



The Global Initiative
for Economic, Social and Cultural Rights



JUSTICE &
EMPOWERMENT
INITIATIVES - NIGERIA
community legal support initiative

Note d'orientation

L'échec de la commercialisation des services de santé au Nigeria pendant la pandémie de COVID-19

*Discrimination et inégalité dans la
jouissance du droit à la santé*

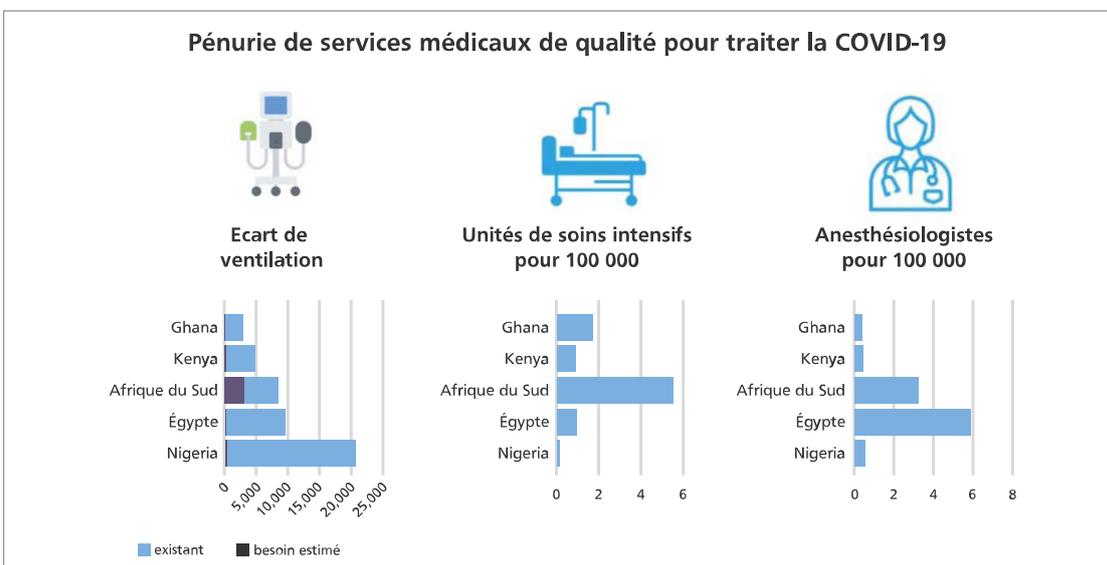
Un rapport de l'Initiative mondiale pour les droits économiques, sociaux et culturels (Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights) en partenariat avec Justice & Empowerment Initiatives, et avec le soutien de Corporate Accountability and Public Participation Africa.

Février 2022

Note d'orientation

Le Nigeria a l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé, qui est garanti à la fois par sa constitution et par les traités internationaux relatifs aux droits humains qu'il a signés. Bien que le droit à la santé n'exige pas aux États de veiller à ce que chaque individu soit en bonne santé, il exige, néanmoins, qu'ils mettent en place le meilleur système de santé possible, dans la mesure de leurs capacités, pour atteindre le niveau de santé le plus élevé possible - et pour prévenir et répondre aux pandémies.

Cependant, depuis que le premier cas de COVID-19 a été confirmé le 27 février 2020,¹ le pays d'Afrique de l'Ouest peine à garantir le droit à la santé de tous et toutes, dans un contexte de pénurie d'installations sanitaires accessibles, de personnel médical et de médicaments.² Malheureusement, il fallait s'y attendre, car les failles du système de santé nigérian précèdent la pandémie. Les services de santé sont gravement sous-financés: la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques générales a diminué de 7,3 % en 2006 à 4,4 % en 2018.³ L'accès à ces ressources limitées est aussi extrêmement inégal, les populations le plus marginalisées étant confrontées à des barrières socio-économiques, géographiques, informationnels et technologiques multiples et interconnectés, quant à l'accès aux services de santé, y compris pendant la pandémie.



Source: Élaboration propre de données provenant de Reuters et de la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes (WFSA en anglais).

¹ Reuters COVID-19 Tracker, «Nigeria: Les derniers chiffres, graphiques et cartes concernant le coronavirus» Reuters (2021) <[world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/nigeria/](https://www.reuters.com/world-africa/nigeria-covid-19-tracker-and-maps-countries-and-territories-nigeria/)> consulté le 26 octobre 2021.

² Siddharth Dixit, Kofoworola Ogundeji Yewande and Obinna Onwujekwe, «Dans quelle mesure le Nigeria a-t-il répondu au COVID-19 ?» Brookings (2 juillet 2020) <<https://www.brookings.edu/blog/future-development/2020/07/02/how-well-has-nigeria-responded-to-covid-19/>> consulté le 26 octobre 2021.

³ ase de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé, *Dépenses intérieures de santé des administrations publiques (% des dépenses des administrations publiques)* (2022) <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS>> consulté le 29 janvier 2022; voir aussi: BudgetIT, «Nigeria: Analyse du budget de la santé» (2021) <<https://yourbudget.com/wp-content/uploads/2018/04/Nigeria-Health-Budget-Analysis.pdf>> consulté le 25 octobre 2021.



Ce rapport analyse les impacts de la COVID-19 sur le droit à la santé au Nigeria, l'une des plus grandes économies d'Afrique,⁴ dans le contexte de la privatisation du système de santé du pays, en se concentrant sur les personnes vivant dans les bidonvilles de Lagos et Port Harcourt. Grâce à une revue systématique de la littérature académique et des informations fiables, ainsi qu'à d'entretiens avec des personnes vivant dans la pauvreté, le rapport explique comment le système de santé du Nigeria, n'étant prêt pour répondre de manière adéquate à la pandémie actuelle, a entraîné des conséquences néfastes pour plusieurs éléments du droit à la santé. Le rapport présente quatre conclusions principales:

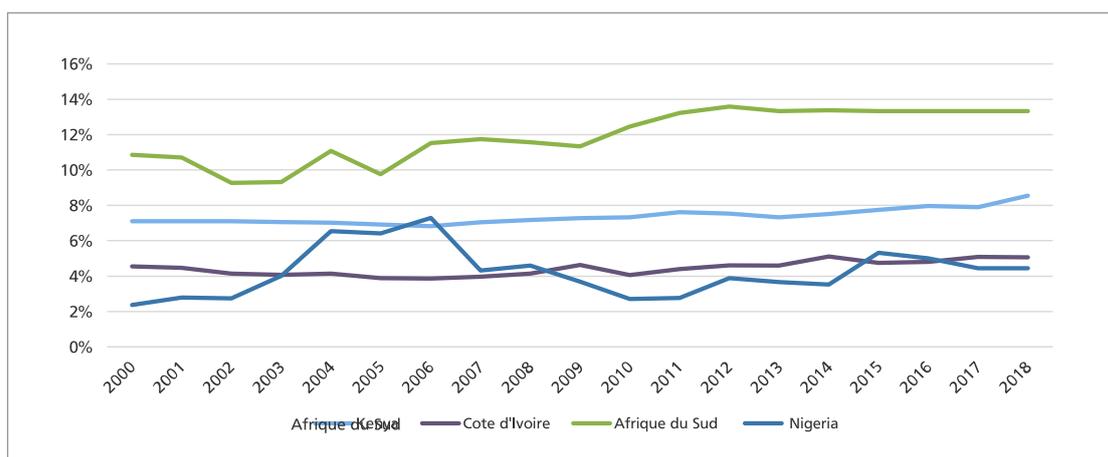
- 1.** Le Nigeria ne dispose pas de services de santé publique universels pour répondre aux urgences de santé publique. Le pays manque significativement d'installations sanitaires, de personnel et d'équipements médicaux nécessaires pour fournir le traitement, le dépistage et la vaccination contre la COVID-19 à sa population de plus de 206 millions d'habitants en 2020.
- 2.** Plusieurs obstacles entravent l'accès aux services de soins de santé dans le contexte de la pandémie, et l'accès est largement déterminé par les inégalités socio-économiques. Les groupes les plus marginalisés sont non seulement confrontés à des obstacles disproportionnés pour obtenir des services médicaux COVID-19, mais sont également les plus exposés aux dommages collatéraux de la pandémie sur l'accès à tous les services médicaux, vu que le système de santé peine à répondre à l'urgence.
- 3.** La réglementation et le contrôle des prestataires de santé privés par les autorités sont insuffisants. Dans des nombreux cas, de cliniques et d'hôpitaux privés, n'ont pas respecté les normes et pratiques médicales scientifiquement appropriées pendant la pandémie. Le rapport documente la manière dont les établissements privés n'étaient pas autorisés initialement à admettre les cas de COVID-19 pour traitement parce que les autorités avaient des doutes sur leur qualité, et comment cela s'est traduit par des lits vides et des capacités inexploitées au moment où elles étaient le plus nécessaires. Par exemple, sur la base d'une série d'indicateurs quantitatifs, une étude a révélé que le secteur privé de la santé dans l'État d'Edo n'était pas suffisamment équipé pour fournir des services de dépistage de la COVID-19.⁵
- 4.** Plusieurs prestataires de soins privés offrent des services de santé de qualité inférieure et ne respectent pas les protocoles et les normes médicales appropriés, notamment en utilisant des médicaments périmés ou en employant du personnel non qualifié, en particulier dans les bidonvilles. Bien avant la pandémie, la littérature académique

⁴ Données des comptes nationaux de la Banque mondiale et fichiers de données des comptes nationaux de l'OCDE, PIB (USD courants) *Afrique sub-saharienne* (2022) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=ZG&most_recent_value_desc=true> consulté le 19 janvier 2022.

⁵ Darlington Ewaen Obaseki et autres, «Intégration du secteur privé de la santé dans la réponse à la COVID-19: Évaluation de l'état de préparation des installations pour les services de dépistage dans l'État d'Edo, au Nigeria» (2020) 35 *The Pan African Medical Journal* 93.

a documenté l'inefficacité des thérapies contre le paludisme dans le secteur de la santé privée.⁶ Au cours de l'enquête COVID-19, on a constaté des cas d'établissements de santé privés utilisant des réactifs périmés pour les tests COVID-19.⁷

Dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales (%), 2000-2018, en pays africains comparables sélectionnés



Source: Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé, <https://www.who.int/data/gho>.

Bien que de multiples facteurs contribuent à cette situation difficile, le rapport affirme que la commercialisation du système de santé nigérian est l'un des principaux facteurs de dégradation du droit à la santé décrits ci-dessus. Au Nigeria, la commercialisation du système de santé, marqué par la croissance des mécanismes de marché et des acteurs privés dans le domaine de la santé, a commencé dans les années 1980, en partie à la suite des programmes d'ajustement structurel soutenus par les institutions financières internationales,⁸ et se poursuit encore. Cela est visible, par exemple, à travers l'augmentation rapide de la part des dépenses privées en matière de santé, qui est passée de 64,7 % en 2000 à 77,27 % en 2018. Les décisions politiques ont propulsé cette tendance. Par exemple, la politique nationale de santé révisée de 2004 consacre un chapitre entier à l'augmentation des partenariats avec le secteur privé pour le développement de la santé,⁹ et, en 2005, le ministère Fédéral de la Santé a élaboré la Politique nationale sur les partenariats public-privé, qui vise à les renforcer et à les étendre dans le domaine de la santé.¹⁰

⁶ Roger Bate et autres, «Qualité des médicaments antipaludiques dans les régions d'Afrique les plus gravement touchées par le paludisme - Une étude portant sur six pays» (2008) 3 PLoS ONE e2132; Benjamin SC Uzochukwu et autres, «Examen du diagnostic et du traitement appropriés du paludisme: Disponibilité et utilisation des tests de diagnostic rapide et de la thérapie combinée à base d'artémisinine dans les établissements de santé publics et privés du sud-est du Nigeria» (2010) 10 BMC Public Health 486; Grace O Gbotosho et autres, «Contribution potentielle des pratiques de prescription à l'émergence et à la propagation de la résistance à la chloroquine dans le sud-ouest du Nigeria: Prudence dans l'utilisation d'une thérapie combinée à base d'artémisinine» (2009) 8 Malaria Journal 313.

⁷ National, «COVID-19: Un laboratoire d'Enugu fermé pour cause de pratiques douteuses» *The Sun* (29 octobre 2021) < <https://www.sunnewsonline.com/covid-19-enugu-lab-shut-for-sharp-practices/> > Consulté le 31 octobre 2021.

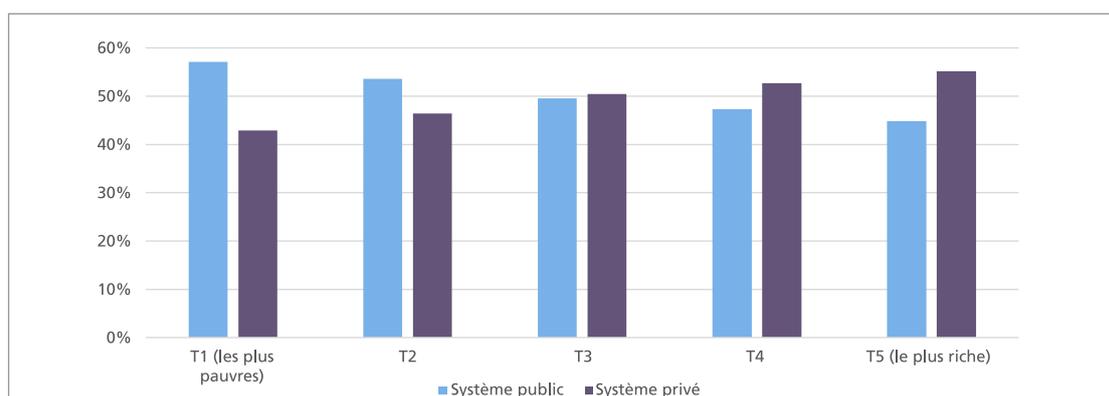
⁸ U Onwudiegwu, «L'effet d'une économie déprimée sur l'utilisation des services de santé maternelle : L'expérience nigériane» (2009) *Journal of Obstetrics and Gynaecology* <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443619309151701>> consulté le 3 décembre 2021.

⁹ République fédérale du Nigeria, *Politique nationale de santé révisée* (2004) <<https://cheld.org/wp-content/uploads/2012/04/Nigeria-Revised-Nation-al-Health-Policy-2004.pdf>> consulté le 3 novembre 2021, 50.

¹⁰ Ministère fédéral de la santé, *Politique nationale de partenariat public-privé dans le domaine de la santé au Nigeria* (2005) <<https://goollnk.com/WXzjbG>> consulté le 3 novembre 2021.

Après des décennies de privatisation des soins de santé, un secteur privé fragmenté et varié, composé d'acteurs commerciaux ainsi que de prestataires confessionnels et de la société civile, couvre environ 60 % des services de santé.¹¹ Dans ce système, les groupes à revenus élevés peuvent obtenir des soins médicaux d'un niveau relativement plus élevé dans des établissements d'apparence coûteuse situés dans les principales villes du pays, comme Lagos. En revanche, les personnes vivant dans la pauvreté dans des zones où les soins médicaux publics peuvent être absents ou trop éloignés, et où les services privés coûteux sont hors de portée, sont souvent obligés de chercher de l'aide dans des établissements de santé commerciaux à bas prix offrant des services de faible qualité.¹² Dans le pire des cas, ces services ne disposent pas de licence, ne sont ni sûrs ni réglementés, emploient du personnel non formé et non qualifié, vendent des médicaments périmés, et fonctionnent sans s'adhérer aux normes et à l'éthique médicale scientifiquement appropriée. Ces services commerciaux de mauvaise qualité peuvent gravement menacer la santé et la vie des personnes qui les utilisent, tout en entraînant de graves risques épidémiologiques. Par exemple, une étude montre que les prestataires de santé publique sont beaucoup plus susceptibles d'utiliser les diagnostics rapides du paludisme et les combinaisons recommandées que les prestataires privés dans le sud-est du Nigeria.¹³ Le faible respect des pratiques en matière de prescription dans le secteur privé a également été associé à l'augmentation du nombre de cas de paludisme résistant aux médicaments dans le pays.¹⁴ Alors que les acteurs privés non commerciaux de haute qualité, tels que certains prestataires confessionnels ou de la société civile, existent également et peuvent jouer un rôle positif dans l'amélioration de l'accès aux soins médicaux, ils sont l'exception plutôt que la règle.

Où les individus recherchent des soins médicaux (%), par quintile de richesse



Source: Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé, <https://www.who.int/data/gho>. Données disponibles en anglais [ici](#).

¹¹ Gouvernement fédéral du Nigeria, *Plan stratégique national de développement de la santé (2018 – 2022)* (2018) <https://www.health.gov.ng/doc/NSHDP_II_Final.pdf> consulté le 26 octobre 2021, p. 6

¹² Anna Marriott, 'Optimisme aveugle: Remettre en question les mythes sur les soins de santé privés dans les pays pauvres' *Oxfam* (1 février 2009) <<https://policy-practice.oxfam.org/resources/blind-optimism-challenging-the-myths-about-private-health-care-in-poor-countries-114093/>> consulté le 28 octobre 2021.

¹³ Benjamin SC Uzochukwu et autres, 'Examen du diagnostic et du traitement appropriés du paludisme: Disponibilité et utilisation des tests de diagnostic rapide et de la polythérapie à base d'artémisinine dans les établissements de santé publics et privés du sud-est du Nigeria' (2010) 10 *BMC Public Health* 486.

¹⁴ Grace O Gbotosho et autres, 'Contribution potentielle des pratiques de prescription à l'émergence et à la propagation de la résistance à la chloroquine dans le sud-ouest du Nigeria: Prudence dans l'utilisation d'une thérapie combinée à base d'artémisinine' (2009) 8 *Malaria Journal* 313.

Les inégalités en matière de santé et les barrières socio-économiques au Nigeria sont donc inhérentes au système global de soins de santé commercialisé, où l'accès aux soins médicaux, et donc la survie et une vie digne, dépendent fortement du statut social et économique de chaque individu.

Il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi. La réponse est de construire un système de soins de santé public fort et bien coordonné pour tous et toutes. Les soins de santé commerciaux ne permettront pas de satisfaire les droits de chacun et chacune au Nigeria, et encore moins de répondre aux priorités de santé publique ainsi qu'aux pandémies actuelles et futures. Il est urgent d'élargir la disponibilité des services de soins de santé publics pour tous et toutes, notamment en inversant les politiques de développement nationales et internationales actuelles destinées à encourager un engagement plus important du secteur privé dans les soins de santé. Dans le même temps, le Nigeria doit veiller à ce que tous les prestataires de soins de santé soient strictement contrôlés et réglementés aux niveaux fédéral, étatique et local.



«Je suis Madame Victor. Je vis dans la communauté de Nanka, à Port Harcourt. Pendant l'épidémie de Covid-19 de l'année dernière, beaucoup de gens sont vraiment tombés malades. Ils l'ont mal vécu et la plupart ne se sont pas rendus dans un centre de santé par peur d'être mis en quarantaine. De plus, il n'y avait pas assez d'argent pour aller à l'hôpital. Par conséquent, de nombreuses personnes se rendaient à la pharmacie pour acheter des médicaments.

Ma voisine, Mme Ifeoma, voulait se rendre dans un centre de santé, mais elle n'a pas pu le faire en raison de la restriction des déplacements. Même certaines femmes enceintes de ma rue ont eu du mal à se rendre à leurs visites de contrôle habituelles à cause du harcèlement de la police. Ma jeune sœur a fait une fausse couche et il a été très difficile de l'emmener d'urgence au centre de santé en raison des barrages routiers et de la présence de la police partout.»

Mrs Victor, Port Harcourt

(Crédit: photo et interview par Ruth Samuel, récit par GI-ESCR)

En savoir plus: [Journal Corona des pauvres en milieu urbain, Justice & Empower](#)

À partir de l'analyse présentée dans ce rapport, nous formulons les recommandations suivantes à l'intention du gouvernement fédéral et des gouvernements des États, dans leurs domaines de compétences respectifs:

- **Augmenter le financement gouvernemental de la santé à au moins 15 % du budget afin de respecter l'engagement d'Abuja et d'étendre la disponibilité de services de santé publique de qualité et bien coordonnés**



Le Nigeria fait partie des États de l'Union africaine qui se sont engagés, dans la déclaration d'Abuja de 2001, à porter la part du financement public de la santé à au moins 15 % du budget national global.¹⁵ Toutefois, le Nigeria est encore loin d'avoir atteint cet objectif. Les autorités devraient donc envisager d'augmenter les dépenses publiques générales en matière de santé pour passer de la part actuelle de 4,4 % des dépenses publiques générales (en 2018)¹⁶ à au moins 15 %, conformément à l'engagement de la Déclaration d'Abuja. L'engagement d'une plus grande partie des finances publiques dans le domaine de la santé serait conforme à l'obligation du Nigeria d'investir le maximum de ses ressources disponibles pour garantir l'accès à tous et toutes aux services de soins de santé publics universels; obligation énoncée dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et dans les autres traités internationaux relatifs aux droits humains auxquels le Nigeria est partie.

- **Inverser les politiques actuelles visant à encourager un plus grand engagement du secteur privé dans les soins de santé**

La politique nationale de santé de 2016 et le plan national de développement sanitaire (2018- 2022) fixent comme objectif la promotion des partenariats public-privé dans le domaine des soins de santé. Comme le montre ce rapport, les mécanismes de marché impliquant la concurrence, qui sont généralement en jeu dans les partenariats public-privé, ne parviennent pas à combler les lacunes laissées par un secteur public faible. Plutôt que de promouvoir des solutions basées sur le marché dans le domaine des soins de santé, qui ont des répercussions dangereuses sur la réalisation du droit à la santé, le Nigeria devrait investir dans un système de soins de santé public solide, géré, financé et fourni démocratiquement par des acteurs non commerciaux, et renforcer les capacités du secteur public des soins de santé.

- **Veiller à ce que tous les prestataires de soins de santé soient strictement contrôlés et réglementés aux niveaux fédéral, étatique et local**

Ce rapport a montré qu'en pratique la qualité des soins de santé privés est parfois très faible et ne correspond pas aux normes médicales. Des efforts plus importants en matière de réglementation et de surveillance sont nécessaires. En particulier, les gouvernements fédéraux, étatiques et locaux devraient coordonner leurs efforts pour s'assurer que tous les prestataires du pays opèrent sous un certificat de normes, comme le prévoit la loi nationale sur la santé (2014), avec des critères d'éligibilité harmonisés et un suivi significatif de la qualité et de son application.

¹⁵ OMS, *La déclaration d'Abuja: Dix ans plus tard* (2011) < https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1 > consulté le 25 octobre 2021.

¹⁶ Base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé, Dépenses de santé des administrations publiques nationales (Pourcentage des dépenses des administrations publiques). < <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=NG> > consulté le 17 janvier 2022; voir également: *BudgIT, Nigeria: Health Budget Analysis* (2021) < <https://yourbudgit.com/wp-content/uploads/2018/04/Nigeria-Health-Budget-Analysis.pdf> > consulté le 25 octobre 2021.

- **Prendre des mesures concrètes pour garantir l'accès universel à l'assurance maladie sociale ou à un autre système de financement pré-collectif**

Ce rapport a mis en évidence, une fois de plus, que la participation au régime national d'assurance maladie est extrêmement faible et ne couvre que certains travailleurs du secteur formel. Si l'existence de programmes ciblant le secteur informel, les personnes vivant dans la pauvreté et les groupes marginalisés est une mesure positive, dans la pratique, ces programmes sont mal mis en œuvre, comme le montrent les données sur les taux de scolarisation.

Lire le rapport complet sur le site web de la Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights en cliquant sur le lien suivant: <https://static1.squarespace.com/static/5a6e0958f6576ebde0e78c18/t/620e3166d84589628f0e3698/1645097336003/220125-GIESCR-Nigeria-Health-Report-FINAL.pdf> (en Anglais)



À propos de GI-ESCR

L'Initiative mondiale pour les droits économiques, sociaux et culturels (GI-ESCR) est une organisation internationale non gouvernementale de défense des droits humains. Avec ses partenaires du monde entier, le GI-ESCR œuvre à l'avènement d'un monde dans lequel chaque personne et chaque communauté vit dans la dignité et en harmonie avec la nature.

© 2022 Initiative mondiale pour les droits économiques, sociaux et culturels.