): 2095-128.
- MacGregor H, Lally S, Bloom G, Davies M, Henson S, Mejia Acosta A, et al. *Non-communicable disease and development: Future pathways*. Brighton, England: Institute of Development Studies, 2014.
- Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, Ozgoren AA, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*. 2015; 386(10009): 2145-91. Petrak, F, Harald Baumeister, Timothy C Skinner, Alex Brown, and Richard I G Holt. Depression and Diabetes: Treatment and Health-Care Delivery. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015. 3(6): 472–85. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014. *Lancet* 2016;387:1377-96
- Pichard E, Touré F, Traoré H, Diallo A. Complications dégénératives du diabète sucré au Mali. *Med Afr Noire*. 1987; 34(5): 403-11.
- Robinson HM, Hort K. *Non-communicable diseases and health systems reform in low- and middle-income countries*. Melbourne, Australia: The Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne; 2011.
- Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, Barber R, Nguyen G, Feigin VL, et al. Demographic and Epidemiologic Drivers of Global Cardiovascular Mortality. *N Engl J Med*. 2015; 372(14): 1333-41.
- UNDESA. *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, (ST/ESA/SER.A/366)*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015.

Vellakkal, Sukumar, S. V. Subramanian, Christopher Millett, Sanjay Basu, David Stuckler, and Shah Ebrahim.

Socioeconomic Inequalities in Non-Communicable Diseases Prevalence in India: Disparities between Self-Reported Diagnoses and Standardized Measures. *PLoS ONE*; 2013: 8(7).WHO. 19th WHO Model List of Essential Medicine. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf 2015.

WHO. *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

WHO. *Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

WHO. *Global status report on non-communicable diseases 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.

WHO. *Health in 2015 from MDGs to SDGs*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.

WHO. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2013.

WHO. *Obésité et surpoids*. Aide-mémoire N°311; Janvier 2015.

Yusuf S, Wood D, Ralston J, Reddy KS. The World Heart Federation's vision for worldwide cardiovascular disease prevention. *The Lancet*. 2015; 386(9991): 399-402.

6. Sigles et abréviations

AVC: Accident vasculaire cérébral

ACNG: Acteurs de la Coopération non gouvernementaux

BM : Banque Mondiale

DCP : *Disease Control Priorities*

ECOSOC : Conseil économique et social des Nations Unies

FAO : Food and Agriculture Organisation

IDF : *International Diabetes Federation*

IHME : *Institute of Health Metrics and Evaluation*

MNT: Maladies non transmissibles

NU : Nations Unies

ODD: Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRFI : pays à revenu faible ou intermédiaire

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

Luik 1.3 « Integratie van seksuele en reproductieve gezondheid en de aanpak van hiv »

Dit onderdeel stelt richtlijnen voor in verband met de uitvoering van interventies voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid (SRG) en integratie van de aanpak van hiv door de actoren van de Belgische ontwikkelingssamenwerking (OS). Deze richtlijnen vloeien voort uit een benadering gestoeld op mensenrechten, het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen en een integrale en positieve benadering tot relaties, seksualiteit, en voortplanting. Dit deel draagt bij tot de coherentie van het geheel van de Belgische actoren en tot de integratie van de interventies in de nationale gezondheidssystemen.

Samenvatting

Door de integratie van SRG en de aanpak van hiv in de algemene gezondheidszorg beoogt België bij te dragen tot de uitvoering van de 3 basisprincipes van zijn ontwikkelingsbeleid voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten: een benadering gestoeld op mensenrechten, het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen en een integrale en positieve benadering tot relaties, seksualiteit en voortplanting.

Een geïntegreerd nationaal gezondheidssysteem moet brede en aangepaste SRG-diensten kunnen verzekeren om de moedersterfte terug te dringen en toegang te bieden tot family planning. De preventie, de behandeling en de opvang van de gevolgen van seksueel overdraagbare aandoeningen, hiv en aids, seksueel geweld en schadelijke traditionele praktijken moeten deel uitmaken van het geïntegreerd gezondheidszorgsysteem. Vrouwen, jongeren en kwetsbare en gemarginaliseerde groepen moeten een bevoorrechte plaats krijgen zowel als doelgroep als in het beheer van het systeem.

Deze module betreft hoofdzakelijk de promotie van SRGR en de aanpak van hiv binnen het gezondheidszorgsysteem. Maar een doeltreffende promotie van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en de aanpak van hiv vereist een transversale en multisectoriële benadering. Ook de sociale determinanten van seksuele en reproductieve gezondheid zoals genderongelijkheid, stigma, discriminatie, seksuele oriëntatie en wettelijke barrières hebben een belangrijke invloed op de SRGR.

1. Context

Seksuele en Reproductieve Gezondheid

Reproductieve gezondheid impliceert dat mensen in staat zijn een bevredigend en veilig seksueel leven te leiden, dat zij de mogelijkheid hebben om zich voor te planten en vrij zijn om te beslissen over wanneer en hoe vaak ze kinderen willen (ICPD art. 7.2).⁵

⁵ 7.2. Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that

Om te zorgen dat aan de noden op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid voldaan worden, zijn geïntegreerde diensten absoluut noodzakelijk eventueel aangevuld door specifieke diensten of interventies voor bepaalde gezondheidsproblemen of doelgroepen⁶. Deze diensten worden hoofdzakelijk gebruikt door moeders en kinderen en zijn veel efficiënter dan specifieke diensten.⁷

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert geïntegreerde dienstverlening als 'het beheer en de levering van gezondheidsdiensten waardoor patiënten toegang krijgen tot een geheel van preventieve en curatieve diensten, in overeenstemming met hun noden en dit doorheen de tijd en op verschillende niveaus van de gezondheidszorg'⁸. Geïntegreerde diensten houden er een rechtenbenadering op na die seksuele en reproductieve rechten beschermen en bevorderen.

Seksuele Rechten omvatten de rechten van ieder persoon, ongeacht zijn of haar seksuele voorkeur, om zonder enige vorm van dwang, discriminatie en geweld:

- de hoogst mogelijke standaard van seksuele gezondheid te verwerven, en dus de grootst mogelijke toegang tot diensten voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg
- informatie in verband met seksualiteit te zoeken, te ontvangen en te geven
- te genieten van relationele en seksuele vorming
- zijn of haar lichamelijke integriteit te doen respecteren

will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases.

7.3. Bearing in mind the above definition, reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents. In the exercise of this right, they should take into account the needs of their living and future children and their responsibilities towards the community. The promotion of the responsible exercise of these rights for all people should be the fundamental basis for government- and community-supported policies and programmes in the area of reproductive health, including family planning. As part of their commitment, full attention should be given to the promotion of mutually respectful and equitable gender relations and particularly to meeting the educational and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality. Reproductive health eludes many of the world's people because of such factors as: inadequate levels of knowledge about human sexuality and inappropriate or poor-quality reproductive health information and services; the prevalence of high-risk sexual behaviour; discriminatory social practices; negative attitudes towards women and girls; and the limited power many women and girls have over their sexual and reproductive lives. Adolescents are particularly vulnerable because of their lack of information and access to relevant services in most countries. Older women and men have distinct reproductive and sexual health issues which are often inadequately addressed.

⁶ §3 World Health Report 2008: p.41 – 60, "Primary Health Care now more than ever"

⁷ vb. Niger: §3 World Health Report 2008: p.41 – 60, "Primary Health Care now more than ever" contraceptie na integratie fig. 3.1 en vb. gemiste kansen voor preventie moeder-kind transmissie van hiv door gebrek aan integratie fig.3.2

⁸ http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf

- zelf een partner te kiezen
- zelf te beslissen om seksueel actief te zijn of niet
- met onderlinge goedkeuring seksuele relaties aan te gaan
- te huwen naar eigen keuze en met onderlinge toestemming
- te beslissen om al dan niet kinderen te hebben, hoeveel en wanneer
- een bevredigend, veilig en aangenaam seksueel leven na te streven (WHO, 2010⁹)

Reproductieve Rechten:

1. Het recht van koppels en individuen om zelfstandig en in volle verantwoordelijkheid te beslissen hoeveel kinderen zij wensen, met welk leeftijdsverschil en op welk tijdstip en het recht op de nodige informatie en middelen om hierover een beslissing te kunnen nemen (ICPD art 7.3).
2. Het recht van mannen en vrouwen op informatie over en toegang tot efficiënte, betaalbare en aanvaardbare en vrij gekozen methodes voor geboorteregeling en op toegang tot voorzieningen voor gezondheidszorg voor een veilige zwangerschap en bevalling (ICPD art. 7.2).
3. Het recht van vrouwen om vrij en zelfstandig te beslissen over hun seksualiteit, met inbegrip over hun seksuele en reproductieve gezondheid zonder enige vorm van discriminatie, dwang of geweld (Beijing Platform voor actie art. 96).

Internationaal respons

Het internationale mensenrechtenkader en internationale, regionale en nationale beleidsdocumenten bepalen dat overheden de plicht hebben om seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te beschermen en te bevorderen. Verschillende internationale referentiedocumenten omvatten concrete doelstellingen die bijdragen tot de promotie van SRGR en voor de aanpak van hiv, ook in crisissituaties :

- Het recht op seksuele en reproductieve gezondheid werd erkend als mensenrecht in het Actieprogramma van de Internationale Conferentie voor Bevolking en Ontwikkeling (Cairo, 1994) , het Actieplatform van de Wereldvrouwenconferentie (Beijing, 1995) en in de slotdocumenten van hun opvolgingsconferenties.
- Internationale mensenrechtenverdragen zoals het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (ICESCR, 1976), het Verdrag over de uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen vrouwen (CEDAW, 1981) en het Verdrag inzake de rechten van het kind (CRC, 1990).
- Het Protocol over de Rechten van de Vrouw in Afrika werd aangenomen in Maputo (Mozambique) in 2003. Door het Protocol te ondertekenen, engageren 41 Afrikaanse staten zich om de rechten van de vrouw te garanderen en maatregelen te nemen om praktijken die schadelijk zijn voor de gezondheid en het algemeen welzijn van de vrouw uit te roeien. In 2006, werd het Maputo Actieplan (2007-2010, en daarna verlengd tot 2015), aangenomen. Dit actieplan biedt een continentaal oriëntatiekader voor de bevordering van de rechten inzake seksualiteit en voortplanting in Afrika.
- In 1989 werd door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties het Verdrag voor de Rechten van het Kind aangenomen dat bepaalt dat kinderen recht hebben op onderwijs, gezondheidszorg, en een veilige plek om te wonen en te spelen; dat ze recht hebben op bescherming tegen mishandeling, kinderarbeid, de gevolgen van oorlog en seksuele uitbuiting.¹⁰

⁹ http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

¹⁰ https://www.unicef.nl/media/44520/20091116_kinderrechtenverdrag.pdf

2. Motivering

De evaluatie van 20 jaar uitvoering van het Actieprogramma dat werd aangenomen op de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (International Conference on Population and Development, ICPD) geeft aan waar de knelpunten liggen:¹¹

Persoonlijk welzijn en duurzame ontwikkeling steunen, onder meer, op seksuele en reproductieve rechten en gezondheid. Maar de evaluatie toont een ongelijke vooruitgang en nieuwe uitdagingen en kansen. Er blijven ongelijkheden wat onderwijs en gezondheid betreft en de ongelijkheden zijn zelfs gegroeid wat inkomen en welstand betreft. Vrouwen, jongeren en ouderen, behoeftigen en anders validen worden nog steeds gediscrimineerd.

De vooruitgang op het vlak van SRGR en hiv van de afgelopen decennia- bijvoorbeeld de vooruitgang bij het terugdringen van moedersterfte en de toegang tot hiv-medicatie- maskeert tot op zekere hoogte de groeiende ongelijkheden in en tussen landen. In vele landen werd onvoldoende vooruitgang geboekt bij kwetsbare en gemarginaliseerde groepen, bij de armste huishouden en in rurale of achtergestelde regio's.

De gebrekkige toegang tot moderne anticonceptiemethoden naar keuze, de problematiek van tienerzwangerschappen, moedersterfte ten gevolge van onveilige abortus, het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking, seksueel geweld, reproductieve gezondheidskankers, vruchtbaarheidsproblemen en de overdracht van hiv en soa worden beschreven als problemen die niet enkel op de gezondheid en welzijn van individuen en gemeenschappen impact hebben maar op de samenleving in zijn geheel.

Vrouwen worden minder betaald, krijgen minder toegang tot beslissingsposten en worden meer ingeschakeld voor informeel en huiselijk werk. Een op drie vrouwen is al getrouwd op 18 jaar wat onderwijs en beroepskansen negatief beïnvloedt. De gevolgen op de gezondheid blijven niet uit. Jongeren onder de 25 jaar maken 41% van de nieuwe hiv besmettingen uit en 50% van de sterfgevallen door abortus. In Afrika krijgen de meeste bevallingen (55%) geen adequate begeleiding. Twee op drie vrouwen hebben er geen toegang tot voorbehoedsmiddelen en 5 op 1000 onveilige zwangerschapsonderbrekingen eindigen met de dood.

Gezondheidszorgsystemen zijn onvoldoende slagkrachtig, inclusief en toegankelijk. De afwezigheid van kwaliteitsvol gezondheidspersoneel, de gebrekkige aandacht voor preventie en gezondheidspromotie, het bestaan van de wettelijke, financiële en andere barrières die de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten belemmeren, de gebrekkige aandacht voor kwaliteitsvolle informatie en educatie en de beperkte aanwezigheid van seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten in rurale, afgelegen of verpauperde gebieden zijn enkele uitdagingen die de evaluatie aan het licht brengen.

Verschillende aspecten van het ICPD Actieprogramma worden erkend en opgenomen in de 2030 Agenda met Duurzame Ontwikkelingsdoelen. Onder meer in de overkoepelende doelstelling rond gendergelijkheid en de doelstelling rond gezondheid en welzijn: daling moedersterfte (target 3.1); universele seksuele en reproductieve gezondheidszorg, gezinsplanning en onderwijs en opname ervan in nationale beleidsprogramma's (targets 3.7 en 5.6); versterkte financiering van gezondheidszorg en opleiding van gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden, LDC's en SIDS (target 3.c); elimineren van alle publieke en private geweld tegen vrouwen en meisjes (target 5.2); elimineren van schadelijke praktijken zoals kindhuwelijken en gedwongen huwelijken en vrouwelijke genitale verminking (target 5.3) en de ontwikkeling van nieuwe en effectieve gezondheidstechnologieën (geneesmiddelen, vaccins, diagnostiek,...) die een antwoord bieden op de zorgbehoeftes en gezondheidsnoden in ontwikkelingslanden (target 3b).

¹¹ ICPD beyond 2014 Review: http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/un_presentation_on_icpd_review_report.pptx

De verankering van SRGR in het internationale mensenrechtenkader, de prioriteitenstelling binnen de Belgische ontwikkelingssamenwerking en de expertise van verschillende Belgische ontwikkelingsactoren rond die thema's motiveert de Belgische ontwikkelingssamenwerking om geïntegreerde gezondheidszorgsystemen te blijven promoten die aandacht schenken aan verschillende soorten diensten voor SRG- en hiv-.

De aanpak van seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen en hiv moet verbonden zijn want de voornoemde thema's delen vaak dezelfde onderliggende oorzaken zoals armoede, gender-ongelijkheid, gebrekkige toegang tot onderwijs en gezondheidsdiensten en de sociale positie van kwetsbare en gemarginaliseerde groepen.

Het versterken van de verbanden tussen SRGR en hiv verhoogt niet alleen de efficiëntie en doeltreffendheid van interventies; het is ook noodzakelijk om aan de rechten en noden van individuen te voldoen. Het leidt tot belangrijke voordelen op het vlak van gezondheid en ook op sociaal-economisch en op individuele vlak, zoals:

- betere kwaliteit van de zorg en een betere toegang tot en gebruik van diensten voor SRG en hiv;
- betere bescherming tegen ongeplande zwangerschappen, hiv en andere soa;
- beter bereik van kwetsbare en gemarginaliseerde bevolkingsgroepen en groepen die onvoldoende toegang hebben tot gezondheid;
- betere toegang van mensen met hiv tot diensten voor SRG; betere benutting van het schaarse gezondheidspersoneel, verbeterde programma-effectiviteit en efficiëntie, minder duplicatie en competitie om schaarse middelen.

De wet betreffende de ontwikkelingssamenwerking weerhoudt dan ook de gezondheidszorg met inbegrip van de reproductieve gezondheid en de strijd tegen hiv als prioritaire sector van de gouvernementele samenwerking.¹²

3. Strategische prioriteiten

De Belgische Ontwikkelingssamenwerking kan zinvol bijdragen tot de verbetering van de seksuele en reproductieve gezondheid op drie vlakken: (1) de integratie in het nationaal gezondheidssysteem (2) de promotie van SRGR binnen het gezondheidszorgsysteem en (3) Bijdrage tot de promotie van SRGR binnen de duurzame ontwikkeling.

3.1. Integratie in het nationaal gezondheidssysteem

In het verlengde van het streven naar een geïntegreerd gezondheidszorgsysteem, is het de bedoeling om ook de diensten voor seksuele en reproductieve gezondheid op te nemen in het geïntegreerd zorgsysteem. Dit systeem zou ook moeder- en kindzorg, de aanpak van hiv, andere (seksueel) overdraagbare ziekten en niet overdraagbare ziekten moeten integreren. Verschillende van die ziekten en aandoeningen beïnvloeden elkaar en de integratie komt de aanpak dan ook ten goede.

Die diensten moeten wel bijzonder aandacht hebben voor de toegang, de financiële haalbaarheid en de specifieke problematieken van vrouwen, jongeren en kwetsbare en gemarginaliseerde groepen.

¹² http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/Wet_Belgische_Ontwikkelingssamenwerking_19%20maart_2013_tcm314-221450.pdf

3.2. Promotie van SRGR en de aanpak van hiv binnen het gezondheidszorgsysteem

Door de contacten van de bevolking met het gezondheidszorgsysteem is dit ook de uitgelezen plaats om niet alleen de seksuele en reproductieve gezondheid maar ook rechten te promoten.

De meeste seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen zijn te voorkomen en te behandelen. Hier kunnen thema's aan bod komen zoals discriminatie van de vrouwen, jongeren, ouderen, anders validen..., het belang van kwaliteitsvolle relationele en seksuele vorming, bescherming tegen soa/hiv, en ongewenste zwangerschappen, fertiliteitsproblemen, onveilige abortussen en seksueel en gender-gerelateerd geweld, begrip en zin van normen, waarden en praktijken rond gender, seksualiteit en voortplanting in relatie tot de zinnvolle participatie aan de samenleving.

Hiv-preventie en zorg moet gekoppeld zijn aan de versterking van het gezondheidszorgsysteem en zijn algemene seksuele en reproductieve gezondheidszorg die als één geheel dient beschouwd te worden om:

- hiv-preventie, vrijwillige counselling en testing en zorg optimaal uit te voeren en te integreren;
- de preventie van de overdracht van hiv van moeder op kind te promoten;
- jeugd vriendelijke gezondheidsdiensten met aandacht voor preventie en gezondheids promotie zoals relationele en seksuele vorming ;
- bijzondere aandacht te besteden aan de preventie van seksueel geweld en de opvang en zorg van slachtoffers van seksueel en andere vormen van gender-gerelateerd geweld (bv . vrouwelijk genitale verminking)
- Programma's te ontwikkelen om dringend de nodige capaciteit voor antiretrovirale behandeling op te bouwen;
- Hiv- en tuberculosebestrijding onderling en binnen de algemene gezondheidszorg te integreren;
- de integratie van gedecentraliseerde financiële systemen en van verzekeringssystemen voor basisgezondheidszorg te promoten met aandacht voor o.m. hiv-medicatie en moderne methodes voor anticonceptie.

3.3. Bijdrage tot de promotie van SRGR binnen de duurzame ontwikkelingsagenda

De 2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling is een actieplan voor mensen, de planeet en welvaart (People, Planet and Prosperity) waarmee SRGR onlosmakelijk verbonden is. In die duurzame ontwikkelingsagenda vormt de promotie van SRGR en de aanpak van hiv dan ook een prioriteit. Zo is er een sterk verband tussen SRGR, demografische ontwikkelingen en ecologische draagkracht. De promotie van SRGR heeft niet enkel een positieve impact op de gezondheid en welzijn van individuen (Duurzame doelstelling 3) maar tegelijk op het ontwikkelingspotentieel van een land. De promotie van SRGR draagt er toe bij dat mensen vrij kunnen beslissen over hun eigen lichaam, seksualiteit en voortplanting, optimaal kunnen genieten van onderwijs- en arbeidskansen- en een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de sociaal - economische ontwikkeling van de gemeenschap of het land waarin ze wonen.

4. Richtlijnen voor de uitvoering

De stakeholders van de Belgische ontwikkelingssamenwerking en hun partners (overheden, multilaterale organisaties, middenveldorganisaties, waaronder jongerenorganisaties, onderzoeksinstituten ...) kunnen bijdragen tot:

e) Op operationeel niveau

- De organisatie van de SRG-diensten binnen het geïntegreerd zorgsysteem gebaseerd op een begrip van en respect voor de diverse realiteit van het seksuele en reproductieve leven. Dergelijke

gezondheidsdiensten zijn vertrouwelijk, onbevooroordeeld en toegankelijk voor iedereen, ongeacht hun leeftijd, burgerlijke staat, seksuele oriëntatie, verblijfsstatus of financiële toestand. De dienstverleners zijn opgeleid om op een gevoelige en respectvolle manier te werken rond de noden en de vragen van de gebruikers op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid.

- De diensten moeten de preventie en behandeling van soa en hiv integreren in 1) diensten voor gezinsplanning 2) de preventie en aanpak van seksueel en gender-gerelateerd geweld 3) de preventie van onveilige abortus en de post-abortus zorg en 4) moeder- en neonatale zorg.
- Voor sommige aspecten kunnen specifieke programma's speciale aandacht krijgen zoals de behandeling van vesico-vaginale fistels als complicatie van bevallingen of om te voldoen aan de noden van kwetsbare en gemarginaliseerde groepen, zoals jongeren, adolescenten, seksuele minderheden en anders validen.

f) zowel op centraal als op operationeel niveau

- De ondersteuning van de ontwikkeling en uitvoering van het nationaal beleid en de programma's voor SRGR. Hiertoe rekenen we o.a. toegang tot de jeugd- en vrouwvriendelijke diensten¹³, relationele en seksuele vorming, toegang tot diensten voor gezinsplanning en veilige abortus, de beschikbaarheid van kwaliteitsvolle farmaceutische producten voor moderne gezinsplanning inbegrepen.
- De analyse en evaluatie van het nationaal beleid en het aanpakken van de barrières voor de SRGR.
- Aandacht voor 'structurele factoren', factoren waarop het individu weinig impact heeft maar wel degelijk invloed hebben zijn gezondheid (bv. genderongelijkheid of stigma en discriminatie, wettelijke barrières of niet nageleefde en niet afgedwongen wetgeving,...).
- Volwaardige participatie van het maatschappelijk middenveld -en jongeren, vrouwen en kwetsbare groepen in het bijzonder- bij de ontwikkeling, opvolging en evaluaties van het ontwikkelingsbeleid en in de SRGR en hiv-programma's.

g) Op centraal en internationaal niveau

- De promotie van SRGR tijdens internationale fora en tijdens de beleidsdialog met de ontwikkelingspartners;
- De promotie van een multisectoriële aanpak en van een transversale aanpak van SRGR en hiv, door het thema te integreren in verschillende fasen van de programmacyclus;
- De verbanden tussen SRGR en hiv te promoten op niveau van het beleid, binnen het gezondheidssysteem en de gezondheidsdiensten en bij de donoren.
- Aandacht te besteden aan de noden en rechten van de meest kwetsbare, , gestigmatiseerde en gediscrimineerde groepen binnen de samenleving, zoals seksuele minderheden, sekswerkers en migranten.

¹³ Fact sheet van BeCause Health : the sexual and reproductive health and rights of young people

Module 2: Mise en place des ressources essentielles des services de soins de santé intégrés.

In navolging van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, verwijst de Belgische strategie naar de « building blocks » om het gezondheidszorgsysteem te steunen.¹: (1) *geïntegreerde gezondheidszorgdiensten met eerstelijnsgezondheidszorg en referentiesysteem*; (2) *het gezondheidspersoneel: competent productief en doelmatig*; (3) *het gezondheidsinformatiesysteem dat tijdig zorgt voor productie, analyse en verspreiding van informatie over de determinanten, prestaties van het gezondheidssysteem de gezondheidstoestand van het land*; (4) *billijke toegang tot kwaliteitsvolle essentiële geneesmiddelen en farmaceutische producten*; (5) *een billijk financieringssysteem dat universele toegang tot de gezondheidsdiensten zonder verarming van de gebruikers verzekert*; (6) *leiderschap, beleid en rekenschap*.

Volet 2.1 : Un accès universel à des professionnels de la santé de qualité et motivés

1. Contexte – analyse de la situation

La performance du système de santé local est en grande partie déterminée par la qualité, la quantité et la motivation des professionnels de la santé¹⁴, tant au niveau institutionnel que sur le plan des soins. En effet, un système de santé, pour être performant, doit disposer d'une masse critique de ressources humaines, financières et matérielles. Le déficit de ressources est particulièrement ressenti concernant le capital humain qui est la pierre angulaire d'un système de santé performant. L'ampleur du problème place l'Afrique à l'épicentre de la crise mondiale du personnel de santé.

La demande croissante de services de santé est une réalité mondiale. Les pays à revenu élevé et à revenu moyen de la tranche supérieure continueront pour cette raison d'attirer des professionnels de la santé formés à l'étranger. En plus la mobilité intérieure et intersectorielle continue d'affecter l'accès équitable aux services de santé au sein même des pays. L'OMS en 2010 recommande de trouver un juste équilibre entre deux droits : le droit de migrer car la mobilité des cerveaux entraîne également des effets intéressants (*brain circulation*) ; mais aussi le droit des populations de tous les pays à l'accès aux services de santé. Cette recommandation est traduite dans le « Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé ».¹⁵ Plus récemment à New York, les ODD (Objectifs de Développement Durable) ont été approuvés à horizon 2030. Le troisième objectif est intitulé : « Bonne santé et bien-être », et la cible 3.8 « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » constitue le point de convergence de toutes les cibles concernant la santé¹⁶. La cible 3.c, « Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement », jette les bases de la vision et des objectifs du projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé¹⁷.

¹⁴ D'après une formule éloquente: 1 ETP (Équivalent Temps Plein)= présence x motivation x compétence

¹⁵ OMS : *Code de Pratique sur le recrutement international des personnels de santé* qui a été approuvé lors de la 63e Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2010. Voir : http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/fr/

¹⁶ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

¹⁷ Source d'information

2. Motivation – justification

La crise de ressources humaines, surtout en Afrique subsaharienne, est caractérisée entre autres par un nombre inadéquat de professionnels de la santé, compétents et motivés. On constate dans certains pays des pénuries graves, causés par une fuite des cerveaux tant externe (émigration) qu'interne (de la campagne vers la ville, du cadre opérationnel vers le cadre administratif), parfois des pléthores, des formations insuffisantes ou inadéquates, des inégalités entre femmes et hommes, de bas salaires et faible motivation, de mauvaises conditions de travail, des charges administratives trop élevées.

En vue d'atteindre l'objectif de développement durable 3, d'instaurer la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire il y a les défis suivants auxquelles il faudra faire face¹⁸

Inadéquation entre offre, demande et besoins en professionnels de la santé

Cet écart entre les effectifs disponibles, les effectifs objectivement nécessaires, et les besoins ressentis par les populations en matière de professionnels de la santé, appellera des solutions innovantes : réorientation des soins en milieu hospitalier vers d'autres cadres, prestation de soins par des équipes multidisciplinaires souples ayant des compétences et un champ d'action appropriés, engagement intersectoriel reconnaissant la formation, le recrutement, le déploiement et la fidélisation des professionnels de la santé comme le moteur d'une croissance et d'une prospérité sans exclus, ayant des effets positifs sur la réalisation de l'ensemble des objectifs de développement durable. En outre, les défaillances du marché de l'emploi et le déséquilibre entre l'offre, la demande et les besoins aboutissent souvent à faire coexister un chômage des agents de santé en milieu urbain avec des besoins insatisfaits ailleurs.

Mobilité croissante intérieure et internationales des professionnels de la santé

Le déploiement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales, peu accessibles constituent un véritable défi mondial et l'on constate souvent une pénurie de professionnels dans les zones rurales. En plus, les secteurs public et privé (bénévole, indépendant et à but lucratif) sont souvent en concurrence pour obtenir les services de personnes appartenant au même groupe d'agents de santé. Une régulation du secteur privé et l'incitation du secteur privé sont importantes pour l'amener à s'aligner plus étroitement sur les buts du secteur public.

Profils inadéquats des professionnels de la santé

Citons ici à titre d'exemple une importance excessive accordée aux soins spécialisés et au secteur tertiaire qui risque de limiter l'accès aux services de soins de santé primaires. La pratique de collaboration en équipes peut atténuer une grande partie des problèmes auxquels tous les systèmes de santé sont confrontés.

Faible gouvernance avec gaspillage et inefficience comme conséquence

L'OMS estime que 20 % à 40 % des dépenses pour la santé sont peut-être gaspillées, en partie à cause d'une mauvaise utilisation des professionnels de la santé et de carences au niveau de la gouvernance des ressources humaines pour la santé.¹⁹ La gouvernance et la gestion des ressources humaines pour la santé supposent un engagement politique et une responsabilisation au plus haut niveau. Il faut aussi des capacités techniques et gestionnaires pour transformer les décisions en réalisations pratiques.

Dans le domaine de la gouvernance, il est important de répondre aux besoins essentiels en matière de

¹⁸ OMS : Projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.

<http://www.who.int/workforcealliance/events/FR-GlobStratHRHealthWorkforce2030.pdf>.

¹⁹ OMS : *Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.* <http://www.who.int/whr/2010/fr/>

planification, de gestion des effectifs tant au niveau central que décentralisé, de gestion informatisée de données, de suivi et évaluation.

Trop faible motivation de professionnels de la santé

Il est mondialement reconnu qu'une cause importante de la faible performance du système de santé, est la faible rémunération et motivation des professionnels de la santé. L'investissement national et international dans le capital humain, les professionnels de la santé, offre une triple rentabilité, à savoir : des avantages économiques et sociaux, surtout pour les femmes ; de meilleurs résultats en matière de santé; et une première ligne de défense solide pour la sécurité sanitaire mondiale.

Faible qualité de formation

Un autre défi énorme est la faible qualité des formations dans le domaine de la santé. Des programmes de formation ne répondent souvent plus aux besoins du système de la santé, on constate une faible articulation entre la prestation de services qualité et les objectifs de formation, un accompagnement inexistant, des endroits de stage surpeuplés, une absence d'outils et méthodes pédagogiques de qualité et à jour, un faible niveau et motivation des enseignants. En plus la commercialisation de la formation avec la prolifération d'écoles privées dans des pays en situation de fragilité, contribue souvent à une production de professionnels de la santé, en pléthore mais dont la qualité insuffisante peut représenter un danger pour les patients.

3. Priorités stratégiques

La Belgique, au travers de programmes concrets et d'un dialogue politique avec les pays partenaires et les organisations internationales, apportera son soutien aux démarches suivantes

- La formation de professionnels de la santé en nombre adéquat et de meilleure qualité
- La collaboration et la solidarité internationale, conformément aux priorités nationales et plans de développement nationaux.
- La cohérence entre les acteurs belges dans leurs actions en matière de formation des professionnels de la santé ;
- Les pratiques de recrutement éthiques, conformément aux dispositions du « Code de Pratiques » de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
- Mobiliser et maintenir l'engagement politique et financier
- L'innovation et l'utilisation des données factuelles
- Une approche systémique dans tout développement de ressources humaines
- Une approche basée sur les droits humains

4. Pistes de mise en œuvre

Des pistes de mise en œuvre et les principes énoncés ci-dessous sont valables pour guider autant que possible les organisations belges dans leurs interventions et leurs choix de politiques.

En termes de partenariat et d'harmonisation :

- intégrer les interventions dans les structures et organisations nationales (du secteur public comme de la société civile) et appuyer le renforcement des systèmes de santé dans les pays partenaires ;
- participer, dans chaque pays, à la concertation des acteurs appuyant la mise en œuvre des plans de développement des RHS afin d'harmoniser progressivement les appuis ;
- augmenter la prévisibilité et la vision à long terme des appuis aux RHS.

En termes de politiques et plans de développement des RHS :

- promouvoir, au sein des pays partenaires, le développement des RHS qualifiées nationales, la bonne gouvernance, le renforcement des capacités de réglementation des RHS et le respect de l'éthique et de la déontologie dans les professions médicales et paramédicales – en particulier le respect des patients et de leur identité socio-culturelle, et la lutte contre la corruption²⁰ ;
- appuyer, lorsque la demande existe, la conception et la mise en œuvre dans les pays partenaires de plans de développement des RHS qualifiées, respectant des valeurs telles que l'équité et la dimension « genre », y compris à travers la promotion de mesures visant la réduction des inégalités dans la distribution géographique des personnels de santé dans ces pays ;
- mettre en œuvre des mesures visant à améliorer sensiblement la motivation professionnelle et à rendre la fonction soignante plus attractive pour les personnels de santé nationaux ;
- créer un environnement professionnel, social et salarial favorable pour les RHS ;
- renforcer l'estime de soi des acteurs en santé en favorisant des politiques et interventions promouvant l'autonomie, la reconnaissance, l'apprentissage, la confiance, la transparence et l'équité, grâce auxquels la motivation, la satisfaction, l'appropriation et l'engagement des acteurs seront soutenus.

En termes de formation :

- appuyer la formation initiale, continue et complémentaire dans les pays partenaires, selon les besoins exprimés dans le plan national de développement des RHS s'il existe et/ou selon la pertinence des formations sollicitées ;
- appuyer la mise en place de systèmes nationaux d'accréditation des établissements d'enseignement de santé²¹
- privilégier autant que possible le renforcement des capacités nationales et régionales de formation.

En termes de recrutement :

- respecter l'éthique du Code de Pratique de l'OMS lors de recrutements internationaux de RHS issues des pays pauvres ;
- compenser les effets négatifs potentiels sur le système local de santé d'un recrutement de RHS dans les pays partenaires.

Ces principes sont d'ailleurs résumés dans la charte belge, signé le 27 novembre 2013, sous parrainage de la Direction Générale de la Coopération au Développement et de l'Aide Humanitaire²². Cette Charte, élaborée à l'initiative de la plateforme Be-Cause Health, réunissant les principaux organismes de coopération belge actifs dans le secteur de la santé, part du constat que les ressources humaines sont un des principaux piliers des systèmes de santé, et qu'il est impératif de les renforcer afin de pouvoir satisfaire les besoins essentiels en matière de santé.

En adhérant à cette Charte, les organisations signataires ont pris l'engagement de respecter autant que possible un certain nombre de principes visant tant à appuyer activement le développement des capacités du personnel de santé qu'à limiter les effets négatifs que le recrutement international du personnel de santé issu des pays du Sud pourrait imposer aux capacités locales

²⁰ Axe stratégique n°2 (p. 14) de la Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012-2025 (OMS Afro 2012) http://www.hrh-observatory.afro.who.int/images/4th_HRHConsultation/Feuille-de-route-RHS_Fr.pdf

²¹ cf. axe stratégique 3 (p.15) de la Feuille de route de l'OMS AFRO

²²

UN SYSTÈME DE SOINS STIMULANT LE DÉVELOPPEMENT D'UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE À FINALITÉ PUBLIQUE²³ ... AVEC DES MEDECINS GENERALISTES²⁴

Il est reconnu scientifiquement et internationalement qu'une première ligne de soins primaires forte augmente, entre autres, l'efficacité d'un système de santé et une plus grande satisfaction des usagers, de plus faibles coûts, un usage plus modéré des médicaments, un taux inférieur d'interventions superflues. Les travaux de B Starfield²⁵ (entre autres) l'ont suffisamment démontré dans les pays industrialisés où les médecins généralistes font partie de la première ligne et en sont souvent un élément central. Il existe plusieurs définitions de la médecine générale mais on peut citer quelques caractéristiques qui la distinguent de la médecine spécialisée ou hospitalière. Elle est souvent un premier recours vu sa grande plus grande proximité et accessibilité. Elle suit le patient dans la durée parfois tout au long de son existence. Elle pratique une approche globale et prend en compte la complexité des problèmes de santé de la personne. Elle fait appel aux autres professionnels de santé de première ligne avec lesquels elle travaille en collaboration pour offrir des soins coordonnés. Enfin elle œuvre dans une perspective de santé communautaire. La médecine générale est peu voire pas du tout développée dans un grand nombre de pays à faibles revenus et particulièrement en Afrique subsaharienne sauf en Afrique du Sud. Plusieurs projets de développement de la médecine générale tant en milieu urbain qu'en milieu rural ont cependant vu le jour en Afrique, Asie et en Amérique du Sud depuis de nombreuses années. (Mali, Cuba, Thaïlande, Guinée-Conakry, etc.). La Belgique a une grande expertise en matière de recherche et de coopération pour le développement de la médecine générale dans les pays du Sud. Elle participe aussi à des projets de développement de « maisons médicales », structures de soins et de promotion de la santé rassemblant sous le même toit plusieurs professionnels de santé de première ligne de disciplines différentes (médecins, infirmiers, assistant social, psychologue, kinésithérapeutes, etc.). Il serait utile de poursuivre la recherche et les appuis substantiels aux projets visant à augmenter l'accès des populations urbaines et rurales à la médecine générale. La pénurie de médecins ou la répartition très inégale des médecins entre les grandes villes et les campagnes dans certains pays ne peut plus être un prétexte pour en retarder la mise en œuvre.

(Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar, D Desplats - C Razakarison. Santé Sud, 2009)

« Avec le lancement de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP), à Alma Ata en 1978, à une époque où les médecins étaient encore en nombre insuffisant, le dispositif administratif et hiérarchique s'est déplacé avec le transfert de la responsabilité médicale du soin aux agents de santé, l'algorithme ou ordinogramme servant de support décisionnel. Les normes se sont ainsi considérablement développées tandis que le clivage hiérarchique s'est cristallisé entre des médecins qui administrent et supervisent, et les non-médecins qui pratiquent la médecine. »

Le système de santé local (Sylos)

Il s'agit de l'ensemble des organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé. Le Sylos repose sur les principes suivants :

- Le pluralisme : tous les acteurs contribuant à la santé comme finalité publique entretiennent des interactions constructives. Il s'agit notamment des personnes, familles, prestataires de services de santé publics et privés, la société civile, les administrateurs du système de santé, les collectivités locales ainsi que les acteurs dans les domaines également importants de l'éducation, de la sensibilisation, de la formation et autres prestations ayant un effet direct sur la santé. La gestion de ce pluralisme suppose un leadership accompagnateur et facilitateur et partagé ('distributive stewardship').
- L'autonomie: les utilisateurs, comme individu et groupe, sont le principal acteur par rapport à leur santé. Dans ce sens, ils doivent être capables de faire des choix informés par rapport à leur santé et gérer leur bien-être d'une manière autonome.
- L'efficacité et l'efficience : l'organisation d'un paquet optimal de soins curatifs, palliatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation est assurée par des services complémentaires, rationnels et adaptés afin de fournir des réponses adéquates à tous les besoins de santé en tenant compte des ressources disponibles. Ceci afin d'assurer une accessibilité équitable des usagers aux soins de qualité aux différents échelons et de garantir une circulation optimale de l'information.
- L'intégration: un fonctionnement cohérent des structures de gestion et de concertation intégrant les différentes contributions & ressources pour la santé, suivant une vision que les résultats du système sont meilleurs que les résultats des composantes séparées du système.
- La solidarité: le système est inclusif et prend une responsabilité envers toute une population donnée, en prenant en compte de la mobilité et des choix des utilisateurs des services de santé.

Référence :

- La Déclaration de Dakar de 2013

- L'introduction aux cours de l'Organisation de Systèmes de Santé (Guy Kegels, IMT, ex-cours 'CIPS' 2000)

²³ La construction de la médecine de famille dans les pays en développement Sylvie Dugas et Monique Van Dormael, Studies in Health Services Organisation & Policy, 22, 2003 Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere ©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. E-mail : isa@itg.be

²⁴ Dans les pays anglo-saxons on les nomme « general practitioner », « primary care physicians » ou « family physicians ». En Belgique et en France on les nomme « médecins de famille », « omnipraticiens », « médecins traitants » ou « huisartsen ». 25 Starfield B: Is primary care essential? Lancet 1994, 344: 1129-1133 ...et nombreux articles ultérieurs

Volet 2.2 : « Utilisation appropriée des produits pharmaceutiques essentiels de qualité »

Le présent module propose des pistes pour orienter les interventions des acteurs de la Coopération belge en matière de produits pharmaceutiques, afin qu'elles s'inscrivent le plus possible dans une approche intégrée et multisectorielle. L'objectif est d'assurer que les programmes financés par la Coopération belge contribuent à soutenir des systèmes de santé garantissant aux bénéficiaires un accès universel à des produits pharmaceutiques essentiels de qualité, et in fine leur utilisation appropriée tant par le bénéficiaire que par le prestataire.

Résumé

Un objectif

Garantir aux bénéficiaires un accès à des produits pharmaceutiques essentiels de qualité, et *in fine* leur utilisation appropriée tant par le bénéficiaire que par le prestataire.

Trois stratégies prioritaires

1. **Appuyer les pays partenaires à développer des stratégies pharmaceutiques**, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé nationaux.
2. Garantir la **qualité des produits pharmaceutiques dans les programmes** financés par la Coopération belge.
3. Promouvoir et favoriser la **cohérence des politiques** en faveur de l'accès aux produits pharmaceutiques de qualité pour les populations des pays partenaires. Mettre l'accent sur la **qualité** de ces produits, une niche belge.

Trois approches

1. **Approche basée sur les droits humains** et l'équité.
2. **Approche globale, intégrée et horizontale**, visant à renforcer les soins de santé primaires.
3. **Approche basée sur la bonne gouvernance** (y compris le contrôle citoyen) et la **transparence**.

1. Contexte

On entend par produits pharmaceutiques : tous les médicaments y compris les vaccins, les produits biologiques, les dispositifs médicaux thérapeutiques et diagnostiques, ainsi que les autres produits de santé (préservatifs, compléments alimentaires, moustiquaires imprégnées, etc.).

On entend par produits pharmaceutiques essentiels : tous ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population²⁶.

L'accès aux produits pharmaceutiques essentiels doit être garanti dans le cadre du droit à la santé. Ils doivent être disponibles en permanence **dans le cadre de systèmes de santé opérationnels**, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté.

Néanmoins, dans un contexte où les enjeux et les intérêts du secteur pharmaceutique globalisé et le plus puissant au monde sont énormes, la pleine jouissance de ce droit reste un objectif illusoire pour des millions de personnes à travers le monde. En effet, un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels. D'après l'OMS, en 2012, les médicaments essentiels n'étaient disponibles que dans 40% des établissements de santé publics de la Région Afrique de l'OMS. De plus, on estime que 50 à 90% des dépenses pour les produits pharmaceutiques sont supportées par les patients. En outre, plus de la moitié de tous les médicaments prescrits au niveau mondial sont délivrés ou vendus de manière inappropriée. Enfin, plus de 25% des médicaments consommés dans les pays pauvres sont de mauvaise qualité ou contrefaits.

Pourtant, l'utilisation inappropriée, l'inaccessibilité et la mauvaise qualité des produits pharmaceutiques ont des conséquences désastreuses sur la **santé individuelle et publique** (morbidity, mortalité et résistance médicamenteuse), le système de santé et la **confiance** envers celui-ci, la **qualité** de vie, la **productivité** et peuvent mener à/exacerber la **pauvreté**.

2. Justifications

Intervenir sur les produits pharmaceutiques dans les pays à revenu faible et intermédiaire se justifie aujourd'hui à plus d'un titre :

Tout d'abord, la santé est une **priorité de la Coopération belge** au développement. La Belgique reconnaît le droit à la santé, dans le cadre duquel l'accès aux produits pharmaceutiques essentiels doit être garanti. A cette fin, la Belgique appuie le renforcement des systèmes de santé, dans le cadre desquels les produits pharmaceutiques doivent être de qualité assurée, accessibles et abordables. L'importance de cette question pour la Belgique a été soulignée à plusieurs reprises, entre autres dans la note stratégique sur le droit à la santé et aux soins de santé (2017), l'adoption de l'agenda 2030 pour le Développement Durable – dont une cible est consacrée aux médicaments et vaccins essentiels de qualité (SDG3.8) – (2015), l'exposé d'orientation politique du Ministre de la Coopération au développement Alexander De Croo (2014), la loi relative à la Coopération au développement (2013), l'appui politique à la Charte sur l'assurance de la qualité des produits médicaux rédigée par la plateforme *Be-cause Health* et considérée comme un milestone au niveau belge (2008), mais aussi l'adhésion à la Constitution de l'OMS et aux différentes résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé portant sur les produits pharmaceutiques.

De plus, la Coopération belge consacre un budget conséquent aux produits pharmaceutiques. Selon une récente étude menée par la DGD, ce montant correspondrait à **plus de 22% de l'Aide Publique belge au Développement en santé**.

²⁶ WHO. 19th Model List of Essential Medicines, last accessed on 14/09/2015 at http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf and WHO. 4th Model list of essential medicines for children, last accessed on 14/09/2015 at http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th_EMLc_FINAL_web_8Jul13.pdf

Enfin, en tant que bailleur de fonds, la Belgique a la **responsabilité** de veiller à ce que ses fonds soient utilisés de manière appropriée et en particulier à ce qu'ils ne nuisent pas ou qu'ils ne financent pas des pratiques qui seraient inacceptables dans le système de santé belge.

3. Stratégies prioritaires

Ce chapitre décrit les stratégies, les approches et les principes sur base desquels les acteurs de la Coopération belge au développement peuvent contribuer, de manière efficace, à garantir aux bénéficiaires une utilisation appropriée et un accès à des produits pharmaceutiques de bonne qualité dans les pays partenaires.

Trois stratégies prioritaires ont été retenues :

- 1. Appuyer les pays partenaires à développer des stratégies pharmaceutiques**, dans le cadre plus général du renforcement des systèmes de santé nationaux. La Belgique peut promouvoir le développement et la mise en œuvre de **politiques publiques** en faveur de la bonne gouvernance du secteur pharmaceutique et du renforcement de la réglementation et de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique. Pareilles politiques devront tenir compte du contexte, des ressources disponibles et des preuves scientifiques existantes. Elles devront être développées au niveau intersectoriel et en impliquant tous les acteurs concernés. La Belgique peut aussi soutenir les **réformes des systèmes de santé** en faveur de l'intégration d'une couverture en produits pharmaceutiques dans les mécanismes de « couverture universelle des soins de santé ». Dans les contextes de fragilité, il ne faut pas sous-estimer l'importance des niveaux locaux, provinciaux et des districts.
- 2. Garantir la qualité des produits pharmaceutiques dans les programmes financés par la Coopération belge.** Les acteurs de mise en œuvre portent la responsabilité de la qualité des produits qu'ils achètent, stockent, distribuent et/ou contrôlent à travers leurs programmes. Cela conditionne l'octroi de financements par la DGD. Pareille politique peut protéger les patients bénéficiaires de programmes financés par la Coopération belge, créer un environnement favorable à la qualité, améliorer la compétitivité des fournisseurs qui investissent dans la qualité et avoir un impact sur ce marché puissant et globalisé.
- 3. Promouvoir et favoriser la cohérence des politiques** en faveur de l'accès aux produits pharmaceutiques de qualité pour les populations des pays partenaires. Mettre l'accent sur la **qualité, une niche belge**. La Belgique peut montrer si les politiques belges, européennes et internationales ont des effets délétères pour cette problématique, ou si notre pays tolère/appuie/finance des pratiques qui seraient inacceptables dans le système de santé belge. Pareilles preuves pourront servir, lors des **dialogues politiques** et des **réunions (in)formelles** à différents niveaux (avec nos pays partenaires, avec nos acteurs et organisations partenaires, avec nos homologues politiques au niveau belge, européen et international, etc.), à conscientiser, à informer et à **guider les choix politiques** pour améliorer l'utilisation appropriée et l'accès à des produits pharmaceutiques essentiels de qualité pour tous.

Trois approches doivent orienter l'opérationnalisation de ces stratégies :

- 1. Approche basée sur les droits humains** et l'équité. Elle garantit l'accès à des produits pharmaceutiques de bonne qualité pour tous les citoyens (également les plus faibles et vulnérables).
- 2. Approche globale, intégrée et horizontale**, visant à renforcer les soins de santé primaires. Eviter toute approche verticale – comme les circuits parallèles d'approvisionnement notamment – avec les effets pervers qui ont été démontrés (fragmentation des soins de santé primaires et déresponsabilisation des Ministères de la Santé publique). Elle cadre parfaitement avec les principes de l'efficacité de l'aide souscrits par la Belgique.
- 3. Approche basée sur la bonne gouvernance** (y compris le contrôle citoyen) et la transparence.

Trois principes de base plus généraux doivent également guider les interventions prévues :

- 4. Flexibilité et adaptation des interventions aux contextes locaux.**

5. **Coordination entre les acteurs de la Coopération belge, mais également entre les bailleurs de fonds.** Pareille coordination doit être mise en place tant au niveau des interventions de coopération dans les pays partenaires, mais aussi pour le *fundraising*. Elle cadre parfaitement avec la politique de développement intégrée soutenue par la Belgique.
6. **Partenariats avec les autorités et les différentes parties prenantes au niveau des pays partenaires,** afin d'inscrire les interventions de coopération dans le cadre des politiques et des priorités nationales et afin de favoriser la pérennité des interventions et des stratégies.

4. Pistes de mise en œuvre

Ce chapitre liste sept pistes que la Belgique pourrait mettre en œuvre. En fonction de la situation, chaque piste peut être appliquée à différents acteurs : gouvernementaux, non gouvernementaux, multilatéraux et du secteur privé ; et à plusieurs niveaux : la Belgique, le pays partenaire, le niveau international. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais d'exemples illustratifs et basés sur l'expertise belge. L'application opérationnelle de chaque piste doit être adaptée au cas par cas.

1. **Renforcer les mécanismes nationaux de couverture universelle des soins de santé en matière de produits pharmaceutiques.** Les mécanismes nationaux de protection sociale et/ou de couverture universelle des soins de santé, permettent, en plus de leur rôle dans le financement des soins de santé, d'influencer et d'améliorer l'utilisation et l'accès à des médicaments de qualité et d'améliorer les résultats en termes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pourtant, bien que de nombreux pays développent un système national d'assurance-maladie en vue d'atteindre une couverture universelle des soins de santé, on constate que la couverture en médicaments y est parfois limitée. On estime aussi que 50 à 90% des dépenses pour les produits pharmaceutiques sont supportées par les bénéficiaires (patients et familles) dans ces pays. Ces dépenses peuvent leur causer de sérieux problèmes financiers, voire les mener à la pauvreté.

Par qui ? La Coopération belge peut faire appel à COOPAMI pour évaluer, sur base des lignes directrices de l'OMS (ou équivalent), comment les mécanismes nationaux de couverture universelle des soins de santé tiennent compte des médicaments. Des études de coût peuvent être réalisées²⁷.

*La Coopération gouvernementale peut soutenir les pays partenaires à planifier et à mettre en œuvre des réformes, et en particulier à développer des **politiques d'achats stratégiques** qui réglementent les transactions et équilibrent les intérêts des détenteurs d'enjeux (voir encadré 1) et à mettre en place une **politique équitable de prix de vente** pour les produits pharmaceutiques, de manière à couvrir les frais de gestion et à garantir l'accessibilité financière pour les usagers.*

*La Coopération non gouvernementale peut, dans les pays ne disposant pas/plus d'un tel mécanisme (Etats fragiles, crises humanitaires), envisager des **alternatives temporaires** pour y pallier. Par exemple la tarification forfaitaire subsidiée ou les gratuités pour favoriser la continuité des traitements.*

2. **Renforcer la gouvernance du secteur pharmaceutique,** en renforçant les capacités des autorités nationales et des centrales d'achat nationales. Les **autorités nationales (et régionales) de réglementation des médicaments et produits de santé** (ANRM) ont pour mandat de faire respecter la **bonne gouvernance** du secteur pharmaceutique dans l'intérêt de la santé publique. Elles assument les fonctions de **réglementation, régulation,** autorisation, surveillance et contrôle. Pourtant, bien que la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire aient mis en place pareille autorité de réglementation, on constate que ces dernières ont tendance à souffrir d'un manque de soutien politique et financier de la part de leur gouvernement, de structures inappropriées et de ressources humaines

²⁷ WHO HAI Field Guidelines on Price Surveys (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>)

insuffisantes. Dans certaines situations, d'autres instances remplissent en pratique (certaines de) ces fonctions. C'est le cas notamment des **centrales d'achat nationales**.

Par qui ? La Coopération belge peut faire appel à l'OMS, à l'AFMPS ou à QUAMED (pour les aspects « qualité ») pour réaliser des **audits fonctionnels** des autorités nationales de réglementation, des centrales d'achat nationales et de la chaîne d'approvisionnement. Des études de qualité peuvent être réalisées²⁸ en collaboration avec les autorités nationales de réglementation. Ces audits et études devraient avoir lieu dans le cadre d'une collaboration continue visant le **renforcement des capacités**.

Les Coopérations gouvernementale, non gouvernementale et multilatérale (OMS), mais aussi QUAMED (pour les aspects « qualité »), peuvent **renforcer les capacités** des autorités nationales de réglementation, des centrales d'achat nationales et de la chaîne d'approvisionnement. La **mutualisation des ressources** (humaines, techniques et financières) et le partage d'informations entre les autorités nationales de réglementation, et entre les centrales d'achat nationales est privilégiée (futur réseau mondial regroupant les autorités des pays à revenu faible ou intermédiaire imaginé par l'OMS²⁹, QUAMED).

3. Renforcer la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique. Pour garantir une disponibilité en produits pharmaceutiques essentiels pour les bénéficiaires, la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique (publique et/ou privée) doit être assurée (de la prévision des ventes jusqu'à la dispensation aux patients). Eviter toute approche verticale.

Par qui ? Les Coopérations gouvernementale, non gouvernementale et multilatérale (assistance technique) peuvent renforcer tous les échelons de la chaîne d'approvisionnement conformément aux **référentiels de l'OMS à chaque étape** : planification, pré-qualification des sources, calcul de la consommation moyenne à différents niveaux, optimisation des stocks, transport, entreposage et gestion de l'information, contrôle en continu de la qualité (y compris par la pharmacovigilance).

Au niveau des districts sanitaires, les Coopérations gouvernementale et non gouvernementale peuvent renforcer la **gestion informatique** des flux de médicaments, ainsi que la constitution et la gestion d'une base de données recensant les indicateurs de gestion des médicaments.

4. Assurer la qualité de la prescription des produits pharmaceutiques choisis sur base de leur coût-efficacité. Eviter la surprescription.

Par qui ? Les Coopération gouvernementale, non gouvernementale et multilatérale (assistance technique) peuvent par exemple mettre en place la « **stratégie du plein traitement** » : ordinogrammes, contrôle de la prescription par les superviseurs locaux, formation des superviseurs, des prescripteurs et des pharmaciens, éducation des patients.

5. Favoriser l'empowerment des individus et de leur communauté, afin qu'ils lèvent les barrières (barrières sociales, culturelles et/ou financières, perceptions et comportements irrationnels, manque d'information, manque de confiance envers les travailleurs de santé et envers le système de santé, etc.) à l'accès aux produits pharmaceutiques.

Par qui ? La Coopération non gouvernementale peut travailler avec des « **patients experts** » pour aider les patients et leur famille à prendre et à mieux vivre avec leurs traitements antirétroviraux ou tout autre traitement chronique.

²⁸ WHO Draft Guidelines for surveys on quality of medicines. Recommendations on the content of a survey protocol for surveys of the quality of medicines. Working document QAS/14.590. Draft for comments, July 2014.

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/WHO_SamplingProcedures_GeneralDocument_QAS14_590_10062014.pdf

²⁹ Dans un *concept paper* publié en 2013, l'OMS planche sur la création d'un modèle innovant de réseau mondial regroupant les ANRM des PRFI et prônant la collaboration et le partage d'informations et de ressources. Son ambition à long terme est que les ANRM assument leur mandat et que la qualité des médicaments ne soit plus sacrifiée au profit du prix. Il y est entre autres fait mention d'un transfert progressif de la responsabilité de préqualification de l'OMS vers les ANRM. [WHO Department of Essential Medicines and Health Products. Regulatory Harmonization, Regulator prequalification of medicines: a future concept for networking. WHO Drug Information, 2012, 26, 3, p. 239-47]

*Les Coopération gouvernementale, non gouvernementale et multilatérale (assistance technique) peuvent améliorer l'accès à des **moyens de subsistance** (fonds d'équité en santé, transferts monétaires conditionnels, mutuelles, etc.) pour avoir un impact sur l'accès aux services de santé et aux produits pharmaceutiques en particulier.*

6. Contribuer à la cohérence des politiques nationales et internationales en faveur de l'accès aux produits pharmaceutiques essentiels de qualité pour les populations des pays partenaires. Mettre l'accent sur la **qualité** des produits pharmaceutiques, une **niche** belge. La Belgique ne peut en effet pas tolérer/appuyer/financer des **pratiques qui seraient inacceptables dans le système de santé belge**. Trouver l'appui de pays « *like-minded* » pour influencer les débats au niveau national (dans les pays partenaires) et international. Chercher également le soutien du secteur privé. Les industries pharmaceutiques (belges) sont en effet des alliés potentiels dans ce marché puissant et globalisé.

A titre d'exemples : *En vue d'une assurance de la qualité pharmaceutique harmonisée et uniforme au niveau international, plaider en faveur d'une **réglementation européenne stricte** quant à la qualité des produits destinés uniquement à l'exportation, de l'élargissement du système de **préqualification** des produits pharmaceutiques par l'**OMS** (pour les antibiotiques notamment) et du développement d'une préqualification des agences d'approvisionnement par l'OMS et/ou d'un système d'accréditation de ces agences. QUAMED pourrait avoir les capacités pour ça. En vue d'un accès au médicaments essentiels pour tous, plaider en faveur des flexibilités des droits de propriété intellectuelle (**brevets**) pour des nécessités de santé publique à l'OMC et pour des mesures particulières pour les **médicaments stupéfiants** à usage thérapeutique à l'UNODC.*

Par qui ? *La Coopération belge peut intervenir lors des **dialogues politiques** et lors des **réunions politiques, stratégiques ou techniques formelles ou informelles** avec les pays partenaires, avec les acteurs et organisations partenaires, avec le secteur privé, mais aussi avec les homologues politiques au niveau belge, européen et international et avec d'autres bailleurs de fonds. Cela peut avoir lieu tant au siège (par l'équipe santé, par la cellule « cohérence des politiques en faveur du développement », par les gestionnaires de dossiers « santé » de la DGD), que dans les postes au sein des pays et organisations partenaires de la Coopération belge (OMS, Fonds Mondial, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA mais aussi Banque Mondiale, CICR, etc.) ou non partenaires (UNODC, OMC, WIPO, etc.), avec l'appui de l'expertise de l'équipe santé du siège si nécessaire.*

7. Fournir des produits pharmaceutiques dont la qualité est garantie aux bénéficiaires de programmes financés par la DGD. Un « Engagement » en détaille les modalités pratiques (en annexe). Il a la force de combiner une implication **multi-parties** (non seulement les acteurs belges de mise en œuvre mais aussi la DGD et les contrôleurs financiers de la Coopération belge), une **budgetisation** préalable éventuelle de l'assurance de la qualité dans les programmes financés par la DGD et une **responsabilisation des acteurs de mise en œuvre** en cas de problème. Cet « Engagement » constitue une **étape nécessaire** en attendant que les pays assument eux-mêmes leur rôle de garant de la qualité. Pour ne pas les déforcer, notre pays donne priorité au système d'approvisionnement du pays partenaire et appuie le développement des capacités locales à garantir la qualité. Il faut aussi noter que, si les acteurs de la Coopération s'engagent à n'acheter que des produits de qualité, les prix de ces produits vont diminuer par l'effet de l'économie d'échelle (comme démontré d'une façon exemplaire par l'expérience des antirétroviraux génériques). Les grandes lignes sont reprises ci-dessous :

En pratique: *les acteurs de mise en œuvre s'engagent à :*

- ⇒ 1) *Incorporer une rubrique spécifique dédiée à l'assurance de la qualité des produits pharmaceutiques avec le budget justifié qui doit y être alloué.*
- ⇒ 2) *Disposer et mettre en œuvre une politique d'assurance de la qualité avec une analyse des risques.*
- ⇒ 3) *Suivre les critères repris dans l'« Engagement » en matière d'achat, de stockage, de distribution et de renforcement des capacités locales.*

Encadré 1: Les détenteurs d'enjeux et leur principal domaine d'activités relatif aux produits pharmaceutiques (liste non exhaustive)

1) Au niveau des pays partenaires : Etat (dont le Ministère de la Santé), ANRM, centrales d'achat et de distribution publiques et privées, mécanismes d'assurance-santé (y compris les mutuelles de santé), partenaires locaux de mise en œuvre et/ou de plaidoyer (y compris les programmes verticaux), fabricants locaux, prestataires de soins de systèmes pluralistes (public et privé), bénéficiaires et associations de patients.

2) Parmi les acteurs et organisations partenaires de la Coopération belge :

- Les organisations multilatérales : OMS (normatif, SSFFC), ONUSIDA (plaidoyer), Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (opérationnalisation), UNICEF (vaccins), FNUAP (contraceptifs, préservatifs, planning familial), PNUD, Banque mondiale (programmes santé dans pays) , OHCHR (droit à la santé), CICR (médicaments - humanitaire), UNRWA, UNHCR, OCHA, OIT (protection sociale, dépistage au travail), OIM (médicaments pour les migrants), ONU-Femmes, FAO (médicaments vétérinaires, nutrition), PAM.

- Les acteurs non gouvernementaux : Association for Cultural, Technical and Educational Cooperation, Cemubac, Croix Rouge de Belgique, Fondation Damien, Fondation Rotary Clubs belges, Fonds voor Ontwikkelingssamenwerking - Socialistische Solidariteit, Fracarita, Handicap International (prothèses), Kongo-dorpen, Louvain Coopération, MDM, Médecine pour le Tiers Monde, MSF (plaidoyer), Médecins Sans Vacances, Memisa, Oxfam Solidarité (plaidoyer), Rode Kruis Vlaanderen, Solidarité Socialiste, Solidarité Protestante, UniverSud, Vétérinaires Sans Frontières.

- L'acteur gouvernemental : CTB (renforcement des systèmes de santé + projet d'appui au système national d'approvisionnement en médicaments en RDC avec AFMPS).

- Les acteurs du secteur privé : BIO (investissements passés dans centrales d'achat et industries pharmaceutiques en Afrique).

- Les universités et institutions scientifiques : IMT (y compris QUAMED et Be-cause Health), ARES, VLIR

3) Parmi les autres organisations internationales suivies par la Belgique : OMC (commerce et propriété intellectuelle), WIPO (propriété intellectuelle), ONUDC (médicaments contrôlés), UN Commission on Population and Development (résolution accès contraceptifs).

4) Au niveau belge : Commission en charge de la cohérence des politiques en faveur du développement, SPF santé (compétence santé, législation e.a. exportation) et autres entités fédérales et fédérées (compétences économie, finance, commerce), AFMPS (régulation), INAMI (remboursements), ISP (statistiques), universités (enseignement, recherche), industries pharmaceutiques (marques et génériques), opinion publique.

5) Au niveau européen et international : Commission Européenne (Aide humanitaire et protection civile (ECHO), Commerce (TRADE), Coopération internationale et développement (DEVCO), Recherche et innovation (RTD), Santé et sécurité alimentaire (SANTE) + cohérence des politiques en faveur du développement), Conseil de l'Europe (Medicrime), EMA (régulation), autres bailleurs de fonds (USAID, DFID, AFD, GIZ, etc.).

Liste des sigles et abréviations

AFMPS : Agence fédérale pour les médicaments et autres produits de santé (*FAGG en néerlandais*)

ANRM : Autorités nationales de réglementation des médicaments et produits de santé

ARES : Académie de Recherche et d'Enseignement supérieur

AT : Assistance technique

BIO en néerlandais Société Belge d'Investissement pour les Pays en Développement

CICR : Comité international de la Croix Rouge

COOPAMI : Plateforme de coopération au développement au sein de l'INAMI

CTB : Coopération Technique Belge

DGD : Direction Générale pour la Coopération au Développement (Belgique)

FAO en anglais : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

IMT : Institut de Médecine Tropicale

INAMI : Institut National d'Assurance-Maladie Invalidité

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins Sans Frontières

OCHA en anglais : Bureau pour la Coordination de l'Aide Humanitaire

OHCHR en anglais : Bureau des Nations Unies du Haut-Commissaire aux Droits de l'Homme

OIM : Organisation Internationale pour la Migration

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (*WHO en anglais*)

ONU-Femmes : Entité des Nations Unies pour l'Égalité des Sexes et l'Autonomisation des Femmes

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PRFI : Pays à revenu faible ou intermédiaire

QUAMED : Quality medicines for all

SDG en anglais : Objectifs de Développement Durable

UNHCR en anglais : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF en anglais : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNRWA en anglais : Agence des Nations Unies pour les Réfugiés Palestiniens au Proche Orient

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

VLIR en néerlandais: Vlaamse Interuniversitaire Raad

Volet 2.3 : Le financement des systèmes de santé, dans la perspective d'un accès universel aux services de santé

1. Objectif

Le présent module propose des pistes pour orienter les interventions des acteurs de la coopération belge dans le champ du financement de la santé, afin qu'elles s'inscrivent le plus possible dans une approche intégrée promouvant la couverture de santé universelle (CSU).

Si le financement ne constitue qu'un des aspects de la CSU, ce module se concentre sur cet aspect particulier, laissant ceux relatifs à l'offre de services à d'autres éléments de la note stratégique santé.

Il présente des orientations stratégiques basées sur les preuves,³⁰ ainsi que la valeur ajoutée des acteurs de la coopération belge.

L'objectif est d'assurer que les programmes financés par la coopération belge contribuent à soutenir la couverture universelle en santé dans les pays partenaires, en garantissant le respect des valeurs qui lui sont chères, à savoir l'équité, la solidarité, l'efficacité, l'efficience, la bonne gouvernance, le renforcement des capacités et la durabilité, l'autonomisation des populations, les principes de l'efficacité de l'aide et la qualité des services financés.

2. Définition

La couverture santé universelle (CSU) est la cible 3.8 des Objectifs de Développement Durable (ODD), sous l'objectif « garantir une vie en bonne santé pour tous, à tout âge. »

La CSU « se définit comme le résultat souhaité d'un système de santé où tous les individus nécessitant des services de santé (promotion, prévention, traitement, rééducation et soins palliatifs) les reçoivent, sans encourir de difficultés financières injustifiées [...]. » (OMS et Banque mondiale 2015 :1).

Ce concept repose sur trois dimensions représentant la population couverte par un mécanisme de prépaiement, les services couverts et le degré de protection financière. Il constitue une référence, même s'il mérite d'être amélioré – notamment en y intégrant les dimensions de la qualité des soins et de l'équité, comme l'ont fait Soors et al. (2015).

Les progrès en vue de la CSU sont donc mesurés selon deux composantes distinctes des performances d'un système de santé : les niveaux de couverture en services de santé disponibles d'une part, et le risque financier encouru par le patient qui y a recours d'autre part, dans un souci constant d'équité (OMS et Banque mondiale 2015 :1-2).

Une des voies opérationnelles les plus efficaces pour atteindre cet objectif de couverture universelle est de mettre en place des mécanismes de protection sociale en santé, notamment pour leur potentiel redistributif et transformateur au sein d'une société. A ce titre, l'agenda de la CSU s'inscrit également dans l'agenda plus large de la protection sociale, promu notamment par l'Organisation internationale du travail (OIT) et d'autres institutions.³¹

La composante couverture en services est abordée dans d'autres modules attenants à la note stratégique santé et va de pair avec l'agenda du renforcement du système de santé (RSS) (Soors et al. 2015). Le présent module se focalise principalement sur la deuxième dimension : la protection contre le risque associée à l'accès aux services de santé.

³⁰ Son élaboration a notamment bénéficié d'un vaste examen de l'étendue des connaissances (*scoping study*) réalisé par l'Unité de recherche sur l'équité et la santé du Département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (Soors et al., 2015) et d'inputs apportés par l'Action de recherche concertée sur le financement de la CSU (ARC Effi-Santé) de l'Université de Liège.

³¹ Voir par exemple International Labour Organization (ILO) and World Bank Group (WBG) (2015) A Shared Mission for Universal Social Protection.

3. Valeurs sous-jacentes et principes directeurs

Le financement des systèmes de santé est un domaine stratégique dans lequel les valeurs et les principes chers à la coopération belge méritent d'être promus. Les valeurs sont :³²

- L'universalité, qui réfère au droit à la santé pour tous (y compris les groupes socialement exclus dont l'atteinte nécessite un effort supplémentaire à travers des mesures ciblées complémentaires) et à la responsabilité (obligation) de l'Etat d'assurer la protection sociale à toute la population ;
- Pour atteindre l'universalité, l'équité et la solidarité sont des valeurs centrales, car elles permettent à chacun(e) de contribuer au financement de la santé en fonction de sa capacité financière, et de recevoir les services dont il/elle a besoin pour vivre en bonne santé, indépendamment du montant contribué. Cela passe par une mutualisation des ressources allouées à la santé afin de permettre une solidarité entre les couches de populations (pauvres/riches, urbaines/rurales, jeunes/personnes âgées, hommes/femmes, nationale/internationale) mais également entre malades et non malades. L'équité et la solidarité doivent recevoir une attention particulière, l'expérience internationale montrant que l'équité ne découle pas naturellement des politiques mises en place au nom de la CSU ;³³
- La bonne gouvernance des ressources, y compris à travers la transparence, la participation des populations à la prise de décision et la reddition de comptes ;
- L'autonomisation progressive des populations et leur appropriation des processus de développement enclenchés, ce qui nécessite l'acceptabilité des interventions proposées et l'encouragement de la prise de responsabilité par les populations vis-à-vis de leur santé ;

Les principes sont :

-
- La durabilité des interventions, avec un focus sur le renforcement des capacités locales ainsi que la pérennité/viabilité financière (respect de la discipline fiscale agrégée, contraintes budgétaires sur les dépenses, stabilité à long terme) ;
 - L'efficacité et l'efficience des mécanismes et systèmes de financement à tous les niveaux ;
 - La qualité de la dépense de santé, non seulement au niveau de la qualité de l'offre de soins curatifs, mais aussi en assurant un équilibre adéquat avec les services de santé préventifs et promotionnels, ceci dans une perspective multisectorielle (déterminants sociaux de la santé).³⁴
 - L'harmonisation du niveau de protection offert à la population ;
 - L'articulation et la coordination entre les différents acteurs du financement de la santé ;
 - Le respect des principes de l'efficacité de l'aide internationale prônés notamment par la Déclaration de Paris, le Partenariat international pour la santé (IHP+) et le Partenariat de Busan, en particulier l'*appropriation* et l'*alignement* sur les politiques et stratégies nationales (reconnaissance de la dépendance au contexte et à la trajectoire dans le choix des orientations en matière de CSU, et de la dynamique d'économie politique à l'œuvre dans chaque pays) et l'*harmonisation* (mise en commun des analyses et des ressources pour appuyer les pays partenaires).

4. Les fonctions du financement à optimiser en vue d'atteindre la CSU

La minimisation des dépenses directes de santé (*out-of-pocket expenditure*) et des risques financiers qui les accompagnent (appauvrissement et/ou dépenses catastrophiques) – ce qui est l'un des objectifs en soi de la CSU – passe obligatoirement par un préfinancement des dépenses de santé et une mise en commun des ressources (OMS 2010). Si l'on a longtemps différencié les systèmes de protection sociale en santé en fonction de l'origine des fonds mis en commun (modèle de Bismarck basé sur les cotisations sociales, modèle de Beveridge basé sur les taxes, ou financement privé), cette distinction a moins de sens dans le contexte de la CSU où l'on s'intéresse aux différentes fonctions du

³² A noter que la plupart de ces valeurs constituent d'ailleurs également le fondement du mouvement mutualiste.

³³ Voir par exemple Soors et al. (2015) ; O'Connell, Thomas, Kumanan Rasanathan, Mickey Chopra (2014) "What does universal health coverage mean?" *Lancet* 2014; 383: 277–79.

³⁴ Voir WHO (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

système de financement de la santé dans son ensemble, plutôt qu'à un mécanisme particulier. De plus, il est important de signaler que toutes les interventions dans le champ du financement ne vont pas dans le sens de la CSU, même si elles clament le contraire. L'impact en termes d'équité d'une intervention est centrale pour distinguer ce qui participe ou non de l'extension de la CSU (Kutzin 2012).

On distingue traditionnellement trois fonctions essentielles et inter reliées du financement des systèmes de santé, qui toutes concourent à la mise en œuvre de la CSU et devraient idéalement respecter les valeurs énoncées plus haut :

a. La mobilisation et la collecte des ressources :

Nombre de pays ont besoin de générer des ressources supplémentaires pour mettre en place une couverture santé effective et garantir que leur système de santé réponde, de façon satisfaisante, aux besoins réels des populations.

L'expérience montre les limites des systèmes de contribution volontaire en matière de soins de santé ; seul un *système obligatoire*, couplé le cas échéant à un mécanisme de *subventionnement croisé* permettant à chacun de contribuer en fonction de ses moyens, permet de tendre vers la CSU (OMS 2010 ; Soors *et al.* 2015). Rendre un système de financement obligatoire est un objectif qui peut être atteint quelles que soient les modalités techniques choisies. Mais, en tout état de cause, les ressources publiques – domestiques ou extérieures – sont d'une importance capitale pour tendre vers l'universalité.

La mobilisation de ressources pour la santé devrait idéalement reposer majoritairement sur les *ressources nationales*. De plus, les ressources publiques semblent être le levier le plus efficace pour faire des progrès rapides vers la CSU (Yates, 2013). Ceci renvoie à la préoccupation d'augmenter *l'espace fiscal*, par exemple en affectant spécifiquement certaines ressources à la santé (*earmarking*).³⁵

Néanmoins, les capacités actuelles de financement de la santé demeurent nettement insuffisantes dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires. Alors que la santé est de plus en plus reconnue comme bien public mondial, les *financements conjoints et/ou extérieurs* sont donc encore souvent nécessaires (Royal Institute of International Affairs 2014).

Au-delà des objectifs en termes de ressources totales à mobiliser, il est essentiel de garantir des contributions abordables pour tous. Cela revient à garantir le principe de proportionnalité des contributions en fonction du revenu de chacun, voire même de progressivité – plus le revenu d'un ménage augmente, plus la part de son revenu qu'il consacre à la santé devrait augmenter, tout en restant dans une proportion raisonnable des dépenses totales du ménages, afin d'éviter les dépenses catastrophiques (Yates, 2015). Il est aussi essentiel de garantir que le niveau de contribution ne détermine pas le niveau de prise en charge d'un ménage. Ces deux conditions constituent des préalables indispensables à l'application du principe dit *d'équité verticale* qui permet aux populations d'accéder aux soins en fonction de leurs besoins, tandis qu'elles contribuent en fonction de leur capacité financière.

b. La mise en commun des ressources (*pooling*) :

Dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, les mécanismes de couverture du risque financier en santé sont fragmentés et couvrent chacun des groupes de population ou des conditions/pathologies spécifiques. Or, dans une perspective systémique, il est essentiel de défragmenter ce système de financement, afin de faciliter la mise en commun des fonds, préalable indispensable à l'*harmonisation du niveau de couverture* pour l'ensemble de la population. Ceci est une étape clé en vue à la fois d'optimiser la fonction assurantielle (élargir la base couverte et mettre en place le subventionnement croisé, impératif à la réalisation du principe de solidarité), de promouvoir activement l'allocation de

³⁵ Voir par exemple les travaux du Joint Learning Network for Universal Health Coverage (<http://www.jointlearningnetwork.org/earmarking>).

ressources en vue d'une meilleure équité, ou encore d'améliorer la gestion des mécanismes et d'en garantir l'efficacité opérationnelle.

A cet effet, mieux cerner l'économie politique à l'origine de cette fragmentation du financement est important : rétrospectivement, cela permet de mieux analyser les causes, mais également les conséquences de cette fragmentation. Prospectivement, cela permet de mieux appréhender les processus qui risquent d'entraver toute tentative de distribution plus équitable des ressources entre territoires ou entre groupes de populations (Soors et al. 2015).

L'enjeu de la mutualisation est donc d'assurer une meilleure harmonisation de la couverture en services de santé, mais également une articulation entre les différents acteurs qui jouent un rôle dans sa mise en œuvre.

c. L'achat des services (purchasing) :

Une fois les ressources collectées, mises en commun et réparties équitablement entre les différents mécanismes de financement, ces derniers achètent des services. Cette fonction d'achat doit être conçue de façon à permettre d'assurer autant que possible l'efficacité et l'efficience de la dépense de santé (y compris en minimisant les dépenses non productives), la qualité des services, ainsi que l'équité dite horizontale – c'est-à-dire, garantir un traitement médical égal à besoin de santé équivalent, quelles que soient les caractéristiques ou les capacités à payer de la personne (Wagstaff et al. 1991). Il s'agit donc ici, d'une part d'identifier les paquets de services de santé à financer, en garantissant notamment un équilibre entre soins curatifs et services préventifs et promotionnels ; et d'autre part, de choisir le mécanisme le plus approprié pour acheter ces paquets de services auprès des prestataires. Ceci peut, le cas échéant, passer par la mise en place de financement basé sur les résultats (FBR), par une meilleure régulation du secteur privé, par la mise en œuvre de procédures d'assurance qualité, d'accréditation, ou encore par l'identification de publics cibles spécifiques afin de leur garantir une prise en charge effective. À noter que lorsqu'on progresse vers la CSU, l'expansion de la population et des services couverts s'accompagne souvent d'un problème de limitation des coûts (Soors et al. 2015).

d. Le *stewardship* :

Une bonne gouvernance et un *stewardship* pertinent sont deux prérequis à la mise en œuvre cohérente et efficace de ces fonctions du financement de la santé. Dans le champ du financement de la santé, le steward doit être en mesure non seulement de définir des stratégies de financement à la fois solides techniquement et acceptables politiquement, mais doit aussi être en mesure de suivre leur mise en œuvre, de mesurer les progrès et de les évaluer par rapport aux objectifs fixés. Pour cela, assurer le rôle de steward passe par un système d'information efficace, capable de capturer les données nécessaires pour orienter/réorienter le système de financement le cas échéant (Saltman and Ferroussier-Davis, 2000; Duran *et al.*, 2014; Kapoor *et al.*, 2014). Le steward a également un rôle important de gestion des connaissances et de régulation, fonctions essentielles à la délivrance de services de qualité, en produisant notamment les normes et protocoles thérapeutiques. Concrètement, en ce qui concerne le financement, cette fonction est essentielle à la définition des paquets de soins, entres autres. Mais plus généralement, atteindre la couverture universelle est un processus progressif et des compromis (*trade-offs*) sont nécessaires, en termes de proportion de la population, des services et des coûts qui peuvent être couverts, selon le niveau de ressources mobilisées.

La bonne gouvernance passe par la mise en place de processus de décision ouverts qui offrent la possibilité aux différents acteurs de s'exprimer et d'influencer la décision en fonction de leur poids démocratique, économique et/ou social. Dans un souci de transparence, ce dialogue doit être structuré et institutionnalisé, inscrit dans des foras de gouvernance dont les rôles et tâches sont clairement définis. Un dialogue social équilibré entre les différents acteurs d'un système de santé – par ex. État, acteurs économiques, citoyens, professionnels de la santé – est indispensable à une

adhésion large aux principes de la couverture universelle, et à la mise en œuvre effective des politiques publiques allant en ce sens.

5. La valeur ajoutée de l'expertise belge

Plusieurs acteurs de la coopération belge possèdent une expertise valorisable au niveau international pour appuyer les pays à revenus faibles et intermédiaires dans leur progression vers la CSU, tout en garantissant le respect des valeurs précisées plus haut. En particulier :

-
- La coopération bilatérale directe (DGD et CTB) possède une longue expérience dans l'appui au renforcement institutionnel et au développement des capacités des institutions partenaires, qui peut être valorisée à la fois pour appuyer la formulation des politiques de financement (en collaboration avec les autres partenaires bilatéraux et multilatéraux, par exemple dans le cadre du réseau P4H) et l'identification du paquet de soins de santé primaires, ainsi que leur mise en œuvre ; de même qu'aux niveaux de la régulation et de l'amélioration de la qualité des services, en particulier, la CTB se positionne de façon accrue comme un depuis plusieurs années comme un « *knowledge broker* », une agence qui accompagne les processus de changement dans les pays partenaires ;
 - Les universités, institutions de recherche et bureaux de consultance possèdent des compétences utiles à la fois au niveau de la formulation des stratégies et de l'évaluation des résultats de leur mise en œuvre, et au niveau de la formation initiale et continue. Ils ont également développé une expertise dans l'analyse des systèmes de santé, et dans le cadre de la CSU, ont développé des méthodes de suivi des progrès vers plus d'équité. Enfin, ils ont également acquis une expertise indéniable en analyse des politiques de santé, notamment de la composante d'économie politique, et de leur potentiel transformatif ;
 - La COOPAMI, MASMUT et les mutualités sont les parties prenantes de l'assurance maladie belge qui, à bien des égards, est considérée comme un modèle intéressant par nombre de pays partenaires du Sud. L'équilibre proposé entre efficacité, efficience, équité et choix du patient, la gouvernance partagée entre différents acteurs sociaux sont souvent jugés comme des sources d'apprentissage potentiel. Enfin, les compétences techniques exercées par les différents acteurs – par ex. État, INAMI, mutuelles, représentants du patronat, des professionnels de santé, etc. – peuvent également être mises à profit des pays partenaires. L'organisation des fonctions de collecte et distribution des ressources, de gestion quotidienne de l'assurance maladie, d'information, de contrôle et régulation, de monitoring et d'évaluation, et de gouvernance partagée sur la base d'un dialogue sociale équilibré sont d'autant de caractéristiques qui sont source d'inspiration pour les pays du Sud partenaires.
 - Les ONG ont surtout un rôle à jouer au niveau de l'offre de services, mais peuvent également faire valoir leur expérience en matière de sensibilisation et de prévention des maladies, d'identification des indigents et/ou populations vulnérables, de développement de stratégies opérationnelles de financement et du plaidoyer pour une meilleure allocation des ressources financières en santé, que ce soit en volume ou en vue d'une plus grande équité ;
 - Le KCE / Centre des Connaissances est un organe intéressant d'appui à la décision politique, qui joue à la fois le rôle de *Health Technologies Assessment*, mais aussi d'observatoire du système de santé. En tant que telle cette institution conseille sur les normes en santé, produit des *guidelines* thérapeutiques et évalue le système de santé de façon multidimensionnel, notamment grâce à une modalité participative de définition des questions d'évaluation ;
 - Les administrations fédérales, régionales et communautaires peuvent également faire valoir leurs compétences techniques mais aussi promouvoir des mécanismes de gouvernance pluriels et équilibrés ;
 - Les prestataires de soins belges, en particulier les hôpitaux, ont développé une expertise dans la mise en œuvre des réformes de financement, notamment en termes de gestion financière. Ces derniers ont en effet été amenés à adapter leur modèle d'organisation – par ex. administration, gestion financière, système d'information – pour s'adapter à l'introduction de nouvelles modalités de financement stratégique – par ex. financement par groupe homogène de patients, capitation, paiement à la performance pour certaines conditions spécifiques (notamment maladies chroniques).
-

Il est toutefois important que cette expertise belge soit apportée de façon coordonnée et articulée : les acteurs de la coopération belge chercheront les synergies possibles entre les différentes expertises, afin d'apporter des appuis cohérents aux pays partenaires.

6. Les priorités stratégiques pour les acteurs de la coopération belge

Au regard d'une part des bonnes pratiques appuyées par les preuves (*evidence-based*) en matière de progression vers la CSU, d'autre part de la valeur ajoutée de l'expertise des acteurs de la coopération belge, les priorités stratégiques de ces derniers en matière d'appui au financement des systèmes de santé dans la perspective d'un accès universel aux services de santé dans les pays à revenus faibles et intermédiaires sont identifiées ci-dessous.

La mise en œuvre de ces interventions se devra de respecter les valeurs et principes directeurs énoncés à la section 3, et veiller en particulier à ne pas imposer de modèle mais à respecter les choix politiques du pays, effectués en fonction de son contexte et de la dépendance à la trajectoire :

a. Mobilisation et collecte des ressources :

- Appuyer les pays partenaires à augmenter l'espace fiscal en vue de financer la CSU,³⁶ en soutenant la formation d'une masse critique autour de cet objectif, en aidant les partenaires à développer des argumentaires solides justifiant un tel choix, mais également en formant les techniciens des Ministères de la santé et de la société civile au dialogue, à la négociation politique et au plaidoyer;
- Appuyer les pays partenaires à développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de financement de la santé claire, cohérente, englobante (tenant compte notamment des déterminants sociaux de la santé) et soutenable pour atteindre la CSU. Un équilibre devra être trouvé entre les ressources domestiques, aide extérieure et, dans une moindre mesure, les financements privés. Les initiatives innovantes de financement seront encouragées, notamment la taxe sur les transactions financières qui est appuyée par la Belgique. Cela passe également par une meilleure prévisibilité de l'aide. Pour cela, la Belgique cherchera à construire des partenariats avec les autres partenaires pour appuyer ces processus;
- Faciliter la mise en place d'organe(s) efficace(s) et transparent(s) de collecte des ressources domestiques, de manière générale et plus précisément celles qui visent à rendre obligatoire la contribution dans le système de santé.

b. Mise en commun des ressources :

- Appuyer les pays partenaires à améliorer l'efficacité, l'efficience et l'équité de leur système de mise en commun des fonds pour la santé, en réduisant la fragmentation des différents régimes et en améliorant l'intégration/articulation progressive des différents mécanismes de financement (ex : assurance maladie, mutuelles, initiatives de gratuité sélective des soins en faveur de certains types de bénéficiaires ou de pathologies) ;
- Sensibiliser et renforcer les capacités des acteurs aux enjeux d'économie politique propres au processus de défragmentation, et les appuyer à trouver des stratégies pertinentes pour harmoniser la couverture maladie ;
- S'inscrire dans les processus de coordination et d'harmonisation de l'aide, afin de mutualiser les ressources entre partenaires techniques et financiers et d'appuyer la stratégie nationale ;
- Aider les pays partenaires à développer des mécanismes d'allocations de ressources qui garantissent une distribution équitable des ressources entre zones géographiques et entre niveaux de soins, mais aussi envers certaines catégories de population (en améliorant les mécanismes d'identification des publics prioritaires). Cela passe par la définition de formules d'allocation stratégiques de ressources capables d'éviter les écueils souvent observés lorsque le financement suit la demande de soins.

c. Achat des services :

³⁶ À cet effet, se référer notamment aux travaux du consortium Acropolis Be-Find « Financing for Development » : voir <http://www.befind.be/>.

- Appuyer les pays partenaires à améliorer l'efficacité, l'efficience et l'équité de la prise en charge offerte par les mécanismes de financement, en identifiant un ou des paquets optimaux d'interventions (garantissant notamment l'équilibre entre soins curatifs et services préventifs et promotionnels) et en mettant en place les incitants adéquats pour optimiser l'allocation des ressources ;
- Appuyer les pays partenaires à améliorer la qualité de la prise en charge offerte par les mécanismes de financement, en développant les capacités de régulation (par l'accréditation, par l'achat stratégique, par l'inspection et l'audit médical) et en fournissant aux prestataires de services les incitants adéquats pour améliorer la qualité des soins et l'efficience dans l'utilisation des ressources ;
- Appuyer les structures de soins dans leur processus d'adaptation aux mécanismes de régulation et de financement stratégique, à tous les niveaux de la pyramide de soins (primaires et hospitaliers) et de tous les secteurs (privé et public).

d. Renforcement des systèmes de santé et du stewardship :

Il faut garder à l'esprit que chaque pays doit mesurer son ambition en matière de CSU à l'aune de la capacité de production de son système de santé (Reich et al. 2015).

Les acteurs de la coopération belge développeront des stratégies d'appui à la définition de cette ambition, en renforçant notamment les capacités des institutions partenaires, qu'il s'agisse du Ministère de la Santé ou d'autres acteurs (administrations et gouvernements locaux, société civile, secteur privé, universités, ...).

Cela passe par la mise en œuvre de stratégies de renforcement des capacités pour le développement et la mise en œuvre de politiques de financement de la santé et de protection sociale en santé. Plusieurs méthodes seront mobilisées : les formations initiales classiques en matière par exemple de capacités d'analyse et d'évaluation, de formulation de politiques, de mise en œuvre au niveau opérationnel, y compris les capacités d'exécution financière ; les activités de formation continue qui peuvent se décliner sous diverses formes : activités de courtage de connaissances (*knowledge broker*, en veillant à construire des ponts entre les expériences internationales, nationales et locales), accompagnement des processus d'apprentissage (mentoring, coaching) et facilitation des échanges entre pairs (communautés de pratiques).

Quelle utilité des mutualités pour... Une stratégie intégrée pour la protection sociale (PS) en santé et le financement de la Couverture Santé Universelle (CSU) ?

La Mutualité est l'une des plus anciennes formes de **solidarité**. Précurseur et acteur de la protection sociale et de la CS, elle favorise l'accessibilité à des soins de santé de qualité en réduisant les barrières financières.

Les mutualités fonctionnent sur les principes de non-discrimination, de non-exclusion et de solidarité, et permettent ainsi de lutter contre l'installation de sociétés polarisées, fonctionnant à plusieurs vitesses.

Les mutualités offrent de la protection sociale primaire avant que celle-ci ne soit assumée ou régulée par l'État et lorsque l'État construit un système public de PS, le rôle des mutualités évolue : désignées comme organisme délégué de gestion pour l'assurance maladie (p.e. Afrique de l'Ouest - UEMOA, Burkina Faso, Mali, Sénégal,...), elles assurent le relai des besoins de la population, contribuent à la définition d'un paquet de soins de base. Quand le panier de soins est défini, elles développent des compléments pour réduire les paiements qui restent à charge de la population. Les statuts des mutualités confèrent leur indépendance/autonomie par rapport aux décisions politiques qui peuvent, parfois, être contradictoires aux intérêts des mutualités et de leurs affiliés. Elles disposent d'une capacité de mobilisation sociale basée sur une **relation de proximité** avec la communauté.

De manière transversale, outre la garantie de soins curatifs, les mutualités mènent des actions de **promotion et de prévention** en santé. Pour assurer la qualité des soins, elles disposent de leviers à niveaux multiples (levier financier, levier contractuel, levier du militantisme). L'**amélioration de la qualité** des soins passe, également, par une meilleure identification des besoins et de l'offre de soins sur un territoire déterminé ainsi que par un **dialogue** permanent, constructif et consensuel avec les prestataires de soins.

Les mutualités ont acquis la connaissance et le savoir-faire indispensables à une **gestion efficiente** :

*Avec leurs systèmes de mutualisation du risque maladie et de gestion des risques, les mutualités bénéficient de l'appui du gouvernement, des membres affiliés, pour lesquels, elles assurent la collecte des contributions, fournissent des informations transparentes et fiables,...

*Dépassant la seule fonction d'organisme de paiement, elles sont le moteur de progrès dans les prestations assurées et le fonctionnement de l'assurance maladie.

*En ce qui concerne la gouvernance des systèmes de santé, elles représentent les intérêts des usagers dans la définition et la mise en œuvre de celle-ci. Elles garantissent que les politiques de santé restent connectées à la réalité de terrain et répondent aux besoins des patients. Leur participation à la concertation sociale permet de maîtriser les coûts des soins de santé et des médicaments. Structures participatives et démocratiques, elles favorisent l'implication des usagers à l'organisation des soins avec le financeur (l'État) et le prestataire.

7. Références principales

- Acropolis Be-Find: <http://www.befind.be/publications>
- Duran A, Kutzin J, Menabde N (2014) Universal coverage challenges require health system approaches; the case of India. *Health Policy* 114: 269–77.
- Giedion, Ursula, Eduardo Andrés Alfonso, and Yadira Díaz (2013) “The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence”, *Universal Health Coverage Studies Series* (UNICO), UNICO Studies Series No. 25, Washington, DC: The World Bank.
- International Labour Organization (ILO) and World Bank Group (WBG) (2015) A Shared Mission for Universal Social Protection.
- Joint Learning Network for Universal Health Coverage : <http://www.jointlearningnetwork.org/>
- Kapoor N, Kumar D, Thakur N (2014) Core attributes of stewardship; foundation of sound health system. *International journal of health policy and management* 3: 5–6.
- Kutzin, Joseph (2012) “Anything goes on the path to universal health coverage? No” *Bulletin of the World Health Organization* 90:867-868. doi: 10.2471/BLT.12.113654
- Masmut et Be-cause Health (2011) « Les mutuelles de santé : acteur et partenaire de la couverture santé universelle », Document politique de Masmut et du groupe de travail “protection sociale” de Be-cause Health.
- O’Connell, Thomas, Kumanan Rasanathan, Mickey Chopra (2014) “What does universal health coverage mean?” *Lancet* 383: 277–79.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale (2014) La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l’échelon national et mondial – Cadre, mesures et objectifs (mai).
- McIntyre, Di (2012) “Health Service Financing for universal coverage in east and southern Africa, *Equinet Discussion Paper* 95 (December).
- McIntyre, Di, Meheus, Filip (2014) “Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services”, Chatham House (The Royal Institute of International Affairs) Centre on Global Health Security Working Group | Paper 5 (March).
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008) « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais », *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010) « Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle », *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève : OMS.
- OXFAM International (2013) Universal Health Coverage – Why health insurance schemes are leaving the poor behind, OXFAM Briefing Paper 176 (9 October), by Ceri Averill with support from Anna Marriott.
- Reich, Michael R, Joseph Harris, Naoki Ikegami, Akiko Maeda, Keizo Takemi, Timothy G Evans (2015) “Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies”, *Lancet*, August 21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)
- Royal Institute of International Affairs (2014) “Shared Responsibilities for Health – A Coherent Global Framework for Health Financing” –A Chatham House Report – Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing; London: Royal Institute of International Affairs.
- Sachs, Jeffrey D (2012) “Achieving universal health coverage in low-income settings”, *Lancet* 380(9845): 944-47.
- Saltman RB, Ferroussier-Davis O (2000) The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 732–8.
- Soors, Werner, Jeroen De Man, Pascal Ndiaye, Fahdi Dkhimi, Remco van de Pas & Bart Criel (2015) “Towards universal coverage in the majority world – Transversal findings & lessons learnt, a summary”, Antwerp: Institute of Tropical Medicine.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., & Paci, P. (1991) “On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care”, *Journal of Health Economics* 10: 169-205.
- World Health Organization (WHO) (2013) “Research for Universal Health Coverage”, *World Health Report* 2013, Geneva: WHO.
- Yates R. (2013) “Only public funding can guarantee universal health coverage”, *The Guardian* : <http://www.theguardian.com/global-development/poverty-matters/2013/oct/09/public-funding-universal-health-coverage>