



Miriam Chisizwa, infirmière diplômée d'État, travaille au service de néonatalogie d'un hôpital public de Lilongwe, au Malawi. Le programme d'augmentation des salaires dans le secteur de la santé au Malawi a eu un impact positif, mais Miriam tempère : « Je touche le double de ce que je touchais auparavant, mais j'ai 5 enfants et la plupart de mon salaire passe dans leurs frais de scolarité. J'emprunte constamment de l'argent. » Photo : Abbie Trayler-Smith/Oxfam 2007

# INVESTIR POUR LA MINORITÉ

## L'initiative pour la Santé en Afrique de la SFI

**L'initiative pour la Santé en Afrique de la Société financière internationale (SFI) est en contradiction avec l'engagement du Groupe de la Banque mondiale, qui préconise une couverture santé équitable et universelle et une prospérité partagée. Il est très peu probable que cette initiative d'un milliard de dollars, qui promeut des soins de santé dispensés par le secteur privé, permette aux personnes pauvres d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. De plus, il est inexcusable de la part de la SFI de ne pas mesurer l'impact du programme pour la Santé en Afrique sur les personnes en situation de pauvreté.**

**Au lieu d'investir dans des solutions risquées du secteur privé, le Groupe de la Banque mondiale devrait privilégier le soutien aux gouvernements africains afin de développer les soins de santé publics, une manière éprouvée de sauver des millions de vie dans le monde et de réduire les inégalités, et de les aider à abolir les frais avancés par les patients et à renforcer leurs capacités de régulation du secteur privé.**

# 1 INTRODUCTION

Jim Yong Kim, le président du Groupe de la Banque mondiale, a déclaré publiquement que l'instauration de la couverture santé universelle (CSU) et de l'équité en matière de santé était indispensable à la réalisation des deux nouveaux objectifs primordiaux de la Banque mondiale, à savoir éliminer l'extrême pauvreté d'ici 2030 et stimuler une prospérité partagée<sup>1</sup>. Jim Kim a également souligné à juste titre la nécessité de combler le retard pris dans l'accès à des services de santé de qualité pour les 40 % les plus pauvres de la population et de supprimer les paiements directs des soins, qui appauvrissent les populations de tous les pays<sup>2</sup>.

L'engagement du Groupe de la Banque mondiale en faveur de tels objectifs est salué, mais tous les membres du Groupe s'accordent-ils sur ce sujet ? Dans ce rapport, qui met en lumière l'initiative pour la Santé en Afrique de la Société financière internationale (SFI), Oxfam s'interroge sur le fait que cette initiative de la branche de la Banque mondiale consacrée à l'investissement dans le secteur privé, en expansion rapide, risque d'aller à l'encontre de l'objectif du Groupe de la Banque mondiale en faveur de la CSU.

La CSU signifie que chacun, riche comme pauvre, peut bénéficier des soins de santé nécessaires sans craindre de basculer dans la pauvreté. Pour mettre en place la CSU, les réformes du secteur de la santé doivent chercher de façon explicite à réduire l'inégalité dans l'accès aux services de santé et faire en sorte que les systèmes publics de santé atténuent les effets des inégalités économiques et politiques. Comme l'a expliqué Oxfam dans un document récent sur les régimes d'assurance maladie, le système doit faire preuve d'équité dès le départ, en veillant à ce que les pauvres bénéficient des mêmes avantages que les plus riches<sup>3</sup>.

Selon les indications disponibles, il semble très peu probable que de meilleurs résultats en matière de santé pour les personnes pauvres soient obtenus et que la CSU puisse être mise en place en accordant la priorité aux prestations de soins de santé privés, à but lucratif<sup>4</sup>. Il a été montré que les systèmes de santé privés étaient très régressifs et servaient bien plus les intérêts des plus riches que ceux des plus pauvres. Des données recueillies dans 44 pays à revenu faible à intermédiaire semblent indiquer qu'une part accrue du secteur privé dans les soins de santé principaux est associée à des niveaux plus élevés d'exclusion des populations pauvres des traitements et des soins<sup>5</sup>. Les plus riches bénéficient des meilleurs soins médicaux, mais de nombreuses personnes vivant dans la pauvreté sont contraintes de recourir à des soins de santé de moindre qualité, prodigués par du personnel non qualifié et de payer directement les traitements ou de s'en passer.

Malgré les nombreux défis qu'ils présentent, les services de santé financés et dispensés par l'État continuent de prévaloir dans les systèmes de santé plus équitables et plus performants. En Asie, par exemple, une étude comparant des données relatives à la santé dans la région a montré qu'aucun pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire n'est parvenu à l'accès universel ou presque universel aux soins de santé sans compter principalement sur des services du secteur public financés par les impôts<sup>6</sup>. Au Népal par exemple,

une amélioration spectaculaire de l'accès aux soins de santé a été constatée après que les frais avancés par les patients ont été supprimés pour les services de santé primaires dans les infrastructures publiques en 2008.

Les services publics universels constituent l'une des armes les plus efficaces dans la lutte contre les inégalités. Ils atténuent les effets d'une répartition inégale des richesses et permettent une redistribution des richesses en mettant des « revenus virtuels » dans la poche des femmes et des hommes les plus pauvres<sup>7</sup>. De plus, lorsque la population est en bonne santé, elle est plus susceptible d'exploiter son potentiel en participant à des activités génératrices de revenus et à la vie communautaire. Le système est bénéfique pour tous, en particulier pour les populations les plus pauvres. Face à l'inégalité grandissante en Afrique subsaharienne<sup>8</sup>, une action urgente et spécifique est nécessaire pour renforcer les systèmes de santé publics. Au lieu d'investir dans des solutions risquées du secteur privé aux défis de la santé publique, le Groupe de la Banque mondiale devrait privilégier le soutien aux gouvernements africains afin de développer les soins de santé publics, qui, cela a été prouvé, permettent de sauver des millions de vie dans le monde et de réduire les inégalités, et de les aider à abolir les frais avancés par les patients et renforcer leurs capacités de régulation du secteur privé.

## 2 L'INITIATIVE POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE DE LA SFI

En 2007, la SFI a lancé un rapport financé par la Fondation Bill & Melinda Gates et fondé sur une étude menée par McKinsey & Company<sup>9</sup>. Le rapport, intitulé « Investir dans la santé en Afrique, le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations », présente le but louable de la SFI de développer et de mettre en application des normes de qualité pour les soins de santé privés, et exprime certains points de vue sur le rôle du secteur privé de la santé sur le continent. Dans le rapport de 2007 ainsi que dans des publications ultérieures sur le même sujet, la SFI indique que le secteur privé fournit déjà la moitié des soins de santé en Afrique subsaharienne et plus encore pour les personnes les plus pauvres<sup>10,11</sup>, et que les services de santé privés sont souvent moins coûteux pour les personnes pauvres que les services publics<sup>12,13</sup>. Le rapport affirme que les entreprises du secteur privé peuvent « favoriser l'efficacité et la qualité » en se faisant concurrence entre elles, et peuvent servir de référence nationale et tirer la qualité des services de santé vers le haut<sup>14</sup>. Le rapport indique également que jusqu'à deux tiers des investissements nécessaires pour répondre à la demande de services de santé et améliorer ces services en Afrique subsaharienne devraient provenir d'acteurs non étatiques<sup>15</sup>. Il n'a pas vraiment été possible d'établir le bien-fondé de ces affirmations sur les meilleures performances et le potentiel du secteur privé dans le domaine de la santé et les éléments disponibles ont depuis contredit un grand nombre de ces affirmations<sup>16</sup>, notamment celles liées au secteur privé à but lucratif.

En 2008, la SFI a lancé l'initiative pour la Santé en Afrique, un projet d'un milliard de dollars visant à « catalyser des améliorations durables dans l'accès à des biens et services médicaux de qualité en Afrique [et] la protection

financière contre les effets de paupérisation liés à la maladie », en s'intéressant particulièrement aux « populations dont l'accès aux services est insuffisant »<sup>17,18,19</sup>. L'initiative pour la Santé en Afrique parviendrait à ces objectifs en tirant parti du potentiel du secteur privé de la santé, notamment en améliorant l'accès au capital d'entreprises de santé privées, en leur permettant de croître et de se développer, et en aidant les gouvernements à intégrer le secteur privé dans leur système de santé général<sup>20</sup>. Le but du programme Santé en Afrique serait de faire en sorte que le secteur privé de la santé devienne « un instrument supplémentaire et efficace pour progresser vers les OMD [Objectifs du Millénaire pour le développement] »<sup>21</sup>, en insistant sur les efforts visant à « améliorer la disponibilité des services de santé pour les populations rurales et démunies d'Afrique »<sup>22</sup>.

L'initiative pour la Santé en Afrique avait pour ambition d'engendrer un milliard de dollars via trois mécanismes principaux d'investissement : 300 millions de dollars de capitaux propres, une capacité d'emprunt de 500 millions de dollars (prêts de banques locales à des acteurs des services de santé privés) et 200 millions de dollars d'assistance technique<sup>23</sup>. Les fonds et les emprunts avaient pour but de fournir des capitaux aux petites et moyennes entreprises (PME) en phase de démarrage, en canalisant des investissements plus petits et plus facilement gérables que les grosses dotations de la SFI versées directement aux entreprises<sup>24</sup>.

Les capitaux propres de Santé en Afrique comprennent des investissements dans deux fonds de capital investissement : l'Africa Health Fund, géré par Abraaj Group<sup>25,26</sup>, et le Fonds d'investissement pour la santé en Afrique (IFHA), mis en place par la Dutch PharmAccess Foundation en février 2007<sup>27,28</sup>.

De nombreux acteurs internationaux ont apporté leur soutien à l'initiative pour la Santé en Afrique, dont les gouvernements français, japonais et néerlandais, ainsi que la Fondation Bill & Melinda Gates<sup>29</sup>. Parmi les autres partenaires se trouvent également la Banque africaine de développement et la DEG, institution allemande d'aide au développement<sup>30</sup>. Au sein du Groupe de la Banque mondiale, l'initiative a été qualifiée de « nouvelle direction... dans le domaine de la santé » et fait partie de la stratégie plus globale du Groupe de la Banque mondiale en la matière<sup>31,32</sup>.

Ces dernières années, la SFI a commencé à commercialiser ses propres investissements directs dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne dans le cadre de cette initiative<sup>33</sup>. Par ailleurs, le Groupe de la Banque mondiale a reconnu, dans la réponse de la direction à l'évaluation à mi-parcours, que 98 % de l'investissement et des activités de conseil de la SFI dans le domaine de la santé faisaient partie de l'initiative pour la Santé en Afrique<sup>34</sup>.

Compte tenu de ce changement et du manque de transparence dans les publications de la SFI, Oxfam est nécessairement partie du principe que tous les investissements de la SFI dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne depuis 2008 se sont officiellement inscrits dans cette initiative.

### 3 BILAN DE LA SFI DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ : UNE SOURCE DE PRÉOCCUPATIONS

La SFI ne présente pas de long parcours en matière de santé. Jusqu'au début des années 1990, elle n'avait entrepris que quelques projets dans ce domaine, à intervalles irréguliers, et ne possédait aucun service dédié à la santé et aucun membre du personnel spécialisé dans la santé<sup>35</sup>. De 1997 à 2007, la SFI n'a adopté que 54 projets d'investissement dans le secteur de la santé, avec un total de nouvelles dépenses engagées de l'ordre de 580 millions de dollars<sup>36</sup>. En guise de comparaison, le total des investissements actuels de la SFI s'élève à 50 milliards de dollars, auxquels participent près de 2 000 entreprises dans 126 pays<sup>37</sup>.

Dans une évaluation de 2009, le Groupe indépendant d'évaluation de la Banque mondiale a mis en évidence un certain nombre de projets de la SFI relatifs à la santé mis en œuvre entre 1997 et 2002, là où les opérations se sont soldées par l'abandon du projet ou par l'échec total de l'activité et la faillite de l'entreprise partenaire<sup>38</sup>. Les résultats en matière de développement étaient à l'origine modestes<sup>39</sup>, un certain nombre de projets portant sur des hôpitaux mettant en évidence une sous-utilisation des infrastructures<sup>40</sup>. Loin de répondre aux besoins des personnes dont l'accès aux soins était le plus insuffisant, ce sont les « populations à revenu intermédiaire et supérieur, "en haut de la pyramide" » qui ont profité des projets de la SFI relatifs à la santé<sup>41</sup>. Quant aux projets portant sur les hôpitaux, parmi les douze hôpitaux pour lesquels nous disposions d'informations, trois étaient principalement destinés aux expatriés et six destinés aux populations à revenu élevé ou intermédiaire. Un tiers seulement des services de conseil de la SFI ont abouti aux résultats escomptés ou les ont dépassés et le rapport coût-efficacité des projets a été considéré comme faible<sup>42</sup>. L'expérience de la SFI dans les projets de santé a été décrite comme limitée, irrégulière et portant essentiellement sur son expérience dans des pays à revenu intermédiaire présentant peu de risques, en dehors de l'Afrique<sup>43</sup>.

Cette situation de performances médiocres s'est poursuivie avec l'initiative pour la Santé en Afrique. L'évaluation indépendante à mi-parcours de l'initiative, publiée en 2012, a fait état de certaines réussites, mais a trouvé dans l'ensemble que les performances étaient inégales et ne permettaient pas d'atteindre un certain nombre d'objectifs clés<sup>44</sup>. Parmi les domaines de réussite cités dans l'évaluation, on peut noter le fait d'attirer l'attention internationale sur le rôle du secteur privé dans les services de santé ; le fait de promouvoir le dialogue dans un petit nombre de pays sur les mêmes problématiques, et le fait de produire des instruments analytiques, même si l'intérêt et l'utilisation pratique de ces instruments sont mis en doute. Les auteurs de l'évaluation félicitent également la SFI d'avoir créé un nouveau fonds d'actions visant à encourager les investissements dans le secteur de la santé en faveur des personnes dont l'accès aux soins est difficile, qui constituent la « base de la pyramide ». Toutefois, comme il est exposé ci-

après, une étude plus approfondie du mécanisme d'incitation laisse apparaître d'importantes failles qui privent de tout intérêt cet instrument censé faire en sorte que les investissements des fonds d'actions bénéficient aux plus démunis.

## 4 L'ENGAGEMENT EN FAVEUR DES POPULATIONS DONT L'ACCÈS EST INSUFFISANT N'EST PAS RESPECTÉ

Les publications de la SFI soulignent à de nombreuses reprises que l'initiative pour la Santé en Afrique est essentiellement dirigée vers les populations « mal couvertes » en Afrique subsaharienne. Le plan, présenté au Conseil de la Banque mondiale en 2007, insiste sur l'amélioration de la « mise à disposition des services de santé pour les populations africaines pauvres et rurales »<sup>45</sup>. Une telle priorité est prévisible, non seulement parce qu'il existe un écart inacceptable entre les soins médicaux accessibles aux riches et ceux dont disposent les pauvres en Afrique, mais aussi parce que toute autre priorité ne serait pas conforme à la mission générale du Groupe de la Banque mondiale, qui consiste à lutter contre la pauvreté. En dépit de cela, l'évaluation indépendante à mi-parcours sur l'initiative pour la Santé en Afrique a signalé des insuffisances systématiques dans tous les domaines de travail devant avoir des incidences sur les populations pauvres<sup>46</sup>.

L'analyse d'Oxfam menée à partir des informations limitées et disséminées sur les investissements mises à sa disposition par la SFI et ses partenaires, confirme ces conclusions. Il est notamment impossible d'analyser comment atteindre efficacement les personnes pauvres via le secteur privé, impossible de faire en sorte que les investissements profitent réellement aux plus démunis et il est même impossible de mesurer les résultats obtenus auprès de ces populations<sup>47</sup>. L'absence manifeste de considération de l'équité dans le traitement des hommes et des femmes représente une autre source de préoccupation, que ce soit au niveau de ce que l'initiative prévoit pour promouvoir l'équité entre les sexes ou des moyens mis en place pour évaluer cette équité. Étant donné que les femmes sont représentées de manière disproportionnée dans les populations pauvres et rurales, il s'agit d'un manquement inquiétant, en contradiction avec l'engagement du Groupe de la Banque mondiale en faveur de la promotion de l'équité entre hommes et femmes.

L'évaluation indépendante à mi-parcours a constaté que le travail analytique de Santé en Afrique avait complètement négligé, « par omission ou à dessein, de s'intéresser sérieusement à la controverse globale la plus importante concernant le rôle du secteur privé de la santé en Afrique, à savoir le rôle, s'il existe, que doit ou devrait jouer le secteur privé de la santé dans l'obtention de résultats en matière de développement... »<sup>48</sup> Malgré l'accent mis sur les « populations dont l'accès aux services est insuffisant », la SFI n'a pas cherché à répondre à la question suivante : « le renforcement du secteur privé de la santé donne-t-il lieu à une amélioration des services

de santé pour les personnes pauvres ? »<sup>49</sup> Les auteurs de l'évaluation à mi-parcours expliquent que la SFI ne parvient non seulement pas à respecter ses propres objectifs, mais que cela engendre en outre des interrogations sur le fait que la Banque mondiale consacre des ressources considérables pour une initiative que l'on accuse depuis longtemps déjà de « ne profiter principalement qu'aux riches »<sup>50</sup>.

Les informations publiques disponibles indiquent qu'à ce jour, les investissements de Santé en Afrique ont en réalité concerné essentiellement des hôpitaux urbains, onéreux et haut de gamme, qui proposent des soins tertiaires aux citoyens les plus riches des États africains et aux expatriés. D'ailleurs, certains descriptifs des investissements détaillent de façon explicite l'intention de cibler l'élite, dont les personnes suffisamment riches pour aller se faire soigner à l'étranger. Au Tchad par exemple, la clinique La Providence a reçu un prêt de la SFI d'1,5 million de dollars pour mettre à disposition « des services médicaux pour lesquels les Tchadiens se rendent actuellement à l'étranger »<sup>51</sup>. La clinique togolaise Biasa, déjà établie de longue date, a reçu 1,7 million de dollars d'investissements et se décrit comme « l'un des trois meilleurs établissements privés de santé de Lomé »<sup>52</sup>. Les hôpitaux « Lagoon Hospitals » d'Hygeia au Nigeria, qui ont bénéficié de prêts et d'investissements pour la santé en Afrique d'au moins 7,68 millions de dollars, se vantent de leurs chambres de luxe et revendiquent mener des opérations qui ne sont réalisées que dans quelques rares hôpitaux spécialisés du Royaume-Uni et des États-Unis<sup>53,54</sup>. Tandis que 14 % de l'ensemble des décès maternels de la planète se produisent au Nigeria<sup>55</sup>, l'Africa Health Fund a investi cinq millions de dollars dans le premier centre de fécondation in vitro (FIV) d'Afrique de l'Ouest, afin de « fournir d'excellents traitements contre la stérilité<sup>56</sup> ». Un cycle de FIV coûte plus de 4 600 dollars dans cette clinique<sup>57</sup>.

L'initiative pour la Santé en Afrique accorde inmanquablement la priorité aux investissements portant sur des hôpitaux urbains alors que des recherches menées par la SFI elle-même montrent que moins de 12 % des ménages du quintile le plus pauvre ont accès aux services de santé dans des hôpitaux<sup>58</sup>, et alors que l'initiative pour la Santé en Afrique s'attache, en théorie, à améliorer l'accès aux soins de santé des populations rurales<sup>59</sup>.

Loin de privilégier les petits prestataires privés qui peuvent difficilement accéder à d'autres solutions financières, la SFI a effectué à ce jour le plus gros investissement du programme Santé en Afrique en faveur de Life Healthcare, la deuxième plus grande entreprise d'Afrique du Sud, dont les services sont déployés au sein d'un réseau de 63 hôpitaux et autres structures partout dans le pays<sup>60,61</sup>. Les services de Life Healthcare demeurent inabordables même pour nombre de Sud-Africains relativement riches ; quelques services seulement sont couverts par l'assurance santé<sup>62</sup> et seuls 15 % des Sud-Africains disposent d'une assurance santé quelle qu'elle soit<sup>63</sup>. De plus, Life Healthcare se développe rapidement hors des marchés africains ; depuis l'investissement de 93 millions de dollars<sup>64</sup> de Santé en Afrique, sa principale expansion a concerné sa prise de participation de 26 % dans l'un des plus gros groupes hospitaliers en Inde, en 2011<sup>65</sup>.

### **Encadré 1 : des services de maternité inabordables à l'hôpital des femmes de Nairobi**

À l'hôpital privé des femmes de Nairobi, qui bénéficie de l'appui de Santé en Afrique,<sup>66</sup>, le forfait Maternité le plus basique, qui coûte 463 dollars, représente trois à six mois de salaire pour une Kenyane moyenne<sup>67,68</sup>. Une somme supplémentaire de près de 280 dollars est demandée si un obstétricien doit intervenir et plus encore lorsqu'une césarienne est prescrite<sup>69</sup>. L'hôpital déclare prendre en charge les femmes kenyanes aux revenus faibles et intermédiaires ainsi que leur famille<sup>70</sup>, mais le coût moyen par personne hospitalisée s'élevait à 845 dollars en 2011 selon les informations recueillies<sup>71</sup>. Le versement d'une telle somme équivaldrait pour deux tiers des Kenyans à se priver de l'ensemble de leurs revenus ou plus pendant bien plus d'une année<sup>72</sup>. À l'inverse, les soins de maternité dans le secteur public sont gratuits, suite à l'abolition des honoraires pour les services de maternité en 2013 par le Gouvernement kenyan<sup>73</sup>.

Pour les pauvres et les populations dont l'accès aux services est insuffisant, la mise à disposition des services des structures soutenues par les investissements Santé en Afrique semble se résumer à des dispositifs de responsabilité sociale des entreprises (CSR) purement symboliques, à petite échelle, tels que : le don de 250 couvertures<sup>74</sup> ; le financement de huit pompes à eau dans des écoles<sup>75</sup> et deux journées de test de vision gratuit pour 200 personnes (il a été conseillé à plus d'un tiers de ces personnes de procéder à des examens complémentaires, avec ou sans frais à payer pour ces personnes<sup>76</sup>).

## **5 FERMER LES YEUX SUR LES MESURES DE L'IMPACT**

L'approche de la SFI concernant l'initiative pour la Santé en Afrique semble en contradiction avec la large place accordée par Jim Kim, président du Groupe de la Banque mondiale, aux méthodes fondées sur des bases factuelles et à la « science de la prestation »<sup>77</sup>. L'évaluation indépendante à mi-parcours de l'initiative pour la Santé en Afrique indique que « le sujet du secteur privé de la santé est controversé et cela aurait dû amener l'initiative pour la Santé en Afrique à chercher à préciser les résultats anticipés et à les évaluer. Cela n'a pas été le cas si bien qu'il est à présent difficile d'évaluer dans quelle mesure Santé en Afrique a permis d'obtenir des résultats concrets<sup>78</sup> ».

Il est surprenant de la part de la SFI de ne pas avoir fourni d'évaluation de l'impact du programme Santé en Afrique sur les personnes en situation de pauvreté. Les indicateurs de performance décrits dans le plan stratégique de Santé en Afrique et qui s'appliquent aux investissements directs et indirects de la SFI incluent la valeur des fonds mobilisés, les recettes fiscales produites, les emplois créés et le nombre de personnes bénéficiant des services. Selon l'évaluation à mi-parcours, ces indicateurs ne permettent pas de mesurer l'impact spécifique du développement au niveau des populations dont l'accès aux services est insuffisant<sup>79</sup>.



Comme l'explique une fiche de renseignements de la SFI, les fonds d'actions de l'initiative pour la Santé en Afrique sont chargés « d'investir dans des entreprises de santé privée socialement responsable pour servir la cause des populations dont l'accès aux services est insuffisant et dont les revenus sont faibles »<sup>80</sup>. Toutefois, dans la pratique, aucun des fonds ne cible ces populations, ni n'évalue ses efforts en la matière à des niveaux acceptables :

- Le Fonds d'investissement pour la santé en Afrique (IFHA) demande simplement aux entreprises qui composent son portefeuille de remplir un questionnaire sur les incidences environnementales, sociales et sur le développement<sup>81</sup> et formule une série d'hypothèses, notamment sur le fait que l'extension d'assurance, la télémédecine et d'autres produits et services permettront d'accroître automatiquement l'accès équitable aux services de santé<sup>82</sup>. Le Conseil des professionnels de santé d'Afrique du Sud a qualifié d'inacceptable sur le plan éthique les activités de l'entreprise sud-africaine appelée « Hello Doctor », un prestataire de services de télémédecine ayant reçu une aide du Fonds, ce qui a contraint cette organisation à mettre fin à ses services<sup>83</sup>.
- L'Africa Health Fund se targue du succès de son dispositif d'incitation innovant, qui récompense spécifiquement les entreprises du portefeuille lorsqu'elles s'adressent aux patients se situant à la « base de la pyramide »<sup>84</sup>. Toutefois, les plafonds de revenus utilisés pour définir les personnes à la base de la pyramide sont aberrants ; ils incluent dans certains cas tous ceux qui gagnent jusqu'à 3 000 dollars<sup>85</sup>. Selon les propres estimations de la SFI, ces valeurs permettent, de fait, d'inclure toutes les personnes ayant des revenus en Afrique subsaharienne, à l'exception des 5 % présentant les revenus les plus élevés<sup>86</sup>. Même le plafond le plus faible, 1 000 dollars par personne, permet d'inclure plus de 70 % de la population de la plupart des États africains<sup>87</sup>.

L'évaluation à mi-parcours note qu'un cadre de résultats a « enfin été mis en place » pour Santé en Afrique. Cependant, en dépit des demandes d'Oxfam, la SFI n'a à ce jour pas mis ces informations à notre disposition afin que nous puissions les étudier<sup>88</sup>.

## 6 DES INVESTISSEMENTS COÛTEUX PRODUISANT DES RÉSULTATS MÉDIOCRES

Le portefeuille d'investissement de Santé en Afrique n'a pas permis de prouver une supériorité dans le rapport coût-efficacité et la productivité du secteur privé des soins de santé. Au lieu de cela, il existe de nombreux exemples d'investissements coûteux ayant produit des résultats médiocres et dont la contribution à la couverture santé globale est négligeable.

L'investissement de 1,7 million de dollars de l'initiative pour la Santé en Afrique dans la Clinique Biasa au Togo avait pour objectif de multiplier par plus de trois le nombre de lits disponibles dans l'hôpital, afin de consolider « l'importante contribution de la Clinique Biasa à la prestation de services de santé de qualité dans un pays qui dispose moins d'un lit pour mille

habitants »<sup>89</sup>. Toutefois, même dans le meilleur des cas<sup>90</sup>, l'augmentation du nombre de lits dans la Clinique Biasa ne représente que 1,26 %<sup>91</sup>. En Tanzanie, l'initiative pour la Santé en Afrique a investi dans un prestataire d'assurance maladie, Strategis Insurance<sup>92,93</sup>. Pourtant, la documentation relative à Strategis Insurance indiquait que l'entreprise ne comptait que 30 000 membres, soit 0,06 % de la population<sup>94</sup>. AAR Health Care Holdings Ltd, réseau de soins couvrant toute l'Afrique de l'Est, a bénéficié à deux reprises d'investissements de la SFI<sup>95</sup>, alors que ce réseau fournit actuellement des services ambulatoires à 500 000 personnes par an seulement dans cette zone géographique<sup>96</sup>. En supposant qu'AAR Healthcare atteigne son objectif de croissance, qui est de fournir ses services à 600 000 patients ambulatoires supplémentaires par an jusqu'en 2018<sup>97</sup>, 1,9 % seulement de la population totale des trois pays dans lesquels AAR Healthcare intervient profiterait de ces services<sup>98</sup>.

### **Encadré 2 : régime d'assurance maladie des informaticiens de Lagos et Hygeia Nigeria**

Au Nigeria, une série de régimes en partenariat avec l'entreprise Hygeia<sup>99</sup>, qui a bénéficié d'aides de la SFI, ont été applaudis pour avoir permis d'étendre la couverture santé à des communautés nigérianes à faible revenu<sup>100</sup>. Un des régimes Santé en Afrique, qui a reçu 6,1 millions de dollars de la SFI, a entrepris de subventionner l'assurance maladie de 22 500 informaticiens à faible revenu à Lagos sur une période de cinq ans à partir de 2008<sup>101,102</sup>. Il semble que le régime pilote exclut les Nigériens les plus pauvres et les plus vulnérables, car les affiliés doivent disposer d'un emploi formel (ce qui exclut environ 80 % des travailleurs à Lagos<sup>103</sup>).

En outre, le coût de l'adhésion est prohibitif. La première année, les affiliés paient 10 dollars pour faire partie de ce régime<sup>104</sup>. À partir de la cinquième année, le coût passe à 53 dollars, car la subvention de la SFI diminue<sup>105</sup>. Au-delà de cinq ans, le coût total de la prime d'assurance, 93 dollars, est entièrement à la charge des affiliés, à moins que l'État n'accepte de le prendre en charge. Le gouvernement actuel devrait tripler ses dépenses de santé par tête pour couvrir tous les Nigériens dans le cadre de ce régime<sup>106</sup>.

Même à un coût aussi élevé, le régime d'assurance exclut néanmoins divers services de santé essentiels, dont les traitements contre le cancer, les soins intensifs, la planification familiale, les opérations longues ainsi que d'autres services médicaux primordiaux<sup>107</sup>. Le régime ne permet pas aux affiliés de se prémunir contre le risque d'appauvrissement lié aux dépenses de santé.

Selon les informations disponibles, le nombre escompté de personnes affiliées à ce régime n'a pas été atteint, comme l'on pouvait s'y attendre<sup>108</sup>. Aujourd'hui, un an après la date à laquelle le projet aurait dû prendre fin, on compte moins de 40 % des bénéficiaires attendus et 54 % seulement des fonds de la SFI ont été déboursés<sup>109</sup>. Au Nigeria, plus de 100 000 années seraient nécessaires pour atteindre la couverture santé universelle par l'intermédiaire de ce dispositif<sup>110</sup>.

## 7 EXEMPTS DE TOUT CONTRÔLE ET OPAQUES : INTERMÉDIAIRES FINANCIERS UTILISÉS DANS LE CADRE L'INITIATIVE POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE

Au manque d'intérêt que manifeste la SFI concernant la mise en œuvre de moyens de mesure de l'impact de Santé en Afrique sur le développement s'ajoute le recours à des intermédiaires financiers, qui procèdent aux investissements à sa place, notamment le Africa Health Fund et le Fonds d'investissement pour la santé en Afrique.

Les recherches menées par Oxfam ont permis d'identifier plusieurs problèmes concernant le recours par la SFI d'intermédiaires financiers en général<sup>111</sup>. Ces problèmes sont l'opacité, la complexité, la priorité accordée à la rentabilité financière plutôt qu'aux incidences sur le développement, l'accent mis sur les risques financiers plutôt que sur les risques environnementaux et sociaux, le manque de contrôle ou l'incapacité à influencer sur les pratiques commerciales des entreprises bénéficiaires et la distance vis-à-vis des projets financés en définitive et de leurs conséquences sur les populations pauvres<sup>112</sup>.

Un rapport datant de 2013, du conseiller-médiateur du Groupe de la Banque mondiale pour l'application des directives (CAO), est arrivé aux mêmes conclusions que les recherches d'Oxfam<sup>113</sup>. Les auteurs du rapport ont constaté que la SFI n'était pas capable de savoir si les investissements opérés via des intermédiaires financiers causaient du tort aux personnes pauvres et à l'environnement, et encore moins de mesurer les éventuels bénéfices obtenus en termes de développement<sup>114</sup>. Des irrégularités graves et des problèmes de non-respect des normes existantes de la SFI ont été constatés<sup>115</sup>. La transparence était insuffisante et des préoccupations légitimes ont été signalées quant à l'absence presque totale d'accès public aux informations à certaines périodes<sup>116</sup>. Compte tenu de cette pénurie d'informations, il peut s'avérer difficile pour les communautés de savoir si la SFI appuie un projet et encore plus difficile de savoir qu'il leur est possible de soumettre des plaintes et d'accéder à des mécanismes de recours par l'intermédiaire du CAO<sup>117</sup>. Dans sa première réponse au rapport d'audit<sup>118</sup>, la SFI n'a pas reconnu la gravité des problèmes soulevés et ne s'est pas engagée à les résoudre de façon satisfaisante<sup>119</sup>.

Suite à la forte pression de la société civile et du Conseil de la Banque mondiale, la SFI essaye à présent de s'attaquer à certains de ces problèmes<sup>120</sup>, mais elle ne s'attèle toujours pas aux problèmes systémiques plus larges de ce modèle de crédit par des intermédiaires financiers<sup>121</sup>. Étant donné ce bilan problématique, le choix de la SFI d'avoir recours à des intermédiaires financiers dans le secteur de la santé, où l'on a échoué à

démontrer son impact, est inquiétant pour les gouvernements partie prenantes de la Banque mondiale et pour leurs contribuables, ainsi que pour les bénéficiaires auprès desquels la Banque mondiale doit faire preuve de transparence.

## 8 RÉPONSE DE LA DIRECTION DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE A L'ÉVALUATION A MI-PARCOURS DE SANTÉ EN AFRIQUE

Dans sa réponse officielle<sup>122</sup> aux critiques exposées dans l'évaluation à mi-parcours de Santé en Afrique, le Groupe de la Banque mondiale a essentiellement insisté sur le fait qu'il s'agissait d'une initiative pilote et que l'équipe de la SFI adoptait une approche d'« apprentissage par la pratique »<sup>123</sup>. Cet argument a par la suite été mis à mal lorsque la SFI a reconnu ne pas avoir accordé suffisamment d'importance au suivi-évaluation lors de la première année, élément indispensable de l'apprentissage par la pratique<sup>124</sup>. D'ailleurs, jusqu'à 2011, Santé en Afrique ne disposait pas de cadre global de résultats, c'est-à-dire trois ans après le lancement de l'initiative<sup>125</sup>. Dans sa réponse, la SFI s'engage à définir des critères de vérification de la réussite de Santé en Afrique « à son terme »<sup>126</sup>, ce qui confirme que la SFI ne saisit pas bien la nécessité de mettre en place un suivi-évaluation pendant l'apprentissage.

Pour prouver que l'initiative œuvre en faveur des populations les plus pauvres, la direction du Groupe de la Banque mondiale met en avant le dispositif d'incitation utilisé pour atteindre la prétendue « base de la pyramide », mais ne reconnaît pas l'inadéquation des plafonds de revenus définis<sup>127</sup>. La direction du Groupe de la Banque mondiale a également affirmé que l'initiative « n'entendait pas cibler directement les populations dont l'accès aux services est insuffisant dans tous les aspects de son fonctionnement, notamment ses travaux sur les questions de fond<sup>128</sup> », ce qui va à l'encontre des publications de la Banque mondiale elle-même ainsi que des deux nouveaux objectifs consistant à mettre fin à la pauvreté extrême et à promouvoir une prospérité partagée. La Banque mondiale insiste ensuite sur les bénéfices indirects de son travail sur les populations dont l'accès aux services est insuffisant, par l'amélioration des activités du secteur privé<sup>129</sup>, et s'appuie apparemment pour cela sur l'idée non vérifiée que l'amélioration et la croissance du secteur privé de la santé serviront automatiquement les intérêts des plus démunis<sup>130</sup>.

## 9 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'accent mis par le président Jim Yong Kim sur la CSU et la nécessité de d'accorder la priorité aux politiques permettant de réduire les disparités en matière de couverture de santé marque un tournant essentiel et bienvenu pour le Groupe de la Banque mondiale. Toutefois, les renseignements disponibles montrent que l'initiative pour la Santé en Afrique de la SFI va à l'encontre de l'engagement du Groupe de la Banque mondiale en faveur de la CSU et de ses objectifs primordiaux de lutte contre la pauvreté extrême et de promotion d'une prospérité partagée.

Le manque d'importance accordée aux pauvres, en particulier aux femmes pauvres, est la principale préoccupation. L'absence d'un cadre global et efficace permettant de mesurer l'impact, notamment sur les personnes en situation de pauvreté, compromet le discours de la SFI, qui affirme avoir opté pour une méthode d'« apprentissage par la pratique ». De plus, le recours aux intermédiaires financiers pour investir dans des soins de santé rend encore plus difficile la mesure de l'impact de la pauvreté, en raison d'un manque de transparence. Cela estompe les limites de la redevabilité envers les parties prenantes de la Banque mondiale et les bénéficiaires. La SFI n'a rien fait pour battre en brèche les éléments prouvant les risques et le manque d'équité de la commercialisation des soins de santé. La réponse officielle du Groupe de la Banque mondiale à l'évaluation à mi-parcours de l'initiative pour la Santé en Afrique n'a apporté que peu d'arguments, peut-être même aucun argument, permettant de contredire les critiques et de prouver que la SFI œuvre en faveur des populations pauvres, en adoptant des méthodes fondées sur des bases factuelles.

La question de la CSU constitue une occasion d'accélérer les avancées relatives aux OMD (Objectifs du Millénaire pour le développement) portant sur la santé, de s'attaquer au problème toujours plus pesant des maladies non transmissibles et de réduire l'inégalité en matière d'accès aux soins de santé en Afrique. Cependant, pour parvenir à la CSU, les réformes du secteur de la santé doivent de façon explicite réduire les inégalités relatives à l'accès aux services de santé. En dépit de leurs imperfections, les services financés et dispensés par l'État demeurent, dans de nombreux pays, le principal vecteur permettant de tendre vers la CSU dans le cadre de systèmes de santé plus équitables et plus performants. Il est très peu probable qu'accorder la priorité aux prestations de soins de santé du secteur privé, à but lucratif, permette d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les personnes pauvres et d'obtenir la CSU<sup>131</sup>.

Oxfam présente les recommandations suivantes au Groupe de la Banque mondiale :

- Publier l'évaluation finale de l'initiative pour la Santé en Afrique, comme annoncé dans la réponse de la direction du Groupe de la Banque mondiale à l'évaluation à mi-parcours, et discuter des implications de ces conclusions avec le Conseil, les organisations de la société civile et les autres parties prenantes.

- S'abstenir de procéder à de nouveaux investissements Santé en Afrique tant qu'il n'existera pas un dispositif efficace, transparent et garant de la responsabilité afin de veiller à ce que de tels investissements profitent aux personnes pauvres et répondent à des besoins non satisfaits ;
- Mettre fin aux investissements de la SFI via des intermédiaires financiers dans le secteur de la santé jusqu'à ce que la transparence dans ces échanges soit garantie et que l'impact sur les populations pauvres soit démontré ;
- Mener une évaluation exhaustive des opérations et des résultats de la SFI à ce jour dans le secteur de la santé dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire pour vérifier qu'ils sont conformes aux objectifs primordiaux du Groupe de la Banque mondiale, à savoir mettre fin à la pauvreté extrême et promouvoir une prospérité partagée, et que la SFI est comptable de ses actes ;
- Continuer à soutenir les gouvernements africains à renforcer les capacités des États à réguler le secteur privé ;
- S'employer à soutenir les gouvernements africains à étendre les soins de santé publics fournis et mettre un terme aux frais avancés par les patients. Il s'agit là d'un moyen de sauver la vie de millions de personnes dans le monde entier et de réduire les inégalités.

# NOTES

Tous les liens ont été vérifiés en juin 2014, sauf indication contraire.

- 1 Allocution de Jim Yong Kim, président du Groupe de la Banque mondiale à la Conférence de la Banque mondiale et du Gouvernement du Japon sur la couverture universelle en matière de santé, Tokyo, 6 décembre 2013, <http://www.banquemondiale.org/fr/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage>
- 2 Allocution du Président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, à l'Assemblée mondiale de la Santé « Pauvreté, santé et avenir de l'humanité », Genève, 21 mai 2013, <http://www.banquemondiale.org/fr/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- 3 Oxfam International (2013), « Couverture santé universelle : pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie », document d'information Oxfam 176, Oxford : Oxfam International, <http://oxf.am/UHV>
- 4 Par exemple, S. Basu, J. Andrews, S. Kishore, R. Panjabi and D. Stuckler (2012) « Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review », PLOS Medicine 9(6): e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244. Pour un résumé des données disponibles, veuillez également consulter Oxfam International (2009), « Optimisme aveugle : Une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres », Oxford : Oxfam International, <http://oxf.am/QKQ>
- 5 M. Koivusalo et M. Mackintosh (2004), « *Health Systems and Commercialization: In Search of Good Sense* ». Document préparé pour la Conférence internationale sur la commercialisation des soins de santé de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD) : Dynamiques locales et mondiales et réponses politiques
- 6 Rannan-Eliya, R. et Somantnan, A. (2005) « Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap ». UKK: DFID Health Systems Resource Centre.
- 7 Oxfam International (2014), « Au service de la majorité : Des services publics pour combattre les inégalités », document d'information d'Oxfam 182, Oxford : Oxfam International, <http://oxf.am/5TZ>
- 8 Groupe de la Banque mondiale (2013), « *Africa's Pulse : An Analysis of Issues Shaping Africa's Economic Future* », volume 7, avril, [http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Report/Africas-Pulse-brochure\\_Vol7.pdf](http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Report/Africas-Pulse-brochure_Vol7.pdf) (site consulté pour la dernière fois en juin 2014)
- 9 SFI, Investir dans la santé en Afrique – Le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations (ci-après appelé Investir dans la santé), Washington DC : SFI, p. v
- 10 Ibid. p.vii.
- 11 Banque mondiale (2011), Partenariats pour la santé : comment l'État collabore avec le secteur privé pour améliorer la santé en Afrique (ci après appelé Partenariats pour la santé), Washington DC : Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale, p. 14
- 12 SFI et Banque mondiale, Investir dans la santé – *Policy Note, Issue 1*, janvier 2010 (ci-après appelé *Policy Note 2010*), p. 2
- 13 SFI, Investir dans la santé, p. 26
- 14 Ibid. p.17 et p.11
- 15 Ibid. p. 52
- 16 Oxfam International (2009), op. cit. ; et Basu et al. (2012) op. cit.
- 17 Services de conseil Investment Climate du Groupe de la Banque mondiale, *The Health in Africa Initiative: Improving the Role of Private Sector in Healthcare* (ci-après appelé *2013 Factsheet*), p. 1, [https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-Factsheet\\_October-2013.pdf](https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-Factsheet_October-2013.pdf)
- 18 SFI et Banque mondiale, *Policy Note 2010*
- 19 SFI et Banque mondiale (2012), *Health in Africa Initiative – Factsheet*, août 2012, p. 1 (ci-après appelé *2012 Factsheet*), [https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-FACTSHEET-SEPTEMBER-2012\\_ENGLISH.pdf](https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-FACTSHEET-SEPTEMBER-2012_ENGLISH.pdf) (site consulté pour la dernière fois en juin 2014)
- 20 IFC videocasts, « *IFC Invests in Private Health Care in Africa* », octobre 2011, <http://www.youtube.com/watch?v=ZYAw9hGFxcc>
- 21 SFI (2007), document intitulé « *Health Strategy for Sub-Sahara Africa* », cité dans Brad Herbert Associates (2012) *Health in Africa Mid-Term Evaluation – Final Report*, p.11, <https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-Mid-Term-Evaluation-Final-Report-Sept-2012.pdf>

- 22 Ibid. p. 11
- 23 SFI et Banque mondiale, *Policy Note* 2010 ; et SFI et Banque mondiale, *Factsheet* 2012, p. 4
- 24 Groupe de la Banque mondiale (2012), *World Bank Group Management Response – Health in Africa Independent Mid-Term Evaluation*, (ci-après appelé *Management Response*), p. 1
- 25 SFI, « *IFC Backs Africa Health Care Fund* », communiqué de presse, 4 juin, [http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/region\\_\\_ext\\_content/regions/sub-saharan+africa/news/health\\_equity\\_fund](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/region__ext_content/regions/sub-saharan+africa/news/health_equity_fund)
- 26 The Abraaj Group (2012), « *Press Release: Abraaj Capital Announces Acquisition of Aureos Capital* », 20 février, <http://www.abraaj.com/news-and-insight/news/press-release-abraaj-capital-announces-acquisition-of-aureos-capital/>
- 27 La SFI a ensuite investi 10 milliards de dollars dans un fonds supplémentaire financé par la Fondation Bill & Melinda Gates, le « Global Health Investment Fund », visant à investir dans le développement de médicaments et autres produits médicaux. IFC Projects Database, « *GHIF – Summary of Proposed Investment* », <http://ifcext.ifc.org/IFCExt/spiwebsite1.nsf/DocsByUNIDForPrint/7062F2FE8E6BA8BA85257AAE0066A86A?opendocument>
- 28 IFC Projects Database, « *Investment Fund for Health in Africa – Summary of Proposed Investment* », [http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI\\_DP26516](http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI_DP26516)  
L'IFHA est antérieur au lancement de l'initiative pour la Santé en Afrique, mais il apparaît clairement que la SFI prenait part à des discussions relatives à sa participation à l'IFHA dès sa création. Brad Herbert Associates op. cit. p. 36
- 29 SFI et Banque mondiale, *Factsheet* 2012, p. 1
- 30 SFI (2014), « *IFC Backs Africa Health Care Fund* », op. cit.
- 31 Groupe de la Banque mondiale, *Management Response*, p. 1
- 32 SFI et Banque mondiale, *Factsheet* 2012, p. 1
- 33 Ibid. p. 4
- 34 Groupe de la Banque mondiale, *Management Response*, p. 2
- 35 Groupe indépendant d'évaluation (IEG) de la Banque mondiale op. cit. p. 77
- 36 Ibid. p. 77
- 37 [http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/CORP\\_EXT\\_Content/IFC\\_External\\_Corporate\\_Site/Wh+at+We+Do/Investment+Services](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/CORP_EXT_Content/IFC_External_Corporate_Site/Wh+at+We+Do/Investment+Services)
- 38 Groupe indépendant d'évaluation (IEG) de la Banque mondiale (2009) « Chapter 5 – IFC's Health Strategy and Operations », dans le rapport « Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition, and Population – An Evaluation of World Bank Group Support Since 1997 », Washington DC : Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. p.82–83
- 39 Ibid. p. 82-83
- 40 Ibid. p. 90
- 41 Ibid. p. 90
- 42 Ibid. p. 86
- 43 Ibid. p. 77 et p. 81
- 44 Brad Herbert Associates (2012) *Health in Africa Mid-Term Evaluation – Final Report*, p. 11
- 45 SFI (2007), cité dans Brad Herbert Associates op. cit. p. 11
- 46 Brad Herbert Associates (2012), *Health in Africa Mid-Term Evaluation – Final Report*
- 47 Ibid. p. 4, p. 18 et p. 41
- 48 Ibid. p. 18
- 49 Ibid. p. 4 et p. 18
- 50 Ibid. p. 4
- 51 IFC Projects Database, « *Chad Clinic – Summary of Investment Information* », <https://ifcndd.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcdba85257a8b0075079d/fb9298fb97103a0885257b5d005f5948?opendocument>
- 52 Private Equity Africa (2012), « *Aureos in \$1.7m Clinique Biosa deal* », 4 juillet, <http://www.privateequityafrica.com/wp/uncategorized/aureos-in-1-7m-clinique-biosa-deal/>
- 53 IFC Projects Database, « *Hygeia II – Summary of Proposed Investment* » ; [http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI\\_DP26806](http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI_DP26806), et « *Hygeia Equity – Summary of Proposed Investment* » <http://ifcextapps.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcdba85257a8b0075079d/95fd41ae25e87b9b852578780074b35c?opendocument> .  
Pour plus d'informations concernant le Fonds d'investissement pour la Santé en Afrique à Hygeia, veuillez consulter le document suivants : « Sourcelink: an investment by IFHA »



- <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/PPT%20SourcelinkPharma%20by%20IFHA.pdf> p.4. 2 millions d'euros convertis à 2,68 millions de dollars, conversion effectuée sur xe.com, juillet 2014.
- 54 Lagoon Hospitals Hygeia, « Patient Guide » <http://www.hygeiagroup.com/lagoon/Medical-Services/Care-Guide.aspx> et Lagoon Hospitals Hygeia « Company Overview », <http://www.hygeiagroup.com/lagoon/About-Us/Company-Overview.aspx>.
- 55 Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) (2012), « Les décès maternels ont diminué de moitié en 20 ans, mais les progrès doivent être plus rapides », communiqué de presse, 16 mai, <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10730> (site consulté pour la dernière fois en juin 2014)
- 56 The Abraaj Group (2012), citant Jacob Kholi, associé gérant du Africa Health Fund, dans le communiqué de presse intitulé « *Aureos managed Africa Health Fund invests US\$5 million in Nigerian assisted reproductive centre* », 4 février, <http://www.abraaj.com/news-and-insight/news/aureos-managed-africa-health-fund-invests-us5-million-in-nigerian-assisted/>
- 57 758 000 NGN, conversion effectuée sur xe.com, juin 2014, The Bridge Clinic, « *The Bridge Clinic – Pricing* » <http://176.32.230.1/thebridgeclinic.com/pricing.php>
- 58 Banque mondiale, Partenariats pour la santé, p. 17 (Figure 1.7)
- 59 SFI (2007), cité dans Brad Herbert Associates (2012) op. cit. p. 11
- 60 IFC Projects Database, « *Life Healthcare – Summary of Proposed Investment* », [http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI\\_DP29199](http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI_DP29199)
- 61 Voir le site Web Life Healthcare pour en savoir plus sur les services proposés et les hôpitaux, <http://www.lifehealthcare.co.za/>
- 62 Voir le site Web Life Healthcare pour consulter des exemples de coûts supplémentaires des médecins privés (en dehors des régimes d'aide pour les soins médicaux) dans les hôpitaux Life : Life Westville Hospital, <http://www.lifehealthcare.co.za/Hospitals/DisplayHospital.aspx?nHospitalId=61> ; Life East London Private Hospital, <http://www.lifehealthcare.co.za/Hospitals/DisplayHospital.aspx?nHospitalId=14> ; Life Faerie Glen Hospital, <http://www.lifehealthcare.co.za/Hospitals/DisplayHospital.aspx?nHospitalId=20>
- 63 D. McIntyre (2010), « *Private sector involvement in funding and providing health services in South Africa: implications for equity and access to health care* », document de travail Equinet, juillet, p. 1
- 64 La SFI a ensuite investi 57 millions de dollars supplémentaires dans Life Healthcare, soit un investissement total de 150 millions de dollars. IFC Projects Database, « *Life Healthcare – Summary of Proposed Investment* », <http://ifcextapps.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fdb85257a8b0075079d/506cc3293fedb7f385257721006b201f?opendocument> (site consulté pour la dernière fois en juillet 2014)
- 65 M. Hasenfuss (2011), « *South Africa's Life Healthcare picks 26% in Max* », *Business Standard*, 13 octobre, [http://www.business-standard.com/article/finance/south-africa-s-life-healthcare-picks-26-in-max-111101300095\\_1.html](http://www.business-standard.com/article/finance/south-africa-s-life-healthcare-picks-26-in-max-111101300095_1.html)
- 66 T. Minney (2010), « *Africa Health Fund makes first investment* », *African Capital Markets News*, 29 janvier, <http://www.africancapitalmarketsnews.com/233/africa-health-fund-makes-first-investment/>
- 67 Le forfait « Maternité » de l'hôpital des femmes de Nairobi coûte 40 000 KES (montant confirmé par échange de correspondance avec la maternité de Nairobi en février 2014 et converti sur le site xe.com en mars 2014)
- 68 Selon les estimations disponibles, le salaire moyen d'un Kenyan se situe entre 76 et 141 dollars par mois. J. Macharia (2013), « *Kenyan MPs defy president, hike pay to 130 times minimum wage* », *Reuters*, 28 mai, <http://www.reuters.com/article/2013/05/28/us-kenya-reform-idUSBRE94ROMW20130528>, et *BBC News* (2013), « *Kenya's Nairobi city hit by pig protest over MPs pay* », 14 mai, <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-22522846>
- 69 Hôpital des femmes de Nairobi, « *Maternity packages* », <http://nwch.co.ke/maternity-packages-2/> (site consulté pour la dernière fois en juin 2014). Coût d'un obstétricien : 24 000 KES (conversion effectuée sur le site xe.com en mars 2014)
- 70 Hôpital des femmes de Nairobi, « *The Nairobi Women's Hospital – About us* », <http://nwch.co.ke/about-us/>
- 71 S. Mbogo et R. Otini (2011), « *Kenya: Broker jolts hospital with new pricing index* », *allAfrica*, 24 novembre, <http://allafrica.com/stories/201111250017.html> 72 843 KES (conversion effectuée sur le site xe.com en septembre 2013)
- 72 67,2 % des Kenyans disposent de deux dollars ou moins par jour. Données de la Banque mondiale, « *Ratio de la population pauvre disposant de moins de \$ 2 par jour (PPA) (% de la population)* » pour le Kenya, 2005, <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.POV.2DAY/countries/KE?display=graph>
- 73 « *Kenya: Will Free Delivery Reduce the High Mortality Rate?* » 19 avril 2013 <http://allafrica.com/stories/201304210016.html?viewall=1>, et « *Kenya's Mothers Shun Free Maternity Health Care* » 9 juillet 2013 <http://www.ipsnews.net/2013/07/kenyas-mothers-shun-free-maternity-health-care/>

- 74 Hôpital de Nakasero, « *NHL News* », Juillet–Septembre 2012, p. 4  
<http://www.nakaserohospital.com/images/documents/nhlnews.pdf>
- 75 Life Healthcare, *Life Healthcare – Integrated Annual Report 2012*, p. 55,  
[http://www.lifehealthcare.co.za/IR/Financial\\_Info/Life%20Healthcare%20Integrated%20Annual%20Report%202012.pdf](http://www.lifehealthcare.co.za/IR/Financial_Info/Life%20Healthcare%20Integrated%20Annual%20Report%202012.pdf)
- 76 Hôpital de Nakasero, « *Nakasero Hospital (NHL) – Deseret International Eye Camp* », p. 1 et p. 4, <http://www.nakaserohospital.com/images/documents/eyeclinic.pdf>
- 77 Président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, *Speech at the Annual Meeting Plenary Session*, Tokyo, 11 octobre 2012,  
<http://www.worldbank.org/en/news/speech/2012/10/12/remarks-world-bank-group-president-jim-yong-kim-annual-meeting-plenary-session>
- 78 Brad Herbert Associates op. cit. p. 4
- 79 Brad Herbert Associates op. cit. p. 32
- 80 SFI et Banque mondiale, Initiative pour la Santé en Afrique – *Factsheet*, juin 2011, p. 4,  
<https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/upload/FINAL-HiA-factsheet.pdf>
- 81 *Investment Fund for Health in Africa, Environmental, Social and Development Performance Report 2012*, p. 16-17, <http://www.ifhafund.com/uploads/ESDPR%202012%20FINAL.pdf>
- 82 Ibid. p. 15, p. 19 et p. 29
- 83 R. Sheik Umar et L. Rondganger (2011) « *Hello Doctor under fire* », *IOL News*, 10 mai,  
<http://www.iol.co.za/news/south-africa/kwazulu-natal/hello-doctor-under-fire-1.1066992#.UkrU1K416eZ>
- 84 J. Kholi et R. Wanjiro (2013), « *Private Sector Opportunities in Developing Country Healthcare* », *Private Sector & Development (Proparco's Magazine)*, Issue 17, Juillet, p. 21-24
- 85 En 2002, dollars internationaux au taux de parité de pouvoir d'achat (PPA), Brad Herbert Associates, op. cit. p. 34-35
- 86 World Resources Institute et SFI, *The Next 4 Billion: Market Size and Business Strategy at the Base of the Pyramid*, 2007, p. 20, cité dans Brad Herbert Associates op. cit. p. 35
- 87 Brad Herbert Associates, op. cit. p. 34-35
- 88 Ibid. p. 4
- 89 The Abraaj Group (2012), « *Press Release: The Africa Health Fund managed by Aureos invests in Togolese private hospital* », <http://www.abraaj.com/news-and-insight/news/press-release-the-africa-health-fund-managed-by-aureos-invests-in-togolese/>
- 90 Ce cas de figure part du principe que le nombre actuel de lits (30) doit pourtant être multiplié par trois selon les plans d'investissement, et sera multiplié par trois afin d'atteindre 90 lits. Consultez le site web de la Clinique Biosa <http://www.cliniquebiosa.org/> Un autre cas de figure moins optimiste voudrait que le nombre actuel de lits a d'ores et déjà triplé, passant de 10 à 30 lits.
- 91 Calcul du pourcentage 1,26 % : la population actuelle du Togo est de 6 817 000 habitants (données de la Banque mondiale, « *Togo* », <http://data.worldbank.org/country/togo>) et le Togo dispose actuellement de 0,7 lit pour 1 000 personnes (données de la Banque mondiale, « *Hospital beds (per 1,000 people)* » <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>). Le nombre total de lits d'hôpitaux atteint donc 4 772. Une augmentation de 60 lits équivaut à 4 832 lits, soit une augmentation de 1,26 %.
- 92 Fonds d'investissement pour la santé en Afrique, « *Private Equity – Strategis Insurance (Tanzania) Limited* », <http://www.ifhafund.com/index.php?page=strategis-insurance-tanzania-limited>
- 93 SFI, Investir dans la santé, p. 71, Figure A2.4
- 94 En 2012, la Tanzanie comptait 47,78 millions d'habitants. Banque mondiale, « *Données – Tanzanie* », <http://donnees.banquemondiale.org/pays/tanzanie>
- 95 Une prise de participation de quatre millions de dollars devant être déboursée (IFC Projects Database, « *AAR Healthcare – Summary of Investment Information* », <https://ifcnndd.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcd8a85257a8b0075079d/571e1e97915da5ca85257b6b006a2541?opendocument>) et une acquisition supplémentaire d'une part de 20 % par le Fonds d'investissement pour la santé en Afrique (« *IFHA injects funds into East African healthcare* », *Private Equity Africa*, 15 décembre 2010, <http://ifcext.ifc.org/ifcext/pressroom/IFCPressRoom.nsf/0/2F42686363308FFE85257B9C004550F1>
- 96 SFI (2013), « *IFC Invests in AAR to improve health services in East Africa* », 2 juillet <http://ifcext.ifc.org/IFCExt/pressroom/IFCPressRoom.nsf/0/2F42686363308FFE85257B9C004550F1>
- 97 Ibid.
- 98 Sans prendre en compte la croissance démographique au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda d'ici 2018, qui ferait encore plus baisser ce pourcentage. Repose sur l'hypothèse que la couverture par l'assurance augmente progressivement au cours de la période allant de 2013 à 2018 (à savoir en ajoutant 100 000 la première année, 200 000 la deuxième

- année, 300 000 la troisième année, etc.) pour atteindre 600 000 supplémentaires par an d'ici 2018. Voir notes 107 et 111 respectivement pour la population de l'Ouganda et de la Tanzanie, et Banque mondiale, « Données – Kenya », <http://donnees.banquemondiale.org/pays/kenya> pour des données détaillées sur la population du Kenya, qui compte 43,18 millions d'habitants. On ne sait pas au juste combien de ces malades ambulatoires seraient couverts par le régime d'assurance d'AAR
- 99 SFI et Banque mondiale, *Factsheet 2012*, p. 4
- 100 Voir, par exemple, E. Gustafsson-Wright et O. Schellekens (2013), *Achieving Universal Health Coverage in Nigeria one State at a Time – A Public–Private Partnership Community-Based Health Insurance Model*, *Global Economy and Development at Brookings – Working Paper 2*, juin, Washington DC : Brookings
- 101 Le financement transite par le Partenariat mondial pour l'aide basée sur les résultats (GPOBA), qui octroie une subvention au Dutch Health Insurance Fund. Banque mondiale, GPOBA, SFI (2008) « *World Bank-administered GPOBA launches pre-paid health insurance scheme in Lagos, Nigeria* », *News release* », 30 octobre, [http://www.gpoba.org/sites/gpoba.org/files/Nigeria\\_health\\_Oct08\\_revised.pdf](http://www.gpoba.org/sites/gpoba.org/files/Nigeria_health_Oct08_revised.pdf)
- 102 Site Web de GPOBA, « *Pre-paid health scheme pilot in Nigeria* », <http://www.gpoba.org/project/P104405>
- 103 R. Neuwirth (2011), « *The “Informal Economy” Driving World Business* », *NPR Books*, 19 octobre, <http://www.npr.org/2011/10/26/141503411/the-informal-economy-driving-world-business>
- 104 Health Insurance Fund et GPOBA, op. cit. p. 6
- 105 Ibid.
- 106 Selon les chiffres de l'OMS, le gouvernement nigérian a dépensé 29,6 dollars par tête en 2011. OMS, *Global Health Expenditure Database*, « *Health Systems Financing Country Profile: Nigeria* », 2011, [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/fr](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/fr)
- 107 Y compris la haute technologie médicale (scanner, IRM, etc.) ; les épidémies touchant plus de 10 % de la population ; les blessures imputables à une catastrophe naturelle, une guerre ou des émeutes ; la dialyse ; les anomalies congénitales ; la fourniture de lunettes, d'appareils auditifs ou de soins dentaires et la toxicomanie. Voir Health Insurance Fund et GPOBA, op. cit. p. 29
- 108 S'explique en partie au moins par l'augmentation de la part à la charge des assurés, qui a causé 34 % de résiliation des affiliés (4 611 sur 13 473 personnes) entre janvier 2012 et mai 2013. Le début du projet a également été longuement retardé en raison de la méfiance de la communauté vis-à-vis de l'initiative. Banque mondiale (2013), *Implementation Status & Results Nigeria, Pre-paid Health Scheme Pilot in Nigeria P104405*, 30 novembre, p. 2
- 109 Le régime comptait 8 862 affiliés en mai 2013 alors que l'objectif était de 22 500 affiliations, Ibid. p. 2 et p. 4
- 110 Entre octobre 2007 et mai 2013, 8 862 personnes se sont affiliées au régime, Ibid. p. 2. En transposant 8 862 à l'échelle de la population du Nigeria (169 000 000), on obtient 104 886 ans au rythme actuel (169 000 000 / 8 862 = 19 070. 19 070 x 5,5 = 104 886). OMS, « *OMS Pays Nigeria* », <http://www.who.int/countries/nga/fr/>
- 111 Oxfam International (2012), « *Activités à risque : prêts par intermédiaires et financement du développement* », document d'information, 18 avril, Oxford : Oxfam International, p. 1, <http://oxf.am/oFE>
- 112 Ibid. p. 3-6 et R. Nash (2013), « *Does the World Bank speak with forked tongue on land grabs* », 15 avril, <http://oxfamblogs.org/fp2p/does-the-world-bank-speak-with-forked-tongue-on-land-grabs/>
- 113 Bureau du conseiller-médiateur pour l'application des directives (CAO) pour la Société financière internationale (SFI) et l'Agence multilatérale de garantie des investissements (MIGA), membres du Groupe de la Banque mondiale (2012), *CAO Audit of a Sample of IFC Investments in Third-Party Financial Intermediaries*, 10 octobre, [http://www.cao-ombudsman.org/documents/Audit\\_Report\\_C-I-R9-Y10-135.pdf](http://www.cao-ombudsman.org/documents/Audit_Report_C-I-R9-Y10-135.pdf)
- 114 Ibid. p. 24-25
- 115 Ibid. p. 31 et p. 41
- 116 Ibid. p. 25-26
- 117 R. Nash op. cit.
- 118 Banque mondiale/SFI/MIGA (2013), *Office Memorandum – Report on Audit of a Sample of IFC Investments in Third-Party Financial Intermediaries (IFC Response)*, 31 janvier, <http://www.cao-ombudsman.org/newsroom/documents/FINALIFCResponsetoCAOReport1-31-2013.pdf>
- 119 R. Nash op. cit.
- 120 E&S Risk Management of Financial Institutions at the IFC. Presentation to the Committee on Development Effectiveness, 4 septembre 2013, <http://www.cao-ombudsman.org/documents/IFCpresentationforCODE-ESRMforFIs-final.pdf> (site consulté pour la dernière fois en juin 2014)

121 The Bretton Woods Project (2014) *op. cit.*

122 Groupe de la Banque mondiale, *Management Response*,  
<https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/Mgt-Response-to-MTR-Rev-S-082412-2.pdf>

123 Ibid. p. 2 et p. 4

124 Ibid. p. 6

125 Ibid. p.6

126 Ibid. p. 6

127 Ibid. p. 5

128 Ibid. p. 4

129 Ibid. p. 4

130 Ibid. p. 4–6

131 Oxfam International (2009), *op. cit.* et Basu et al. (2012) *op. cit.*

© Oxfam International septembre 2014

Ce document a été rédigé par Anna Marriott et Jessica Hamer. Oxfam remercie Charlotte Souлары, Nicolas Mombrial et Ceri Averill pour leur aide. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter  
[advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

Ce document est soumis aux droits d'auteur mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. E-mail [policyandpractice@oxfam.org.uk](mailto:policyandpractice@oxfam.org.uk).

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous l'ISBN 978-1-78077-701-6 en septembre 2014.

Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni.

## OXFAM

Oxfam est une confédération internationale de 17 organisations qui, dans le cadre d'un mouvement mondial pour le changement, travaillent en réseau dans plus de 90 pays à la construction d'un avenir libéré de l'injustice qu'est la pauvreté.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter les différents affiliés ou visiter [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org). Courriel : [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

