

## UN CLUSTER SANTÉ AU SEIN DE LA CBL-ACP

### CONTEXTE

La pandémie actuelle a, une nouvelle fois, démontré les limites du système sanitaire dans beaucoup de pays d'Afrique. Si la forte croissance économique de ces dernières années a contribué à abaisser le taux de pauvreté à 43 % de la population en 2012, de nombreux pays souffrent encore de taux élevés de mortalité... infantile et maternelle, la malnutrition est encore trop répandue et la plupart des systèmes de santé ne sont pas en mesure de gérer efficacement les épidémies ni le fardeau croissant des maladies chroniques telles que le diabète.

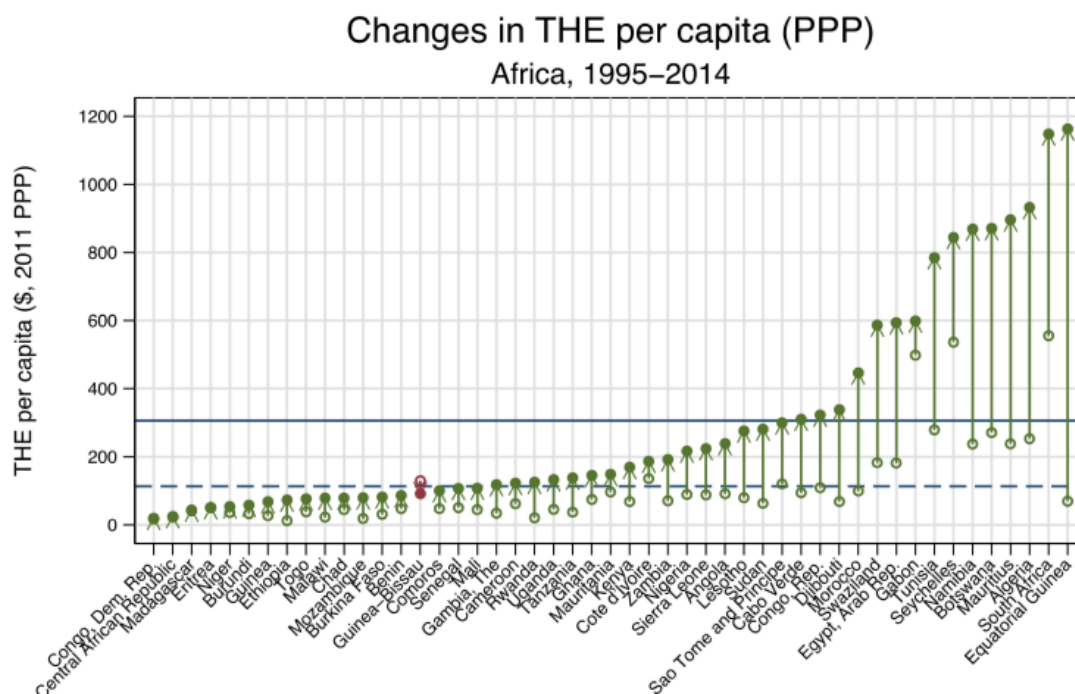
Son organisation, mais également ses infrastructures, son équipement et ses ressources humaines sont insuffisantes.

Ce constat n'est pas neuf. Le président rwandais Paul Kagamé appelait les pays africains à consacrer 15% de leur budget aux soins de santé pour le millénaire (Déclaration d'Abuja de 2001). En 2016, même si ces investissements ont augmenté, ils représentaient en moyenne 7,5% du budget avec des résultats tangibles comme une augmentation de l'espérance de vie de 10 ans mais encore insuffisants sur la mortalité infantile certes en diminution. Comme l'exprimait Mr Bill Gates dont la fondation a consacré 15 milliards de

dollars depuis 2000 en Afrique, « c'est en consacrant des sommes modestes à des problématiques prioritaires que l'on peut engranger des résultats phénoménaux ».

Entre 1995 et 2014 (à PPA 2011), les dépenses totales de santé (DTS) par habitant ont augmenté, passant en moyenne de 113 USD à 306 USD. Le total des dépenses de santé en Afrique est comparable aujourd'hui à celui des pays à faible revenu à travers le monde. Cependant, les moyennes régionales cachent une importante hétérogénéité à travers le continent et le degré d'inégalité dans le total des dépenses de santé entre les pays a augmenté au fil du temps (Figure 1).

**Figure 1 : Importante variation de la croissance et du niveau des dépenses totales de santé dans les pays africains**



Source: World Bank analysis based on WHO-GHED.  
Hollow (solid) circles represent the average share of THE per capita in 1995 (2014).  
The dashed blue line represents the sample average of THE per capita in 1995 (\$113.5).  
The solid blue line represents the sample average of THE per capita in 2014 (\$306.1).

En moyenne, les DTS ont augmenté plus rapidement que le PIB, de 5 % par an au cours des deux dernières décennies, à comparer à une croissance de 2 % du PIB. En conséquence, la part des DTS dans le PIB est passée de 5 % en 1995 à 6 % en 2014 avec des variations importantes entre les pays, de 2,6 % en RDC jusqu'à 11 % pour Djibouti, le Lesotho et la Sierra Leone.

En janvier 2020, à l'International Finance Corporation World Economic forum, quatre pistes de réflexion ont été validées pour faire face à ce défi sanitaire et ayant pour but d'offrir des soins de santé de qualité, en parfaite autonomie et accessibles à toute la population :

### **1) Mettre en œuvre des politiques de financement de la santé publique plus équitables et parvenir à la couverture de santé universelle ;**

La première raison d'investir dans la CSU est d'ordre moral : il est inacceptable que certains membres de la société soient exposés à la mort, à l'invalidité, à la maladie et à l'appauvrissement pour des questions qui pourraient être réglées à peu de frais. Mais la CSU est également un bon investissement. La prévention de la malnutrition ainsi que de la mauvaise santé se traduira probablement par des effets bénéfiques considérables en termes de vie plus longue et productive, de niveau de revenu plus élevé, et de frais médicaux épargnés. De plus, l'amélioration des systèmes de surveillance épidémiologique peut endiguer le coût humain et les conséquences économiques des épidémies. En 2015, la perte de croissance économique due au virus Ébola s'est chiffrée à plus d'un milliard de dollars USD dans les trois pays touchés par l'épidémie.

Si au Ghana, au Kenya, au Rwanda et en Afrique du Sud, 60 millions de personnes bénéficient, selon une analyse mondiale de 2018 relative aux marchés de l'assurance en Afrique Subsaharienne, d'une couverture santé, force est de constater qu'au Ghana, seul 38% de la population en a bénéficié et au Rwanda, si elle en couvre 90%, elle se limite aux soins primaires.

Lors du 2<sup>ème</sup> forum de l'OMS sur la santé en Afrique en mars 2019, S.E.M José Ulisses de Pina Correia e Silva, Premier Ministre de la République du Cap Vert, a déclaré : « Dans plusieurs pays du monde, notamment en Afrique, la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire sont des défis à relever. Avec une forte conscience politique et civique,

des dirigeants engagés, de bons partenariats pour le développement, des conditions favorables à l'investissement et à l'activité privée dans le secteur de la santé et une meilleure réglementation, nous surmonterons ces défis. »

### **2) S'attaquer au problème des infrastructures de santé, à leur équipement et ce y compris dans le milieu pharmacologique et celui de la technologie numérique ;**

De plus en plus d'acteurs sont présents en Afrique. Qu'ils soient bâtisseurs, concepteurs, actifs dans la formation du personnel ou dans la finance, le manque de concertation rend souvent leurs actions peu pérennes. Une nouvelle fois, un acteur privé, en étroite collaboration et adéquation avec le secteur public peut contribuer à la professionnalisation de la gestion financière, à l'amélioration de la stratégie d'affaires et de la gouvernance. L'expérience révèle également de nombreuses sorties rentables.

La technologie numérique, fondée sur l'omniprésence des téléphones mobiles doit permettre le déploiement de soins de santé et la formation jusque dans des régions lointaines et isolées par des applications de télémédecine.

L'accès aux principaux médicaments et technologies sécuritaires, abordables et de qualité reste un défi également à relever.

### **3) Augmenter les ressources humaines dans les secteurs de la santé ;**

La densité du personnel de santé est un bon indicateur de la capacité d'un pays à procurer à sa population des services de santé. L'Afrique subsaharienne enregistre 24 % de la charge des maladies à travers le monde mais seulement 3 % de l'effectif mondial des personnels de santé (OMS, 2006).

### **4) Exploiter le potentiel du secteur privé en tant qu'appui au système de santé publique ;**

Si beaucoup reste à accomplir, le secteur de la santé en Afrique se situe à une formidable croisée des chemins. La rencontre des politiques publiques, des entrepreneurs privés, des investisseurs et des technologies promet de transformer positivement le paysage du développement de la santé. C'est dans cette droite ligne que la société QGM, experte en déploiement d'établissements de santé en Afrique, se positionne. Il ne s'agit pas d'implanter une clinique ou un hôpital à l'aveugle,

il s'agit avant tout de répondre à un besoin d'infrastructures de santé précis en prenant compte des enjeux liés à la démographie, aux problématiques sociales et économiques, et aux capacités de délivrer des soins de qualité du territoire. Ainsi, construire un établissement de santé ne suffit pas. Il faut également s'engager à fournir du matériel médical de haute qualité, et surtout, de proposer les formations du personnel médical et administratif qui leur permettront de gagner une autonomie intelligente pour assurer une gestion performante et durable de cet établissement.

Pour sa part, le Dr Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a souligné la nécessité d'une perspective africaine sur la couverture sanitaire universelle : « Nous devons reconnaître les besoins spécifiques de la région Afrique et donner la priorité à des approches novatrices de prestation de services qui auront un impact à long terme et qui mèneront à notre objectif commun, à savoir de soins de santé de qualité pour tous, et en tout lieu. »

Les partenariats public-privé semblent être une solution maintenant unanimement défendue. Cette coopération opérationnelle active, cette expertise privée au service du public peut aboutir à un partenariat win/win. Le financement est présent. D'origine publique ou privée, les outils existent aujourd'hui et sont bien définis et maîtrisés par certains d'entre nous pour permettre des investissements vertueux afin de mener à bien ces différents projets.

### **5) Le rôle de la CBL-ACP ;**

Dans ce contexte, la CBL-ACP pleinement consciente de sa mission se doit d'être l'interlocuteur de choix entre les secteurs public et privé. Jouant le rôle d'intégrateur, elle peut évaluer la demande et les besoins et organiser les rencontres ad hoc des entreprises membres ou d'un groupement d'entreprises membres pour répondre de manière ciblée aux besoins exprimés.

C'est pourquoi elle crée pour ce faire dès aujourd'hui, à l'instar de son Cluster Finances et Agro-Industriel, un Cluster Santé.

Le monde de l'assurance, de la pharmacie, de la logistique, de la distribution, de l'équipementier, de l'architecture, de la formation et des finances ont un rôle à jouer ensemble pour relever ce défi.



Disposer d'un « contact santé » à la CBL-ACP,

C'est assurer aux États concernés ou aux porteurs de projets locaux d'être écoutés et compris dans leurs demandes par des spécialistes dans le domaine. C'est montrer le respect et l'importance que l'on porte à leurs démarches souvent prises pour le bien-être de leur population. La dimension humaine n'est pas incompatible avec le « business »

C'est diffuser les opportunités et réunir, le cas échéant, autour de celles-ci les membres intéressés pour rendre une offre adaptée et compétitive

C'est mettre en place le réseau de contact nécessaire auprès des institutions financières publiques ou privées pour accompagner les projets portés par les membres

C'est partager nos expériences et expertises surtout au niveau du financement des projets

C'est organiser des conférences sur ce thème

C'est un rôle de soutien auprès des structures publiques belges investies dans le domaine

C'est recevoir avec la qualité d'accueil de la Chambre les Acteurs de la santé en Afrique

C'est organiser des missions sur ce thème en Afrique



**QUENTIN GAUDISSERT**

QGM Holding Ltd

[q.gaudissart@qgm-ms.com](mailto:q.gaudissart@qgm-ms.com)

Chirurgien digestif, il mène d'abord sa carrière dans le milieu universitaire avec charge d'enseignement au sein du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, avant de revenir dans le privé au sein du CHIREC (Centre Hospitalier Inter Régional Édith Cavell) à Braine-l'Alleud - Waterloo où il deviendra chef de Pôle Viscéral.

En juin 2019, il interrompt son activité pour se consacrer entièrement à QGM.

En effet, riche de nombreuses missions d'enseignements de la chirurgie en Afrique et de démonstrations opératoires sur le continent depuis 2001, il prend conscience que la ponctualité de ces expériences n'offre aucune autonomie à la communauté (para-)médicale visitée. Il constate également l'inadaptabilité de structures hospitalières vieillissantes, leur vétusté et le manque de matériel ne permettant pas la pratique d'une médecine aux standards reconnus et engendrant une démotivation croissante et une fuite des médecins. La politique de santé est aussi perfectible dans les pays visités malgré les aides multiples mais souvent non concertées.

Il décide dès lors de prendre le problème à son origine en promouvant un modèle de santé adapté mais également en encourageant la rénovation ou la construction de structures sociales et/ou médicales adaptées, équipées, permettant un compagnonnage vers une autonomie et une gestion vertueuse.