

Direction générale de la Coopération au Développement  
et de l'Aide humanitaire

***Réaliser le droit aux soins de santé  
pour un développement durable***

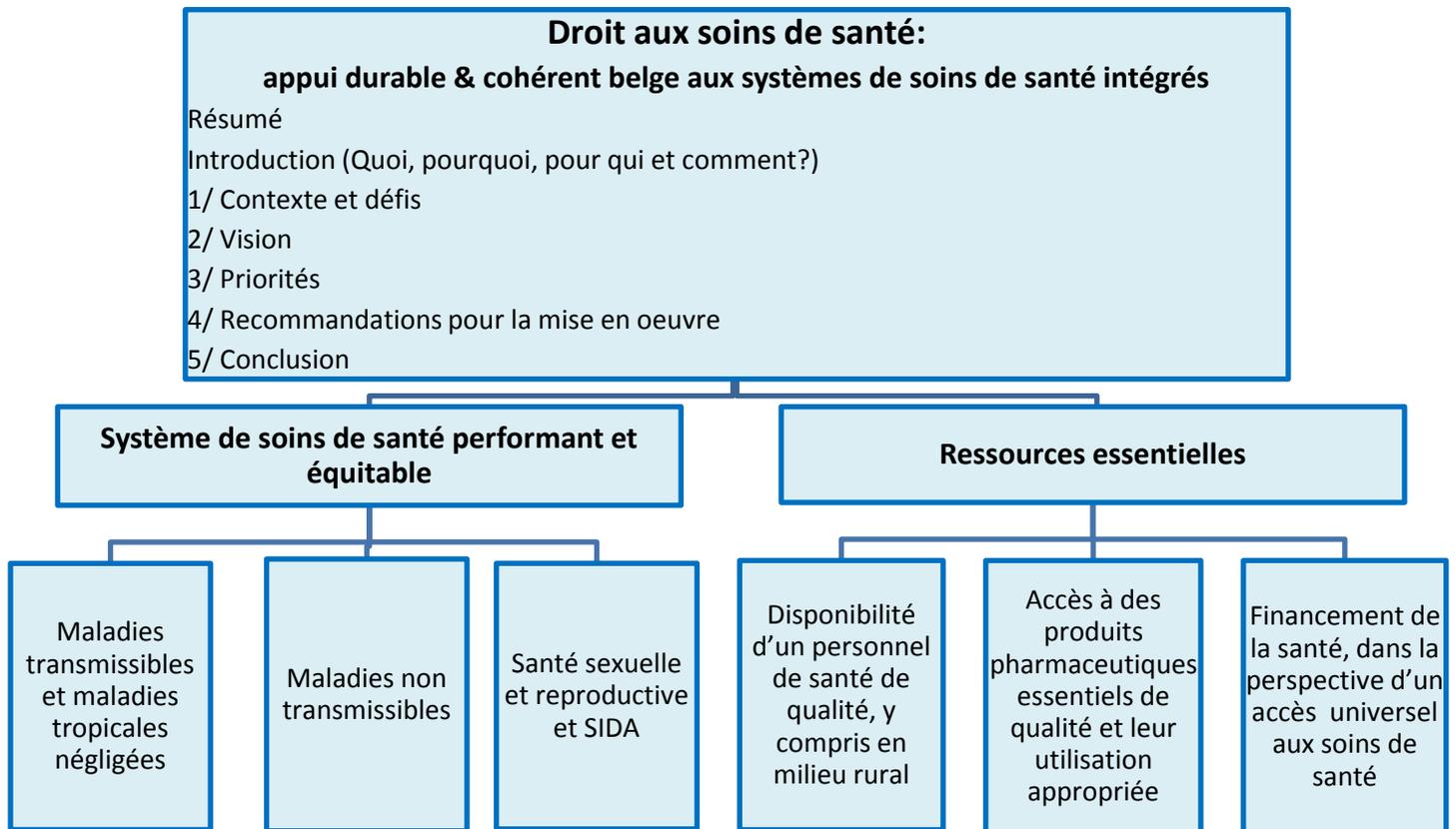
Lignes directrices consensuelles pour un appui durable aux  
systèmes de soins intégrés



**Belgique**  
partenaire du développement

2018

## Résumé



La promotion et la défense des droits humains est une priorité pour la Belgique. Le droit à la santé est par conséquent au centre de la démarche de la Coopération belge. La Belgique porte une attention particulière aux plus démunis.

Forte de son expertise et de son expérience dans le domaine de la santé, la Belgique tente de contribuer de manière efficiente et pérenne au renforcement des systèmes de soins de santé, dans le cadre desquels chacun a accès à des soins de santé abordables et de qualité. La Belgique a d'ailleurs contribué de manière importante au développement et à l'organisation de la stratégie des systèmes de soins de santé La Coopération belge au développement privilégie une prise en charge globale des différents problèmes de santé, tout en mettant l'accent sur la santé sexuelle et reproductive. C'est pourquoi, elle renforce les services de santé intégrés. À cette fin, la Coopération belge accorde une priorité stratégique à la disponibilité du personnel de santé, des produits pharmaceutiques de qualité et de financements destinés à garantir l'accès aux soins.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 que la Belgique soutient avec conviction.

Ces présentes lignes directrices s'adressent au personnel de l'administration belge, aux représentants belges dans les pays et les organisations partenaires ainsi qu'aux acteurs de mise en œuvre actifs dans le domaine de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

*Ces lignes directrices en vue d'un appui belge aux systèmes de soins de santé intégrés et les six modules thématiques complémentaires mentionnés ci-dessus concernant les résultats du système de soins et ses ressources essentielles ont été élaborées par la Direction Générale de la Coopération au développement (DGD) en collaboration avec la plateforme Be-Cause Health<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> *Belgian platform for international health.* Be-cause health est une plateforme informelle et pluraliste, ouverte aussi bien aux membres institutionnels qu'individuels, actifs et intéressés par les problématiques de santé publique internationale. <http://www.be-causehealth.be/fr/>

## **Introduction** :

## **La santé, un thème prioritaire de la Coopération belge au développement**

*La **santé** est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946<sup>i</sup>).*

1. L'objectif général de la Coopération belge au développement est le développement humain durable. La politique de la Coopération belge repose fondamentalement sur la promotion et la défense des **droits humains** dans toutes leurs dimensions.<sup>ii</sup> En vertu du droit à la santé, notre pays accorde une priorité stratégique au renforcement des **systèmes de soins de santé intégrés**.

2. Les droits humains comme priorité : la Belgique promeut et défend les droits humains dans les enceintes internationales et dans ses échanges bilatéraux avec les pays tiers<sup>iii</sup>.

***L'approche basée sur les droits humains** implique, d'une part, d'aider les citoyens à faire valoir leurs droits et, d'autre part, d'aider les pouvoirs publics à respecter leurs obligations à l'égard des citoyens. L'approche basée sur les droits dans le secteur de la santé repose sur une analyse approfondie des responsabilités des acteurs sur le terrain. Les ayants-droits et les porteurs d'obligations bénéficient de toute l'attention requise. Les groupes les plus vulnérables ne peuvent en aucun cas être laissés pour compte et doivent pouvoir revendiquer leurs droits.*

3. Le système de soins de santé intégré : S'appuyant sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Belgique soutient le renforcement des systèmes de soins de santé. L'OMS a en effet démontré que les services de santé intégrés sont beaucoup plus efficaces que les services spécifiques, et qu'ils bénéficient essentiellement aux mères et aux enfants.<sup>iv</sup> La Belgique privilégie donc une approche systémique, en tenant compte du contexte socio-économique. C'est ainsi que nous garantissons la pérennité de notre appui.

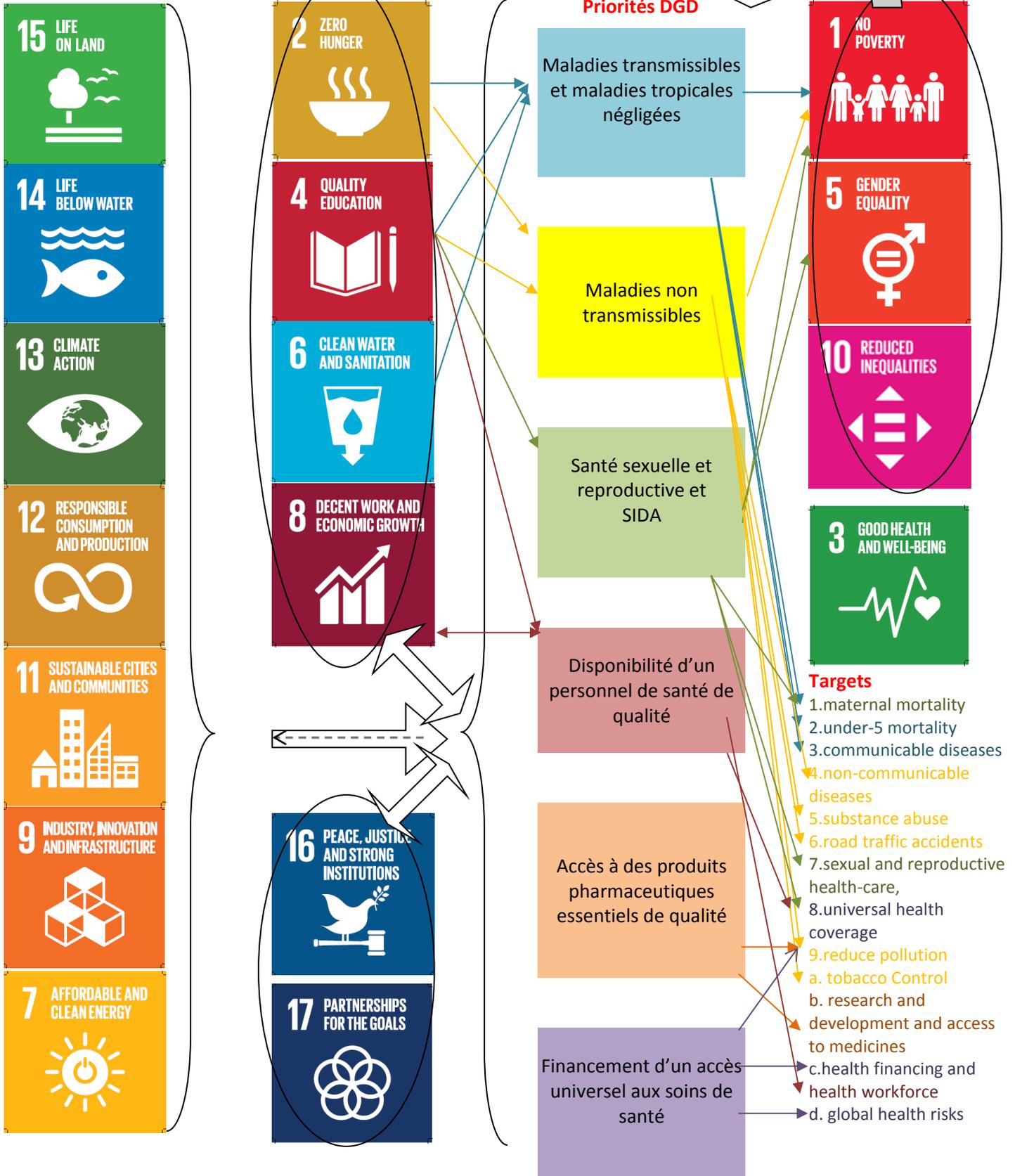
***L'approche systémique** est une méthode qui permet d'étudier dans leur ensemble des phénomènes intriqués et en interaction avec l'environnement.*

***Le système de soins de santé** se définit comme l'ensemble des instances, des personnes et des moyens qui permet d'assurer, en toutes circonstances, la fourniture de soins de santé de qualité et accessibles à l'ensemble de la population.*

4. Le 25 septembre 2015, les Nations Unies ont adopté le Programme de développement durable à l'**horizon 2030 (Programme 2030)**. Ce dernier se repose sur 17 Objectifs de développement durable (ODD, acronyme anglais SDG).<sup>v</sup> Le Programme 2030 ambitionne de lutter contre la pauvreté, les inégalités et le changement climatique pour construire un avenir inclusif, durable et résilient pour l'être humain et la planète. Dans cette optique, la croissance économique, la protection sociale et la préservation de l'environnement constituent des facteurs essentiels. Bien que l'ODD 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » porte spécifiquement sur le domaine de la santé, les 16 autres objectifs sont tous liés, dans une certaine mesure, à la santé. Le schéma ci-dessous en est une illustration.

- La pauvreté (ODD1) a des conséquences sur la santé. En outre, la maladie peut également conduire à un état de pauvreté ;
- La discrimination sexuelle (ODD5) et les inégalités entre les sexes (ODD10) ont une incidence négative sur la santé ;
- La paix (ODD16) et la solidarité internationale (ODD17) revêtent une importance capitale tant pour la santé que pour les systèmes de santé. A l'inverse, les récentes flambées épidémiques (comme celle de la maladie à virus Ébola) ont montré que la situation sanitaire avait également des répercussions sur la paix et sur les priorités des bailleurs de fonds.

**Système de soins de santé**  
**Priorités DGD**



- ODD 7 (énergie), 9 (innovation et secteur privé), 11 (villes), 12 (consommation), 13 (climat), 14 (vie sous-marine), 15 (vie terrestre) : leurs répercussions sur les conditions de vie et sur la santé sont manifestes. Ces effets sont plus marqués que dans le sens inverse ;
- Les ODD 2 (alimentation), 4 (éducation), 6 (eau potable) et 8 (travail décent) ont des répercussions majeures sur les conditions de vie et sur la santé mais sont également influencés par la santé et par les systèmes de soins de santé ;
- Enfin, le système de soins de santé a également des répercussions sur les différentes cibles de l'ODD 3 (santé). Le tableau ci-contre mentionne les cibles de l'ODD 3 et leurs interactions avec les différents piliers du système de soins de santé.

5. Pour faire du droit universel aux soins de santé de qualité une réalité, une approche sectorielle s'impose. Sans perdre de vue les différences contextuelles, le secteur de la santé peut se définir comme le domaine stratégique vis-à-vis duquel les pouvoirs publics assument une responsabilité clairement établie tant sur le plan financier qu'en tant que prestataire de services et en tant que régulateur. Cette responsabilité se traduit de manière optimale par un ensemble commun- largement soutenu par les autres acteurs - d'objectifs stratégiques, de mécanismes de planification et de coordination, de suivi et d'évaluation des résultats et par un dialogue permanent avec toutes les parties concernées. Dans le cadre institutionnel et budgétaire de toute politique nationale de santé, tant le pays partenaire que les bailleurs de fonds éventuels s'efforcent d'obtenir un ensemble cohérent de résultats qui répondent aux besoins de santé de la population à différents niveaux d'élaboration et de mise en œuvre de la politique.

6. Le système de soins de santé fait partie du système de santé. Toutefois, le système de santé doit également collaborer avec des secteurs autres que celui de la santé pour assurer la santé de la population <sup>2</sup>. En fonction des priorités du pays partenaire, des domaines d'action des autres bailleurs de fonds et les domaines d'excellence belges, la Coopération belge au développement se concentre sur des secteurs ou sous-secteurs qui apportent une contribution importante au développement humain. Pour tout ce qui va au-delà du champ couvert par les présentes lignes directrices, il y a lieu de consulter les notes stratégiques spécifiques de la Coopération belge au développement. Il est important de situer le système de soins de santé dans la complexité de l'architecture de l'aide au développement dans son ensemble. Cela est clairement reflété dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 où la santé est au centre du troisième objectif mais est également liée avec les 16 autres objectifs.<sup>vi</sup>

7. L'Afrique centrale a depuis longtemps reçu une attention particulière de la Belgique. L'accent a toujours été mis sur la santé et les soins de santé. La Belgique s'est forgée une grande expérience et dispose d'une expertise reconnue sur la scène internationale au sein de l'Institut de médecine tropicale (IMT) et d'autres instituts de santé publique. A travers ses projets et les programmes belges en santé, la Belgique a contribué à la formation des experts au sein de la Coopération au développement, de la société civile, des pays partenaires et des organisations internationales. La Belgique a apporté une contribution substantielle au développement d'une stratégie pour l'organisation de systèmes de soins de santé. Le concept de district sanitaire reste en vigueur au niveau international comme cadre de référence pour l'organisation des services de santé.<sup>vii</sup>

---

<sup>2</sup> Depuis l'an 2000, l'OMS définit le système de santé comme suit : « toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé ». Cette définition englobe l'adaptation des programmes scolaires pour la prévention du sida, mais pas le secteur de l'éducation dans son ensemble. Il n'en demeure pas moins que l'enseignement, de concert avec d'autres secteurs, organisations et institutions, contribue dans une large mesure à l'amélioration de la santé.

## Une actualisation indispensable

8. L'évaluation thématique de l'appui de la Coopération belge au développement au secteur de la santé<sup>viii</sup> et le document de réflexion de la plateforme Be-cause Health<sup>ix</sup> ont servi de base à la note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé » de 2008. Suite à un processus participatif avec l'ensemble des acteurs belges impliqués dans la santé et la coopération au développement au sein de la plateforme Be-cause health et sur base de leur diversité et de leur expertise une analyse et une vision furent développés. Mais de récentes évaluations<sup>x</sup> ont montré que les notes concernant la santé n'étaient pas suffisamment utilisées. Pour faciliter l'accès et l'utilisation des lignes directrices, une simplification du langage semblait nécessaire, de même que le regroupement des autres notes politiques en matière de santé (voir détails plus bas).

9. En outre, la prise en compte des évolutions récentes aux niveaux belge et international améliorera la qualité et l'impact sur la mise en œuvre de ces lignes directrices. Parmi ces évolutions figurent, entre autres, l'intérêt croissant de la Coopération belge pour les pays les moins avancés (PMA) et aux contextes fragiles, les épidémies transfrontalières telles Ébola et Zika, les maladies tropicales négligées comme la maladie du sommeil, les déterminants sociaux des maladies non transmissibles et chroniques<sup>xi</sup> ainsi que les Objectifs de développement durable.

## Quel est le public cible de ces lignes directrices?

10. Les lignes directrices s'adressent à 3 groupes cibles :

1° le personnel de l'administration belge à Bruxelles impliqué dans la Coopération au développement et plus particulièrement dans le suivi de projets et de programmes d'aide au développement dans le secteur de la santé ;

2° les représentants belges au sein des pays et des organisations partenaires, en particulier les collaborateurs impliqués dans le suivi des aspects sanitaires de la Coopération au développement ;

3° tous les acteurs des organisations partenaires de la Coopération belge au développement actifs dans le domaine de la santé.

## Comment utiliser ces lignes directrices?

11. Ces lignes directrices fournissent des orientations permettant de conduire un dialogue politique en matière de santé, aux niveaux local, national et international. Ces lignes directrices définissent également des priorités stratégiques pour la mise en œuvre sur le terrain, tant pour les responsables de la mise en œuvre que pour l'administration. Ces orientations sont approfondies dans des modules spécifiques en annexe. Ces modules sont pratiques. Ils fournissent des explications techniques et organisationnelles et répondent à des questions telles que « qui peut faire quoi ». Les notes en bas de page font référence à des sources d'information supplémentaires et à de la documentation technique. La structure modulaire permet des ajustements en fonction des découvertes médicotéchniques et de l'évolution des options politiques et stratégiques aux niveaux belge et international.

12. Ces lignes directrices regroupent plusieurs notes politiques et stratégiques antérieures : la note stratégique « Le droit à la santé et aux soins de santé »<sup>xii</sup> et son addendum sur la couverture universelle des soins de santé<sup>xiii</sup>, la note stratégique spécifique « La santé et les droits sexuels et reproductifs »<sup>xiv</sup> ainsi que la note stratégique spécifique sur la lutte contre le VIH/sida<sup>xv</sup>. Ces lignes directrices prennent en compte l'importance accrue accordée à la santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté ainsi que du besoin criant d'un appui systémique aux systèmes de soins de santé. L'objectif est, entre autres, d'y intégrer la lutte contre les maladies tropicales négligées et les programmes verticaux. Les principes relatifs à l'efficacité de l'aide – appropriation, alignement, harmonisation, durabilité et participation – y sont également pris en compte.

13. Les lignes directrices mettent l'accent sur la place accordée à la santé dans la Coopération belge au développement, sur la valeur ajoutée que la Belgique peut offrir et sur l'importance d'une approche multisectorielle. Outre la santé, les priorités belges concernent l'éducation, l'énergie et le climat, les droits des femmes et des enfants, etc.<sup>3</sup> L'équilibre entre les avancées sociales et les progrès économiques revêt également une importance particulière, en mettant l'accent sur la durabilité environnementale et sur l'égalité des chances.

14. Ces lignes directrices sont le fruit d'un consensus entre l'administration et les acteurs de mise en œuvre, basé sur une analyse conjointe et sur une vision largement soutenue. Elles contribuent donc à la cohérence et à la continuité des différentes interventions belges.

15. Le secteur des soins de santé est constitué par trois grands groupes d'acteurs : les pouvoirs publics, les initiatives privées à but lucratif et les organisations sans but lucratif. Ces trois groupes jouent un rôle spécifique dont la Coopération belge au développement doit tenir compte. A titre illustratif, la population pauvre des pays partenaires est largement dépendante du marché informel pour l'acquisition de médicaments. Les capitaux privés peuvent financer une part des investissements – parfois lourds – dans le secteur de la santé et contribuer à la prestation des services. Dans certains pays et régions, les organisations sans but lucratif jouent un rôle charnière dans la fourniture de services de santé, dans le renforcement des capacités locales mais également dans le feedback critique sur les effets de la politique de santé sur la population. Le rôle et la valeur ajoutée de chaque acteur diffèrent d'un pays à l'autre et évoluent avec le temps. Cependant, ce sont les pouvoirs publics qui déterminent les contours du secteur : ils fixent les normes, répartissent les ressources financières et matérielles et contrôlent la qualité et l'accès aux services. Pour que la Coopération belge au développement ait un impact durable sur l'accès équitable à des soins de santé de qualité, les différents acteurs doivent jouer leur rôle et se coordonner entre eux.

#### **Éventail des rôles joués au sein du système de soins de santé (non exhaustif):**

1. Les organisations internationales : élaborer des normes et aider à leur mise en œuvre ; assurer une répartition équitable entre les pays ; fournir des interventions internationales rapides en situation d'urgence
2. Les Pouvoirs Publics :
  - a. Leadership : prendre et mettre en œuvre des décisions correctes (aux niveaux international, national et local) sur la base d'informations précises
  - b. Collecte des données exactes (timely & accurately : importance du recours au numérique) et transfert d'informations sur la base de ces données (aux niveaux international, national et local)
  - c. Récolte des ressources en fonction des capacités, centralisation et distribution de ces ressources selon les besoins
  - d. Coordination (aux niveaux international, national et local) et réglementation : système de soins de santé unique et équitable ?
  - e. Contrôle : la qualité des services et leur accès répondent-ils aux besoins et à la demande ?
3. Les communautés locales :
  - a. Feedback critique : La qualité des services et leur accès répondent-ils aux besoins et à la demande ?
  - b. Influencer les décisions politiques
4. Le secteur privé (à but lucratif ou la société civile) ou parfois le secteur public (risque de conflit d'intérêts) :
  - a. Recherche et développement de produits (investissements impliquant des résultats au-delà des frontières)
  - b. Production de produits pharmaceutiques (réductions de prix lorsque la demande/marché est grand/e)
  - c. Mise en commun/rationalisation/pooling des ressources (risque de fragmentation en fonction des contributions)
  - d. Distribution de produits pharmaceutiques (l'accès des population pourrait être limité si les pharmacies à but lucratif veulent maximiser leur marge bénéficiaire)
  - e. Prestation de services (risque de fragmentation si les actions ne sont pas coordonnées)
5. Missions spécifiques de la société civile (organisations non gouvernementales, universités, secteur privé à but non lucratif) :
  - a. Appui aux communautés locales
  - b. Plaidoyer et contrôle citoyen

<sup>3</sup> Ces lignes directrices doivent donc se lire en parallèle avec les autres notes politiques et stratégiques sectorielles et thématiques de la Coopération belge au développement (DGD).

## I. Contexte et défis

### 1. Le droit à la santé, un investissement bénéfique à tous

16. La politique de développement d'un pays doit être orientée vers le développement social et économique de tous ses citoyens, tout en respectant leurs droits. A cette fin, un pays partenaire peut solliciter l'aide de la communauté internationale. Au cours des dernières décennies, la communauté internationale est devenue de plus en plus consciente du fait que le « développement » et le « progrès » d'un pays ne doivent pas être évalués uniquement d'un point de vue économique (par le biais du revenu par habitant), mais également en fonction de la capacité de chacun à se réaliser légitimement. Cela va des choses les plus élémentaires comme avoir suffisamment de nourriture, des vêtements et un toit, à des éléments plus complexes comme la possibilité de participer à des activités politiques et d'avoir une image positive de soi.

17. Le droit à la santé est holistique et touche de multiples secteurs. Par exemple, le niveau d'éducation de la mère détermine en grande partie l'état de santé de son/ses enfant(s). La pollution de l'air, le manque d'eau potable ou d'un logement décent entraînent des problèmes de santé. Les conflits armés, les migrations, les catastrophes naturelles et environnementales exercent une influence néfaste sur la santé physique et mentale. En outre, le changement climatique risque d'avoir des répercussions importantes sur la santé, en particulier dans les pays les plus pauvres<sup>4</sup>. À l'inverse, la santé a un impact significatif sur plusieurs autres domaines et secteurs. La santé des enfants détermine dans quelle mesure ils peuvent acquérir des connaissances et les mémoriser. Le développement économique dépend grandement de la santé de la population : les conséquences peuvent être énormes en termes d'absentéisme ou d'efficacité au travail. Les coûts élevés des traitements médicaux (les « cotisations directes ») plongent, parfois définitivement, d'innombrables familles dans la pauvreté. Le coût des soins de santé peut en outre grever lourdement le budget de l'État. Le développement d'un système de santé doit dès lors s'inscrire dans une stratégie de développement, dans un contexte de croissance inclusive, s'accompagnant de bonne gouvernance et de redistribution, source d'amélioration de la santé comme du bien-être matériel des groupes les plus pauvres de la population. Cela contribue en fin de compte à l'amélioration de la santé mondiale érigée au rang de « bien public mondial » où l'aide au développement représente un investissement bénéfique pour tous, se fonde sur un objectif de développement humain et compte sur une confiance réciproque entre les citoyens et les pouvoirs publics ainsi qu'entre États riches et États pauvres.

### 2. L'accès universel aux soins de santé

18. Le droit à la santé signifie que l'accès à des soins de santé de qualité est un droit inaliénable et essentiel dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités. Il ne doit pas entraîner des conséquences financières catastrophiques pour les familles. Au contraire, il doit reposer sur la solidarité. Il doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie de protection sociale<sup>xvi</sup> et de déterminants socio-économiques.<sup>5, 6</sup> La couverture universelle des soins de santé (« universal health coverage ») est un instrument indispensable pour concrétiser durablement le droit à la santé et aux soins de santé.

19. Pour surmonter les inégalités dans le domaine de la santé, le système de soins de santé ne doit pas être fragmenté. Un système fragmenté organisant la solidarité au sein des différentes couches de population (pauvres entre eux et

---

<sup>4</sup> Le rapport 2008 « Comblent le fossé en une génération », rédigé par la Commission des déterminants sociaux de la santé met en évidence les relations entre la justice sociale, la santé et la qualité de vie. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html)

<sup>5</sup> La santé est influencée par une multitude de facteurs comme l'alimentation, les conditions de logement, de travail et de vie, le parcours scolaire, etc. Ces facteurs qui influencent la santé de manière directe ou indirecte sont appelés « déterminants sociaux de la santé ». Ce n'est que si l'on agit sur l'ensemble des facteurs politiques, socioculturels et financiers qu'il sera possible d'offrir des niveaux de santé équivalents, la santé étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement (...) une absence de maladie ou d'infirmité ».

<sup>6</sup> La protection sociale renvoie à la prévention, la gestion et la maîtrise de situations ayant une influence négative sur le bien-être d'un individu. La protection sociale comprend la politique et les programmes destinés à réduire la pauvreté et la vulnérabilité par la promotion d'un marché du travail efficace, la réduction de l'exposition aux risques et le renforcement des capacités de gestion des risques économiques et sociaux, tels que le chômage, l'exclusion, la maladie, l'incapacité et la vieillesse. <http://www.unrisd.org/publications/cpi>

riches entre eux<sup>7</sup>) engendre des différences au niveau de la qualité des services et crée, dès lors, des inégalités. Le système de soins de santé doit être à finalité sociale, c'est-à-dire qu'il doit servir l'intérêt public (caractérisé par une recherche du bien-être, de la qualité des soins, une responsabilité envers l'ensemble de la population y compris des groupes les plus démunis). Le système de santé ne doit pas être guidé par le profit et ne doit donc pas viser la privatisation, la maximisation des marges bénéficiaires, l'intégration du marché, ou une croissance purement quantitative. Néanmoins, le système de soins de santé encourage une réglementation et une collaboration avec le secteur privé lucratif là où celui-ci sert l'intérêt public. Les services de santé gagnent à être pluralistes (c'est-à-dire non seulement les services de santé des ministères de la santé, mais aussi ceux des ONG, des missions religieuses ou de l'économie sociale comme les mutualités). De tels services assument, entre autres, la responsabilité de fournir à un groupe de la population l'accès à des soins complets, continus, intégrés, efficaces, efficaces. Ils encouragent également le patient à faire des choix autonomes.<sup>xvii</sup>

### 3. Le cadre de référence international : ODD 3, bonne santé et bien-être

20. En 1978, l'Organisation mondiale de la santé et ses États membres ont adopté la déclaration d'Alma Ata « La santé pour tous » (*Health for all*)<sup>xviii</sup>. L'objectif de cette déclaration était que chaque individu atteigne un niveau de santé lui permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires en étaient la clé<sup>8</sup>. L'importance de cette Déclaration fut réaffirmée en 2008 dans le Rapport sur la santé dans le monde intitulé « Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais »<sup>xix</sup>. On parle de soins de santé primaires axés sur l'être humain : ils incluent la promotion, la prévention, le diagnostic et le traitement, mais également un système de référence, le traitement chronique et les interactions avec les personnes, sa famille et la communauté qui se partagent la responsabilité de leur santé. Ils comprennent donc le premier point de contact (première ligne) mais aussi, le cas échéant, les hôpitaux de référence. La Déclaration d'Anvers (2001) sur les soins de santé pour tous s'inscrit dans ce contexte<sup>9</sup>.

21. Le droit universel à la santé est considéré comme un moyen d'atteindre les Objectifs de développement durable dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. La Coopération belge au développement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs<sup>xx</sup> se réfère également à ce droit universel.

### 4. Défis

22. Trois facteurs affaiblissent l'efficacité des systèmes de santé : l'utilisation excessive des services spécialisés et hôpitaux, la fragmentation des systèmes de santé et la commercialisation de la santé<sup>xxi</sup>. Ces facteurs nuisent à la réglementation et à la solidarité et limitent l'accès à des services de qualité à ceux qui peuvent les payer.

---

<sup>7</sup> Plusieurs pays proposent un accès abordable ou gratuit à un système public de soins de santé sans apports financiers pour les personnes les plus démunies et des services de qualité onéreux pour les plus riches. Dans ce contexte, les revenus du système à but lucratif contribuent exclusivement à l'amélioration du système privé.

<sup>8</sup> Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. (Declaration of Alma Ata §VI).

<sup>9</sup> Calling to (1) Recognise access to health care for all, requiring adequate human resources, infrastructures, essential drugs and commodities, as a basic human right, and as essential for the control of the poverty related diseases; (2) Acknowledge the need for multi-sectorial approaches to reduce the burden of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and other infectious and non-communicable diseases; (3) Ensure that specific disease control programmes strengthen regular health systems and that they are co-ordinated with other programmes and interventions; (4) Ensure that health systems are responsive to the needs and expectations of the populations, benefit from fair and sustainable financing and contribute to improving health outcomes; (5) Strengthen in partnership the financial, logistic, operational and scientific capacities of the low income countries to improve their health services and diseases control programmes, and to orient international research to the needs of the people and the health systems; (6) Facilitate and encourage the development and management of human resources in the health sector, and ensure that market mechanisms allow and promote access to essential drugs and health-promoting commodities; (7) Share this declaration and the goal of "Health Care for All" as a common agenda behind which all stakeholders can unite.

23. Le défi pour le secteur de la santé est l'accès équitable aux soins de santé de qualité. Les 7 principales contraintes qui pèsent sur les systèmes de soins de santé sont liées aux ressources, à l'organisation et/ou au contexte : manque de moyens humains, disponibilité insuffisante des produits pharmaceutiques essentiels de bonne qualité, manque chronique de ressources financières, faible utilisation des services, manque de vue d'ensemble du système, approche intersectorielle trop timide et environnement défavorable.

24. Manque de ressources humaines<sup>xxii</sup>, tant du point de vue qualitatif que quantitatif. L'efficacité du système de soins de santé est largement déterminée par la qualité et la quantité des professionnels de santé<sup>10</sup>, tant au niveau institutionnel qu'au niveau des soins. La pénurie chronique de ressources humaines, principalement en Afrique subsaharienne, est causée par un exode des cerveaux externe (émigration) et interne (des campagnes vers la ville, de l'opérationnel vers l'administratif), une formation insuffisante, une inégalité entre les sexes, de salaires bas, de mauvaises conditions de travail et une charge administrative trop lourde. Tous ces éléments conduisent à une utilisation limitée de l'aide.

25. Disponibilité insuffisante de produits pharmaceutiques essentiels de bonne qualité<sup>xxiii</sup> Médicaments, vaccins, matériel médical et ressources diagnostiques ne sont pas assez disponibles et/ou d'une qualité douteuse par manque de contrôles. On n'investit pas suffisamment dans la recherche de nouveaux médicaments et vaccins destinés à lutter contre les maladies négligées.

26. Un manque chronique de ressources financières.<sup>11</sup> Les services publics de santé ont connu une réduction importante de leurs moyens de fonctionnement, conséquence de réformes économiques (ajustement structurel, contraintes macro-économiques etc.) et institutionnelles. En particulier, les services de santé au niveau opérationnel ont souffert de ce manque de moyens et cela s'est reflété dans une baisse de la qualité et de l'éventail des soins offerts et a mené à une charge financière démesurée sur la population, avec des conséquences importantes pour l'utilisation des services. Dans plusieurs cas la recherche de moyens financiers a mené de facto à une privatisation des soins et à la fragmentation du système de soins de santé. Face aux difficultés de financer les services de santé, il est nécessaire de trouver des modes alternatifs de financement basés sur la solidarité nationale et internationale.

27. Une appropriation insuffisante par les individus, les familles, les communautés locales et le personnel de santé de leur système de santé et une faible utilisation des services de santé publics. La restauration de la confiance des populations dans les services de santé disponibles est pourtant reconnue comme une condition sine qua non de la pérennité des activités.

28. Une vue d'ensemble du système de santé fait défaut. La globalisation met l'accent sur les résultats quantitatifs et l'efficacité immédiate. Vu la complexité croissante de notre société, on assiste ainsi à une spécialisation estimée nécessaire pour arriver à des résultats rapides. Il est vrai qu'une partie de ces initiatives, comme le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), peut démontrer des résultats remarquables sur des terrains importants comme l'expansion du traitement antirétroviral (ARV). Néanmoins, on assiste ainsi malheureusement à une fragmentation de l'aide sanitaire internationale, un développement exponentiel de grands programmes internationaux (GFATM, GAVI) et d'innombrables partenariats publics privés. Cette parcellisation de l'appui sectoriel ne concourt guère à une harmonisation des pratiques d'autant plus qu'il existe une compétition

<sup>10</sup> Selon une formule claire : 1 FTE (Full Time Equivalent)= présence x motivation x compétence

<sup>11</sup> La « Commission Macroéconomie et Santé » a calculé qu'il faudrait disposer de 40-45 US \$ par an et par personne pour assurer les soins de santé de base à toute la population d'un pays en développement y compris les coûts liés à la prise en charge de la malaria et du VIH/SIDA. En 2007, les pays les moins avancés ne consacrent toutefois que en moyenne moins de 15 \$US par personne et par an à la santé, dépenses privées et publiques confondues. ±13% de l'effort belge (ce qui correspond à 0,1% du PNB) sont affectés au renforcement de la couverture universelle des soins de santé. Si tous les pays membres de l'OCDE faisaient le même effort, il serait possible de combler la différence entre les budgets nationaux actuels pour la santé dans les pays à faible revenu (25\$ par habitant) et les besoins (54\$ par habitant) (sur la base d'un PNB de 37 milliards en 2010 pour une population OCDE de 1,2 milliard d'habitants). (cf. <http://www.tradingeconomics.com/high-income/population-total-wb-data.html> et [https://www.unicef.org/health/files/MBB\\_Technical\\_Background\\_Global\\_Costing\\_HLTF\\_Final\\_Draft\\_30\\_July.pdf](https://www.unicef.org/health/files/MBB_Technical_Background_Global_Costing_HLTF_Final_Draft_30_July.pdf))

latente ou ouverte entre les divers programmes de contrôle des diverses maladies. Par ailleurs, ces programmes génèrent des oppositions avec l'organisation des soins de santé de base.

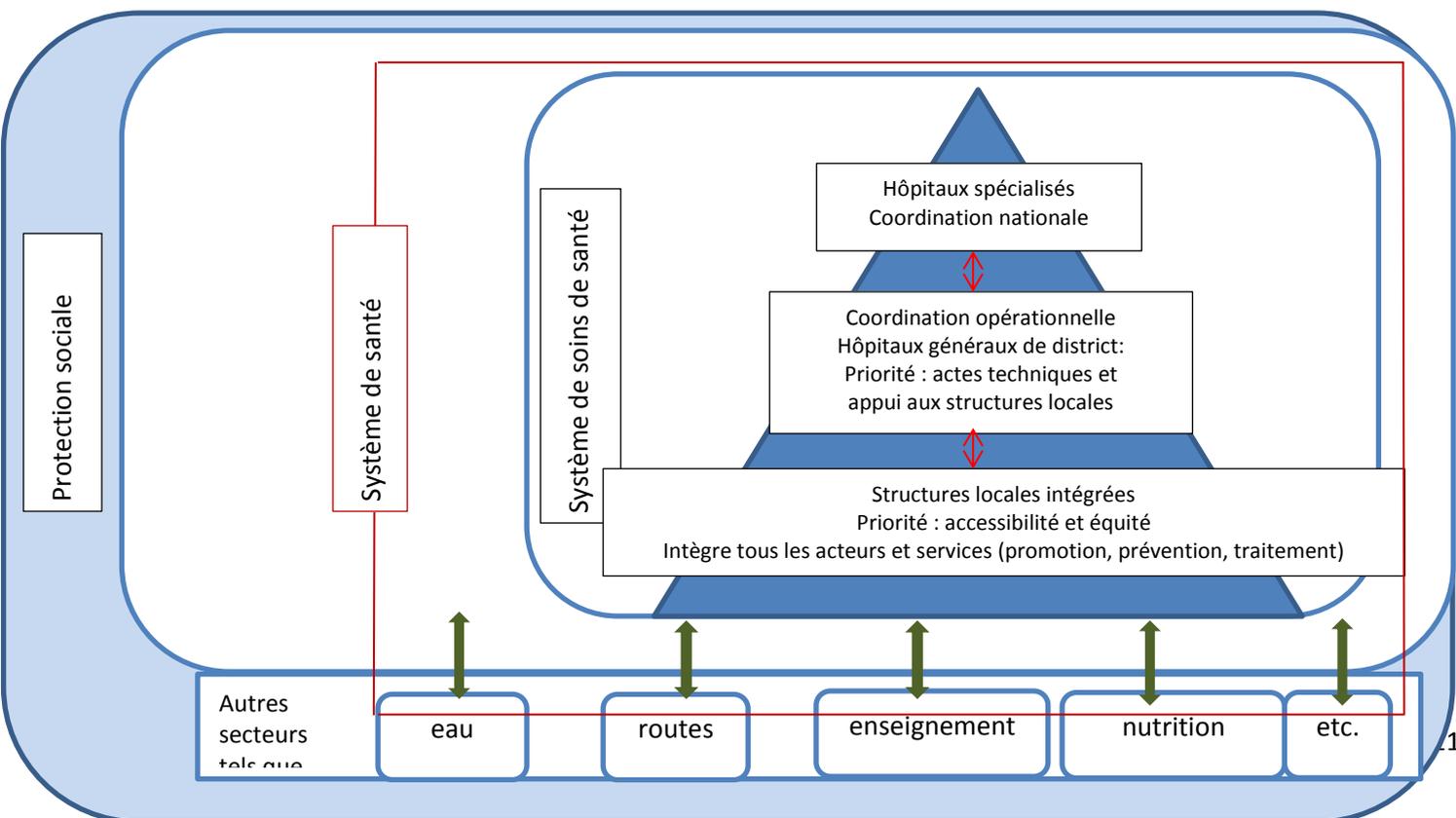
29. Une approche intersectorielle trop timide : nombre de déterminants de la santé ne sont pas de la compétence des ministères de la santé. Ce constat ne doit cependant pas conduire les professionnels de la santé à négliger les facteurs externes. Il faut promouvoir l'approche globale même si nous nous concentrons sur un secteur spécifique comme point de départ pour catalyser le développement. Cette approche doit ainsi faire l'objet de réelles consultations avec les autres ministères ainsi qu'avec les autres acteurs du développement sanitaire.

30. L'environnement macroéconomique défavorable, la situation grave des principaux déterminants sociaux de la santé, les conflits, les troubles sociaux et la pression sur l'environnement (pollutions, dérèglements climatiques, ...) sont à l'évidence à mentionner. L'envergure des effets du changement climatique sur la santé est préoccupante, mais peu connue pour l'instant.

31. Cinq principes sont essentiels pour accroître l'impact, la cohérence et la durabilité de l'aide au développement grâce à des partenariats plus efficaces entre bailleurs de fonds et pays partenaires : appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats et redevabilité mutuelle. S'y ajoutent l'inclusion de la société civile, le partenariat entre les secteurs privé et public et le cofinancement des pays partenaires.<sup>xxiv</sup> Ces principes ne peuvent se concrétiser que dans le cadre d'une bonne gouvernance impliquant le respect de la démocratie, de l'État de droit, des droits humains et des libertés fondamentales. Ces principes sont à la base du Partenariat international pour la santé (IHP+) et de la communication de la Commission Européenne sur le rôle de l'UE dans la santé mondiale, que la Belgique a fait siennes.

## II. Vision

La principale mission du secteur de la santé est de mettre en place un système de soins de santé qui fournisse, d'une manière efficace et durable, des soins complets de qualité pour répondre aux besoins de tous et, en particulier, des plus vulnérables. La Coopération belge au développement est prête à soutenir les acteurs qui souhaitent contribuer à cette mission, afin que chacun jouisse d'un même accès à un système unique de soins de santé de bonne qualité.



### III. Priorités

32. Comme indiqué précédemment, la promotion et la protection des droits humains représentent une priorité pour la Belgique. Dans le domaine de la santé, cela signifie offrir une couverture de soins de santé à toutes les personnes vivant dans les États les plus pauvres et/ou dans des contextes « fragiles », et en particulier aux personnes les plus vulnérables<sup>12</sup>. La meilleure façon d'y parvenir est de recourir à une approche systémique (en d'autres termes, au renforcement du système de soins de santé). A cette fin, la Belgique se réfère aux six piliers (« *building blocks* ») d'un système de santé - tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé - pour définir ses priorités<sup>xxv</sup>: (1) *des services de santé intégrés dotés de soins de santé primaires et d'un système de référence* ; (2) *des professionnels de santé compétents, performants et efficaces* ; (3) *un système d'information sanitaire qui produit, analyse et diffuse, en temps opportun, l'information sur les déterminants de santé, les performances du système de santé et l'état sanitaire du pays* ; (4) *un accès équitable à des produits pharmaceutiques essentiels de qualité* ; (5) *un système de financement équitable qui assure un accès universel aux services de soins de santé sans contribuer à la paupérisation des bénéficiaires* ; (6) *leadership, gouvernance et redevabilité*.

33. Le savoir-faire en matière de Coopération belge au développement constitue la valeur ajoutée que cette coopération peut signifier et est à l'origine des domaines d'excellence pour cette coopération. Cela forme la base de la division de travail de la coopération multi-bailleurs pour répondre aux besoins nationaux, pour satisfaire les demandes exprimées par les populations et pour contribuer aux priorités internationales. La spécificité belge donne la priorité à l'appui à un système de santé intégré. C'est ainsi que le premier module consacré aux pistes de mise en œuvre se penche sur la bonne intégration des services de santé au sein d'un système. Ce système ne peut que produire la qualité et la résilience des services nécessaires à assurer le droit à la santé et bénéficier de la confiance des communautés si l'ensemble des piliers sont pris en charge. Néanmoins les spécificités des niches pour la Coopération belge au développement et ses acteurs justifient les priorités proposées pour l'appui aux ressources humaines, aux produits pharmaceutiques et au financement développées dans le deuxième module. Ces domaines d'excellence se réfèrent à l'expertise et aux connaissances disponibles en matière de coopération au développement dans le domaine de la santé, notamment en matière d'approche systémique et d'intégration des services, de dialogue socio-politique (médico-mutualiste), de lutte contre certaines maladies endémiques ou épidémiques, de recours au numérique<sup>xxvi</sup> etc.

### IV. Recommandations pour la mise en œuvre

34. La Belgique dispose d'une expertise reconnue internationalement en ce qui concerne les priorités retenues. Les recommandations pour la mise en œuvre des priorités tiennent donc compte des connaissances et de l'expérience belges. Il s'agit de l'intégration efficace des services<sup>13 xxvii</sup> dans les systèmes de soins de santé et les ressources essentielles pour des systèmes de soins de santé de qualité. Les modules en annexe<sup>14</sup>, dont le résumé suit, répondent aux questions concernant la mise en œuvre des priorités belges pour réaliser le « droit aux soins de santé ». Quelles sont les stratégies prioritaires à mettre en œuvre ? Pourquoi ? Comment mettre ces stratégies en œuvre et avec quels acteurs ? Ces recommandations sont destinées tant aux acteurs sur le terrain qu'aux administrations.

---

<sup>12</sup> La discrimination basée sur le genre et la stigmatisation peut compromettre le droit et dès lors diminuer la résilience face aux maladies et empêcher d'accéder aux soins, que ce soit pour des raisons d'accessibilité économique ou du fait de conventions sociales qui contraignent à rester au domicile.

<sup>13</sup> L'Organisation mondiale de la santé définit les prestations de services intégrés comme « la gestion et la prestation de services de soins de santé de qualité et sûrs permettant à la population d'avoir accès à un ensemble de services préventifs et curatifs adaptés à leurs besoins, dans la durée et à différents niveaux des soins de santé »

<sup>14</sup> <http://www.be-causehealth.be/nl/>

## **Module 1 : Bonne intégration des services de santé au sein d'un système de soins de santé performant et équitable**

35. 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 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 pour développer les services et les structures sur base des besoins et de la demande des patients et de la population. 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 (qu'elle soit contagieuse ou non).

### **1.1. Maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées (SDG 1 & 3: targets 1, 2 & 3)**

36. La lutte contre les maladies transmissibles reste une priorité de la Coopération belge au développement. Ces affections sont toujours à l'origine d'un taux élevé de morbidité et de mortalité chez les femmes et les enfants. La lutte contre les trois principales épidémies (sida, paludisme et tuberculose) demeure une mission de la communauté internationale.

37. La lutte contre les maladies transmissibles doit désormais également tenir compte de l'augmentation des flambées pandémiques mondiales, causées par la mondialisation et l'explosion de la circulation internationale de personnes. La résistance aux antimicrobiens fait également partie des défis mondiaux.

38. La Belgique se mobilise pour que la prévention et le traitement des maladies infectieuses soient ancrés dans les systèmes de soins de santé existants. Un système performant de soins de santé constitue la meilleure garantie pour endiguer les épidémies à un stade précoce. Notre pays se prononce en faveur de médicaments abordables et fiables et d'un usage approprié des antibiotiques. Les « maladies négligées » restent un point d'attention car elles touchent les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables ; la lutte contre la maladie du sommeil en République Démocratique du Congo constitue, quant à elle, une priorité spécifique.

### **1.2. Maladies non transmissibles, y compris les soins nutritionnels et la santé mentale (SDG 1 & 3: targets 4, 5, 6, 9 & a)**

39. Le sous-module « maladies non transmissibles » vise à assurer que les programmes financés par la Coopération belge contribuent à soutenir des systèmes de santé garantissant une lutte efficace et équitable contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

40. Les maladies non transmissibles ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont généralement de longue durée et évoluent en général lentement. Il s'agit par exemple de maladies cardio-vasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques, mais aussi de troubles mentaux ou nutritionnels (malnutrition ou obésité p.ex.) mais la violence et les accidents de la route peuvent également bénéficier de stratégies d'approches comparables. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la pandémie de maladies non transmissibles s'explique par des phénomènes de transition épidémiologique et démographique et par des changements comportementaux.

41. La Coopération belge au développement peut contribuer à l'objectif précité (1) en appuyant les pays partenaires à développer des stratégies favorables à la lutte contre les maladies non transmissibles, (2) en améliorant 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, et (3) en favorisant une approche multisectorielle pour faire face aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque. L'approche centrée sur la personne et sur la chronicité de la maladie représente une des clefs pour opérationnaliser ces stratégies.

### ***1.3. Soins en matière de sexualité et de procréation, y compris le sida et les maladies sexuellement transmissibles (SDG 1, 5 & 3:targets 1, 7 & 8)***

42. En choisissant d'intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les soins de santé, la Belgique entend contribuer à la mise en œuvre des 3 principes fondamentaux de sa politique de développement en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs : une approche basée sur les droits humains, le droit à la santé et aux soins de santé pour tous ainsi qu'une approche intégrée et positive de la sexualité et de la procréation.

43. Un système national intégré de soins de santé doit être en mesure d'assurer un large éventail de services de santé sexuelle et reproductive adaptés. Ces services doivent inclure la prévention, le traitement et les soins pour les maladies sexuellement transmissibles (MST), le SIDA, les violences sexuelles et les pratiques nuisibles, mais aussi la planification familiale et les problèmes de fertilité. Les femmes et les jeunes devraient se voir accorder une place privilégiée à la fois en tant que groupe cible et dans la gestion du système.

44. La prévention requiert une approche multisectorielle alliant éducation, information et sensibilisation.

45. La Coopération belge au développement peut apporter une contribution significative à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive dans trois domaines : (1) l'intégration dans le système de santé national ; (2) la promotion de la santé sexuelle et reproductive au sein du système de soins de santé et (3) la contribution des soins sexuels et reproductifs au développement durable.

## ***Module 2 : Disponibilité des ressources essentielles des services de soins de santé intégrés***

### ***2.1 : Assurer la disponibilité d'un personnel de santé de qualité, y compris en milieu rural (SDG 8 & 3: targets 8 & c)***

46. Pour être performant, un système de santé doit disposer d'une masse critique de ressources humaines et matérielles. Or, dans les pays africains, celles-ci sont insuffisantes et il y a un déséquilibre entre les dépenses d'investissement (40 à 50 % du budget de la santé du secteur public, contre 5 % dans les pays riches) et les dépenses de fonctionnement. De la sorte, après les dépenses salariales, qui représentent environ les deux tiers des dépenses récurrentes, il reste peu de fonds pour les consommables comme les produits pharmaceutiques dont l'accès est limité pour plus de la moitié de la population dans certains pays. Ce 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.

47. La Belgique peut jouer un rôle notamment en appuyant la mise en œuvre des plans nationaux de développement des ressources humaines pour la santé (RHS) ; en promouvant le respect de l'éthique et de la déontologie – en particulier le respect des patients et de leur identité socio-culturelle - ; en luttant contre la corruption ; en soutenant 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. La Belgique peut soutenir des mesures visant à rendre les professions de santé plus attrayantes pour les personnels de santé nationaux et appuyer la formation selon les besoins

identifiés dans le plan national de développement des RHS. La Belgique devrait aussi promouvoir le respect du « Code de pratique de l’OMS pour le recrutement international » de RHS issues des pays pauvres. La Belgique devrait aussi compenser les conséquences négatives éventuelles du recrutement d'un professionnel de la santé sur le système local de santé.

## ***2.2 : Accès et utilisation appropriée des produits pharmaceutiques essentiels de qualité (SDG 3: targets 8 & b)***

48. Le module « accès et utilisation appropriée des produits pharmaceutiques essentiels de qualité » vise à assurer que les programmes financés par la Coopération belge contribuent à soutenir des systèmes de santé garantissant aux bénéficiaires un accès à des produits pharmaceutiques essentiels de qualité, et in fine leur utilisation appropriée tant par le bénéficiaire que le prestataire.

49. Les produits pharmaceutiques essentiels 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. Néanmoins, l’utilisation inappropriée, l’inaccessibilité et la mauvaise qualité des produits pharmaceutiques ont des conséquences désastreuses sur la confiance envers le système de santé, la santé publique (morbidité, mortalité et résistance médicamenteuse), la qualité de vie de millions de personnes, la productivité et contribuent à la pauvreté.

50. La Coopération belge au développement peut y contribuer (1) en appuyant les pays partenaires à développer des stratégies pharmaceutiques, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé nationaux, (2) en garantissant la qualité des produits pharmaceutiques dans les programmes financés par la Coopération belge (cf. « Engagement pour l’assurance de la qualité des produits pharmaceutiques »<sup>xxviii</sup>), et enfin (3) en promouvant et en favorisant la cohérence des politiques en faveur de l’accès aux produits pharmaceutiques de qualité pour les populations des pays partenaires, avec une attention particulière sur la qualité de ces produits, un domaine d’excellence belge.

## ***2.3 : Financement de la santé, dans la perspective d’un accès universel aux soins de santé (SDG 3: targets 8, c & d)***

51. La couverture universelle des soins de santé consiste à veiller à ce que l’ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n’entraîne des difficultés financières pour les usagers. La revue des expériences-pilotes de couverture universelle des soins de santé réalisée récemment par l’Institut de Médecine Tropicale d’Anvers<sup>xxix</sup> identifie 6 enjeux qui interfèrent dans la réussite ou l’échec de l’accès aux soins de santé, dont parmi les plus importants, le choix du mécanisme de financement.

52. La couverture universelle des soins de santé est un processus complexe, impliquant défis, écueils et multiples voies possibles. Mais l’objectif peut être atteint, moyennant engagement politique à long terme, savoir-faire technique, compétence politique, lucidité politique.<sup>xxx</sup>

53. Les choix de financement devraient contribuer à l’atteinte d’un accès universel et peuvent contribuer à renforcer la redevabilité du prestataire de soins vis-à-vis de l’utilisateur et le renforcement la qualité des soins. Cela induit un changement de paradigme en terme de responsabilité, de transparence et de comptabilité. Ainsi, les systèmes de financement devraient avoir la capacité de contribuer à créer des soins de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles financièrement<sup>xxxi</sup>.

## V. Conclusion

54. L'importance de développer et de renforcer un système de soins de santé a été confirmée par les récentes flambées épidémiques transfrontalières ainsi que dans la littérature scientifique - concernant par exemple la maladie du sommeil et les maladies non transmissibles et chroniques - . C'est d'autant plus important dans les pays les moins avancés (PMA) et dans les contextes « fragiles ». L'objectif est de permettre à chacun de disposer d'un accès égal à un système unique de soins de santé de qualité. À cet égard, le « modèle » belge de concertation entre le gouvernement, les usagers et les prestataires de services reste une source d'inspiration particulièrement utile.

55. Le système de soins de santé doit rester flexible pour intégrer les opportunités et les défis du futur:

- a. besoins et caractéristiques des populations mobiles (migrants et nomades) et des personnes âgées : Par exemple, les populations des grands centres urbains présentent une mobilité particulière entre leurs activités économiques au centre pendant les heures de travail et leurs activités au domicile, situé en périphérie, en soirée -. Les personnes âgées sont, quant à elles, affectées, simultanément par des maladies chroniques incurables et par des pathologies infectieuses.
- b. contextes en constante évolution : instabilité et conflits, conséquences du changement climatique, nouvelles épidémies, mauvaises habitudes alimentaires, etc.).
- c. manière de renforcer les ressources humaines : formation, motivation et conditions (sécurisées) de travail. Le modèle occidental a d'ailleurs montré ses limites.
- d. nouvelles technologies de l'information et de la communication (ICT) : instruments de communication avec les patients et les communautés, instruments de suivi et d'évaluation plus précis, etc.
- e. désir des communautés de mettre leurs ressources à la disposition de la santé de leurs propres membres. Cet aspect n'a sans doute pas encore été suffisamment étudié.
- f. pluralisme du secteur de la santé : Les débats portant sur le financement et sur la couverture universelle des soins de santé sont complexifiés par le développement d'un secteur officiel « à but lucratif » pour les services et les prestataires de services. Les exemples de collaboration fructueuse restent trop peu nombreux.
- g. innovations : Les technologies et médicaments les plus récents sont commercialisés à des prix inabordables (même dans les pays riches). Développer le plaidoyer et prendre les mesures pour garantir l'accès à ces innovations demandera des prises de position courageuses de la part des Etats.

Enfin, de recherche est encore nécessaire pour mettre en lumière les bonnes pratiques, mais aussi et surtout pour éviter de réitérer les échecs du passé.

## Références

- <sup>i</sup> WHO (1946). *Constitution of the WHO*. Adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946.
- <sup>ii</sup> Loi relative à la Coopération au développement (2013) : art. 3 & 9
- <sup>iii</sup> <http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/beleidsthemas/mensenrechten>
- <sup>iv</sup> Voir le §3 du Rapport sur la santé dans le monde 2008: p.41 – 60, « Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais ») (cf. ex. Contraception au Niger fig. 3.1 et par ex. Occasions manquées de prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire fig.3.2).
- <sup>v</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- <sup>vi</sup> <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- <sup>vii</sup> Conférence de Dakar sur les districts sanitaires en Afrique (2014): <http://www.be-causehealth.be/wp-content/uploads/2017/03/Dakar-Conference-Final-Report.pdf>
- <sup>viii</sup> HERA, ALTER et ETC (2005). *Evaluatie van de gezondheidssector van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking*.
- <sup>ix</sup> Be-cause Health (2007). *Cadre conceptuel de la coopération belge en santé: « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être »*. Résumé sous la forme d'un document de référence dynamique et participatif.
- <sup>x</sup> <http://www.be-causehealth.be/media/57464/Compiled%20report%20SRHR%20study%20-%20Oct%202013%20-%20FINAL.pdf>
- <sup>xi</sup> UHC WHO 2010, Déterminants sociaux (Brésil), santé mondiale (EU), Dakar, ODD post-2015
- <sup>xii</sup> [https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note\\_politique\\_sante.pdf](https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note_politique_sante.pdf)
- <sup>xiii</sup> [https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note\\_politique\\_sante\\_addendum.pdf](https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note_politique_sante_addendum.pdf)
- <sup>xiv</sup> [https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note\\_politique\\_sante\\_droits\\_sexuels\\_reproductifs.pdf](https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note_politique_sante_droits_sexuels_reproductifs.pdf)
- <sup>xv</sup> [https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note\\_politique\\_sida.pdf](https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/note_politique_sida.pdf)
- <sup>xvi</sup> Note conceptuelle Protection sociale pour tous. <http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota>
- <sup>xvii</sup> Cadre conceptuel de la coopération belge en santé « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être », Be-cause Health, décembre 2007
- <sup>xviii</sup> [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- <sup>xix</sup> <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- <sup>xx</sup> [https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/depliant\\_sdsr\\_fr.pdf](https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/depliant_sdsr_fr.pdf)
- <sup>xxi</sup> <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>: premier chapitre
- <sup>xxii</sup> Séminaire Human Resources (Be-Cause Health 2005): 'Human Resources for Health: Confronting complexity and diversity', contexte des problèmes HR dans les pays en développement. Cf. <http://www.itg.be/becausehealth/>
- <sup>xxiii</sup> 'Drugs, cure or curse', Recommandations . Séminaire Because Health , décembre 2007.
- <sup>xxiv</sup> Efficacité de l'aide au développement: déclarations de Paris, Accra et Busan
- <sup>xxv</sup> [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) p. vi
- <sup>xxvi</sup> Note stratégique Digital for Development: [http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota\\_d4d.pdf](http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota_d4d.pdf)
- <sup>xxvii</sup> [http://www.who.int/healthsystems/service\\_delivery\\_techbrief1.pdf](http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf)
- <sup>xxviii</sup> [https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/engagement\\_qualite\\_medicaments\\_-\\_20171025.pdf](https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/engagement_qualite_medicaments_-_20171025.pdf)
- <sup>xxix</sup> Towards Universal Coverage in the majority world - Transversal findings & lessons learnt, a summary - Werner Soors, Jeroen De man, Pascal Ndiaye & Bart Criel
- <sup>xxx</sup> Moving towards UHC : lessons from 11 countries (Lancet 2015)
- <sup>xxxi</sup> World Health Report WHO 2010 : Health systems financing: the path to universal coverage: <http://www.who.int/whr/2010/en/>