

État de la Mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique

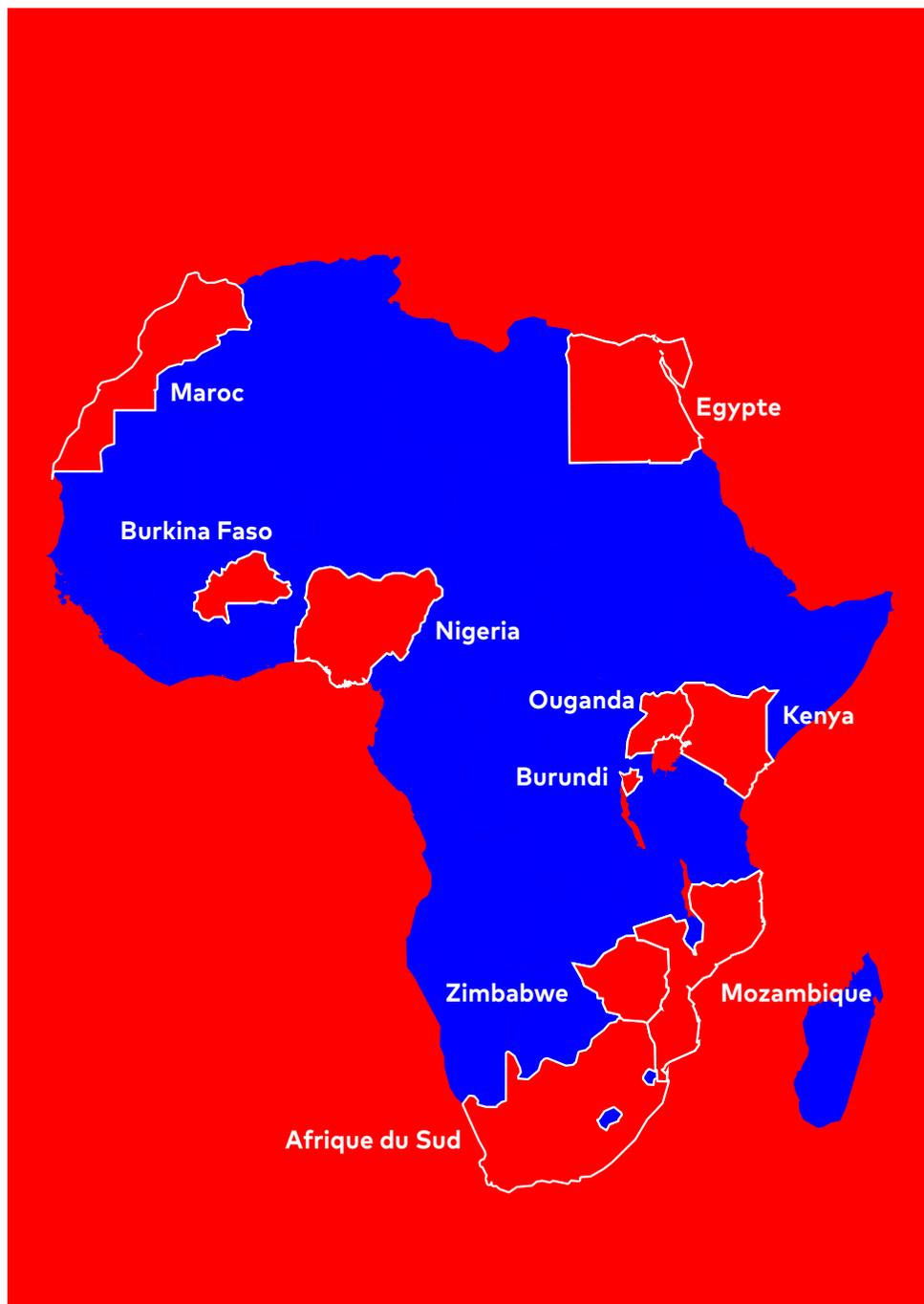
Étude de cas multi-pays: Burkina Faso, Burundi,
Égypte, Kenya, Maroc, Mozambique, Nigéria,
Afrique du Sud, Ouganda et Zimbabwe



WACI
HEALTH

 **Love**
Alliance
Ensemble pour la santé et les droits humains

Table des Matières



Liste des acronymes	3	
1. Contexte.....	4	
2. Cadres politiques et initiatives de l'union africaine sur la couverture sanitaire universelle	6	
3. Burkina Faso	9	BF
4. Burundi	13	BI
5. Egypte.....	16	EG
6. Kenya.....	20	KE
7. Maroc	24	MA
8. Mozambique	27	MZ
9. Nigeria.....	30	NG
10. Afrique du sud	33	ZA
11. Ouganda	36	UG
12. Zimbabwe.....	40	ZW
13. Recommandations.....	43	
Sources	46	

Liste des Acronymes

ALM	Réunion des dirigeants africains
ARV	Antirétroviraux
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CSU	Couverture sanitaire universelle
CUA	Commission de l'Union africaine
GAP	Plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous
GNP+	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH
HLTF	Groupe de travail de haut niveau de l'OMS sur le financement international innovant des systèmes de santé
KVP	Populations clés et vulnérables
LGBTQI+	Lesbiennes, gays, bisexuel.le.s, transgenres, queer et intersexué.e.s +
MdS	Ministère de la Santé
MdSP	Ministère de la Santé et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non-gouvernementale
ONUSIDA	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
OSC	Organisations de la société civile
PEPFAR	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PIB	Produit intérieur brut
PrEP	Prophylaxie préexposition
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SSP	Soins de santé primaires
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
UA	Union africaine

1. Contexte

La santé est un droit humain fondamental que les gouvernements ont le devoir de faire valoir pour tous et toutes. Pourtant, les plus pauvres, les plus vulnérables et les personnes marginalisées n'ont actuellement pas accès à des soins de santé adéquats. Le gouvernement et la société civile ont un rôle essentiel à jouer pour garantir que les programmes de santé accordent une attention systématique à ces groupes de population et communautés, en s'assurant qu'ils ont l'accès nécessaire à des services de santé équitables et de bonne qualité sans être confrontés à des difficultés financières ; sont informés des politiques relatives à la santé ; et peuvent contribuer aux efforts visant à renforcer les systèmes de santé de leur pays afin que personne ne soit exclu.

La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que chacun.e bénéficie de services de santé de qualité, quand et où il/elle en a besoin, sans encourir des difficultés financières. La CSU est un choix politique. Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2019, quelques mois seulement avant l'émergence de la pandémie de COVID-19, les États membres de l'ONU ont fait ce choix en adoptant la Déclaration politique sur la CSU.¹ La pandémie de COVID-19 est une claire illustration de pourquoi cet engagement est si important et pourquoi, alors que le monde réagit et se remet de cette crise, nous devons poursuivre la CSU avec plus de détermination, d'innovation et de collaboration.

La plupart des pays africains ont intégré la CSU comme objectif dans leurs stratégies nationales de santé. Toutefois, on constate une lenteur dans les progrès visant à traduire ces engagements en ressources nationales consacrées à la santé, en une aide au développement plus efficace et, à terme, en des services de santé équitables et de qualité et en une augmentation de la protection financière. L'insuffisance de l'aide financière internationale conduit les gouvernements à se tourner vers les caisses nationales d'assurance maladie (CNAM) pour financer la CSU, rendant ainsi l'accès aux soins de santé dépendant de contributions financières régulières. La fourniture de la CSU aux populations clés² est principalement assurée par les organisations de la société civile (OSC) et les prestataires de soins de santé privés.

La CSU couvre l'ensemble du continuum des services de santé essentiels, allant de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs tout au long de la vie.³ Pourtant, les services de santé essentiels restent inaccessibles à au moins la moitié de la population mondiale. Plus de 800 millions de personnes portent le fardeau des dépenses catastrophiques liées aux soins de santé, qui représentent au moins 10 % du revenu de leur ménage, et ces dépenses personnelles plongent près de 100 millions de personnes dans la pauvreté chaque année.¹ En Afrique, seulement 48 % de la population reçoit les soins de santé dont elle a besoin.⁴ Cette situation est aggravée davantage par l'impact socio-économique du VIH/SIDA, puisque environ 39 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH et des dizaines de millions de personnes sont mortes de causes liées au SIDA depuis le début de l'épidémie. Selon le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA),⁵ en 2023 en Afrique subsaharienne, 25,8 millions de personnes vivaient avec le VIH, 660.000 ont été nouvellement infectées par le VIH et 380.000 sont décédées des suites de maladies liées au sida. Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitements antirétroviraux (TARV) était de 83 % en Afrique orientale et australe et de 78 % en Afrique occidentale et centrale. À l'échelle mondiale, la prévalence médiane du VIH parmi la population adulte (âgée de 15 à 49 ans) était de 0,7 %. Cependant, la prévalence médiane était considérablement plus élevée parmi les populations clés :

- 2,5% parmi les travailleurs.euses du sexe
- 7,7% parmi les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- 5,0% parmi les personnes consommatrices de drogues injectables
- 10,3% parmi les personnes transgenres, et
- 1,4% parmi les personnes incarcérées.

Le partenariat de la Love Alliance⁶ repose sur un engagement inébranlable en faveur de la protection, la promotion et le respect de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) dans le monde, en unifiant les personnes consommatrices de drogues, les travailleurs.euses du sexe et les mouvements LGBTQI+, et en amplifiant la diversité des voix au sein de ces communautés. Financée par le ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas, la Love Alliance rassemble les leaders d'opinion nationaux ; GALZ (une association de personnes LGBTI au Zimbabwe), SANPUD (Réseau sud-africain des personnes consommatrices de drogues) et Sisonke (une organisation dirigée par des travailleurs.euses du sexe), les bailleurs de fonds régionaux ; UHAI, ARASA (Alliance pour les Droits des

Personnes vivant avec le VIH/SIDA de l'Afrique Australe) et ISDAO (Initiative Sankofa d'Afrique de l'Ouest), avec le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et le responsable administratif basé aux Pays-Bas, Aidsfonds . Ce programme quinquennal vise à réduire significativement l'incidence du VIH en influençant les politiques, en organisant les communautés et en sensibilisant aux droits et à la santé au Burkina Faso, au Burundi, en Égypte, au Kenya, au Maroc, au Mozambique, au Nigéria, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe. La Love Alliance occupe un espace critique dans la promotion de la SDRS en rassemblant les populations marginalisées dans un mouvement militant panafricain fort, dirigé par les jeunes, et en faisant entendre les voix des communautés locales à un public mondial afin d'influencer les décisions qui affectent leurs droits, leur santé et leurs vies. En mettant l'accent sur les communautés de personnes consommatrices de drogues, de travailleurs.euses du sexe, de personnes LGBTQI+ et de personnes vivant avec le VIH, la Love Alliance vise à atteindre les objectifs suivants:

- Des mouvements de population clés capables, inclusifs, influents et se soutenant mutuellement dans un espace civique libre.
- Mettre fin à la violence sexuelle et basée sur le genre, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés.
- L'égalité d'accès à des services intégrés de lutte contre le VIH et des services complets de santé sexuelle et reproductive, inclusifs, axés sur les personnes et responsables.

Aidsfonds et GNP+, les organisations de la Love Alliance responsables du plaidoyer à l'échelle mondiale, entretiennent un partenariat de longue date avec WACI Health (une organisation non gouvernementale basée à Nairobi) et l'ont chargée d'élaborer ce rapport sur l'état de la mise en œuvre de la CSU en Afrique, avec un focus sur les 10 pays où intervient la Love Alliance. L'étude a constitué à mener une analyse documentaire pour examiner le statut de la CSU et évaluer l'étendue de l'accès aux services fournis aux populations clés et vulnérables (KVP), et pour comprendre les niveaux de participation des OSC dans la mise en œuvre de la CSU. De plus, des partenaires de la Love Alliance et des OSC ont été interrogés comme sources d'information clés pour recueillir les expériences, les opinions et les recommandations des communautés sur la CSU. Ce rapport met en lumière le contexte, le statut et le financement de la CSU, la stratégie VIH/SIDA au sein de la CSU, l'accès aux services de CSU pour les KVP et les mécanismes d'engagement des OSC et des communautés dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de la CSU en Afrique et dans les 10 pays où la Love Alliance est présente. Les sources des informations fournies sont répertoriées dans un tableau à la fin du rapport.

2. Cadres Politiques et Initiatives de L'union Africaine sur la Couverture Sanitaire Universelle



En 2001, l'Union africaine (UA) s'est engagée à travers la Déclaration d'Abuja, à allouer au moins 15 % des budgets nationaux aux soins de santé comme l'un des moyens pour atteindre la CSU.⁷ Toutefois, seule l'Afrique du Sud a jusqu'à présent respecté cet engagement. Quand bien même d'autres pays ont réussi à consacrer 15 % de leur budget national à la santé, ils n'ont pas su maintenir leur engagement.⁸

En 2015, le Mécanisme de financement mondial a été créé par le Groupe de la Banque mondiale et ses partenaires en tant qu'une initiative multipartite visant à aider les pays à améliorer les services de santé maternelle, infantile et pour les adolescent.e.s. En outre, en 2019 lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU, les États membres ont adopté à l'unanimité une Déclaration politique affirmant leur engagement politique en faveur de la CSU et décrivant un certain nombre d'actions. Il s'agissait notamment d'accroître le financement de la CSU et de formuler et renforcer des politiques en faveur d'une CSU équitable et intégrée pour tous et toutes, y compris les groupes vulnérables. Par ailleurs, le Plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous (GAP) a été lancé en janvier 2020 avec pour objectif d'aider les pays à atteindre l'objectif de développement durable 3 (ODD 3) sur la santé et le bien-être pour tous et toutes. Le GAP a impliqué des agences qui se sont engagées à travail afin de fournir un soutien plus rationalisé aux pays et réduire les inefficacités. De plus, le deuxième Forum sur la CSU tenu à Bangkok en 2022, s'est engagé à renforcer la dynamique politique en faveur de la CSU dans les forums internationaux, notamment en ce qui concerne les approches de mobilisation et de mise en commun des fonds pour financer les soins de santé primaires (SSP).

Le financement de la santé représente un défi important à la mise en œuvre de la CSU, car de nombreux pays dépendent de sources de financement externes. D'où, des inquiétudes en ce qui concerne la durabilité des systèmes de santé, dans la mesure où le financement externe pourrait ne pas être fiable pour soutenir la CSU. Selon le Tableau de Bord de l'Afrique sur les Financements Nationaux pour la Santé 2023 (présentant les données de 2020), seule l'Afrique du Sud a atteint l'objectif de la Déclaration d'Abuja de 15 % du budget national consacré à la santé. Seuls trois pays (Le Lesotho, l'Afrique du Sud et les Seychelles) ont atteint le seuil de 5 % de leur produit intérieur brut (PIB) consacré à la santé, comme l'a recommandé le Centre sur la sécurité sanitaire mondiale à Chatham House;⁹ et 10 pays (l'Algérie, le Botswana, le Cap-Vert, l'Eswatini, le Gabon, l'île Maurice, la Namibie, l'Afrique du Sud, les Seychelles et la Tunisie) dépensent plus de 86,30 USD par habitant et par an pour la santé, chiffre basé sur les recommandations du Groupe de travail de haut niveau de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le financement

international innovant des systèmes de santé (HLTF).¹⁰ Par conséquent, les citoyens doivent payer des frais élevés pour couvrir leurs besoins en matière de soins de santé. Le Fonds mondial et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) sont les principaux bailleurs de fonds externes pour la santé dans la plupart des pays africains.

Lors de la 32^{ème} Conférence des Chefs d'État et de gouvernement de l'Union Africaine en 2019, les États membres ont adopté deux déclarations soutenant les recommandations de la Réunion des dirigeants africains (ALM), et ont donné pour mission à la Commission de l'Union africaine (CUA) de coordonner les partenaires et de diriger la mise en œuvre de ces recommandations:

- **Assembly/AU/Decl.1 (XXXII) :** Déclaration sur le rapport d'avancement de l'Observatoire du sida en Afrique (AWA) : Résultat de la réunion de haut niveau sur le leadership dans le fonds de financement de la santé.
- **Assembly/AU/Decl.4 (XXXII) :** Déclaration sur la Réunion des dirigeants africains – Investir dans la santé : « Engagements d'Addis-Abeba en faveur d'une responsabilité partagée et d'une solidarité mondiale pour un financement accru de la santé »

Les deux déclarations réaffirment l'engagement de l'UA à accroître les ressources nationales pour la santé et conviennent que l'investissement dans la santé favorise le développement du capital humain, qui constitue la base sur laquelle reposera la croissance économique durable de l'Afrique. Ainsi, les engagements de l'ALM peuvent être répartis en quatre piliers :

- Pilier 1:** Générer ou mobiliser de nouvelles sources de financement nationales pour la santé
- Pilier 2:** Libérer davantage de ressources en améliorant l'efficacité et l'efficacité des dépenses
- Pilier 3:** Plaider en faveur d'un investissement national accru dans la santé et défendre une meilleure efficacité et une plus grande efficacité des dépenses en matière de santé
- Pilier 4:** Améliorer l'évaluation et renforcer la responsabilité

Les engagements plus détaillés de l'ALM sont :

- **Accroître les investissements nationaux dans la santé** et examiner chaque année la performance des pays - au niveau des chefs d'État - par rapport aux critères de référence du tableau de bord africain sur le financement national de la santé.
- **Numériser le tableau de bord africain sur le financement intérieur de la santé** afin que les données utilisées pour évaluer les performances soient plus largement diffusées.
- **Complétez le tableau de bord avec un «Tracker» du financement national de la santé** qui permette de suivre les « catalyseurs » plus granulaires des progrès vers les résultats souhaités du tableau de bord.
- **Mettre en place des pôles régionaux de financement de la santé dans chacune des cinq régions de l'Afrique**, pour conduire la mise en œuvre par les pays des résolutions de la Conférence de l'UA et pour coordonner l'alignement des efforts des partenaires de développement sur les priorités de l'Afrique
- **Convoquer les ministres africains des finances et de la santé tous les deux ans** pour discuter du financement de la santé et évaluer les progrès par rapport aux critères de référence.
- **Améliorer la capacité de gestion des finances publiques** pour aider à améliorer la collecte des impôts et / ou accroître la proportion des recettes fiscales perçues en pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB), grâce à une fiscalité générale équitable et efficace et à une meilleure perception des recettes, et renforcer les capacités des ministères des Finances et les autorités fiscales pour y parvenir.
- **Améliorer les systèmes nationaux de financement de la santé**, notamment en explorant les options permettant de réduire la fragmentation, d'explorer le NHI (le cas échéant), de renforcer la capacité d'acheter des services de manière efficace et d'intensifier les efforts pour améliorer la prévention, la rentabilité et l'efficacité de l'allocation.
- **Réorienter les dépenses de santé et les systèmes de santé pour cibler les maladies et les conditions prévalentes tout au long du cycle de vie** qui ont le plus grand impact sur la mortalité et le développement du capital humain avec la combinaison d'interventions qui auront le plus grand impact pour les combattre.

- **Augmenter la cohérence** grâce à un meilleur alignement des efforts multilatéraux, bilatéraux et du secteur privé sur les priorités du continent.
- **Attirer davantage de capitaux privés dans le secteur de la santé** en créant des climats propices à l'investissement, et accroître la gestion du soutien du secteur privé par les États membres afin que de tels efforts renforcent les systèmes de santé publique et élargissent l'accès aux services de santé.
- **Poursuivre le plaidoyer en faveur du financement de la santé en Afrique**, en donnant la priorité aux investissements destinés à la santé et en accroissant l'efficacité de la distribution et de l'utilisation des ressources mises en commun pour la santé. L'investissement dans la santé est un moteur de développement du capital humain et non un coût.

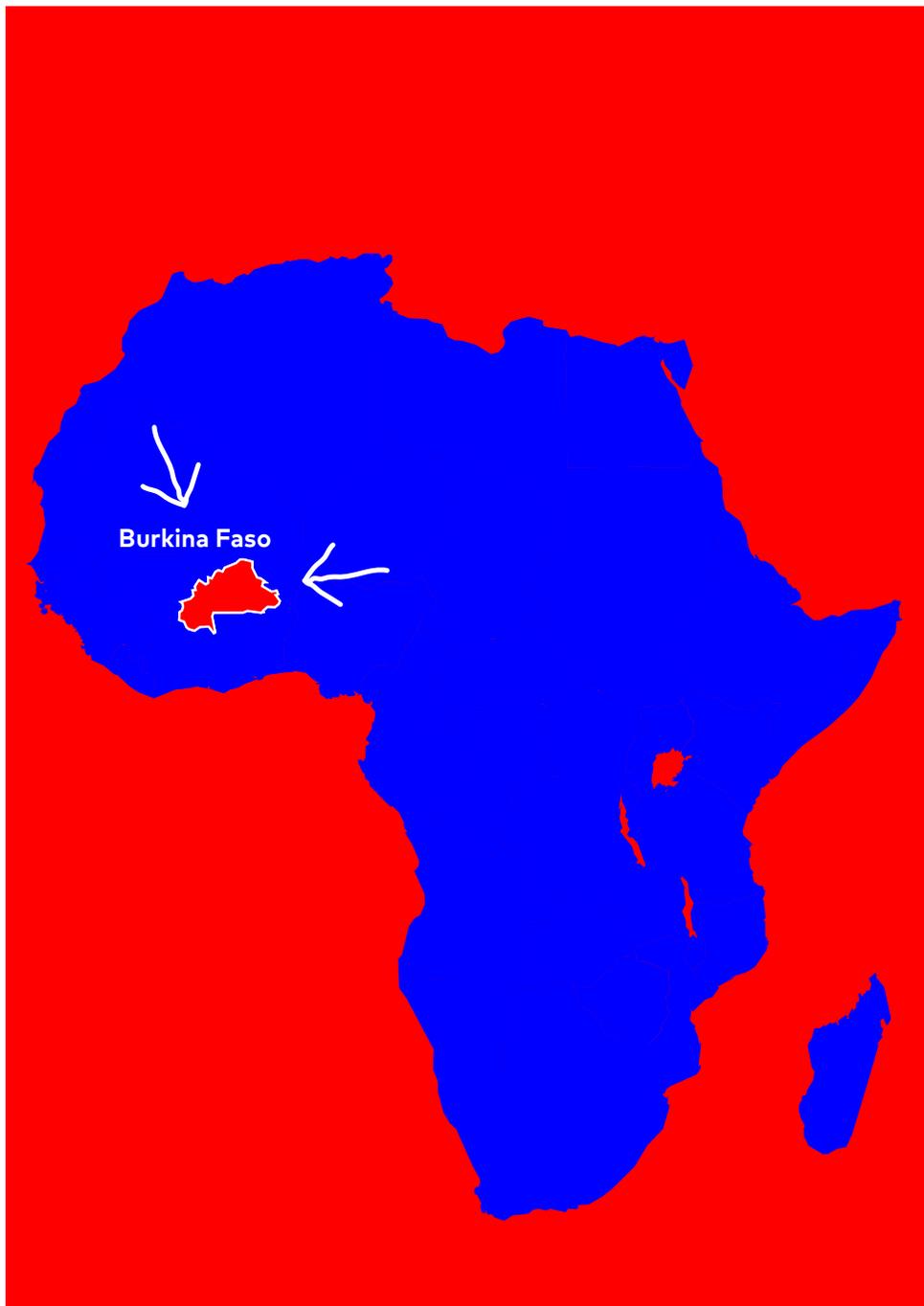
Progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration de l'ALM

- La réunion inaugurale des **ministres de la santé et des finances** s'est tenue en 2020 et a réitéré l'importance de donner la priorité au financement de la santé en Afrique et de se réunir sur une base biannuelle pour aborder les questions imminentes liées à la mobilisation des ressources nationales.
- Le projet pilote des **pôles régionaux de financement de la santé** a commencé par un **exercice d'évaluation** dans la région de la Communauté d'Afrique de l'Est (EAC) en 2020 et dans la région de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) en 2021. Les pôles sont destinés à fournir une expertise technique et pratique pour soutenir les pays dans la mise en œuvre des réformes indiquées par le Tracker. Jusqu'à présent, des dialogues nationaux sur le financement de la santé ont eu lieu dans huit pays : le Burundi, le Kenya et le Rwanda du côté de l'EAC, et le Malawi, l'île Maurice, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe du côté de la SADC.
- **La production annuelle du Tableau de bord africain sur le financement national de la santé** est en cours. L'édition 2023 a été numérisée après adoption les ministres de la santé et des finances.
- La mission d'évaluation du **Tracker du financement de la santé** s'est achevée en 2022 en Afrique du Sud sous la direction de la CUA et de l'Agence de développement de l'UA. Le Tracker doit s'appuyer sur le tableau de bord en fournissant des « catalyseurs » plus granulaires de progrès vers les résultats.



Photo: Cynthia R Matonhodze

3. Burkina Faso



3.1. Contexte

Le Burkina Faso est un pays sahélien à faible revenu et aux ressources naturelles limitées. L'économie du pays repose en grande partie sur l'agriculture, même si les exportations d'or sont en hausse. Plus de 40 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Le Burkina Faso occupe la 184^e place sur 191 pays, dans le classement de l'Indice de développement humain 2021-2022 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Après une forte baisse de la croissance économique en 2022 à 1,5%, provoquée par une combinaison de nouveaux chocs, tant endogènes (coups d'État, insécurité dans les zones minières) qu'exogènes (l'invasion russe de l'Ukraine), un net rebond économique en 2023 est projeté à 4,3 %.

Le 31 décembre 2021, le ministère de la Santé (Mds) du Burkina Faso a déclaré que 444 établissements de santé, soit 30,7 % du total, avaient été touchés par l'insécurité dans les régions les plus touchées par la crise humanitaire. 149 établissements sont complètement fermés, privant environ 1,8 million de personnes l'accès aux soins de santé.¹¹

En 2022, le pays a enregistré 1.900 nouveaux cas d'infection au VIH chez les individus de tous âges, soit une réduction de 39 % par rapport à 2017.

3.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Le Burkina Faso obtient 40 comme score sur un total possible de 100 selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS.¹² En 2012, le gouvernement a commencé la mise en œuvre d'une couverture maladie universelle (CMU). Cependant, le dialogue entre les décideurs politiques des secteurs impliqués n'a pas été optimal, d'où les difficultés à accepter les compromis et la lenteur des progrès. Ainsi, en mars 2012, le gouvernement a sollicité le soutien du Réseau de protection de la santé sociale (P4H), qui est le réseau mondial pour la protection



de la santé sociale et le financement de la santé. En outre, l'OMS, dans le cadre du Partenariat pour la CSU, a soutenu la stratégie nationale de financement de la santé approuvée en 2017 à la suite d'un dialogue décisionnel politique participatif et inclusif. Tout ceci a conduit à l'élaboration de la stratégie de financement de la santé pour la CSU (2018-2030) et à une loi sur la CSU.

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) a été créé en 2015 en tant que régime d'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs.euses du secteur formel, avec l'intention de devenir progressivement obligatoire pour les personnes impliquées dans les secteurs informel et agricole.¹³ Le programme Gratuité, financé par le budget de l'État pour reconstituer le financement de la santé, permet à toutes les femmes enceintes et allaitantes, ainsi qu'aux enfants de moins de cinq ans, de bénéficier de services de santé gratuits.^{14,15} Il couvre les services destinés aux enfants, les soins prénatals et postnatals, les accouchements, les soins obstétricaux d'urgence et les césariennes, ainsi que le traitement des fistules obstétricales, le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du sein pour toutes les femmes. Par ailleurs, il existe deux types de régimes volontaires : l'assurance maladie communautaire (AMC) et l'assurance privée, qui offrent une protection financière basée sur des critères socio-économiques, couvrant 0,9 % de la population.¹⁶

3.3. Finance

Le gouvernement burkinabé consacre 11,5 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépense 2,9 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House) et alloue 24,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 43 %, des ménages de 35 % (la Banque mondiale qualifie de catastrophique les dépenses supérieures à 10 %),¹⁷ des partenaires de développement de 18 %, les autres dépenses de santé privées de 2 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayée de 2 %. Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé est conforme aux objectifs de cofinancement du Fonds mondial et a atteint l'objectif des recettes fiscales adéquates pour s'aligner sur les objectifs de cofinancement du ratio impôts/PIB du Fonds mondial.¹⁸

Le Burkina Faso a contribué 1 million USD à la sixième reconstitution du Fonds mondial (2020-2022), et le PEPFAR a contribué 10,1 millions USD pour continuer à réduire davantage les indicateurs du VIH au Burkina Faso en 2022-2023.

3.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les services de soins de santé primaires (SSP) sont payants dans les établissements publics, mais les services de VIH sont gratuits. Les antirétroviraux (ARV) sont pris en charge par le système de santé national, toutefois, l'insuffisance des données ne permettent pas d'évaluer la couverture pour la prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH. Bien que le pays ait adopté une politique nationale visant à partager publiquement les données sur le VIH désagrégées par région géographique, âge et sexe (au moins), cela ne se produit pas fréquemment, ce qui signifie que les données peuvent rapidement devenir obsolètes.

Les politiques nationales incluent de multiples options pour les prestations différenciés de services, y compris la distribution communautaire du TARV et une flexibilité maximale pour les visites cliniques (autorisées tous les 6 mois ou moins fréquemment pour les personnes sous TARV) et la distribution pour plusieurs mois (qui permet aux personnes sous TARV de recevoir 6 mois de stock de TARV). La politique nationale autorise l'auto-dépistage du VIH et interdit le dépistage obligatoire, toutefois exige l'autorisation parentale/ des tuteurs.rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

Le RAMU pris en charge le traitement du VIH et le Burkina Faso a adopté des lois qui soutiennent le traitement du VIH. Cependant, malgré ces politiques, le gouvernement a encore du mal à offrir pleinement des services de dépistage et de prévention du VIH aux populations et s'est opposé à l'adoption de politiques relatives aux restrictions d'âge en matière de dépistage et de traitement, d'éducation sexuelle complète et de prévention du VIH pour les personnes incarcérées.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 86 % connaissent leur statut sérologique ; 81 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 69 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

3.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Le Plan stratégique national définit les populations clés et vulnérables (KVP) comme étant les travailleurs.euses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant avec le VIH et les personnes en situation de handicap. Les services fournis aux KVP comprennent la prévention, dépistage et le traitement du VIH. Il existe également des campagnes de sensibilisation communautaire sur le VIH et la tuberculose (TB). Cependant, aucune approche ni service spécifique n'est fourni aux KVP, qui bénéficient du même service général que le reste de la population. En conséquence, les KVP sont victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur statut sérologique et de leur orientation sexuelle, et ont peur de s'adresser aux prestataires de services de santé pour obtenir des services spécifiques. De plus, en raison de l'absence de connaissance basic du personnel de santé concernant les KVP, des prestations de services peuvent être refusées, surtout aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes transgenres. Les lois et politiques nationales (ou infranationales) autorisent l'accès aux services de SSP et de VIH pour les migrant.e.s au même titre que les citoyens.

Les services de réduction des risques destinés aux personnes consommatrices de drogues injectables ne sont pas inclus dans les politiques nationales et les ensembles de services offerts, même si la possession de seringues et d'accessoires connexes n'est pas pénalisée. Ni les préservatifs/lubrifiants, ni les programmes d'accès/échange de seringues ne sont autorisés pour les personnes incarcérées.

La loi ne pénalise pas les actes sexuels consensuels entre personnes de même sexe, et il n'existe aucun rapport faisant état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. Cependant, le travail du sexe et les activités associées à l'achat ou la vente de services sexuels sont considérés comme des crimes, tout comme la consommation/possession de drogues. Le Burkina Faso pénalise l'exposition/la transmission involontaire du VIH, mais aucun document ne fait cas de personnes arrêtées ou poursuivies pour cela au cours de ces dernières années.

La législation nationale ne dispose pas de loi visant à protéger les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité/la

diversité de genre, y compris dans l'emploi. Toutefois, des dispositions existent pour protéger les personnes, contre la discrimination basée sur le statut sérologique, y compris dans l'emploi. Le Burkina Faso ne dispose pas d'une institution nationale des droits humains où les violations peuvent être signalées conformément aux principes de Paris.¹⁹ La constitution nationale inclut le droit à la santé. Le pays a adopté des mesures limitées pour encourager la rétention scolaire des filles à l'école secondaire et dispose d'une loi sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires.

Le pays n'utilise pas d'identifiants uniques (ou une autre méthode de déduplication des données) permettant la continuité des soins dans plusieurs établissements de santé, mais inclut des protections légales contre la divulgation de données de santé individuellement identifiables, y compris le statut sérologique.

3.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

La législation/politique nationale prévoit des dispositions relatives aux contrats sociaux ou à d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les organisations de la société civile (OSC) pour fournir des services de santé ; toutefois, il existe également des obstacles juridiques au libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés.

Il n'existe aucun mécanisme formel d'engagement entre les OSC et le ministère de la Santé sur la CSU. Cependant, quelques engagements ponctuels existent entre les deux parties prenantes pour des actions conjointes telles que la mobilisation de ressources, la rédaction de propositions et le renforcement des capacités, mais les organisations représentant les populations clés ne sont généralement pas impliquées. Il existe également une association d'OSC qui travaille sur des programmes de prévention du VIH/SIDA, mais même ici, les populations clés ne sont toujours pas impliquées. Néanmoins, un réseau de travailleurs.euses du sexe a été créé avec le soutien des subventions du Fonds mondial pour les populations clés afin de garantir leur accès aux services médicaux.



CONCLUSION

Le Burkina Faso est confronté à des défis importants pour parvenir à la réalisation de la CSU, en particulier pour les KVP. Malgré quelques progrès réalisés dans le cadre du programme de Gratuité, qui a amélioré l'accès aux services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, il n'existe toujours pas de CSU formelle dans le pays. Bien que le RAMU (NHI) se montre prometteur, sa couverture reste faible.

Par exemple, les contraintes financières et les dépenses personnelles limitent les progrès vers la réalisation de la CSU aussi bien que le manque de politiques essentielles pour améliorer l'accès aux services de dépistage et de prévention du VIH. La crise humanitaire persistante et l'insécurité dans certaines régions ont également privé des millions de personnes l'accès aux soins de santé. Les efforts visant à impliquer les OSC et les communautés dans la planification et la mise en œuvre de la CSU ont été ponctuels et manquent d'un mécanisme formel et solide. Cette absence d'un cadre d'engagement formel et structuré, laisse la voie à la marginalisation des populations clés et renforce la stigmatisation et la discrimination.

Les KVP auront toujours des difficultés à accéder à la CSU à moins que le pays n'adopte des politiques visant d'une part à éliminer les obstacles juridiques, structurels et sociaux à leurs soins de santé, notamment une éducation sexuelle complète, une politique de prévention du VIH pour les personnes incarcérées, et la décriminalisation de la consommation de drogues et du travail du sexe, et d'autre part à impliquer les OSC qui représentent les KVP.



Photo: Cynthia R Matonhodze



4. Burundi

4.1. Contexte

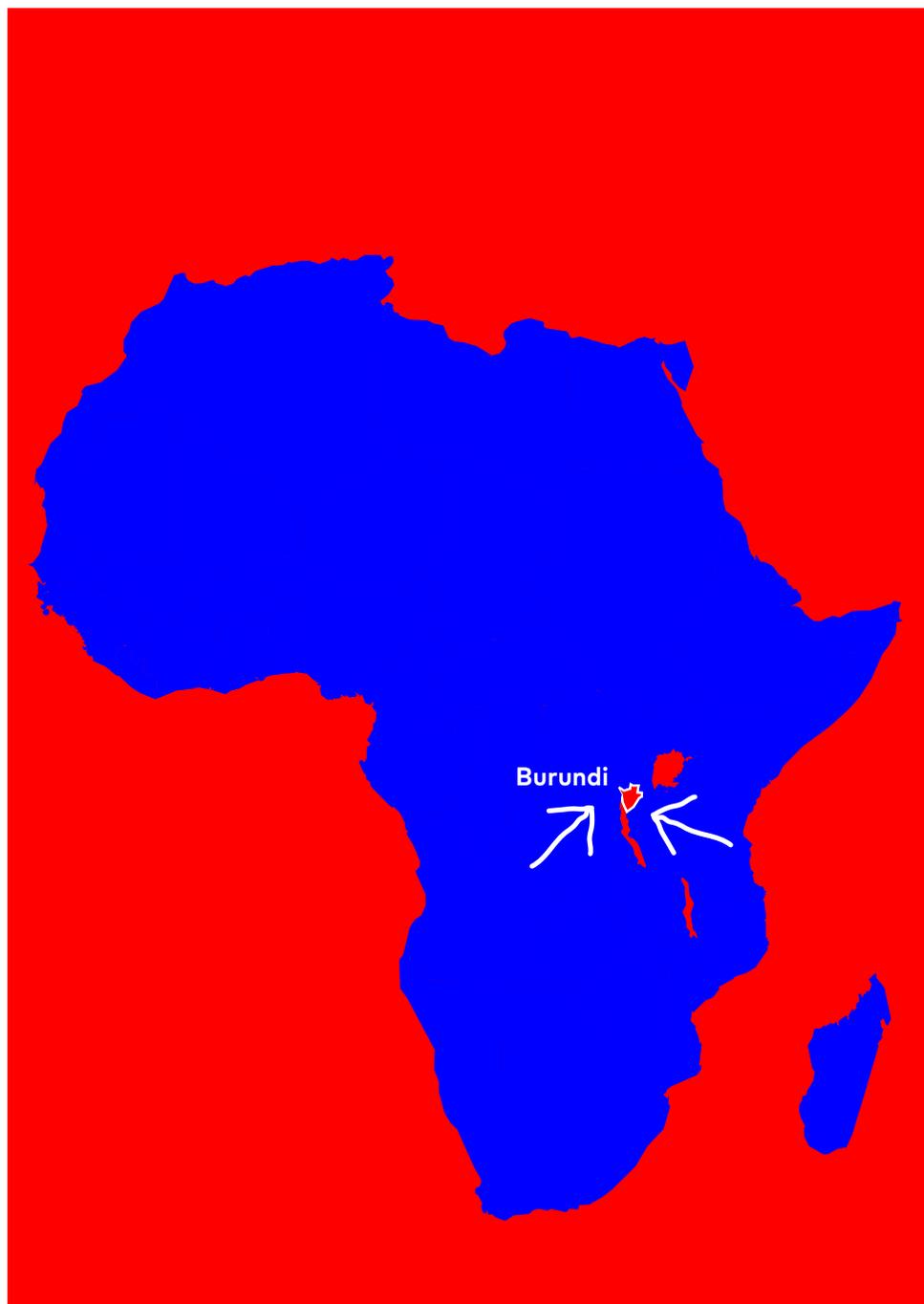
Pays enclavé d'Afrique de l'Est, le Burundi est une économie à faible revenu, avec 80 % de la population travaillant dans le secteur agricole. Avec une population de 12,8 millions d'habitants (2022), dont 50,3% de femmes et 41,5% de jeunes de moins de 15 ans, le Burundi est l'un des pays les plus densément peuplés au monde, avec un ratio de densité de 442 habitants au kilomètre carré. L'activité économique du pays reste fragile et vulnérable aux chocs. Toutefois, la croissance du PIB devrait atteindre 2,9 % en 2023, contre 1,8 % en 2022, grâce à l'agriculture et la fourniture de services.

L'inflation globale s'est accélérée pour atteindre 26 % en juillet 2023, en raison de la hausse des prix des produits alimentaires et du carburant. Le prix des denrées alimentaires de base a augmenté, portant l'inflation alimentaire à 35,8 % en juillet 2023, contre 24,5 % en juillet 2022. En juin 2023, les pénuries de carburant se sont aggravées en raison des ruptures d'approvisionnement provoquées par la guerre en Ukraine. Le déficit budgétaire devrait diminuer jusqu'à 6,7 % du PIB en 2023 contre 12,1 % en 2022, grâce aux réductions des dépenses courantes et de légères augmentations des recettes. La dette publique devrait atteindre 72,7 % du PIB en 2023, contre 68,4 % du PIB en 2022, en raison des décaissements dans le cadre du programme du Fonds de crédit élargi du Fonds monétaire international.

En 2022, le pays a enregistré 1.300 nouveaux cas d'infection au VIH chez les individus de tous âges, soit une réduction de 38 % par rapport à 2017.

4.2. État de la couverture sanitaire universelle(CSU)

Le Burundi obtient 41 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. Les services minimum de base de la CSU incluent des soins pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses



BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

et les maladies non transmissibles. En outre, ces services minimum se veulent accessibles à l'ensemble de la population, et en particulier aux groupes les plus vulnérables.

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2018 a servi de cadre stratégique pour le renforcement des systèmes de santé, notamment pendant les troubles politiques, conformément à la politique nationale de développement sanitaire 2016-2025 du Burundi.²⁰ Cependant, les services de santé présentent des lacunes principalement parce que pas moins de 77 % des médecins cliniciens occupent des postes de direction plutôt que de prestation de services médicaux. Par conséquent, le pays se situe bien en dessous du ratio médecin/patient de 1 pour 1 000, recommandé par l'OMS, ce qui aggrave la mauvaise prestation des services. Par ailleurs, 35,5 % des femmes enceintes ne bénéficient pas de soins de santé gratuits, et 23,6 % des enfants de moins de 5 ans, ainsi que 17 % des personnes généralement malades n'ont pas accès aux services de soins de santé.

4.3. Finance

Le gouvernement burundais consacre 8,3 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), soit 2,4 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House), et alloue 6,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 35 %, des ménages de 30 % (la Banque mondiale qualifie les dépenses supérieures à 10 % de catastrophiques), des partenaires de développement de 31 %, les autres dépenses de santé privées de 3 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayée de 1 %. Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé est conforme aux objectifs de cofinancement du Fonds mondial, mais n'a pas atteint l'objectif de recettes fiscales adéquates pour s'aligner sur les objectifs de cofinancement du ratio impôts/PIB du Fonds mondial.

Le Burundi a reçu du Fonds mondial 44 millions USD pour les interventions contre le VIH/SIDA et la tuberculose, 65 millions USD pour le paludisme et 8 millions USD pour le renforcement des systèmes de santé pour la période budgétaire 2021-2023. Le Burundi a promis contribuer 1 million USD pour la sixième reconstitution du Fonds mondial pour la période budgétaire 2020-2022. Le soutien du PEPFAR pour le budget 2022-2023 s'élève à 25,7 millions USD. De plus, le Programme élargi de vaccination financé par GAVI, l'UNICEF et l'OMS couvre 90 % des coûts de vaccination, et les 10 % restants sont financés par le gouvernement.

4.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les services liés aux ARV et à la PrEP sont pris en charge par le système de santé national et le pays a adopté une politique nationale visant à partager publiquement les données sur le VIH, désagrégées par région géographique, âge et sexe (au moins), et partagées sur une base trimestrielle. La politique nationale du Burundi autorise la distribution communautaire du TARV et réduit la fréquence des visites cliniques, toutefois, une politique de distribution pour plusieurs mois n'a été que partiellement adoptée, donnant ainsi accès à des stocks de TARV pour 3 à 5 mois. La politique nationale autorise l'auto-dépistage du VIH et interdit le dépistage obligatoire, toutefois exige l'autorisation parentale/ des tuteurs.rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 87 % connaissent leur statut sérologique ; 85 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 79 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.

4.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Le Plan national de développement du Burundi (2018-2027) définit les «populations vulnérables» comme étant les filles et les jeunes femmes, les enfants de moins de 5 ans et les enfants à risque de malnutrition, les orphelin.e.s et les personnes âgées. Selon le Plan stratégique national intégré (2023-2027) de lutte contre le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les hépatites virales, trois groupes de personnes sont considérés comme fortement exposés aux IST/VIH, dont les hépatites virales : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs.euses du sexe et les personnes consommatrices de drogues, y compris les personnes consommatrices de drogues injectables. Certains groupes de population ont été identifiés comme les plus vulnérables ; (i) le personnel en uniforme, (ii) les personnes affectées par les mouvements de population, telles que les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les rapatriés, (iii) les réfugiés et les demandeurs d'asile, (iv) les personnes souffrant d'insécurité alimentaire et/ou nutritionnelle, y compris les femmes enceintes et allaitantes, (v) les enfants et (vi) les personnes à risque et survivantes de violences basées sur le genre, (vii) les personnes en situation de handicap et (viii) les adolescentes et les jeunes.



Les services de SSP sont payants dans les établissements publics, néanmoins, les services liés au VIH sont gratuits. La politique nationale restreint l'accès aux SSP pour les migrant.e.s, toutefois, autorise les services liés au VIH pour les migrant.e.s au même titre que les citoyens.

La loi et la politique nationale sur le VIH incluent des ensembles de services de réduction des risques pour les personnes consommatrices de drogues injectables, toutefois, la possession de seringues et d'accessoires connexes est pénalisée. Des préservatifs/lubrifiants sont disponibles dans les prisons, mais les aiguilles/seringues sont interdites par la politique nationale.

La législation nationale pénalise les actes sexuels consentis entre personnes de même sexe, et des rapports font état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. De même pour le travail du sexe et l'usage ou la possession de drogues pour consommation personnelle qui sont considérés comme un crime. Le Burundi a adopté des lois qui dépenalisent l'exposition au VIH et donc ne pénalise pas l'exposition/transmission involontaire du VIH. Aucun rapport ne fait état de personnes arrêtées/poursuivies pour exposition/transmission du VIH au cours de ces dernières années. La loi ne contient pas de dispositions visant à protéger les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité/diversité de genre, y compris dans l'emploi, mais elle protège les personnes contre la discrimination basée sur leur statut sérologique, y compris dans l'emploi. Le Burundi dispose d'une institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées. La constitution nationale inclut le droit à la santé.

La politique nationale encourage la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. De plus, le Burundi dispose d'une loi contre la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires, mais n'utilise pas d'identifiants uniques et ne dispose pas de protections légales de la confidentialité des données.

4.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Le ministère de Santé a mis en place des conseils ou comités nationaux qui rassemblent des représentants du gouvernement, des OSC et des membres de la communauté pour discuter et planifier des projets de soins de santé, y compris des initiatives de CSU. De plus, il existe des consultations publiques et des réunions

techniques qui rassemblent le ministère de la Santé, les professionnels de la santé et d'autres agents de mise en œuvre et les bailleurs de fonds (ONG internationales et missions diplomatiques étrangères), pour recueillir les commentaires et les idées des OSC et des membres de la communauté sur les interventions liées à la CSU. Ces forums permettent la participation et l'implication directes de toutes les parties prenantes au processus de planification.

La législation/politique nationale prévoit des dispositions relatives aux contrats sociaux ou à d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les OSC pour fournir des services de santé ; toutefois, il existe également des obstacles juridiques au libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés.

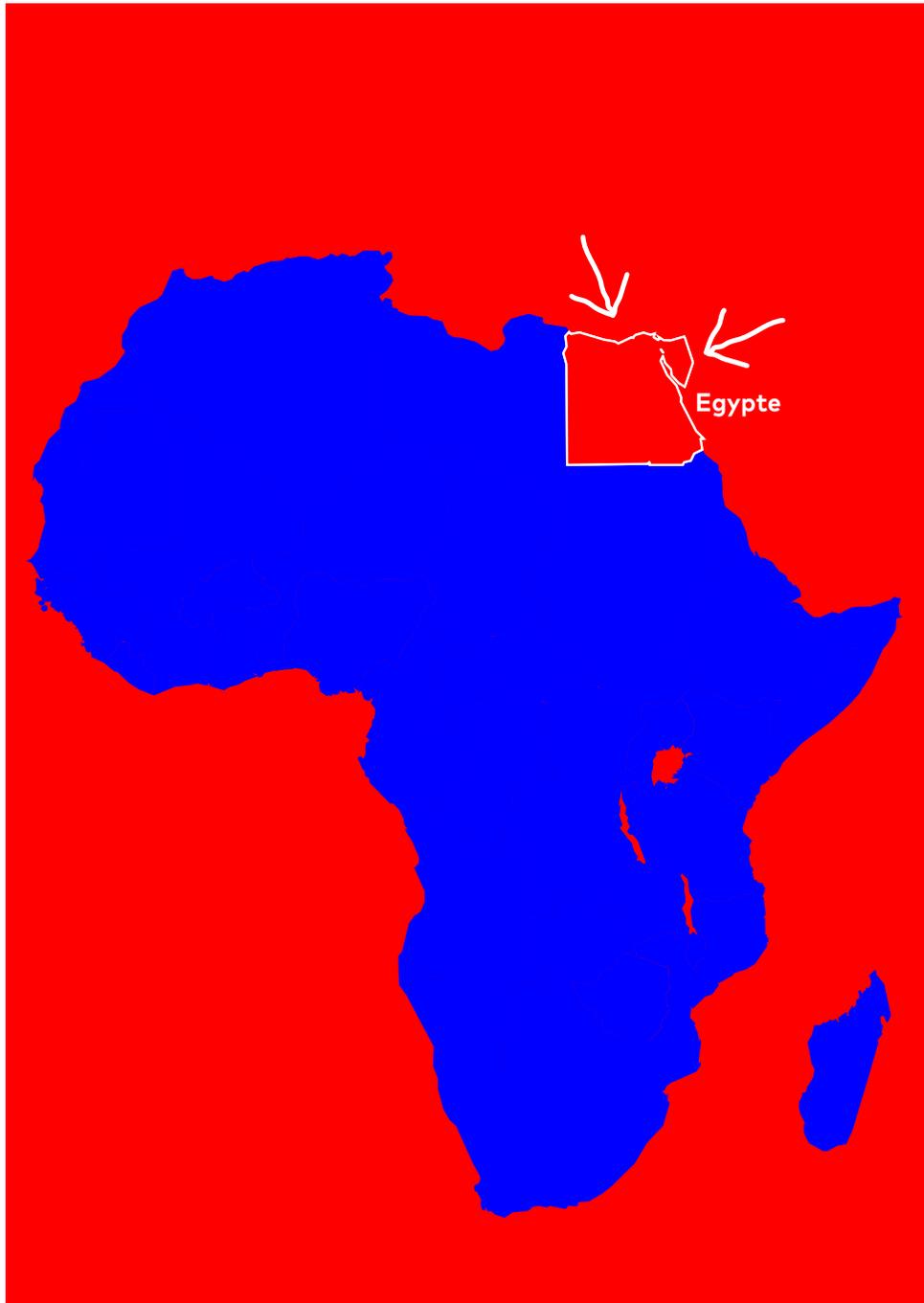
CONCLUSION

Le Burundi est confronté à des défis considérables dans sa marche vers la réalisation de la CSU, ce qui a un impact sur la santé et le bien-être de sa population. La non-universalisation de l'assurance maladie a entraîné d'importants écarts en termes d'accès aux soins de santé, affectant particulièrement les groupes vulnérables tels que les adolescent.e.s et les jeunes. L'allocation insuffisante du budget national à la santé, en dessous de l'objectif de la Déclaration d'Abuja, représente un frein à l'expansion des services de santé. En outre, la pénurie de médecins cliniciens au niveau de la prestation de services médicaux aggrave la mauvaise prestation des services et conduit à un ratio médecin/patient bien inférieur à la norme recommandée par l'OMS. De plus, une grande proportion de femmes enceintes, d'enfants de moins de cinq ans, et de personnes généralement malades n'ont pas accès aux services de santé gratuits, ainsi, le fardeau des dépenses personnelles pèse lourdement sur les patient.e.s.

Des progrès louables ont été réalisés au niveau de la gestion du VIH/SIDA avec le Burundi qui a atteint les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA. Cependant, le système actuel de financement de la santé ne possède ni de politiques essentielles (diagnostic de la tuberculose, identifiants uniques avec la protection des données et dépenalisation de la consommation de drogues et du travail du sexe), ni de mécanisme d'engagement adéquat pour les OSC et les communautés, ce qui est un obstacle à la réalisation de la CSU.



5. Égypte



5.1. Contexte

L'Égypte connaît depuis longtemps des défis majeurs. Ces défis, associés aux multiples chocs mondiaux ont provoqués une crise de change, des niveaux d'inflation historiquement élevés et des pressions qui ont aggravé des comptes budgétaires et extérieurs déjà tendus. Bien que déclenchés par les nombreuses crises au niveau mondial, les déséquilibres macroéconomiques croissants en Égypte reflètent des défis nationaux préexistants. Notamment la faiblesse des exportations non pétrolières et des investissements directs étrangers, les limitations du secteur privé et de la création d'emplois (notamment pour les jeunes et les femmes), ainsi que la dette publique élevée et croissante. Une mobilisation des revenus inférieure au potentiel, limite davantage la marge de manœuvre budgétaire nécessaire pour développer le capital humain et physique de la population égyptienne, qui compte plus de 105 millions d'habitants, dont près de 30 % vivent en dessous du seuil de pauvreté national, selon les estimations officielles de 2019.

En 2022, le pays a enregistré 5.100 nouveaux cas d'infection au VIH parmi les individus de tous âges, soit une augmentation de 70 % par rapport à 2017.

5.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

L'Égypte obtient 70 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. En 2018, l'Égypte a adopté une loi sur la couverture maladie universelle, qui a été déployée dans 4 des 27 gouvernorats avec l'espoir d'atteindre tous les gouvernorats d'ici 2032 afin de garantir à toute la population une protection financière adéquate. En 2023, le ministère de la Santé et de la Population (MdSP) a lancé le cadre stratégique national One Health 2023-2027, qui reconnaît le lien étroit entre la santé humaine, animale et environnementale. Son objectif est de créer une action conjointe entre ces secteurs pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé qui pourront

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

efficacement contribuer à prévenir, prévoir et répondre aux menaces sanitaires dans le monde, telles que la pandémie de COVID-19. La CSU en Égypte est à ses tout débuts et donc ne couvre pas encore l'ensemble de la population. Quant à la CMU, elle couvre 68 % de la population totale et prend tout en charge allant des examens médicaux aux tests tels que les radiographies et les scanners, en passant par les traitements et la chirurgie où 80 % des services sont gratuits.²¹

L'un des défis liés à la création d'une base de données pour le cadre stratégique national One Health était que ceci était initialement conçu pour les individus uniquement, plutôt que pour les familles. Toutefois, des efforts sont désormais en cours pour créer un système de dossiers familiaux. Pour faire partie de ce cadre national, les prestataires de services de santé doivent se soumettre à une évaluation qualitative auprès de la Commission d'accréditation afin de pouvoir offrir des services de santé au sein du réseau de la CSU. Beaucoup ont du mal à atteindre le niveau requis pour l'accréditation. Notons ici qu'il est important d'envisager une rémunération adéquate pour les médecins, car ils/elles ne sont pas autorisés.e.s à faire partie du réseau CSU s'ils/elles travaillent dans des établissements privés.

5.3. Finance

Le gouvernement égyptien consacre 5,2 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépenses 1,4 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House) et alloue 48,00 USD par habitant (contre 86,30 USD par habitant recommandé par le HLTF de l'OMS). Les données sont insuffisantes pour évaluer les sources des dépenses relatives à la santé, c'est-à-dire le pourcentage des contributions du gouvernement, des ménages, des partenaires de développement ou d'autres dépenses de santé privées et l'assurance volontaire prépayée. Dans l'ensemble, la proportion des dépenses publiques consacrées à la santé ne correspond pas à l'objectif de cofinancement du Fonds mondial, mais le ratio impôts/PIB du pays atteint l'objectif de cofinancement du Fonds mondial. L'Égypte a reçu 5,27 millions USD du Fonds mondial pour la période budgétaire 2022-2025.

5.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les services de SSP et de VIH sont gratuits pour la plupart des patient.e.s dans les établissements publics. Il n'existe aucune donnée indiquant si la couverture santé inclut le TARV et la PrEP, ni s'il existe une politique nationale visant à partager publiquement et régulièrement des données désagrégées sur le VIH. Les politiques nationales égyptiennes n'autorisent pas la distribution communautaire du TARV, mais autorisent des visites cliniques tous les 3 à 5 mois pour les personnes sous TARV, et leurs permettent de recevoir des renouvellements de stock de TARV pour 3 à 5 mois. L'auto-dépistage n'est pas autorisé selon la politique nationale. En outre, la loi n'interdit pas le dépistage obligatoire du VIH et exige l'autorisation parentale/ des tuteurs.ices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

Tous les services liés au VIH sont compris dans le programme, notamment la consultation et le dépistage volontaires, un service complet de santé sexuelle et reproductive comprenant la distribution de préservatifs, le soutien en matière de santé mentale, la réduction des risques, la planification familiale, le dépistage du VIH et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH. Cependant, on ne sait pas exactement quand il sera déployé au niveau national. Ainsi, les OSC voient la nécessité de mener un plaidoyer sur la question et pour assurer la durabilité des services pour les populations clés, les personnes vivant avec le VIH et celles qui se heurtent à des obstacles financiers et géographiques.

L'Égypte est un pays à faible risque de VIH/SIDA selon les données de l'ONUSIDA. Cependant, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté d'environ 25 à 35 % par année au cours de la dernière décennie, principalement en raison d'un manque de connaissances et de sensibilisation sur la question. La Stratégie nationale 2018-22 de lutte contre le sida du gouvernement visait à élever aux normes mondiales la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH/SIDA en Égypte. De plus, le gouvernement a mis en place d'autres programmes en partenariat avec le gouvernement néerlandais, l'ONU et l'OMS pour la sensibilisation à la maladie et la réduction de la stigmatisation qui y est associée.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 74 % connaissent leur statut sérologique ; 47 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 39 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.



5.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Les populations clés et vulnérables sont définies comme étant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs.euses du sexe et leurs clients, ainsi que les personnes consommatrices de drogues. Les personnes exposées au risque de contracter le VIH en raison de leurs partenaires sexuels sont considérées comme indirectement les plus à risque. Jusqu'à présent, dans le cadre de la CSU, tous.les les citoyens.ennes sont traité.e.s de la même manière, toutefois aucune étude n'a été menée pour comprendre comment les populations clés accèdent aux services de santé. Il est important de mener des études maintenant étant donné que le programme relatif aux services VIH est au stade pilote. Les résultats de ces études pourront informer et soutenir le gouvernement pour un déploiement national. Il n'existe aucune information disponible concernant l'accès des migrants aux soins de santé (y compris aux services de SSP et de VIH).

Les services de réduction des risques sont inclus dans les politiques nationales et les ensembles de services destinés aux personnes consommatrices de drogues injectables. Toutefois, la loi pénalise la possession de seringues et d'accessoires connexes. Ni les préservatifs/lubrifiants ni les programmes d'accès/d'échange de seringues ne sont disponibles pour les personnes incarcérées.

La législation égyptienne pénalise les actes sexuels consentis entre personnes de même sexe, et des rapports font état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. De même, la loi pénalise le travail du sexe et la consommation ou la possession de drogues pour consommation personnelle. Toutefois, elle ne pénalise pas l'exposition/la transmission involontaire du VIH, et aucune personne n'a été arrêtée/poursuivie pour transmission du VIH au cours de ces dernières années. De plus, la loi protège contre la discrimination dans l'emploi sur la base de l'identité/la diversité de genre et le statut sérologique, mais pas sur la base de l'orientation sexuelle. Le pays dispose d'une institution nationale des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, avec une constitution nationale qui inclut le droit à la santé.

Aucunes données n'indiquent si la politique nationale égyptienne encourage la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. Cependant, le HIV Policy Lab

confirme que l'Égypte dispose d'une loi sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires. Le pays utilise des identifiants uniques et dispose de protections légales de la confidentialité des données.

Les jeunes et les populations clés sont plus affectés en matière de soins inadéquats car ces deux groupes ne bénéficient pas d'une couverture complète des services de santé publics. En effet, la loi pénalise certains groupes au sein des populations clés.²² De plus, l'Égypte n'a pas encore adopté de politiques visant à accroître l'accès aux services de CSU pour les KVP, telles que des politiques sur l'auto-dépistage, le dépistage obligatoire, la PrEP pour les personnes incarcérées et la dépénalisation de l'homosexualité, la consommation de drogues et le travail du sexe.²³

5.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Aux côtés du ministère de la Santé et de la Population, les OSC jouent un rôle majeur pour la réglementation, le financement et la fourniture des soins de santé. Cependant, il n'y a pas eu d'opportunité pour la mise en œuvre d'une plateforme des OSC ou pour une consultation avec le gouvernement sur la CSU.

Des efforts sont en cours pour le lancement d'une initiative entre OSC et des organisations dirigées par des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, mais sans légalisation ces efforts ne peuvent aboutir. Il n'existe pas de plateforme dédiée aux OSC pour la santé. Cela est dû en partie à la complexité de la procédure légale. Cependant, il existe un protocole d'accord entre l'Institution Al-Shehab pour la Promotion et le Développement Global et le MdSP pour établir un observatoire axé sur le suivi des cas de stigmatisation et de discrimination au sein des établissements de santé publics pendant les prestations de services.

L'Égypte n'a pas de politique de contrat social permettant de financer les services fournis par les ONG/OSC, et les ONG/OSC (y compris celles qui travaillent avec les populations clés) ne sont pas non plus en mesure de s'enregistrer, de rechercher des financements et d'opérer librement en vertu des lois et politiques nationales.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

CONCLUSION

La nécessité de renforcer le plaidoyer et de modifier les politiques en vigueur est essentielle pour garantir des soins de santé équitables et accessibles à toute la population égyptienne, quelle que soit son origine ou son identité. En effet, la CMU ne couvre que 68 % de la population, et un plaidoyer plus poussé pourrait faciliter son déploiement au niveau national pour garantir l'accessibilité et la durabilité des services pour tous. En ce moment, les services de CSU ne sont pas universellement accessibles au grand public ou aux populations clés, laissant une grande partie de la population sans accès aux prestations différenciées de services de santé. Toutefois, les OSC jouent un rôle essentiel dans la résolution de ces problèmes, en travaillant avec le MdSP pour signaler les cas de discrimination à l'endroit des populations clés dans les établissements de santé publics. Le MdSP et les OSC ont établi un protocole d'accord pour faciliter cette collaboration.

Malgré la collaboration entre les OSC et le gouvernement, la pleine reconnaissance et l'inclusion des populations clés dans les services de CSU restent un défi, et la discrimination basée sur leur identité persiste au sein du système de santé. En plus de ces obstacles, les établissements de santé publics égyptiens fournissent des soins de faible qualité, ce qui conduit de nombreuses personnes ayant les moyens financiers, à opter pour des établissements de santé privés. Malheureusement, cette inégalité en matière de soins affecte de manière disproportionnée les jeunes et les populations clés en raison de la discrimination dans les établissements de santé publics basée sur l'orientation sexuelle, le travail du sexe et la consommation de drogues, qui sont tous considérés comme des crimes par la loi. Pour faire progresser la CSU, l'Égypte doit relever ces défis majeurs et œuvrer en faveur d'une couverture complète des services pour toute la population, en particulier pour les KVP.



Photo: Cynthia R Matonhodze



6. Kenya

6.1. Contexte

Le Kenya est un pays à revenu intermédiaire inférieur avec un revenu national brut par habitant de 1.840,70 USD. La Banque mondiale a estimé une hausse annuelle du PIB de 4,9 % sur la période 2022-2023, sur la base des taux normaux anticipés avec une production agricole qui devrait diminuer de 0,5 %. L'économie du Kenya a connu une croissance générale de 4,8 % par an en moyenne entre 2015 et 2019, réduisant considérablement la pauvreté (de 36,5 % en 2005 à 27,2 % en 2019 (seuil de pauvreté de 2,15 USD/jour).

La population du Kenya s'élève à 54 millions d'habitants, avec 1,4 million de personnes vivant avec le VIH, dont 83.000 sont des enfants de moins de 15 ans. En 2022, le pays a enregistré 22.000 nouveaux cas d'infections au VIH chez les individus de tous âges, soit une réduction de 35 % par rapport à 2017.

6.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Le Kenya obtient 53 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. La CSU faisait partie de « l'Agenda des quatre grandes priorités » du président Uhuru Kenyatta pendant son mandat (2013-2022), afin de développer les capacités et les ressources du secteur de la santé. Le Programme Harmonisé de Soins de Santé (HBP) a été finalisé en 2020 et financé par le Fonds de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (NHIF). Ce programme inclut des services à titre curatif et préventif à fournir à tous les niveaux de soins et met l'accent sur tous les aspects de la politique de la CSU, de la mobilisation des ressources à la mise en œuvre.²⁴ Dans le cadre du HBP, les populations ont droit aux services ambulatoires et hospitaliers, les soins maternels, la santé reproductive, la dialyse rénale, les traitements à l'étranger pour les chirurgies spécialisées, la réadaptation pour tout abus de drogues et autres substances et toutes les interventions chirurgicales, y compris les transplantations, l'évacuation routière d'urgence, l'imagerie radiologique et le traitement du cancer.²⁵

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

Le Plan stratégique de santé du Kenya (2018-2023) met l'accent sur la réalisation de la CSU.²⁶ La Politique de santé universelle 2020-2030 du Kenya vise à étendre progressivement la couverture d'assurance maladie à toute la population kenyane, surtout pour les groupes pauvres et vulnérables, afin d'améliorer la qualité des services de santé pour de meilleurs résultats en matière de santé. La CSU n'a pas encore été officiellement lancée au Kenya, mais des projets pilotes existent dans quatre comtés (Isiolo, Kisumu, Machakos et Nyeri), offrant des services de base liés au VIH, notamment des services de prévention et de traitement (préservatifs et parfois lubrifiants). Ces services sont destinés au grand public et il n'existe aucun programme pour les populations clés jusqu'à présent, d'où la nécessité de plaider en faveur de l'inclusion des populations clés dans les prestations de services.

Parfois, la CSU est confondue avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (NHIF), un régime de cotisation obligatoire pour les salariés. Ainsi, la CSU a suscité moins d'intérêt au sein de la communauté, parce que certaines personnes pensaient qu'elle remplaçait la NHIF.

6.3. Finance

Le gouvernement kenyan consacre 8,2 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), soit 2 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House), et alloue 40,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 46 %, des ménages de 24 % (la Banque mondiale qualifie les dépenses supérieures à 10 % de catastrophiques), des partenaires de développement de 18 %, les autres dépenses de santé privées de 2 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayée de 10 %. Le budget national et la politique fiscale du Kenya prennent en compte des dépenses de santé suffisantes et des recettes fiscales adéquates conformément aux objectifs de cofinancement du Fonds mondial, y compris le ratio impôts/PIB.

La NHIF est principalement alimenté par la collecte de revenus au moyen de retenues sur les salaires des employés du secteur formel (assurance maladie obligatoire), une assurance volontaire (500 Ksh, soit l'équivalent de 3,50 USD par mois pour les membres principaux et les bénéficiaires) et des contributions gouvernementales pour couvrir les indigents dans le cadre du Programme d'Appui à l'Assurance Maladie.

La riposte au VIH/SIDA reste largement financée par les bailleurs de fonds, à hauteur de 63,5 % en 2021/2022. Le PEPFAR est le plus grand donateur pour les programmes de lutte contre le VIH, contribuant 37 % du total annuel des investissements dans tous les programmes de lutte contre le VIH. Le Plan opérationnel kenyan 2022-2023 du PEPFAR a approuvé 345 millions USD pour soutenir la riposte au VIH. En revanche, la contribution du Kenya dans le cadre du financement de contrepartie du Fonds mondial s'élève à environ 19 millions de dollars pour l'exercice 2022-2023. De plus, La feuille de route pour la transition²⁷ souligne que dans les programmes de vaccination systématique, de planification familiale, de tuberculose, de VIH/SIDA, de paludisme et de nutrition, les fonds nationaux représentent 7 à 23 % du financement total.

6.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV ne sont pas pris en charge par le système de santé national et les données relatives à la PrEP sont insuffisantes pour évaluer sa prise en charge. Le pays a adopté une politique nationale visant à partager les données sur le VIH, désagrégées par région géographique, âge et sexe au moins chaque trimestre. La politique nationale du Kenya comprend de multiples options pour une prestation différenciée de services, notamment la distribution communautaire du TARV et une flexibilité maximum pour les visites cliniques et la distribution pour plusieurs mois. La politique nationale autorise l'auto-dépistage, mais la loi n'interdit pas le test obligatoire. La politique nationale exige l'autorisation parentale/ des tuteurs. rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

Au Kenya, le programme de base de la CSU offre aux KVP des services de promotion, de prévention, de guérison, de réadaptation et palliatifs pour le VIH, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles.²⁸ Le gouvernement n'a pas été clair quant au maintien des services communautaires ou à la disponibilité de ces services pour les personnes ne pouvant pas cotiser à un éventuel régime d'assurance.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 95 % connaissent leur statut sérologique ; 94 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 89 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.



6.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Pour la riposte au VIH, les populations clés sont identifiées comme étant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs.euses du sexe, les transgenres et les personnes consommatrice de drogues y compris les drogues injectables. Tandis que les populations clés et vulnérables sont identifiées comme étant les couples sérodiscordants, les pêcheurs, les femmes qui pratiquent la pêche et le travail du sexe, les camionneurs.euses et les personnes incarcérées. Le gouvernement a également mis en place un programme de base intitulé « dépistage et traitement », dans lequel la plupart des patient.e.s peuvent accéder gratuitement aux services de SSP et de VIH dans les établissements de santé publics. La politique nationale restreint l'accès aux SSP pour les migrant.e.s, et les données sont insuffisantes pour déterminer si les services liés au VIH leurs sont accessibles.

Les services de réduction des risques sont inclus dans la politique nationale et dans les ensembles de services de santé destinés aux personnes consommatrices de drogues injectables, et la possession de seringues n'est pas un crime. Ni les préservatifs/lubrifiants ni les programmes d'accès/échange de seringues ne sont disponibles pour les personnes incarcérées.

La législation du Kenya pénalise les actes sexuels consentis entre personnes de même sexe, et des rapports font état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. De même, la loi pénalise le travail du sexe ainsi que la consommation ou la possession de drogues pour consommation personnelle. Elle pénalise également l'exposition/la transmission involontaire du VIH, et des rapports font état de personnes arrêtées ou poursuivies pour cela au cours de ces dernières années. En outre, la loi offre une protection partielle aux populations contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et le statut sérologique, y compris dans l'emploi, mais pas sur discrimination basée sur l'identité/la diversité de genre. Enfin, le pays dispose d'une institution nationale des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, et la constitution nationale inclut le droit à la santé.

Les politiques nationales encouragent fortement la rétention scolaire des filles à l'école secondaire, et la loi traite explicitement de la violence domestique en prévoyant des sanctions exécutoires. Le pays utilise des identifiants uniques et dispose de protections légales de la confidentialité des données.

Les services et la prestation de soins liés au VIH affectent de manière disproportionnée les populations clés, pourtant les défis auxquels elles sont confrontées sont mal compris. S'identifier comme HSH ou comme travailleur.euse du sexe peut conduire à la stigmatisation, or uniquement quelques hôpitaux proposent des services intégrés pour les populations clés. De nombreux obstacles structurels empêchent également les KVP d'accéder aux services de santé. Les lois et politiques rejetant l'homosexualité, les procédures d'avortement et le travail du sexe marginalisent encore plus ces groupes.

6.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Même si la politique nationale prévoit des contrats sociaux, les ONG et les OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés, ne sont pas en mesure d'officiallement se faire enregistrer, de rechercher des financements et d'opérer. Les OSC ont participé à quelques réunions et ateliers sur la CSU, cependant certaines de ces initiatives ont été organisées par l'ONUSIDA afin d'aider les OSC et les communautés à comprendre l'ensemble des avantages et la mise en œuvre de la CSU. Un engagement similaire s'est tenu dans le cadre du programme PITCH, financé par le gouvernement des Pays-Bas et mis en œuvre par Aidsfonds. Toutefois, il n'existe aucun mécanisme approprié pour l'engagement des OSC et des communautés auprès du gouvernement.



CONCLUSION

Le Kenya a fait des progrès dans l'expansion de la couverture de l'assurance maladie à travers la NHIF. Toutefois, le pays a besoin de ressources supplémentaires et de clarté sur la portée et les avantages de la CSU. Le Kenya doit mettre en place un mécanisme de gouvernance de la CSU incluant les groupes de population clés et impliquer la société civile de manière significative dans le processus de mise en œuvre de la CSU.

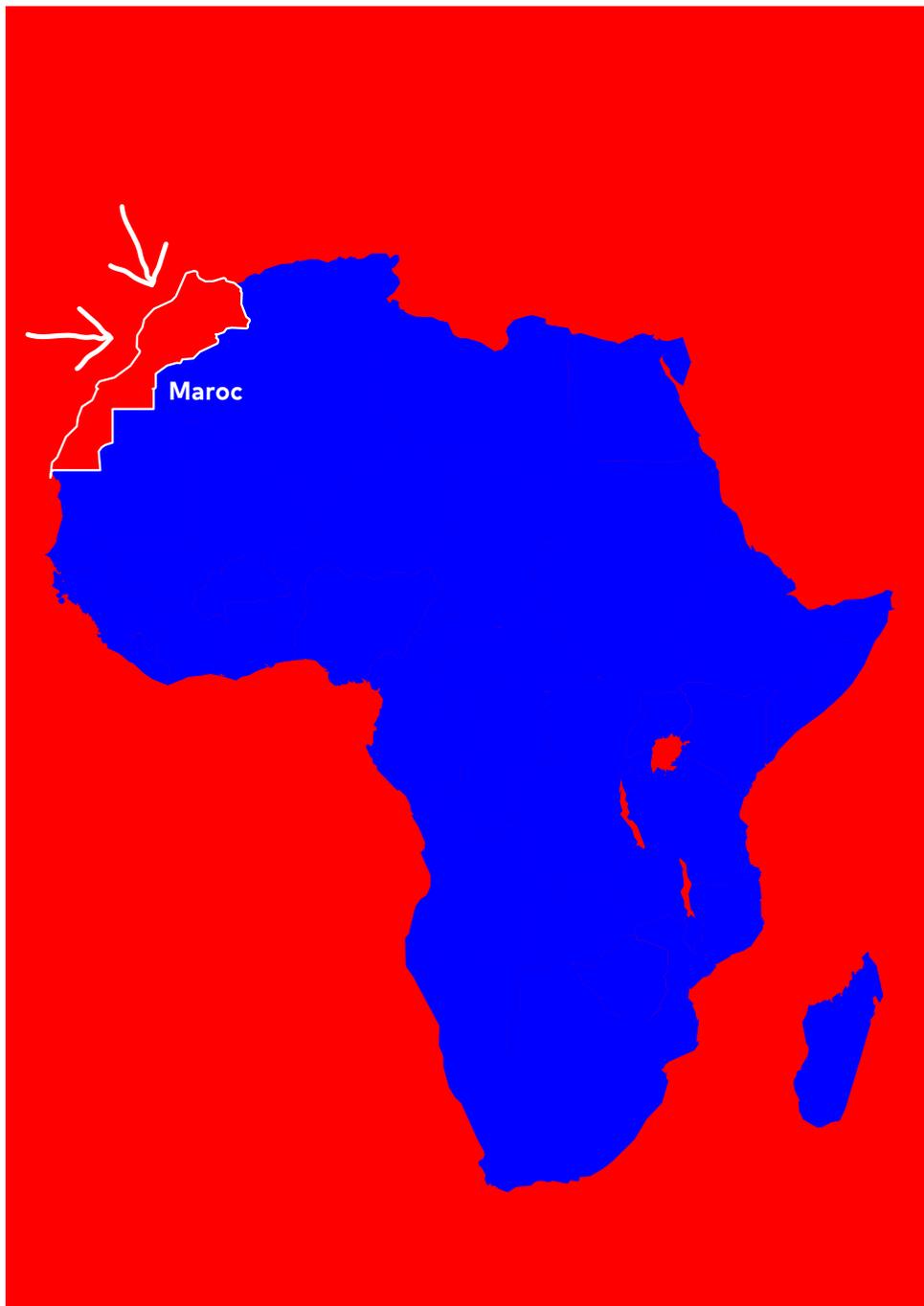
La riposte au VIH/SIDA n'est pas totalement intégrée au sein de la CSU. De plus, en vertu de la loi kenyane pénalisante, les personnes LGBTQI+, les travailleurs.euses du sexe et les personnes consommatrices de drogues sont confronté.e.s à la discrimination et à un accès limité aux services de la CSU. La prévalence du VIH reste élevée parmi certains groupes, d'où l'importance de répondre à leurs besoins spécifiques en matière de soins de santé. Le gouvernement accentue davantage les obstacles à la réalisation de la CSU par son ambiguïté en ce qui concerne le soutien aux services communautaires et la garantie de l'accès aux soins pour les personnes n'étant pas en mesure de cotiser à d'éventuels régimes d'assurance.

Pour que la CSU soit davantage adoptée par les KVP, ses avantages pour la communauté ainsi que sa mise en œuvre doivent être expliqués plus clairement. Cette confusion est due en partie à des raisons politiques, puisque la CSU était une priorité pour l'ancien président et maintenant on en entend moins parler. Les sources de financement doivent également être clarifiées ; donateurs ou nationales. De plus, le gouvernement doit définir l'ensemble des services cliniques à inclure car l'incidence des maladies non transmissibles est en hausse et avoir une discussion sérieuse sur la structuration du programme minimum de base des services de santé pour toutes les populations. Dans l'ensemble, la réalisation de la CSU au Kenya nécessite de surmonter les obstacles structurels, d'adopter des politiques adéquates, d'assurer des ressources financières suffisantes et de favoriser un engagement significatif entre les parties prenantes, y compris les OSC et les communautés. Les OSC jouent un rôle crucial en fournissant des services de CSU directement à ces populations, mais leur engagement et participation doivent être plus considérables et durables.

Photo: Cynthia R Matonhodze



7. Maroc



7.1. Contexte

Le Maroc a subi en 2022 des chocs mutuellement renforcés, marqués par une grave sécheresse à l'origine de près de la moitié du ralentissement de la croissance économique de 2022. Cet état a coïncidé avec un ralentissement économique mondial et une hausse des prix des matières premières sur le marché international, en raison de l'invasion Russe en Ukraine. Dans ce contexte, la croissance du PIB réel est passée de 8 % en 2021 à 1,3 % en 2022. En 2023, à mesure que les effets de ces chocs s'estompent, la croissance économique s'accélère grâce à la reprise partielle de la production agricole, au rebond du secteur touristique et à la contribution positive des exportations nettes. La croissance annuelle du PIB réel est passée à 3 % au premier semestre de 2023. Le PIB du Maroc s'élève à 142,9 milliards USD, soit 3.795 USD par habitant. Le seuil de pauvreté du pays est de 2,42%²⁹ pour une population de 38.086.231 habitants.

En 2022, le Maroc a enregistré 750 nouveaux cas d'infection au VIH parmi les individus de tous âges, soit une réduction de 24 % par rapport à 2017.

7.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Le Maroc obtient 69 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. La Constitution de 2011 aborde la question de la santé dans sept articles, parmi lesquels l'article 31 énonce le droit à l'accès universel aux services de santé et l'article 154 le droit d'accéder à des services de santé de qualité. Ces articles font directement référence aux trois objectifs de la CSU recommandés par l'OMS : parvenir à un accès universel aux services de santé efficaces dont les personnes ont besoin sans les exposer à des difficultés financières.³⁰ En 2005, le pays a introduit un régime d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui a été complété depuis 2012 par un régime de couverture maladie de base non contributif pour le secteur



informel, le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). En outre, l'AMO offre une assurance maladie gratuite aux personnes non-salariées et sous-employées.

La santé maternelle fait partie des services prioritaires au sein de la CSU, ainsi les femmes enceintes peuvent accéder gratuitement à des soins obstétricaux, quel que soit leur statut socio-économique. Plus de 60 % de la population a accès à une couverture médicale de base;³¹ cependant, il existe un obstacle géographique qui empêche les communautés vivant dans les zones rurales d'accéder aux établissements de santé à temps, ce qui se traduit par des taux de mortalité maternelle et infantile plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines (111,1 contre 44,6 pour 100 000 naissances vivantes, respectivement).³²

7.3. Finance

Le gouvernement marocain consacre 7,2 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), soit 2,6 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House), et alloue 82,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 25 %, des ménages de 42 % (la Banque mondiale qualifie les dépenses supérieures à 10 % de catastrophiques), des partenaires de développement de 2 %, les autres dépenses de santé privées de 29 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayée de 1 %. Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé n'atteint pas les objectifs de cofinancement du Fonds mondial, mais a atteint l'objectif des recettes fiscales adéquates pour s'aligner sur les objectifs de cofinancement du ratio impôts/PIB du Fonds mondial.

Le Maroc mène actuellement des programmes de prévention et de traitement du VIH grâce à une subvention du Fonds mondial d'une valeur de 9,2 millions USD pour une période de cinq ans. La nouvelle subvention vise à contribuer à la réduction de la transmission du VIH/SIDA parmi les populations vulnérables et à réduire les maladies et les décès parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA en renforçant et en élargissant les soins médicaux et psychosociaux. Le Maroc s'est engagé pour la première fois à verser 1,29 million d'euros pour la septième reconstitution du Fonds mondial, couvrant la période 2023-2025.

7.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV sont pris en charge par le système de santé national, mais pas la PrEP. En outre, il n'existe pas de données sur le VIH désagrégées par région géographique, âge ou sexe. La politique nationale du Maroc n'autorise pas la distribution communautaire du TARV, mais autorise une fréquence réduite des visites cliniques (tous les 6 mois ou moins). La politique nationale autorise une distribution pour plusieurs mois, ce qui donne accès à des stocks de TARV pour 6 mois. Elle autorise également l'auto-dépistage du VIH, interdit le dépistage obligatoire, mais exige l'autorisation parentale/ des tuteurs. rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 79 % connaissent leur statut sérologique ; 74 % de ceux/ celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 69 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.

7.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Le Maroc intensifie ses efforts en matière de CSU pour atteindre les populations clés grâce à des programmes de prévention combinés mis en œuvre par les OSC. Les programmes comprennent l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS), le traitement de substitution pour les personnes consommatrice de drogues et l'intensification du dépistage du VIH.³³ Cependant, le pays n'a pas encore adopté de politiques clés permettant l'accès à la CSU. Les services de SSP et de VIH sont gratuits dans les établissements publics pour la plupart des patient.e.s. La politique nationale restreint l'accès aux SSP pour les migrant.e.s, mais autorise les services liés au VIH au même titre que les citoyens.ennes.

La législation nationale et la politique relative au VIH prévoient des ensembles de services de réduction des risques pour les personnes consommatrices de drogues injectables, et la possession de seringues et d'accessoires connexes n'est pas un crime. Cependant, en vertu de la politique nationale, les préservatifs/lubrifiants et les aiguilles/seringues ne sont pas autorisés pour les personnes incarcérées. La loi pénalise les actes sexuels consensuels entre personnes de même sexe, et des rapports font état de cas de poursuites



judiciaires au cours de ces dernières années. Sont également pénalisés, le travail du sexe et l'usage ou la possession de drogues pour la consommation personnelle. Toutefois, le Maroc a adopté des lois dépénalisant l'exposition au VIH et donc ne pénalise pas l'exposition/transmission involontaire du VIH. Aucune personne n'a été arrêtée/poursuivie pour l'exposition/la transmission du VIH. Néanmoins, la loi ne contient aucune disposition visant à protéger les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et le statut sérologique, y compris dans l'emploi, mais elle protège les personnes contre la discrimination basée sur l'identité/la diversité de genre, y compris dans l'emploi. Le Maroc dispose d'une institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées. La constitution nationale inclut le droit à la santé.

Le Maroc ne dispose pas de politique nationale visant à encourager la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. Toutefois, Il existe une loi sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires. Le pays utilise des identifiants uniques et dispose de protections légales de la confidentialité des données.

7.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

La constitution marocaine de 2011 a accordé aux OSC un rôle plus formel dans la promulgation, la mise en œuvre et l'évaluation des décisions et initiatives du gouvernement. Les articles 12 et 13 traitent du droit de participation à la conduite des affaires publiques.³⁴ À ce titre, les OSC au Maroc s'engagent dans la participation publique, la participation civique et la participation citoyenne. Par ailleurs, les OSC et les populations clés s'engagent auprès du ministère de la Santé dans le cadre du programme national de lutte contre le sida suite à la recommandation du Fonds mondial. Même si c'est un bon début, les OSC et surtout les populations clés, ne sont pas impliquées dans les processus décisionnels.

La législation/politique nationale contient des dispositions relatives aux contrats sociaux ou à d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les OSC pour fournir des services de santé ; toutefois des obstacles juridiques entravent le libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés.

CONCLUSION

Le Maroc a fait d'énormes progrès dans la promotion de la CSU grâce à sa constitution de 2011, qui reconnaît explicitement le droit à l'accès universel aux services de santé et le droit d'accéder à des services de santé de qualité. Ces articles constitutionnels s'alignent sur ceux de l'OMS pour la CSU, visant à fournir des services de santé efficaces à tous et à toutes sans difficultés financières, tandis que le régime d'assurance maladie AMO couvre environ 70 % de la population. Les progrès réalisés par le Maroc incluent l'amélioration de la santé maternelle, avec la politique de santé maternelle et infantile accordant aux femmes enceintes l'accès à des soins obstétricaux gratuits, quel que soit leur statut socio-économique. Cependant, l'accès aux soins de santé reste un défi pour les communautés rurales, entraînant des taux de mortalité maternelle et infantile plus élevés dans les zones rurales que dans les régions urbaines.

Les OSC ont joué un rôle essentiel dans le parcours de la CSU au Maroc grâce à la Constitution de 2011, leur accordant un rôle formel pour influencer les décisions et initiatives du gouvernement. Cependant, il existe peu de documents sur les résultats des OSC en matière de réalisation de la CSU par le biais de projets gouvernementaux. Les zones rurales ne disposent pas d'établissements de santé publics suffisants et, de manière générale, la prestation de services dans les établissements de santé publics est discriminatoire à l'égard des KVP. Malgré les progrès susmentionnés, le Maroc est loin d'atteindre l'objectif de la déclaration d'Abuja, allouant actuellement seulement 7,2 % de son budget national à la santé. Dans la lutte contre le VIH/SIDA au sein de la CSU, le Maroc est également confronté à des difficultés pour atteindre les objectifs 95-95-95, avec seulement 58 % de toutes les personnes infectées par le VIH sous TARV. De plus, la discrimination et la pénalisation des KVP, telles que les homosexuels, les travailleurs.euses du sexe et les personnes consommatrices de drogues, entravent davantage les progrès dans la lutte contre la transmission du VIH.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

8. Mozambique

8.1. Contexte

Environ les deux tiers des 33 millions d'habitants du Mozambique (2022) vivent et travaillent dans les zones rurales. Le pays est doté de vastes ressources, notamment de terres arables, d'abondantes sources d'eau, de ressources énergétiques et minérales, ainsi que de gisements de gaz naturel récemment découverts au large de ses côtes. Après une modeste reprise en 2021, la croissance économique s'est accélérée en 2022 pour atteindre 4,2 %, et devrait atteindre 6,0 % en 2023, principalement grâce à la reprise des services et le démarrage de la production de gaz naturel liquéfié sur l'installation offshore de Coral South. La dette publique totale a diminué ces dernières années et est considérée comme stable. Toutefois, des risques se situent à la baisse à moyen terme.

En 2022, le pays a enregistré 97.000 nouveaux cas d'infection au VIH parmi les individus de tous âges, soit une réduction de 25 % par rapport à 2017. Le Mozambique est le deuxième pays au monde ayant le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH et de nouveaux cas d'infection au VIH.³⁵ La prévalence du VIH chez les femmes est plus élevée (15 %) que chez les hommes (9,5 %).

8.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Le Mozambique obtient 44 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. Le ministère de la Santé joue un rôle clé dans la mise en œuvre du droit à la santé, rendant la santé accessible à la majorité de la population.³⁶ Cependant, les maladies transmissibles continuent de se propager, en particulier le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, en raison d'obstacles socio-structurels. Le Mozambique a rejoint l'IHP+ (maintenant CSU2030) en 2007. Le Plan stratégique 2014-2019 du secteur de la santé met l'accent sur un « programme de réforme et de décentralisation » avec une attention particulière aux femmes, aux jeunes et aux personnes âgées.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

8.3. Finance

Le gouvernement mozambicain consacre 7,3 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépense 2,4 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House) et alloue 11,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 32 %, des ménages de 10 % (la Banque mondiale qualifie les dépenses supérieures à 10 % de catastrophiques), des partenaires de développement de 52 %, les autres dépenses de santé privées de 6 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayées de 0 %. Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé ne correspond pas aux objectifs de cofinancement du Fonds mondial, mais a atteint l'objectif de recettes fiscales adéquates pour s'aligner sur les objectifs de cofinancement du ratio impôts/PIB du Fonds mondial.

Depuis 2002, le Fonds mondial a accordé plus de 2,2 milliards USD au Mozambique, dont plus de 1,6 milliard USD ont été décaissés. Les subventions actives totalisent 927 millions USD pour la période de mise en œuvre 2021-2023. De plus, ces dernières années, le Mozambique perçoit un financement du PEPFAR à hauteur de 400 millions USD. Ensemble, le PEPFAR et le Fonds mondial représentent les principales sources de financement de la riposte au VIH au Mozambique, contribuant à environ 83 % des dépenses liées au VIH en 2020.

8.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV sont pris en charge par le système de santé national, mais pas la PrEP. La politique nationale autorise le partage public de données sur le VIH, désagrégées par région géographique, âge et sexe ; cependant, les données sont partagées moins fréquemment que recommandé. Par ailleurs, la politique nationale du Mozambique autorise la distribution communautaire du TARV, une fréquence réduite des visites cliniques et une distribution pour plusieurs mois, donnant ainsi accès à des stocks de TARV pour 6 mois. De plus, elle autorise l'auto-dépistage, mais la loi n'interdit pas le dépistage obligatoire. La politique nationale exige l'autorisation parentale/ des tuteurs.rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH. En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 86 % connaissent leur statut sérologique ; 81 % de ceux / celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 71 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.

8.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Selon la Stratégie nationale de santé, les KVP sont définis comme étant les travailleurs.euses du sexe, les personnes incarcérées, les personnes consommatrices de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les camionneurs.euses, les personnes vivant avec le VIH, les adolescentes et les jeunes femmes ainsi que les personnes en situation d'handicap. Bien qu'il existe un ensemble de services de santé général pour tous.les citoyens.ennes, il n'existe pas de service de santé spécifique pour les KVP. Néanmoins, les KVP peuvent être orientés vers des établissements de santé privés. La priorité des services est donnée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour la PrEP, l'auto-dépistage et les lubrifiants, mais il n'existe pas de programme de soins spécifique pour les populations clés. Les services de SSP et de HIV sont gratuitement accessibles dans les établissements publics pour la plupart des patient.e.s. La politique nationale garantit l'accès aux services SSP et de VIH pour les migrant.e.s aux même titre que les citoyens.ennes.

La loi et la politique national relative au VIH ne prévoient pas d'ensemble de services de réduction des risques pour les personnes consommatrices de drogues injectables, toutefois la législation nationale évite de pénaliser la possession de seringues et d'accessoires connexes. Les préservatifs/lubrifiants et les aiguilles/seringues sont interdits dans les prisons, en vertu de la politique nationale en vigueur.

Les relations sexuelles consensuelles entre personnes de même sexe ne sont pas pénalisées par la législation nationale et aucune personne n'a été poursuivie pour cela au cours de ces dernières années. En outre, La législation nationale ne pénalise pas le travail du sexe ; cependant, la gestion, l'organisation ou la facilitation du travail du sexe constituent un crime et sont parfois utilisées contre les travailleurs.euses du sexe. La législation nationale pénalise l'usage ou la possession de drogues pour la consommation personnelle, ainsi que l'exposition/ la transmission du VIH par le biais de lois qui s'appliquent spécifiquement au VIH ou d'autres lois (notamment l'imposition de sanctions si les personnes vivant avec le VIH ne révèlent pas leur séropositivité à un.e partenaire). Cependant, la politique d'application de la loi évite d'arrêter ou de poursuivre en justice des personnes pour transmission/exposition au VIH, et aucun rapport fait état de cas d'arrestations ou de poursuites au cours de ces dernières années. La législation nationale protège les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle, l'identité/la diversité de genre et le statut sérologique, y compris dans



l'emploi. La constitution nationale inclut le droit à la santé. Le Mozambique dispose d'une institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées.

La politique nationale n'encourage pas la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. Toutefois, le pays dispose d'une législation sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires. De plus, le pays utilise des identifiants uniques (ou une autre méthode de déduplication des données) qui permettent la continuité des soins dans plusieurs établissements. Cependant, la législation nationale ne prévoit pas de protections légales contre la divulgation de données de santé individuellement identifiables.

Le personnel de santé augmente d'année en année et des progrès ont été observés vers des services conviviaux pour les KVP, toutefois elles demeurent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination lorsqu'elles accèdent aux services de santé. En outre, il y a eu des cas où des travailleurs.euses du sexe ont été maltraité.e.s par les forces de l'ordre. En conséquence, certaines populations clés préfèrent recevoir des services en dehors des heures de travail, mais cela est difficile à mettre en œuvre en raison de l'absence de ressources pour payer les heures supplémentaires du personnel de santé. Le manque de ressources a également entravé la distribution de certains articles essentiels (préservatifs et lubrifiants) vers les provinces reculées et les zones rurales.

8.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Malgré les progrès au cours des deux dernières décennies, les OSC au Mozambique ont besoin de capacités organisationnelles plus fortes pour participer pleinement au dialogue et au développement au niveau national. Les OSC participent à la planification et à la validation des activités de lutte contre le VIH, toutefois en raison de capacités insuffisantes, elles ne perçoivent pas qu'elles ont un impact significatif, et estiment qu'elles participent davantage au processus de validation plutôt que d'être impliquées dès le début. Des améliorations sont possibles pour institutionnaliser les contributions de la société civile. La législation/politique nationale contient des dispositions relatives aux contrats sociaux ou à d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les OSC pour fournir des services de santé ; mais des obstacles juridiques entravent le libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés.

CONCLUSION

Le Mozambique a réalisé des progrès louables en matière de financement des soins de santé, avec une allocation budgétaire de 7,3 % et une réduction des paiements directs des ménages, contribuant ainsi à une meilleure accessibilité aux services de santé. Toutefois, des défis persistent en matière de mortalité maternelle, de qualité des services et d'efficacité des dépenses, ce qui nécessite des efforts supplémentaires pour renforcer la CSU. Plusieurs obstacles majeurs entravent la réalisation de la CSU au Mozambique, notamment, l'absence de service de santé spécifique adapté aux KVP, et la stigmatisation et la discrimination limitant leur accès aux services de santé. En outre, des obstacles socio-structurels empêchent l'adoption de politiques essentielles en matière de CSU, telles que la fin du dépistage obligatoire, la PrEP, la politique de prévention du VIH pour les personnes incarcérées et la dépénalisation de la consommation de drogues.

Bien que le Plan stratégique national s'oppose clairement à la discrimination basée sur l'identité et l'orientation sexuelle, il existe des cas où les valeurs et principes professionnels et personnels n'ont pas été respectés. Des recommandations ont été soumises au ministère de la Santé pour une revue des programmes de formation destinés aux prestataires de services de santé, ceci afin d'améliorer les pratiques actuelles, car les initiatives isolées ne sont pas suffisamment viables pour atteindre tous les prestataires de santé. Il est également nécessaire de mettre en place des programmes réguliers de formation du personnel de santé qui devront être renforcés par une stratégie et des ressources (tant humaines que financières) pour la durabilité.

Des recommandations ont été soumises au ministère de la Santé pour la revue des programmes de formations des prestataires de santé et pour mettre en œuvre des programmes de formation réguliers pour le personnel de santé. Les ministères devraient travailler ensemble pour améliorer l'environnement juridique, en abrogeant les lois punitives et en créant un environnement réglementaire favorable aux KVP. Dans l'ensemble, les efforts du Mozambique visant à améliorer le système de santé pourraient être renforcés grâce à des investissements plus importants et en favorisant la collaboration entre les parties prenantes, le secteur privé et les OSC.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

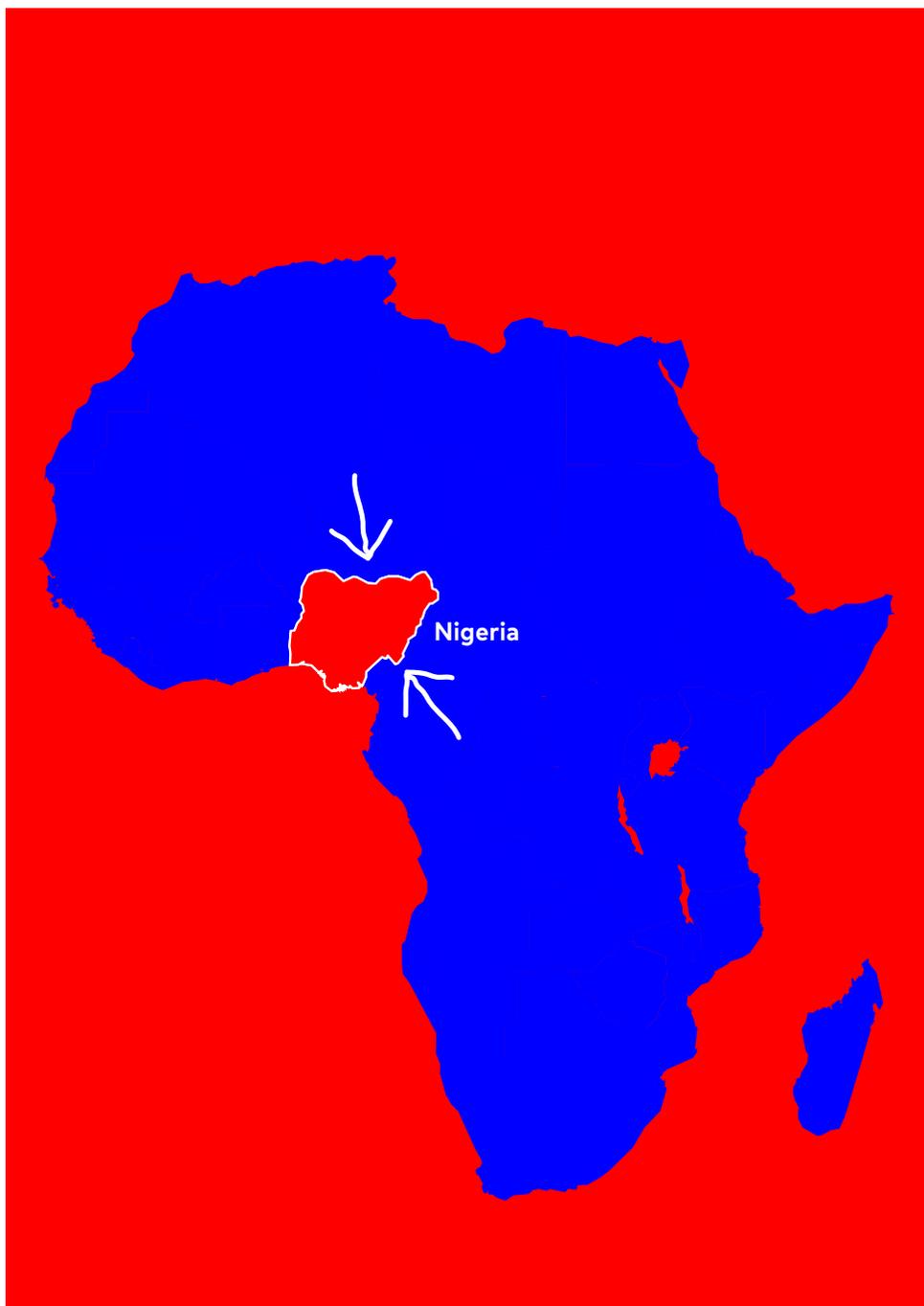
NG

ZA

UG

ZW

9. Nigeria



9.1. Contexte

Le Nigeria est une fédération multiethnique et multiculturelle composée de 36 États autonomes et du Territoire de la capitale fédérale. Sa population de 218,5 millions d'habitants en fait le pays le plus peuplé d'Afrique.³⁷ Entre 2000 et 2014, l'économie du Nigeria a connu une croissance généralisée et continue de plus de 7 % par an en moyenne, profitant de conditions mondiales favorables et de réformes macroéconomiques et structurelles de premier niveau. Cependant, entre 2015 et 2022, les taux de croissance ont chuté et le PIB par habitant s'est aplati, en raison des distorsions de la politique monétaire et de taux de change, de l'augmentation des déficits budgétaires due à la baisse de la production pétrolière et d'un programme coûteux de subventionnement du carburant, du protectionnisme commercial accru et des chocs exogènes tels que la pandémie de COVID-19. Ainsi, l'affaiblissement des fondamentaux économiques a conduit à l'inflation persistante de la monnaie du pays, au point d'atteindre un sommet de 25,8 % en 17 ans en août 2023, ce qui, combiné à une croissance atone, laisse des millions de nigériens dans la pauvreté. Le Nigeria a un PIB de 477,38 milliards de dollars, ce qui fait du pays la plus grande économie d'Afrique. Toutefois, la majorité de la population vit dans une pauvreté extrême.³⁸

En 2021, le Nigéria a enregistré 74.000 nouveaux cas d'infections au VIH parmi les individus de tous âges, soit une réduction de 33 % par rapport à 2016.

9.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Le Nigeria obtient 38 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. En 2022, le gouvernement nigérian a promulgué une loi sur l'assurance maladie nationale (NHIA) pour promouvoir, réglementer et intégrer les régimes d'assurance maladie.³⁹ La NHIA rend l'assurance maladie obligatoire pour toute personne résidant au Nigéria. Elle a également permis



l'introduction du Fonds pour les groupes vulnérables et la mise en œuvre du Fonds de prévoyance pour les soins de santé de base par le biais des régimes d'assurance maladie existant au niveau de l'État. Il s'agit d'une étape majeure vers la réalisation de la CSU, car la NHIA vise à fournir des soins complets et de bonne qualité qui englobent les services de santé de base pour la prévention des maladies, la promotion et le maintien de la santé, notamment en proposant des tests de diagnostic de base et en fournissant des médicaments et des vaccins sûrs et abordables.

9.3. Finance

Le gouvernement nigérian consacre 4,2 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépense 0,5 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House) et alloue 10,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 14 %, des ménages de 75 % (la Banque mondiale qualifie les dépenses supérieures à 10 % de catastrophiques), des partenaires de développement de 10 %, les autres dépenses de santé privées de 1 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayée de 1 %. La proportion des dépenses publiques consacrées à la santé et le ratio impôts/PIB du pays ne s'alignent pas sur l'objectif de cofinancement du Fonds mondial.

En 2022, le PEPFAR a déboursé plus de 7,8 milliards USD pour assurer un accès complet à des services de qualité en matière de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les personnes vivant avec le VIH, et a permis à plus de 1,9 million de Nigériens d'accéder aux TARV.⁴⁰ De plus le Fonds mondial a alloué 1,5 milliard USD pour les cycles de financement 2017-2019 et 2020-2022, et 294 millions USD pour atténuer l'impact de la pandémie de COVID-19. Le Nigeria a promis 12 millions USD pour la sixième reconstitution du Fonds mondial et pour l'instant a contribué 10,17 millions USD pour la période 2020-2022.

9.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV et la PrEP ne sont pas pris en charge par le système de santé national. Le Nigeria a adopté une politique nationale visant à partager publiquement les données sur le VIH, désagrégées par région géographique, âge et sexe, sur une base trimestrielle. La politique nationale du Nigeria autorise la distribution

communautaire du TARV et permet en partie une fréquence réduite des visites cliniques (3 à 5 mois pour les personnes établies sous TARV) et une distribution pour plusieurs mois qui donne accès à des stocks de TARV pour 3 à 5 mois. De plus, la politique nationale autorise l'auto-dépistage, mais n'interdit pas les tests obligatoires et exige l'autorisation parentale/ des tuteurs. rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

En 2022, parmi les personnes vivant avec le VIH, 90 % connaissaient leur statut sérologique ; 90 % de ceux/celles qui connaissaient leur statut recevaient un TARV ; et 86 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.⁴¹

9.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Au Nigeria, les KVP sont définies comme étant les travailleurs.euses du sexe, les militaires, les adolescentes et les jeunes femmes, les personnes incarcérées, les personnes consommatrices de drogues et les personnes LGBTQI+. Certains des services destinés aux KVP incluent le dépistage du VIH et le test de la charge virale, mais il existe des contraintes de financement pour le VIH et les soins palliatifs. Les prestataires de soins de santé basés dans les ONG disposent de services de traitement communautaire et de kits d'auto-dépistage. La plupart des patient.e.s doivent payer des frais (officiels ou non officiels) pour accéder aux services de SSP et de VIH dans les établissements publics. La politique nationale autorise l'accès aux services de SSP et de VIH pour les migrant.e.s au même titre que les citoyens.ennes.

La législation nationale et la politique relative au VIH comprennent un ensemble de services de réduction des risques pour les personnes consommatrices de drogues injectables, et évitent de pénaliser la possession de seringues et d'accessoires connexes. Toutefois, les préservatifs/lubrifiants et les aiguilles/ seringues ne sont pas disponibles dans les prisons et sont interdits par la politique nationale.

La loi pénalise les actes sexuels consentis entre personnes de même sexe, et des rapports font état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. Le travail du sexe et l'usage ou la possession de drogues pour la consommation personnelle sont également un crime, tout comme l'exposition



et la transmission du VIH, par le biais de lois qui s'appliquent spécifiquement au VIH ou d'autres lois (y compris en imposant des sanctions si les personnes vivant avec le VIH ne révèlent pas leur séropositivité à un.e partenaire). Cependant, la politique d'application de la loi évite d'arrêter ou de poursuivre des personnes pour transmission/exposition au VIH, et aucun rapport ne fait état de telles arrestations ou poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. La législation nationale ne contient pas de dispositions pour protéger les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité/la diversité de genre, y compris dans l'emploi, mais elle protège les personnes contre la discrimination basée sur le statut sérologique, y compris dans l'emploi. Le Nigeria dispose d'une institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées. La constitution nationale n'inclut pas le droit à la santé.

Aucune disposition n'est prévue pour encourager la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. Le Nigeria dispose d'une législation sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires, utilise des identifiants uniques et dispose de protections légales de la confidentialité des données.

9.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

La législation/politique nationale contient des dispositions relatives aux contrats sociaux ou à d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les OSC pour fournir des services de santé ; toutefois des obstacles juridiques entravent le libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés. En outre, il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant aux OSC de collaborer avec le gouvernement sur la CSU ou d'autres questions de santé. L'engagement avec le gouvernement est souvent irrégulier et généralement organisé par des partenaires tels que Packard et AVAC.

Il existe également un secrétariat pour les populations clés, le Nigeria Key Populations Health and Rights Network (NKPHRN), le réseau nigérian pour la santé et les droits des populations clés. C'est un groupe constitué de représentant.e.s des minorités qui sert d'organe de contrôle au niveau du financement pour garantir que les communautés bénéficient des services liés au VIH et qui aide à l'élaboration des budgets. Le réseau facilite également le suivi et l'évaluation pour s'assurer que les activités financées ont atteint leurs objectifs prévus.

CONCLUSION

Des efforts considérables ont été déployés pour lutter contre le VIH/SIDA dans le contexte de la CSU au Nigeria. Cependant, pour que la CSU soit pleinement mise en œuvre, il est nécessaire de non seulement connaître les besoins des KVP afin de réduire la stigmatisation et la discrimination, mais aussi de contester les lois qui ciblent l'orientation sexuelle. Le pays a toujours des défis à atteindre les KVP. La discrimination contre certains de ces groupes au sein des établissements de santé publics entrave leur accès aux services et soins essentiels. La pénalisation de certains groupes, tels que les personnes consommatrices de drogues et les travailleurs.euse du sexe, limite davantage l'accès aux services de santé.

Le bureau national de l'ONUSIDA a critiqué les arrestations fréquentes de populations clés ainsi que la violence, la stigmatisation et la discrimination à leur égard.⁴² Ainsi, afin d'améliorer les prestations de services et de permettre un environnement favorable pour les KVP, des campagnes de sensibilisation de masse devraient être menées auprès des communautés et des prestataires de services de santé. Par exemple, ces campagnes devraient s'attaquer à l'idée fautive selon laquelle « le VIH n'existe plus ; plus besoin de se protéger ». Par ailleurs, Il est nécessaire de s'attaquer aux problèmes de « catégorisation » (discrimination) basés sur l'orientation sexuelle et de lutter contre certains systèmes de soutien juridique tels que la loi de 2013 sur le mariage homosexuel (interdiction), qui encourage la population à dénoncer d'autres personnes en raison de leur orientation sexuelle. La loi anti-discrimination sur le VIH et le SIDA et la couverture juridique obligatoire devraient également protéger les droits et privilèges des KVP.

Ainsi, même si le Nigeria a fait d'énormes avancées en termes de CSU, il demeure des défis considérables à relever, notamment en ce qui concerne l'expansion de la couverture et de l'accessibilité pour les KVP. En outre, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes d'engagement structurés permettant aux OSC et au gouvernement de discuter des questions de CSU et de santé pour promouvoir une meilleure représentation et une meilleure collaboration pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

10. Afrique du Sud

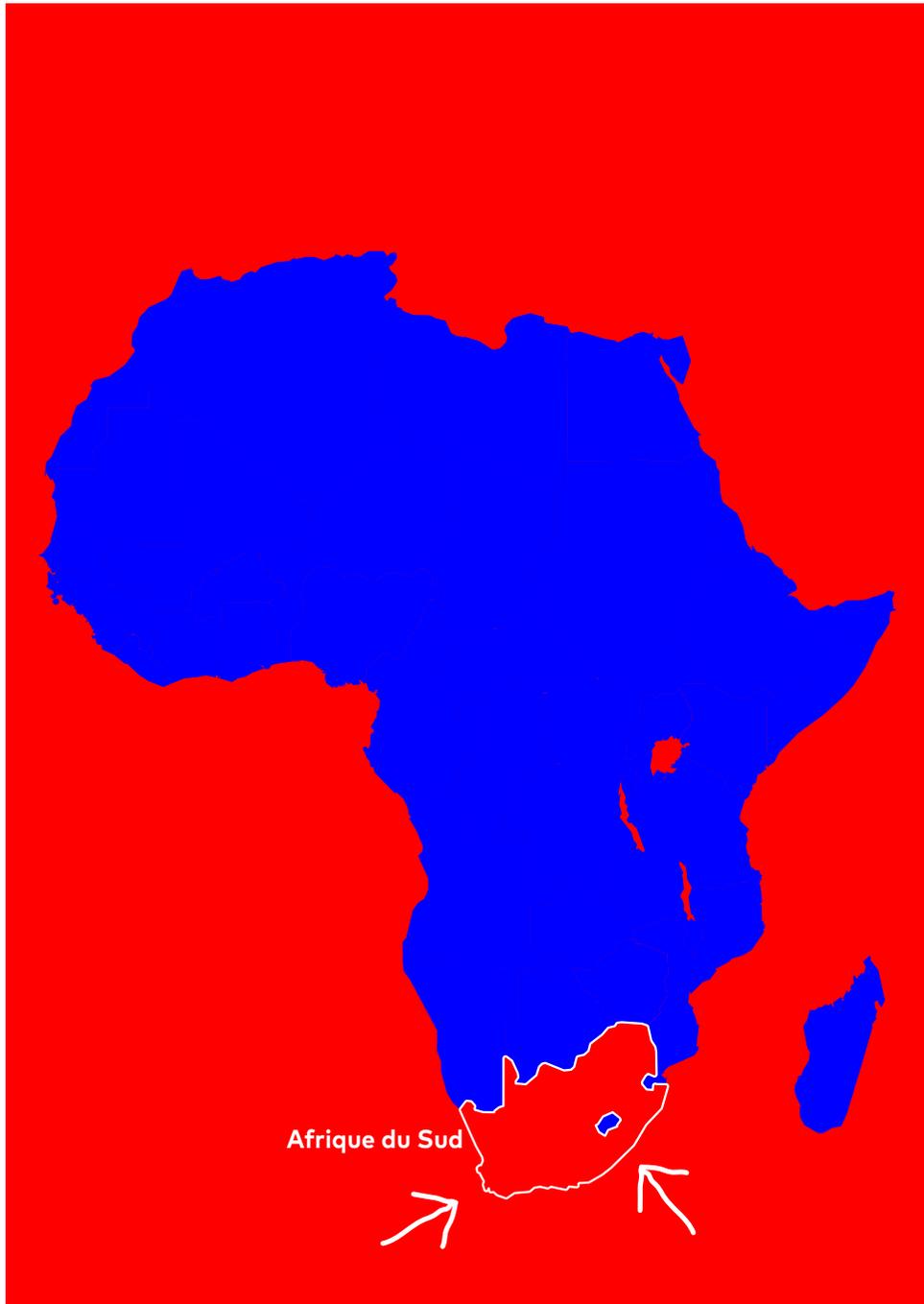
10.1. Contexte

En 2021, le PIB de l'Afrique du Sud était de 7.055 USD par habitant et le pays est actuellement classé 31e parmi les principales économies. Toutefois, environ 55,5 % (30,3 millions) de la population vit dans la pauvreté, au niveau du seuil de pauvreté supérieur national (992 ZAR), tandis qu'un total de 13,8 millions de personnes (25 %) vivent dans la pauvreté alimentaire.⁴³ L'Afrique du Sud reste une économie double, avec l'un des taux d'inégalités les plus élevés et les plus persistants au monde. Les inégalités élevées sont perpétuées par un héritage d'exclusion et par la nature de la croissance économique, qui n'est pas favorable aux pauvres et ne génère pas suffisamment d'emplois. Les inégalités en termes de richesse sont encore plus élevées et la mobilité intergénérationnelle est faible, ce qui signifie que les inégalités se transmettent de génération en génération avec peu de changement au fil du temps.

En 2022, le pays a enregistré 160.000 nouveaux cas d'infection au VIH chez les individus de tous âges, soit une réduction de 30 % par rapport à 2017.

10.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

L'Afrique du Sud obtient 71 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. En 2019, le Président Cyril Ramaphosa a fait le lancement du Pacte du Sommet présidentiel sur la santé pour le renforcement des systèmes de santé. Ce pacte définit une feuille de route quinquennale pour les réformes de renforcement des systèmes de santé, avec neuf piliers pour accélérer la mise en œuvre de la CSU, notamment : augmenter et mieux répartir les ressources humaines pour la santé ; améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels, aux équipements et aux provisions; exécuter le plan d'infrastructures de santé ; impliquer le secteur privé; impliquer la communauté; améliorer le système de santé en termes de qualité, de sécurité et de quantité ; accroître l'efficacité de la gestion financière; développer



des systèmes nationaux d'information sur la santé pour orienter les politiques, les stratégies et les investissements ; et renforcer la gouvernance et le leadership pour garantir la responsabilité.⁴⁴

10.3. Finance

Le gouvernement sud-africain consacre 15,3 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépense 5,3 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House) et alloue 304,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 62 %, des ménages de 5 % (bien en dessous de la limite supérieure recommandée par la Banque mondiale qui est de 20 %), des partenaires de développement de 1 %, les autres dépenses de santé privées de 1 % et les dépenses d'assurance volontaires prépayées de 31 %. Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé est conforme aux objectifs de cofinancement du Fonds mondial, et le ratio impôts/PIB du pays atteint ou dépasse l'objectif de cofinancement du Fonds mondial.

L'Afrique du Sud est à la fois donateur et exécutant des programmes soutenus par le Fonds mondial. Depuis 2003, le Fonds mondial a décaissé 1,3 milliard USD en faveur de l'Afrique du Sud, et le gouvernement a contribué à la sixième reconstitution du Fonds mondial en s'engageant à verser 10 millions USD, déjà décaissés. En outre, le PEPFAR a contribué au budget 2022-2023 à hauteur de 475,6 millions USD pour continuer à réduire les indicateurs du VIH en Afrique du Sud.

10.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV et à la PrEP sont prises en charge par le système/régime de santé national, et il existe une politique nationale visant à partager publiquement les données sur le VIH, désagrégées par région géographique, âge et sexe (au moins), sur une base trimestrielle. La politique nationale de l'Afrique du Sud autorise la distribution communautaire du TARV et réduit la fréquence des visites cliniques, mais la politique de distribution pour plusieurs mois n'a été que partiellement adoptée, donnant accès à des stocks de TARV pour 3 à 5 mois. De plus, la politique nationale autorise l'auto-dépistage et interdit également les tests obligatoires, mais exige l'autorisation parentale/ des tuteurs.rices pour permettre aux

adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH. La réalisation de la CSU en Afrique du Sud pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés est encore à la traîne, en partie, parce que le gouvernement n'a pas encore adopté le diagnostic et le traitement pédiatriques du VIH.⁴⁵

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 94 % connaissent leur statut sérologique ; 75 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 69 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.

10.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Les KVP sont identifiés comme étant les travailleurs.euses du sexe, les personnes consommatrices de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes incarcérées, les personnes LGBTQI+ et les adolescentes et les jeunes femmes. Les établissements de santé publics offrent des services de CSU, notamment le dépistage et le traitement du VIH, de la tuberculose et des IST, les tests Pap pour le cancer du col de l'utérus, l'avortement et les services de planification familiale. La plupart des patient.e.s peuvent accéder aux services de SSP et de VIH dans les établissements publics gratuitement. Les lois et politiques nationales autorisent l'accès aux services de SSP et de VIH pour les migrant.e.s au même titre que les citoyens.ennes.

Les services de réduction des risques sont inclus dans les politiques nationales et les ensembles de services destinés aux personnes consommatrices de drogues injectables. La possession de seringues n'est pas pénalisée. De plus, les préservatifs/lubrifiants sont disponibles dans les prisons, mais les aiguilles/ seringues sont interdites par la politique nationale.

La loi ne pénalise pas les actes sexuels consensuels entre personnes de même sexe, et aucune personne n'a été poursuivie pour cette raison au cours de ces dernières années. Par contre, elle pénalise le travail du sexe et la consommation ou la possession de drogues pour consommation personnelle. L'Afrique du Sud ne pénalise pas l'exposition ou la transmission involontaire du VIH, mais des rapports font état de cas de personnes arrêtées ou poursuivies pour exposition ou transmission du VIH ces dernières années. Les lois protègent les personnes contre la discrimination, y compris dans l'emploi, basée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et le statut sérologique. De plus, le pays dispose d'une



institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées. La constitution nationale inclut le droit à la santé.

La politique nationale encourage la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. L'Afrique du Sud dispose d'une législation sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires, utilise des identifiants uniques et dispose de protections légales de la confidentialité des données. La constitution sud-africaine garantit à tous et à toutes, l'accès aux services de santé, et les populations vulnérables telles que les réfugiés et les demandeurs d'asile n'ont pas besoin de permis ou de documents d'identité sud-africains pour accéder gratuitement aux TARV.⁴⁶ Cependant, de nombreux prestataires de santé pratiquent une discrimination à l'égard des populations clés, en particulier les travailleurs.euses du sexe et les personnes consommatrices de drogues, d'où leur gêne à recourir aux services de santé et la réduction de l'utilisation des TARV.

10.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Il n'existe pas d'engagement officiel des OSC auprès du ministère de la Santé, toutefois des initiatives sont entreprises pour renforcer la participation des OSC et des communautés. Par ailleurs, Il existe une politique de contrat social pour le financement des services fournis par les ONG/OSC, et les ONG/OSC (y compris celles qui travaillent avec les populations clés) peuvent s'enregistrer, rechercher des financements et opérer librement en vertu de la loi.

CONCLUSION

En Afrique du Sud, la réalisation de la CSU a été entravée par la discrimination que rencontrent les KVP qui recherchent des services dans les établissements de santé publics. Cela a conduit à une réduction du recours aux services essentiels parmi ces populations marginalisées. Cependant, l'engagement des OSC a donné des résultats prometteurs dans l'augmentation du recours aux services parmi ces groupes. Néanmoins, il demeure urgent d'impliquer les OSC et les communautés dans le suivi et l'évaluation communautaires afin de garantir des soins de santé inclusifs et efficaces. Le gouvernement est confronté à des difficultés en ce qui concerne l'adoption des politiques répondant aux besoins des travailleurs.euses du sexe et des personnes consommatrices de drogues, ce qui empêche davantage de progrès dans l'utilisation des services de santé par ces populations. Cette situation couplée aux problèmes d'accessibilité financière, a abouti à une couverture limitée pour la population sud-africaine.

Photo: Cynthia R Matonhodze



BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

11. Ouganda

11.1 Contexte

L'Ouganda compte 48,5 millions d'habitants. Le PIB du pays devrait atteindre 55,30 milliards USD d'ici la fin de 2023,⁴⁷ avec 20,3% de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté.⁴⁸ Le PIB par habitant à parité de pouvoir d'achat (PPA) s'élève à 2.694 USD, soit la 158e place du classement Worldometer.⁴⁹ L'économie ougandaise a fortement rebondi, avec les trois secteurs (agriculture, industrie et services) ayant résisté aux récents chocs pour pousser la croissance du PIB à 5,3 % au cours de l'exercice 2023, contre 4,7 % de l'année précédente. La consommation privée a augmenté, tandis que l'investissement public a été réduit à mesure que l'espace budgétaire se rétrécissait et que l'investissement privé se rétractait en réponse à une politique monétaire stricte tout au long de l'exercice budgétaire. De plus, avec des importations de capitaux plus élevées dues principalement aux investissements liés au projet de développement du pétrole brut du pays, le déficit du compte courant s'est creusé à 8,7 % du PIB au cours de l'exercice 2023, contre 7,9 % en 2022.

En 2022, le pays a enregistré 52.000 nouveaux cas d'infections au VIH chez les individus de tous âges, soit une réduction de 15 % par rapport à 2017.

11.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

L'Ouganda obtient 48 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS. Le plan national d'assurance du pays, qui n'est pas encore entré en vigueur, vise à permettre aux bénéficiaires de recevoir des services de santé dans les établissements publics et privés, renforçant ainsi la responsabilité des prestataires afin d'offrir des services compétitifs et de haute qualité.⁵⁰

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

11.3. Finance

Le gouvernement ougandais consacre 3,1 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépense 0,7 % du PIB (contre 5 % recommandé à Chatham House) alloue 6,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 17 %, des ménages de 37 % (la Banque mondiale qualifie les dépenses supérieures à 10 % de catastrophiques), des partenaires de développement de 41 %, les autres dépenses de santé privées de 1 % et l'assurance volontaire prépayée de 4%. La proportion des dépenses publiques consacrées à la santé n'atteint pas l'objectif de cofinancement du Fonds mondial, et l'Ouganda n'a pas atteint l'objectif de recettes fiscales adéquates pour s'aligner sur les objectifs de cofinancement du ratio impôts/PIB du Fonds mondial.

L'Ouganda a promis 2 millions USD pour la sixième reconstitution du Fonds mondial (2020-2022) et a contribué à hauteur de 1,08 million USD, jusqu'à présent. Le Fonds mondial dispose de cinq subventions de base actives en Ouganda, avec un financement total de 602 millions USD alloué pour 2021-2023. Cela comprend une subvention combinée de 33 millions USD pour le VIH et la tuberculose et 263 millions USD pour le paludisme. Le PEPFAR a contribué 400,2 millions USD au budget 2022-2023.

11.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV sont pris en charge par le système de santé national, mais pas la PrEP. L'Ouganda a adopté une politique nationale visant à partager publiquement les données sur le VIH désagrégées par région géographique, âge et sexe (au moins), sur une base trimestrielle. Les politiques nationales de l'Ouganda incluent de multiples options pour une prestation différenciée de services, notamment la distribution communautaire de TARV, une flexibilité maximum pour les visites cliniques et la distribution pour plusieurs mois. La politique nationale autorise l'auto-dépistage, mais la loi n'interdit pas le test obligatoire ; cependant, la politique nationale n'exige pas l'autorisation parentale/ des tuteurs.rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH. Le PEPFAR Ouganda joue un rôle clé dans l'amélioration des indicateurs de mise en œuvre de la CSU. En décembre 2021, le PEPFAR Ouganda a financé le traitement de 1,27 million de personnes vivant avec le VIH.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 90 % connaissent leur statut sérologique ; 84 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TAR ; et 79 % des personnes sous TAR ont obtenu une suppression de leur charge virale.

11.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Selon le gouvernement ougandais, l'OMS et l'ONUSIDA, les populations clés sont les travailleurs.euses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes incarcérées et les personnes consommatrices de drogues. Les populations vulnérables ou prioritaires sont les adolescentes et les jeunes femmes, les camionneurs.euses et les pêcheurs.euses. Le consortium ougandais des populations clés (UKPC) identifie les KVP comme étant les personnes LGBTQI+, les travailleurs.euses du sexe et les personnes consommatrices de drogues injectables.

Les services fournis aux KVP dans le secteur public sont fournis dans le cadre de l'initiative des plus à risques, avec une clinique spéciale pour les populations clés au sein des hôpitaux régionaux. Les services offerts comprennent les services liés au VIH, aux TARV, à la PrEP, aux IST, les opérations spécialisées et le vaccin contre le VPH. Dans les centres d'accueil, les services de santé communautaires se concentrent sur le paludisme, la santé mentale, les produits de prévention comme les préservatifs et les lubrifiants, les services de PrEP et la mise à disposition d'un espace sûr. La plupart des patient.e.s peuvent accéder gratuitement aux services de SSP et de VIH dans les établissements publics. La loi autorise l'accès aux SSP pour les migrant.e.s au même titre que les citoyens.ennes, mais restreint l'accès aux services VIH pour certain.e.s ou tous.tes les migrant.e.s.

Les services de réduction des risques sont inclus dans la politique nationale, avec des ensembles de services pour les personnes consommatrices de drogues injectables, et la possession de seringues n'est pas pénalisée. Des aiguilles/ seringues sont disponibles dans les prisons, mais les préservatifs/lubrifiants sont interdits par la politique nationale.

Les relations consensuelles entre personnes de même sexe sont pénalisées par la loi et des rapports font état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. La législation nationale pénalise également le travail du sexe et l'usage ou la possession de drogues pour consommation personnelle. De plus,



L'Ouganda pénalise l'exposition ou la transmission involontaire du VIH, et des rapports font état de personnes arrêtées/poursuivies pour cela. La loi ne prévoit pas de dispositions visant à protéger les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité/la diversité de genre, y compris dans l'emploi ; cependant, elle protège les personnes contre la discrimination basée sur leur statut sérologique, y compris dans le domaine de l'emploi. L'Ouganda dispose d'une institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées. La constitution nationale n'inclut pas le droit à la santé.

Les politiques nationales disposent de mesures limitées pour encourager la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. L'Ouganda dispose d'une législation sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires. La législation nationale comprend des protections légales contre la divulgation de données de santé individuellement identifiables, y compris le statut sérologique. Toutefois, le pays n'utilise pas d'identifiants uniques (ou une autre méthode de déduplication des données) permettant la continuité des soins dans plusieurs établissements de santé.

La violence et la discrimination contre les personnes LGBTQI+ sont répandues en Ouganda. Après l'adoption de la loi anti-homosexualité de 2014, aujourd'hui abrogée, les recherches de Human Rights Watch ont révélé que les personnes étaient confrontées à une augmentation notable des arrestations arbitraires, des abus policiers, de l'extorsion, des pertes d'emploi, des expulsions discriminatoires de la part des propriétaires et à un accès réduit aux services de santé en raison de leur orientation sexuelle ou leur identité de genre visible.⁵¹ Pendant plusieurs années, la police ougandaise a procédé à des arrestations massives lors de la célébration des fiertés LGBT, dans des bars favorables à la communauté LGBT et dans des refuges pour sans-abris pour des motifs fallacieux. Elle a également forcé certaines personnes incarcérées à se soumettre à des examens anaux, une forme de traitement cruel, dégradant et inhumain qui peut, dans certains cas, constituer une torture.^{52,53,54,55}

Tous les établissements de santé ne fournissent pas des services conviviaux aux KVP. Toutefois, certains le font grâce à la formation et au renforcement des capacités, ainsi qu'aux politiques formelles sur la violence sexuelle et basée sur le genre qui permettent de guider les agents de santé sur la manière de fournir les services à diverses populations clés. Ces politiques ont été élaborées avec le soutien du Fonds mondial. Il existe également un mécanisme pour garantir une transition appropriée des agents de santé d'un établissement à l'autre, afin

d'éviter l'interruption des services destinés aux KVP et de maintenir la confiance construite au fil du temps. Les cliniques privées sont plus ouvertes aux populations clés que les prestataires de services de santé gouvernementaux, mais ne sont pas accessibles à toutes les communautés de populations clés en raison du petit nombre d'établissements et du coût associé.

L'un des principaux défis liés à l'utilisation des services de santé par les KVP est la connaissance limitée des prestataires de santé en ce qui concerne les besoins des populations clés, et le nombre limité de prestataires de santé. En conséquence, les populations clés ont du mal à se rendre dans les établissements de santé car elles craignent les réactions négatives qu'elles peuvent recevoir. En outre, un autre problème est la récente loi anti-LGBT adoptée par le Parlement, qui créera des problèmes d'accès aux services, car cette pénalisation augmentera non seulement la stigmatisation et la discrimination, mais rendra également plus difficile pour les personnes LGBTQI+ de divulguer des problèmes médicaux ou autres, mettant ainsi en péril leur santé et celle de leurs communautés en danger.

Un autre défi réside dans la médiocrité du financement, comme en témoignent les ruptures de stocks de médicaments essentiels et le faible ratio médecins/patient.e.s. Le déficit de financement a également occasionné une « fuite des cerveaux », avec la migration des médecins, ce qui aggrave la pénurie de cliniciens. Tous ces facteurs affectent l'accessibilité aux soins, comme en témoignent les longues files d'attente, le manque de médicaments et le délabrement des infrastructures, ainsi que les longues distances que de nombreuses personnes doivent parcourir pour obtenir des services, tout ceci associées aux contraintes de ressources pour le transport vers les établissements de santé les plus proches.

11.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Certaines plateformes ont été organisées par le gouvernement et l'OMS pour orienter les discussions autour de la CSU, mais le gouvernement n'a pas consacré de ressources à la poursuite de ces échanges. L'agenda existe, mais un mécanisme de coordination est nécessaire pour permettre au gouvernement, aux partenaires de développement et aux OSC de s'engager de manière durable. Il existe également un groupe de travail technique des populations clés sous la tutelle du ministère de la Santé, où il est possible de faire pression en faveur de la CSU en général et pour les populations clés en particulier, ainsi qu'un autre forum

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

relevant de la Commission ougandaise sur le sida – le Comité consultatif national pour les populations clés et prioritaires, co-présidé par l'USAID et le UKPC – où il y a une pression en faveur des programmes généraux de santé et de la CSU.

La législation/politique nationale contient des dispositions relatives aux contrats sociaux ou à d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les OSC pour fournir des services de santé ; mais des obstacles juridiques entravent le libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés.



Photo: Cynthia R Matonhodze

CONCLUSION

Bien que le régime national d'assurance maladie ait été adopté en 2021 pour accroître la couverture maladie, les options actuelles d'assurance maladie en Ouganda ne couvrent qu'une petite fraction de la population, estimée à moins de 2 %. Le régime n'est pas encore entré en vigueur, mais sa mise en œuvre devrait améliorer la responsabilité et la qualité des services dans les secteurs public et privé.

Cependant, il existe une absence notable de politiques pour la suppression des obstacles aux services de santé, et les dépenses de santé directes des ménages représentent une part importante des dépenses de santé, ce qui indique des obstacles financiers pour de nombreuses personnes. Malgré ces obstacles, l'aide étrangère a joué un rôle crucial en soutenant les initiatives de lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda et en améliorant les indicateurs de la mise en œuvre de la CSU.

Toutefois, malgré les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA, des difficultés persistent pour atteindre les KVP en Ouganda. Des groupes identifiés, notamment les travailleurs.euses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes incarcérées et les personnes consommatrices de drogues, se heurtent à des obstacles pour accéder à des services de santé conviviaux et acceptants. Des obstacles tels que la connaissance limitée de leurs besoins spécifiques, le nombre insuffisant de prestataires de soins de santé et un financement inadéquat pour les médicaments essentiels, contribuent à la difficulté d'accéder aux services. De plus, la récente loi pénalisant les personnes LGBTQ+ crée davantage de stigmatisation et de discrimination, et est un frein à leur capacité à exprimer ouvertement leurs besoins en matière de santé, ce qui exacerbe leurs problèmes d'accès à la santé.

Malgré l'implication active des OSC dans le plaidoyer en faveur de la CSU et dans diverses plateformes, l'engagement du gouvernement et les ressources consacrées à la conduite des initiatives en faveur de la CSU sont limités.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

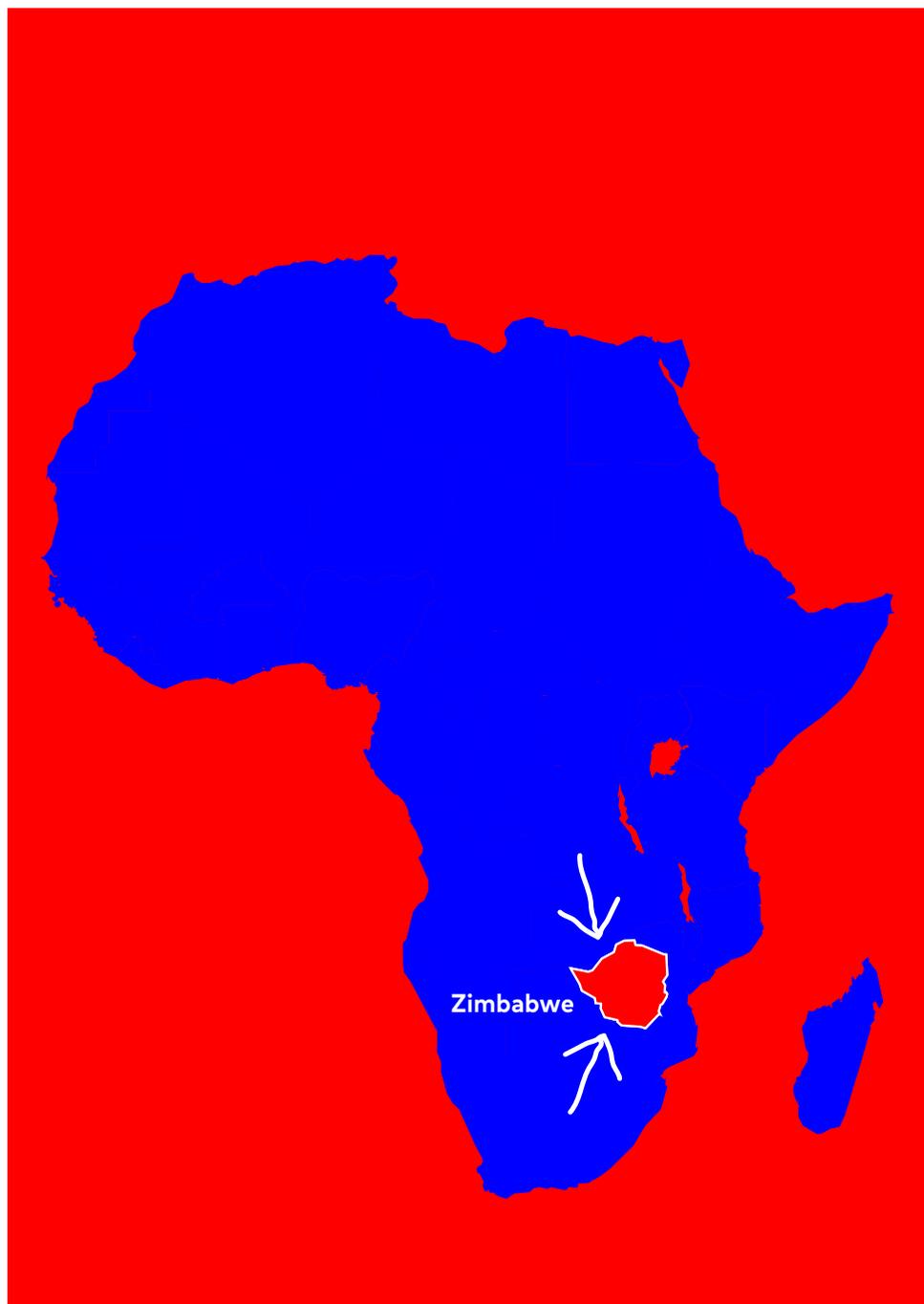
NG

ZA

UG

ZW

12. Zimbabwe



12.1. Contexte

Le Zimbabwe a des bases solides pour faire accélérer une future croissance économique et améliorer le niveau de vie de la population. L'économie dispose d'un excellent capital humain, comparable à celui des économies à revenu intermédiaire supérieur d'Afrique subsaharienne, même si l'absence de compétences est visible dans certains secteurs. De plus, le Zimbabwe possède d'abondantes ressources minérales et naturelles qui, si bien gérées, peuvent soutenir les objectifs de développement du pays. Toutefois, le développement économique du pays continue de se heurter à plusieurs défis. La croissance du PIB réel est restée élevée à 6,5 % en 2022, contre 8,5 % en 2021, grâce à une croissance continue de la production agricole. Les exportateurs de minéraux ont bénéficié de la hausse des prix au niveau mondial et, avec le tourisme, ont contribué à la croissance économique globale. Toutefois, une inflation à trois chiffres a limité la demande du secteur privé.

En 2022, le pays a enregistré 17.000 nouveaux cas d'infection au VIH parmi les individus de tous âges, soit une réduction de 50 % par rapport à 2017. La prévalence du VIH est presque deux fois plus élevée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que chez les autres groupes de la population.

12.2. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Le Zimbabwe obtient 55 comme score selon l'indice de couverture des services de CSU de l'OMS de 2021. Le pays a rejoint le Partenariat pour la CSU (UHC-P) en 2018, qui soutient le renforcement des capacités des ressources humaines pour la santé et le renforcement des systèmes d'information sur la santé. À l'instar de nombreux autres pays africains, le Zimbabwe a encore du mal à adopter des politiques favorisant un accès accru aux établissements de santé pour les KVP.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

12.3. Finance

Le gouvernement zimbabwéen consacre 5,2 % du budget national à la santé (contre l'objectif de 15 % d'Abuja), dépense 0,8 % du PIB (contre 5% recommandé à Chatham House) et alloue 11,00 USD par habitant (contre 86,30 USD recommandé par le HLTF de l'OMS). Sur les dépenses totales relatives à la santé, la contribution du gouvernement est de 22 %, des ménages de 10 % (en dessous de la limite supérieure recommandée par la Banque mondiale qui est de 20 %), des partenaires de développement de 56 %, les autres dépenses de santé privées de 4 % et les dépenses d'assurance volontaire prépayée de 7 %. La proportion des dépenses publiques consacrées à la santé est conforme à l'objectif de cofinancement du Fonds mondial, contrairement au ratio impôt/PIB du pays qui n'atteint l'objectif.

Le Zimbabwe a participé aux contributions pour la sixième reconstitution du Fonds mondial (2020-2022) en promettant et contribuant avec succès 1 million USD. Et, le PEPFAR a contribué à hauteur de 203,8 USD au budget 2022-2023 du pays.

12.4. VIH/SIDA au sein de la CSU

Les ARV sont pris en charge par le système de santé national, mais pas la PrEP. Le Zimbabwe a adopté pour une politique nationale visant à partager publiquement les données sur le VIH sur une base trimestrielle; cependant, les données ne sont pas désagrégées par région géographique, âge ou sexe. La politique nationale autorise l'auto-dépistage, mais la loi n'interdit pas le test obligatoire. La politique nationale du Zimbabwe autorise la distribution communautaire du TARV, une fréquence réduite des visites cliniques et une distribution pour plusieurs mois, ce qui donne accès à des stocks de TARV pour 6 mois, toutefois, elle exige l'autorisation parentale/ des tuteurs.rices pour permettre aux adolescent.e.s d'accéder au dépistage et/ou au traitement du VIH.

Le Zimbabwe propose des services de prévention et de traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme dans les établissements de santé publics pour toutes les populations, mais ne cible pas catégoriquement les KVP. L'ensemble des services de la CSU comprend le dépistage du VIH, le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, ainsi que le traitement et la gestion des IST.

En 2023, parmi les personnes vivant avec le VIH, 95 % connaissent leur statut sérologique ; 94 % de ceux/celles qui connaissent leur statut reçoivent un TARV ; et 89 % des personnes sous TARV ont obtenu une suppression de leur charge virale.

12.5. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables (KVP)

Selon le plan stratégique national sur le VIH, les KVP au Zimbabwe sont identifiés comme étant les travailleurs.euses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes consommatrices de drogues, les personnes en situation de handicap, les pêcheurs.euses, les camionneurs.euses, les jeunes femmes et adolescentes, les jeunes et les personnes transgenres. La plupart des patient.e.s peuvent accéder gratuitement aux services de SSP et de VIH dans les établissements publics. La loi et la politique nationales autorisent l'accès aux services de SSP et de VIH pour les migrant.e.s au même titre que les citoyens.ennes.

La loi ne pénalise pas la possession de seringues et d'accessoires connexes à l'injection de drogues, toutefois les services de réduction des risques ne sont pas inclus dans la politique nationale ni dans les ensembles de services destinés aux personnes consommatrices de drogues injectables. Ni les préservatifs/lubrifiants ni les programmes d'accès/d'échange de seringues ne sont disponibles pour les personnes incarcérées.

La législation nationale pénalise les actes sexuels consentis entre personnes de même sexe, et des rapports font état de cas de poursuites judiciaires au cours de ces dernières années. La loi pénalise également le travail du sexe et la consommation ou la possession de drogues pour consommation personnelle. Le Zimbabwe ne pénalise pas l'exposition ou la transmission involontaire du VIH, toutefois des rapports font état de personnes arrêtées ou poursuivies pour exposition ou transmission du VIH ces dernières années. La loi protège les personnes contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité/diversité de genre, y compris dans l'emploi, mais elle ne protège pas les personnes contre la discrimination basée sur leur statut sérologique, y compris dans l'emploi. Le Zimbabwe dispose d'une institution nationale indépendante des droits humains pleinement conforme aux principes de Paris, à laquelle les violations peuvent être signalées. La constitution nationale inclut le droit à la santé.



La politique nationale encourage la rétention scolaire des filles à l'école secondaire. De plus, le pays dispose d'une législation sur la violence domestique prévoyant des sanctions exécutoires, il utilise également des identifiants uniques et dispose de protections légales de la confidentialité des données.

En termes de services fournis aux KVP, les établissements privés ou gérés par des ONG sont plus conviviaux que les établissements gouvernementaux. En outre, les services dispensés dans les établissements des ONG sont gratuits et dispensés par un personnel de santé bien formé, en bon nombre et bien rémunéré. En revanche, les établissements de santé publics sont débordés et ne fournissent pas de services adéquats en raison de la migration du personnel de santé et des ruptures de stocks de médicaments, ainsi, les services destinés aux KVP en particulier sont en dessous de la moyenne. Les principales raisons des lacunes observées dans les établissements de santé publics sont le manque de formation des agents de santé pour la prestation de services favorables aux KVP et l'accès limité aux services non seulement pour les KVP en raison de la stigmatisation et de la discrimination, mais également pour les personnes vivant dans les zones rurales.

12.6. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Il n'existe pas de mécanisme formel d'engagement entre les OSC et le ministère de la Santé sur les questions liées à la santé ou à la CSU. Malgré quelques tentatives des OSC, rien n'a pu se faire en raison du manque de financement. Même si le gouvernement a fait preuve d'intérêt et a adopté une bonne approche pour le déploiement de la CSU, il existe un déficit de coordination entre le gouvernement et les OSC en plus des contraintes de ressources.

La législation/politique nationale ne prévoit pas de contrats sociaux ou d'autres mécanismes par lesquels le gouvernement finance les OSC pour fournir des services de santé, et impose des barrières juridiques au libre fonctionnement des ONG/OSC, y compris celles qui travaillent avec les populations clés.

CONCLUSION

Le Zimbabwe a franchi des étapes importantes pour atteindre les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, avec un pourcentage élevé de personnes vivant avec le VIH diagnostiquées et sous TARV.

Malgré ces avancées, le pays peut faire mieux, notamment en rendant les services accessibles à toutes les couches de la population. L'accès aux services de santé pour les KVP au Zimbabwe reste limité, parce que le gouvernement pénalise les relations homosexuelles, les personnes consommatrices de drogues, les travailleurs.euses du sexe et les personnes incarcérées. De plus on observe que les établissements privés et les ONG offrent des services plus conviviaux et plus adéquats que les établissements de santé publics débordés. Le manque de formation sur la prestation de services conviviaux et les problèmes liés à la stigmatisation comptent parmi les causes des lacunes des soins de santé publics destinés aux populations clés.

Les KVP et les OSC ne participent pas officiellement à des réunions avec le gouvernement pour améliorer la prestation des services de CSU. Ces populations éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé dans les hôpitaux publics à cause des lois défavorables. Le faible accès aux services est également exacerbé par le faible nombre d'établissements de santé publics et sous équipés.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

13. Recommandations

13.1. État de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Dans tous les pays, on constate un progrès notable vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Cependant, la fourniture de services inclusifs et de qualité aux KVP reste une préoccupation majeure. L'une des principales recommandations adressées aux gouvernements est de répondre en priorité aux besoins de santé des KVP – et donc de fournir des services essentiels et adéquats à tous et à toutes, afin de garantir que personne ne soit laissé pour compte.

Prendre des mesures qui permettent de comprendre en profondeur le contexte local est crucial pour mettre en œuvre la CSU de manière efficace et efficiente. Cela implique de déterminer et de définir l'ensemble de services minimum à offrir pour les KVP, de comprendre comment générer et répondre à la demande, d'assurer une participation communautaire active et d'intégrer les problèmes de santé émergents tels que les maladies non transmissibles. Ensuite, il s'agira de traiter les questions de l'abordabilité et de l'accessibilité pour tous.tes, de l'application du suivi communautaire et enfin de la garantie d'une amélioration continue basée sur la documentation des expériences, surtout celles des KVP. Tous ces éléments combinés contribueront à établir une couverture sanitaire durable et renforcée.

13.2. Finances

Au niveau régional, l'amélioration du financement est plus que primordiale pour garantir la CSU. Cela nécessite des engagements et un plaidoyer en faveur de la Déclaration d'Abuja. Bien que l'Afrique du Sud ait atteint l'objectif de 15 %, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour financer les services de CSU et alléger le fardeau financier des patient.e.s. Pour y parvenir, l'assurance maladie doit devenir universellement accessible en incluant tous les sous-groupes de la population par le biais de services subventionnés par l'état.



Photo: Cynthia R Matonhodze

Même dans des pays comme l'Afrique du Sud, où l'objectif d'Abuja a été atteint, la majorité de la population n'a toujours pas d'assurance maladie. De plus, dans les pays dont les sources de financement sont fragmentées, comme au Burundi, il existe des lacunes au niveau des subventions et de la couverture santé, obligeant les patient.e.s à payer les frais de santé de leur propre poche. Ainsi, la volonté politique des gouvernements est nécessaire pour prioriser et investir dans le financement des services de CSU. Cela comprend le renforcement des programmes nationaux d'assurance maladie tels que le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso. En outre, il est nécessaire de clarifier les sources financières des programmes de financement, ainsi que les étapes à suivre pour les mettre en œuvre.

Même si la CSU doit être défendue au niveau politique, elle ne doit pas être exploitée à des fins politiques ou pour des campagnes présidentielles. Par ailleurs, une distinction claire doit être faite entre la CSU et les entités comme le NHIF au Kenya, qui ne sont que des canaux pour la réalisation de la CSU. Pour finir, la CSU est une responsabilité collective tenue par les populations et financée pour elles.

13.3. VIH/SIDA au sein de la CSU

D'une part, des progrès remarquables ont été réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA dans certains pays. Par exemple, le Kenya et le Zimbabwe sont sur le point d'atteindre les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, tandis que l'Afrique du Sud et l'Ouganda se montrent prometteurs dans la réalisation de ces objectifs.

D'autre part, plusieurs pays sont confrontés à de plus grands défis dans la lutte contre le VIH/SIDA. Par exemple, le Maroc est encore loin d'atteindre les objectifs 95-95-95, et en Égypte, alors que la CSU en est à ses débuts, il n'y a pas encore eu de déploiement national des services de traitement du VIH. Dans les 10 pays, les KVP continuent d'être confrontées à d'importants désavantages en matière d'accès aux services liés au VIH. Même dans les pays où des progrès ont été réalisés dans l'offre de soins de santé liés au VIH/SIDA, des obstacles sociaux, structurels et juridiques persistent. Par exemple, le Nigeria est proche de contrôler l'épidémie mais doit améliorer le dépistage des cas dans des zones démographiques et géographiques spécifiques. Au Burkina Faso, la stigmatisation sociale et la pénalisation des KVP ont ralenti les progrès vers la réalisation de l'objectif 95-95-95.

En outre, des obstacles à l'adoption de politiques de dépistage et de prévention du VIH subsistent, notamment les restrictions d'âge pour le dépistage et le traitement, le manque d'éducation sexuelle complète et les mesures de prévention inadéquates pour les personnes incarcérées. Au Zimbabwe en particulier, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est nettement plus élevée que celle du reste de la population. Pourtant, ce groupe a systématiquement du mal à accéder aux services et au dépistage du VIH.

Bien qu'il existe quelques exemples de politiques habilitantes, telles que le Pacte du Sommet Présidentiel sur la Santé en Afrique du Sud, la loi au Burkina Faso en faveur du traitement du VIH et l'allocation de ressources au Burundi pour mettre fin au VIH/SIDA, ces efforts doivent être soutenus par des politiques plus globales visant à étendre la CSU à tous. Outre les politiques susmentionnées, il est nécessaire de faire le diagnostic de la tuberculose conformément aux recommandations de l'OMS, notamment au Burundi et au Burkina Faso. Également, certains gouvernements, notamment le Kenya et le Burundi, doivent prioriser une plus grande inclusion des groupes marginalisés et les efforts menés au niveau communautaires pour améliorer leur riposte au VIH/SIDA.

13.4. Accès aux services pour les populations clés et vulnérables

Pour garantir l'accès des services de CSU aux KVP, les pays doivent identifier et surmonter plusieurs obstacles. La première étape cruciale consiste à abroger les lois qui pénalisent et stigmatisent les KVP. Parmi ces lois figurent par exemple la pénalisation de l'homosexualité, de la consommation de drogues et du travail du sexe dans des pays comme le Kenya, le Mozambique, l'Égypte, le Nigeria, le Zimbabwe, le Maroc et l'Ouganda.

La loi ougandaise contre l'homosexualité de 2023 est discriminatoire à l'égard des personnes en situation de handicap, contrairement à la constitution du pays, en aggravant le délit d'homosexualité si la « victime » a un handicap, privant ainsi les personnes en situation de handicap de leur aptitude à consentir à des relations sexuelles. Quiconque défend les droits des personnes LGBT, y compris les représentants d'organisations de défense des droits humains ou quiconque apporte un soutien financier à des organisations qui le font, encourt jusqu'à 20 ans d'emprisonnement pour « promotion de l'homosexualité ».

Il est par conséquent possible que cette loi annule les progrès réalisés jusqu'à présent dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Au-delà des lois punitives, l'absence de politiques habilitantes entrave également les progrès vers la réalisation de la CSU. Par exemple, l'Égypte travaille actuellement au lancement d'une initiative d'OSC avec des organisations dirigées par des personnes vivant avec le VIH et les KVP, mais sans une législation favorable, cette plateforme pour la santé ne peut pas être réalisable. De plus, dans tous les pays, les politiques nécessaires en matière de CSU font défaut, notamment en matière de dépistage obligatoire, de prévention du VIH chez les personnes incarcérées et de dépenalisation des relations homosexuelles, du travail du sexe et de la consommation de drogues.

Les obstacles aux services essentiels ne sont pas seulement juridiques, mais également structurels, comme les obstacles à l'accès aux établissements de santé publics dans les zones rurales ; ou social, comme dans plusieurs pays où les KVP ne se sentent pas en sécurité pour accéder aux services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination de la part des prestataires de santé. La stigmatisation est en partie le résultat d'une absence de connaissances et de sensibilisation. Ainsi des programmes de renforcement des capacités et la formation du personnel de santé, ainsi que les campagnes publiques peuvent contribuer à éduquer et à réduire le fossé en matière de sensibilisation. En effet, dans les pays où la population est hostile ou ignore les besoins des KVP, de telles campagnes sont impératives pour changer le discours sur les besoins de santé des plus vulnérables. Au Nigeria, par exemple, les campagnes de sensibilisation devraient s'attaquer à l'idée répandue et préjudiciable selon laquelle « le VIH n'existe plus, donc plus besoin de se protéger ».

13.5. Mécanismes d'engagement pour les OSC et les communautés

Hormis leurs actions pour répondre aux besoins des KVP, l'implication des OSC à toutes les étapes du déploiement de la CSU doit être plus renforcée. Il est nécessaire d'adopter une approche multipartite et multisectorielle pour le suivi afin de permettre aux parties prenantes non étatiques de demander des comptes aux gouvernements sur la mise en œuvre des politiques et d'évaluer la qualité des services de santé publics universels accessibles aux

communautés et aux KVP. En outre, plusieurs pays présentent un engagement fragmentaire avec les OSC, faute d'un mécanisme formel pour consolider le rôle des communautés ; c'est particulièrement un problème au Burkina Faso, au Nigeria et au Mozambique, où il existe un engagement ponctuel des OSC pour la mobilisation des ressources, la rédaction de propositions et le renforcement des capacités, négligeant les organisations qui représentent les KVP.

Toutefois, il existe de bons exemples en termes d'engagement formel entre les OSC et le gouvernement, qui peuvent servir de modèle pour d'autres pays de la région. Notons que la constitution marocaine a accordé aux OSC une influence directe dans la promulgation, la mise en œuvre et l'évaluation des décisions et initiatives du gouvernement. Une telle collaboration positive ne peut être rendue possible que par un cadre juridique amélioré pour la participation de la société civile et du public sur les questions relatives à la santé. En effet, au Burundi, les conseils nationaux de la santé peuvent rassembler des organisations multisectorielles, mais sans des lois, des politiques ou des réglementations qui donnent des lignes directrices pour le financement ou le soutien aux OSC.

Un engagement fréquent des OSC et d'autres parties prenantes peut accélérer le déploiement et la mise en œuvre de la CSU, comme c'est le cas au Maroc et, dans une certaine mesure, en Égypte et au Mozambique. Mais, comme constamment souligné dans tous les pays, pour que les OSC et les communautés puissent participer activement elles doivent être représentées et habilitées en jouant un rôle décisionnel dans l'ensemble du processus – conception, mise en œuvre, S&E et rapportage. Cela pourrait se faire via un groupe de travail technique national sur la CSU, où les OSC seraient représentées au sein du comité consultatif. Une alternative est un observatoire dirigé par la communauté, car il est important d'avoir un accès libre aux données publiques sur les domaines clés. Quel que soit l'approche, il faudrait exiger des délais basés sur les progrès, un financement adéquat et des plateformes formalisées. Enfin, les OSC et les communautés devraient bénéficier d'un soutien juridique et financier pour les aider à participer à toutes les étapes de la CSU, tout en conservant leur indépendance.

SOURCES

Le tableau ci-dessous présente des informations sur les sources de données et d'autres informations dans chaque profil de pays.

Contexte		
Données économiques	Banque mondiale	www.worldbank.org/en/where-we-work
État de la CSU		
Indice de couverture des services de CSU de l'OMS	Indice de couverture des services de CSU de l'OMS	data.who.int/indicators/i/9A706FD Le score est la moyenne géométrique de 14 indicateurs de suivi mesurant la couverture de quatre domaines de services de santé essentiels : 1. Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile 2. Maladies infectieuses 3. Maladies non transmissibles 4. Capacité et accès aux services.
Financement national de la santé	Tableau de bord africain 2023 sur le financement national de la santé	score-card.africa/ La Banque mondiale qualifie de catastrophiques les dépenses de santé directes dépassant 10 % du revenu des ménages : blogs.worldbank.org/opendata/catastrophic-expenditure-health-antiquity-today
Contributions au Fonds mondial	Profils de pays du Fonds mondial	www.theglobalfund.org/en/government/profiles/
Contribution PEPFAR	Plans opérationnels nationaux du PEPFAR	www.state.gov/where-we-work-pepfar/
Objectifs de cofinancement du Fonds mondial	HIV Policy Lab; Note d'orientation du Fonds mondial sur la durabilité, la transition et le cofinancement	www.hivpolicylab.org/ www.theglobalfund.org/media/5648/core_sustainabilityandtransition_guidancenote_en.pdf Une partie de l'allocation du Fonds mondial à un pays dépend de la réalisation par le pays de ses objectifs de cofinancement : le pays reçoit cette partie s'il atteint les objectifs, qui sont un niveau spécifié de financement national de la santé et un ratio impôts/PIB.
VIH/SIDA au sein de la CSU		
Progrès vers 95-95-95	Renseignements sur le VIH par pays de l'OMS	cfs.hivci.org/index.html
Accès aux services pour les populations clés et vulnérables		
Statut juridique des populations clés		
Statut juridique de l'exposition/transmission du VIH		
Protection contre la discrimination		
Institution nationale des droits humains	HIV Policy Lab (Laboratoire de politiques sur le VIH)	www.hivpolicylab.org/
Rétention au secondaire		
Contrat social et libre fonctionnement des ONG/OSC		
Législation sur la violence domestique		
Identifiants uniques		

NOTES DE FIN

- 1 [Déclaration politique de la Réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle](#). Nations Unies, 2019.
- 2 L'ONUSIDA considère les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs.euses du sexe, les transgenres, les personnes consommatrices de drogues injectables, ainsi que les prisonnier.e.s et autres personnes incarcérées comme les cinq principaux groupes de population clés particulièrement vulnérables au VIH et qui fréquemment manquent d'un accès adéquat aux services.
- 3 [Couverture sanitaire universelle \(CSU\) : faits clés](#). L'Organisation mondiale de la santé, 2023.
- 4 [L'état de la couverture sanitaire universelle en Afrique : Rapport de la Commission de la Conférence Internationale sur l'Agenda de la Santé en Afrique](#). Conférence Internationale sur l'Agenda de la Santé en Afrique, 2021.
- 5 [Statistiques mondiales sur le VIH et le SIDA : fiche d'information](#). ONU-SIDA, 2023.
- 6 [Love Alliance](#). Aidsfonds.
- 7 [Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes](#). OUA/SPS/ABUJA/3. Abuja, 2001.
- 8 [Tableau de bord de l'Afrique sur les financements nationaux pour la santé](#). Union africaine, Fonds mondial.
- 9 [Responsabilités partagées pour la santé : un cadre mondial cohérent pour le financement de la santé. Rapport final du groupe de travail sur le financement de la santé du Centre sur la sécurité sanitaire mondiale](#). Londres : Chatham House, 2014.
- 10 Mcintyre D, Meheus F, Røttingen JA. À quel niveau de dépenses publiques de santé devrions-nous aspirer pour une couverture sanitaire universelle ? Économie, politique et droit de la santé. 2017;12(2):125-137. doi:10.1017/S1744133116000414
- 11 Makoni M. La crise au Burkina Faso frappe les soins de santé. Lancet. 2022;399(10325):616. doi:10.1016/S0140-6736(22)00267-7.
- 12 [Indice de couverture des services de la CSU](#). Organisation Mondiale de la Santé. Le score est la moyenne géométrique de 14 indicateurs de suivi mesurant la couverture de quatre domaines de services de santé essentiels : 1. Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile 2. Maladies infectieuses 3. Maladies non transmissibles 4. Capacité et accès aux services.
- 13 [Loi O60-2015/CNT portant Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso](#). Gouvernement du Burkina Faso, 2015.
- 14 Offosse N, Marie-Jeanne. [Décentralisation du secteur de la santé vers les communes : une inadaptation du cadre de gouvernance du système national de santé et des lacunes en matière de gestion au Burkina Faso](#). Ouagadougou : ThinkWell, 2022.
- 15 Requête de Monsieur le Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale au Coordinateur de P4H datant du 26 mars 2012
- 16 Marcel Toussiida Kagambega. [Obstacles à l'efficacité de la couverture maladie universelle au Burkina Faso](#) », Sociologies. 2020. doi:10.4000/sociologies.13422.
- 17 Mark G Shrimme. [Dépenses catastrophiques pour la santé : de l'Antiquité à nos jours](#). Banque mondiale, 2021.
- 18 Une partie de l'allocation du Fonds mondial à un pays dépend de la réalisation de ses objectifs de cofinancement : le pays reçoit cette partie s'il atteint les objectifs, qui sont un niveau spécifique de financement national de la santé et un ratio impôts/PIB.
- 19 [Principes relatifs au statut des institutions nationales \(Principes de Paris\)](#). Résolution 48/134 (1993) de l'Assemblée générale des Nations Unies.
- 20 [Partenariat pour une couverture sanitaire universelle : Burundi](#).
- 21 Système de santé égyptien - Assurance internationale 2023.
- 22 UNICEF Égypte 2021.
- 23 Évaluation du HIV Policy Lab Égypte 2022.
- 24 Chi YL, Regan L. [Le Parcours vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle; Comment le Kenya a su gérer l'inclusion des programmes de lutte contre les maladies dans son programme de soins de santé 2021](#). Centre pour le développement mondial, 2021.
- 25 Chi YL, Regan L. [Le Parcours vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle; Comment le Kenya a su gérer l'inclusion des programmes de lutte contre les maladies dans son programme de soins de santé 2021](#). Centre pour le développement mondial, 2021.
- 26 [Plan stratégique du secteur de la santé du Kenya : Transformer les systèmes de santé : Parvenir à une couverture sanitaire universelle d'ici 2022](#). Gouvernement du Kenya, 2018.
- 27 Chi YL, Regan L. [Le Chemin vers la Réalisation de la Couverture Sanitaire Universelle; Comment le Kenya a su gérer l'Inclusion des Programmes de Lutte contre les Maladies dans son Programme de Soins de Santé 2021](#). Centre pour le développement mondial, 2021.
- 28 [Politique de Couverture Sanitaire Universelle 2020-2030 du Kenya](#). Ministère de la Santé du Kenya, 2020.
- 29 [Démographie du Maroc – statistiques et faits](#), Statista, 2022.
- 30 [Couverture Sanitaire Universelle \(CSU\)](#), Organisation mondiale de la santé, 2023.
- 31 [Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : Comment Réduire les Inégalités : une étude transversale](#); The Open Public Health Journal, 2022
- 32 [Couverture sanitaire universelle pour la santé sexuelle et reproductive au Maroc : résumé des données factuelles](#). Organisation mondiale de la santé, 2022.
- 33 [Prévention du VIH 2020 : Un partenariat mondial pour la mise en œuvre](#). ONUSIDA, 2017
- 34 [Constitution du Maroc](#). 2011.
- 35 [Plan stratégique pays du Mozambique \(2022-2026\)](#). Conseil d'administration, Programme alimentaire mondial, 2022.
- 36 [Santé et droits humains : fiche d'information pays](#); OMS.
- 37 [Macro-tendances](#). 2023.
- 38 [Part de la population totale vivant sous le seuil d'extrême pauvreté au Nigeria de 2016 à 2023](#). Statistiques, 2022.
- 39 [La nouvelle loi nationale sur l'assurance maladie du Nigéria : comment va-t-elle assurer les populations pauvres et garantir une couverture sanitaire universelle](#). Médecine des populations, 2022.
- 40 [PEPFAR : 20 ans d'impact](#). Ambassade et consulat des États-Unis au Nigéria ; 2023.
- 41 [Données ONUSIDA 2022](#). Les chiffres pour 2023 ne sont pas disponibles.
- 42 [Cinq questions sur la riposte au VIH au Nigeria](#). ONUSIDA, 2021.
- 43 [Note sur la pauvreté et l'équité : Afrique subsaharienne](#). Afrique du Sud. Organisation mondiale de la santé, 2020.
- 44 [Plateforme de ressources et d'actualités en ligne sur la COVID-19](#). Ministère de la Santé d'Afrique du Sud, décembre 2022.
- 45 [Évaluation du Policy HIV Lab : Kenya](#). 2022.
- 46 [Comprendre le système de santé sud-africain](#). Assurance des citoyens internationaux.
- 47 [Croissance du PIB de l'Ouganda en 2023/24](#); Reuters, 2023
- 48 [Note sur la pauvreté et l'équité en Ouganda](#); Banque mondiale, 2023.
- 49 [PIB par habitant](#); Compteur du monde
- 50 Aloyo J et coll. Couverture nationale d'assurance maladie et acceptation du vaccin COVID-19 en Ouganda. Implications sur la réalisation par l'Ouganda de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable. 2022. Medrxiv. doi :10.1101/2022.08.09.22278595.
- 51 [Ouganda : le lourd tribut de la loi anti-homosexualité](#). Human Rights Watch, 2014.
- 52 [Ouganda : Mettez fin au harcèlement policier contre les personnes LGBT](#). Human Rights Watch, 2019.
- 53 [Des résident.e.s d'un refuge LGBT ougandais arrêté.e.s sous prétexte du COVID-19](#). Human Rights Watch, 2020.
- 54 [Progrès et revers en matière de droits LGBT en Afrique – Un aperçu de l'année dernière](#). Human Rights Watch, 2022.
- 55 [Le président ougandais signe une loi répressive anti-LGBT](#). Human Rights Watch, 2023.

Join the movement!



Funded by and in strategic partnership with:

Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands