



MINISTÈRE  
DE L'ÉCONOMIE,  
DES FINANCES  
ET DE LA RELANCE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Direction Générale du Trésor

# LA LETTRE ÉCONOMIQUE DE L'AFRIQUE DE L'EST ET DE L'OCEAN INDIEN

UNE PUBLICATION DES SERVICES ÉCONOMIQUES DE L'AEOI

N° 21 – Mai 2022

## Les systèmes de santé en AEOI

### Editorial

Bonjour à tous,

Le mois écoulé a été riche en événements marquants pour la région d'Afrique de l'Est – Océan indien suivie par le SER de Nairobi. La bonne nouvelle de ce mois-ci nous provient de Somalie : le processus électoral, après un an et demi de retard, s'est achevé avec l'élection de Mohammed Cheikh Hassan à la présidence de la République le 15 mai 2022, où il va succéder à Farmajo, qui se représentait mais n'a donc pas été réélu. Notons que Farmajo a reconnu sa défaite et la passation de pouvoir se fera le 9 juin. Cette élection va permettre au processus PPTTE d'annulation de dette, dont la poursuite était conditionnée à cette élection, de se poursuivre. Dans les mauvaises nouvelles, la saison des pluies ne tient pas ses promesses dans nombre de pays, faisant planer le spectre de l'insécurité alimentaire en Somalie, au Sud de l'Éthiopie et dans le Nord du Kenya. Quant aux conséquences de la guerre en Ukraine sur l'inflation, elles ont déjà conduit 3 pays de la région à resserrer leur politique monétaire avec une hausse des taux de 0,5 point de pourcentage (pdp) au Kenya (à 7,5 %), 0,15 pdp à Maurice (à 2,0 %) et 1 pdp en Ouganda (à 7,5 %). Le Rwanda avait déjà augmenté son taux de 0,5 pdp en février à 5,0 %. Est-ce le début d'un mouvement qui va s'étendre à d'autres pays de la région ? Le fait est qu'en Éthiopie, l'inflation continue d'osciller entre 34 et 35 %, et que la tendance à la hausse de l'inflation est quasi générale... Et pour couronner le tout, au moins au Kenya, on assiste à une résurgence du Covid, pour l'instant sans conséquence sanitaire apparente, mais qu'il faudra continuer de suivre.

Le Covid justement. C'est lui qui nous a motivé pour le choix du thème de ce mois : les systèmes de santé dans la région. La crise sanitaire a fait prendre conscience de l'importance de l'accès de tous à un système de santé performant. La santé est redevenue un secteur d'intervention pour les bailleurs, avec au premier plan la Banque mondiale. L'inégalité dans l'accès aux vaccins entre pays développés et pays en développement est devenu un sujet de politique internationale. L'initiative Covax a essayé de répondre à ce besoin. Plusieurs pays de la région ont fait de l'autonomie vaccinale un sujet de politique nationale : au moins le Rwanda et le Kenya. Sur un plan bilatéral, la France a multiplié les dons de vaccins, et soit via des financements AFD, soit via des financements du Trésor, a soutenu le secteur de la santé dans nos pays (soutien au ministère de la Santé, fourniture d'équipements médicaux). Surtout, il y a eu prise de conscience à la fois qu'il fallait renforcer les systèmes de santé, mais aussi mieux garantir l'accès aux soins pour tous (assurance maladie universelle). Une question sous-jacente : au-delà de la prise de conscience et de la mobilisation d'importants moyens en 2020-2021, l'actuelle crise où nous a plongé la guerre en Ukraine, permettra-t-elle de pérenniser cet effort ou des priorités nouvelles ne vont-elles pas se substituer à la priorité sanitaire ?

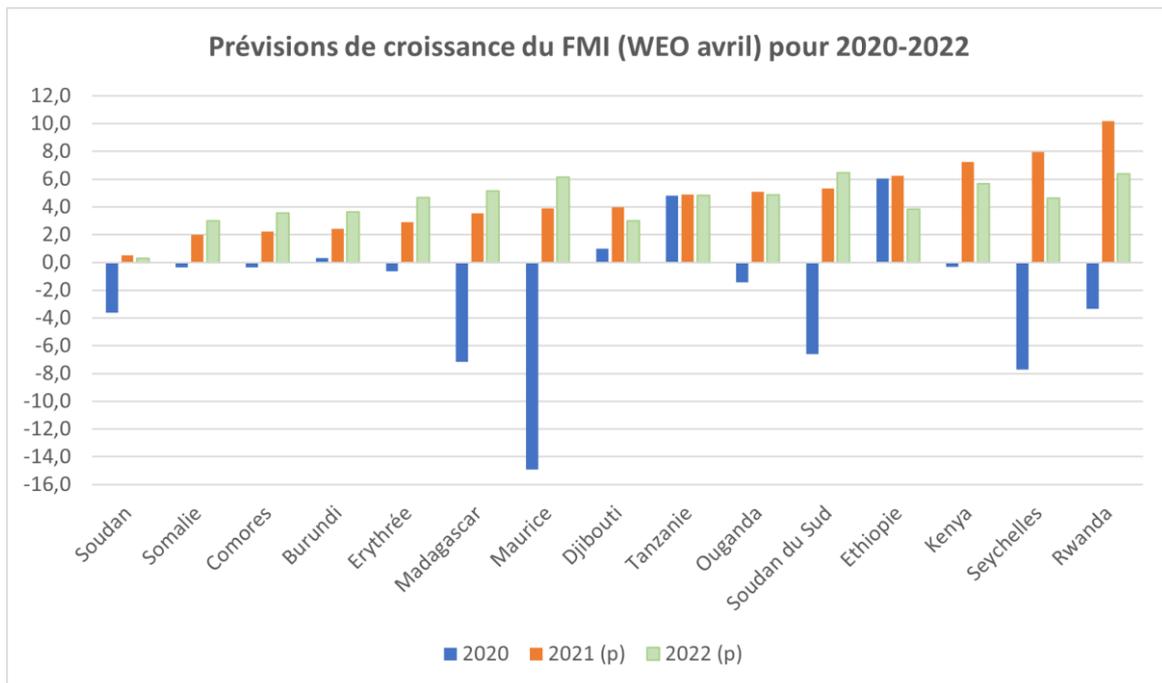
Un grand merci à tous ceux qui ont contribué à ce numéro : nos collègues des services économiques d'Addis-Abeba, de Dar es Salam, de Kampala, de Khartoum, de Tananarive, du SER : Sary Zoghely, Iris Guiberteau et Quentin Dussart à Kigali. J'en profite pour remercier plus largement Iris, qui a été pendant 6 mois stagiaire au SER de Nairobi et nous quittera à la fin du mois de juin.

Bonne lecture.

Jérôme BACONIN

Chef du Service économique régional

## Graphique du mois



Selon la publication d'avril du *World Economic Outlook (WEO)*, la croissance mondiale *post-covid* s'est élevée à **6,1 % en 2021**, soit + 0,2 point de pourcentage (pdp) par rapport aux prévisions d'octobre, **avant de s'établir à 3,6 % en 2022**, en baisse de - 0,8 pdp par rapport au WEO d'octobre. Cette révision à la baisse des projections de croissance en 2022 se justifie par l'impact de la guerre en Ukraine, dont les coûts économiques se propagent à travers les marchés mondiaux de matières premières, les échanges commerciaux et, dans une moindre mesure, les liens financiers. **L'Afrique subsaharienne connaîtrait un rebond de 4,5 % en 2021 (+ 0,8 pdp) avant de s'établir à 3,8 % en 2022 (+ 0,1 pdp)**. Cette amélioration des prévisions s'explique par celle des pays exportateurs nets de pétrole comme le Nigéria (+ 0,7 pdp à 3,6 %), mais cache de fortes disparités entre les pays.

**Le FMI revoit largement à la hausse ses prévisions de croissance pour l'AEOI en 2021 (+ 5,5 % contre 3,8 % dans le WEO d'octobre)** : seuls Maurice (- 1,1 pdp ; 3,9 %), Djibouti (- 1,0 pdp ; 4,0 %) et le Soudan (- 0,4 pdp ; 0,5 %) voient leurs prévisions se dégrader. **Les plus importantes révisions à la hausse s'observent au Rwanda (+ 5,1 pdp ; 10,1 %)**, grâce à une réouverture plus rapide que prévu de l'économie qui a soutenu la consommation et l'investissement ; au **Kenya (+ 1,6 pdp ; 7,2 %)** pour les mêmes raisons et ; au **Seychelles (+ 1,1 pdp ; 8,0 %)**, en raison d'un fort rebond du tourisme à partir de juillet 2021.

**A l'inverse, les prévisions de croissance pour 2022 sont revues à la baisse pour l'AEOI (+ 4,5 % contre 6,1 % dans le WEO d'octobre) en raison du conflit ukrainien. 13 des 15 pays de la zone voient leurs prévisions diminuer**, seule Madagascar (+ 0,4 pdp ; 5,1 %) voit sa prévision améliorée et le Soudan du Sud (5,3 %) inchangée<sup>1</sup>. Trois pays connaissent des révisions à la baisse supérieures à 2,5 pdp : **Djibouti (- 2,5 pdp ; 3,0 %)**, fortement tributaire de la croissance éthiopienne<sup>2</sup> et du commerce maritime mondial ; les **Seychelles (- 3,0 pdp ; 4,6 %)** dont l'industrie touristique représente 1/3 du PIB et dont la Russie est le premier pourvoyeur de touristes (17 % en 2021) et ; le **Soudan (- 3,2 pdp ; 0,3 %)**, où la situation politique ne permet pas un retour des bailleurs internationaux et les annulations de dettes prévues dans le cadre de l'initiative PPTTE restreignant de fait la croissance du pays, où l'inflation galopante restreint la consommation interne. S'agissant de **Djibouti** dont la dette externe a été classée insoutenable par le FMI, il est à craindre que cette baisse des perspectives de croissance complique encore un peu plus la gestion de sa dette.

<sup>1</sup> Probablement en raison d'une absence de révision des prévisions par le FMI.

<sup>2</sup> L'absence de prévision de croissance pour l'Ethiopie dans le WEO d'octobre ne permet pas de comparaison.

## Perspectives régionales

Par le SER de Nairobi

Des systèmes de santé encore fragiles en raison d'un sous-investissement des pouvoirs publics que viennent compenser les bailleurs internationaux

*Si la plupart des pays de l'Afrique de l'Est et de l'Océan indien (AEOI) ont connu une amélioration notable des principaux indicateurs de santé ces dernières années, ils restent inférieurs à la moyenne mondiale. Plusieurs facteurs expliquent ce constat : un faible engagement financier - bien que croissant - du secteur public (qui couvre 34,0 % des dépenses totales de santé dans l'AEOI) qui rend nécessaire les financements extérieurs (25,6 %) ainsi qu'un système assurantiel de santé peu développé. En conséquence, une part importante des dépenses de santé pèse sur les ménages (34,5 %), ce qui se traduit par un faible recours aux soins.*

**En 2020, l'espérance de vie à la naissance moyenne des habitants des pays de l'Afrique de l'Est et de l'Océan indien était de 66 ans, contre 55 ans en 2000**, une moyenne plus élevée que les pays d'Afrique Sub-Saharienne (ASS) où celle-ci était de 62 ans en 2020 (50 ans en 2000). Outre les disparités de genre (68 ans pour les femmes vs 64 ans pour les hommes), **des disparités géographiques existent entre les pays de la zone** puisque l'espérance de vie varie de 58 ans pour la Somalie et le Soudan du Sud à 77 ans pour les Seychelles. La mortalité maternelle et infantile reste quant à elle importante en raison d'un accès aux soins insuffisant.

**La mortalité liée aux maladies transmissibles** (en moyenne 46 % en 2019 en AEOI ; VIH-sida, tuberculose, maladies diarrhéiques, paludisme...) **est plus importante dans les économies les moins avancées de la zone**, comme au Soudan du Sud et en Somalie où elles comptaient pour près de 65 % des décès en 2019 (contre respectivement 5 et 14 % pour Maurice et les Seychelles, économies les plus avancées de l'AEOI). **Les économies ayant des niveaux de développement plus poussés** se caractérisent par des comportements (sédentarité, habitudes alimentaires...) et une structure d'âge qui favorisent les maladies cardiovasculaires, les cancers ou le diabète. Ils présentent **donc une transition épidémiologique avec une morbidité et une mortalité liée aux maladies non transmissibles (MNT) plus élevées**. Ainsi, en 2019, à Maurice et aux Seychelles, les MNT étaient la cause majeure des décès (respectivement 79 et 90 %). L'épidémie de Covid-19 a également touché la zone. Si l'impact réel n'est pas connu, il est vraisemblablement resté modéré du fait de la jeunesse des populations. **Toutefois, elle a mis en exergue la nécessité d'accroître les investissements dédiés aux systèmes de soins des pays de la zone dans de nombreux secteurs.**

**Le manque d'investissement dans le secteur de la santé par les gouvernements de l'AEOI se reflète dans les dépenses totales de santé qui restent faibles.** Celles-ci varient de 1,8 % du PIB pour Djibouti en 2019 à 8,0 % pour le Burundi, avec une moyenne pour les pays de l'AEOI de 4,8 %, alors qu'elle est de 4,9 % pour les pays d'ASS. Elles restent bien inférieures aux dépenses de santé dans les pays à revenus élevés, qui atteignent en moyenne 12,5 % du PIB. **Les dépenses annuelles courantes de santé varient de 20 USD par habitant (Madagascar) à 840 USD (Seychelles) en 2019, avec une moyenne de 145 USD pour les pays de l'AEOI** contre 79 USD pour les pays d'ASS. Le financement de ces dépenses provient de trois sources : les dépenses publiques, les dépenses privées (y compris par les ménages directement) et l'aide extérieure.

- **Les dépenses privées dans la part des dépenses totales de santé sont en moyenne de 40,4 % pour les pays de l'AEOI** hors Somalie (47,4 % en ASS), atteignant jusqu'à 70,8 % des dépenses de santé au Soudan (33 USD par habitant) ou encore 66,4 % (48 USD) au Comores. Sont comprises dans les dépenses privées les dépenses personnelles de santé, c'est-à-dire **à la charge du patient, qui représentent en moyenne 34,5 %** des dépenses totales de santé dans l'AEOI, allant de 11,7 % au Rwanda (6 USD) à 67,4 % au Soudan (32 USD). Ces taux élevés de participation aux dépenses de santé entravent l'accès aux soins des citoyens.
- **Entre 2010 et 2019, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé en AEOI a augmenté de 3,1 points de PIB, pour atteindre 34,0 %** (40,0 % en ASS et 61,7 % pour les pays à revenus élevés). Cette tendance à la hausse relative des dépenses publiques est particulièrement marquée au Kenya

(+17,0 pdpib à 46,0 %), au Burundi (+15,8 pdpib à 33,4 %) et au Rwanda (+14,7 pdpib à 39,9 %). **Par habitant, les dépenses publiques s'inscrivent également à la hausse, en moyenne de 48,5 USD par habitant en 2010 à 78,3 USD en 2019.** Cette hausse est particulièrement marquée aux Seychelles (+281 USD) et à Maurice (+161 USD). **En 2019, de fortes disparités subsistent entre les pays** : 15,1 % en Ouganda (soit 5 USD par habitant), 16,1 % aux Comores (12 USD), 16,3 % au Soudan du Sud (4 USD) contre 47,0 % à Maurice (323 USD), 53,7 % à Djibouti (33 USD) et 72,7 % aux Seychelles (611 USD). **Par ailleurs, aucun des pays de la zone n'a atteint l'objectif de la déclaration d'Abuja** signée par les pays de l'Union africaine en 2001 qui consistait à allouer au moins 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. En effet, les dépenses dans le secteur de la santé représentaient 6,4 % des dépenses publiques totales des pays de l'AEIO, allant de 2,1 % des dépenses publiques totales au Soudan du Sud et 2,4 % en Erythrée, à 10,2 % aux Seychelles et à Maurice.

- Enfin, **les financements extérieurs peuvent représenter une part majoritaire des dépenses de santé** dans certains pays comme le Soudan du Sud ou l'Ouganda, respectivement de 55,0 % (12 USD) et 42,0 % (14 USD), tandis qu'ils sont quasi-nuls pour d'autres pays de la zone (Maurice et Seychelles). Ils représentent 25,6 % des dépenses de santé en AEIO en 2019 et 13,0 % en ASS.

**Le rôle des bailleurs apparaît primordial pour le bon fonctionnement du secteur de la santé d'une majorité des pays de la zone**, en termes de financement et d'appui technique. Le **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme** est intervenu à hauteur de 415 MUSD au bénéfice du Kenya, 579 MUSD pour l'Ouganda ou encore 587 MUSD pour la Tanzanie pour la période 2020/2022. **La Banque mondiale a également joué un rôle majeur en réponse à la crise du Covid-19**, en apportant des aides de réponse d'urgence à la pandémie pour renforcer les systèmes de santé. Les pays de l'AEIO ont également bénéficié de la **facilité COVAX**, un dispositif visant à accélérer la mise au point et la fabrication de vaccins contre le Covid-19 et d'en assurer un accès juste et équitable à l'échelle mondiale. **La France est un bailleur majeur d'acteurs multilatéraux en santé** : premier contributeur européen et le deuxième donateur historique au Fonds mondial, premier donateur à UNITAID et cinquième donateur à GAVI, l'Alliance du vaccin. **Également au travers de ses actions bilatérales, la France soutient les systèmes de santé des pays de l'AEIO, principalement via l'Agence française de développement (AFD).** Le Trésor intervient également dans le domaine de la santé via des prêts (prêt de 33 MEUR au Kenya et de 10 MEUR au Rwanda, destinés à l'équipement d'hôpitaux et pour la lutte contre le Covid-19). La France a également participé à la lutte contre la pandémie de Covid via des dons de vaccins.

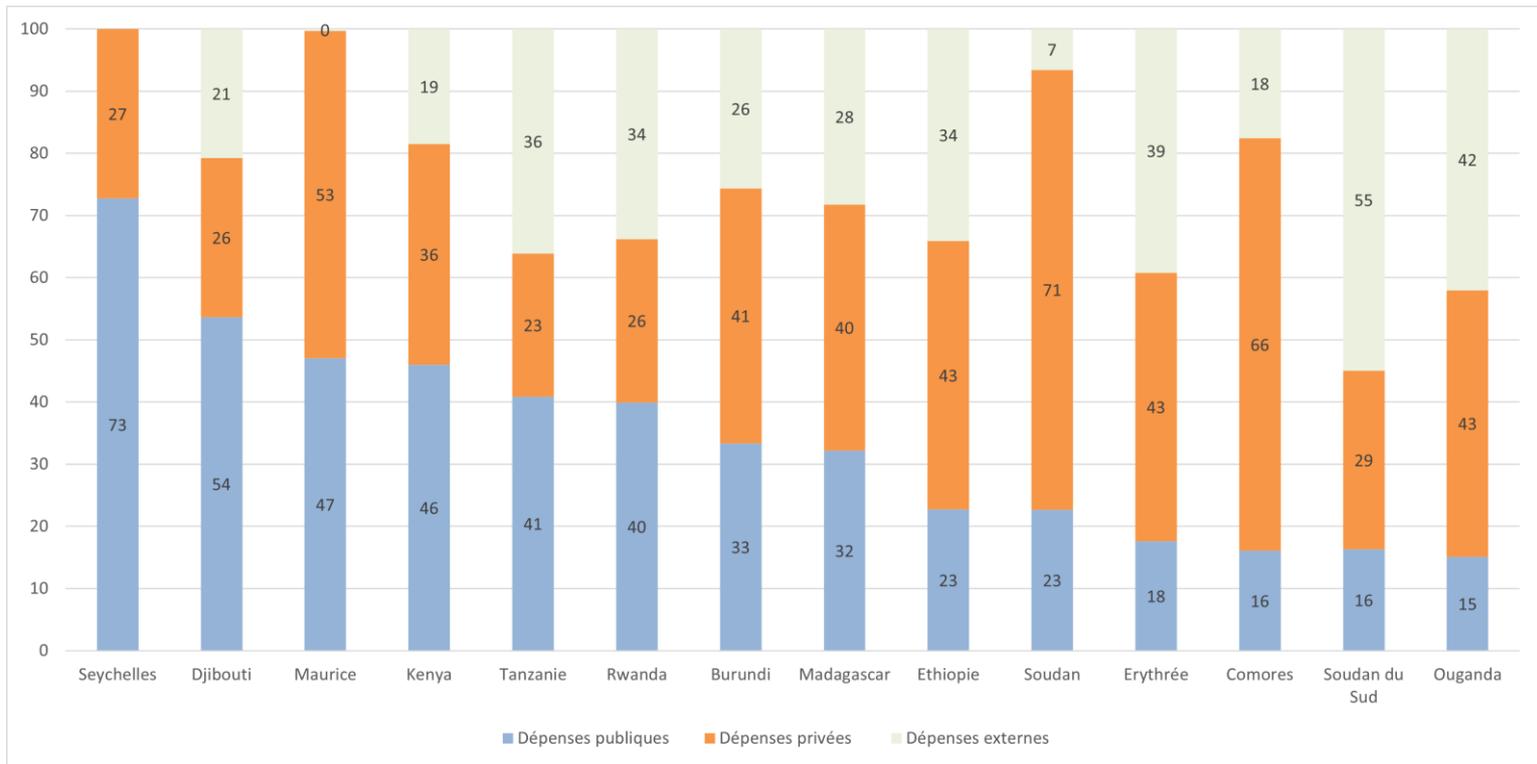
**Outre la faible part des dépenses publiques de santé, d'autres facteurs viennent limiter l'accès aux soins des habitants de l'AEIO. Apparaissent en effet des fragilités dans les infrastructures sanitaires** des pays de la zone, notamment hospitalières souvent vétustes, ainsi que leur inégale répartition sur les territoires puisque qu'elles sont principalement situées dans les zones urbaines. La pénurie de ressources humaines qualifiées et de personnel de santé se fait remarquer dans la plupart des pays de l'AEIO et s'explique par une offre de formation très faible et la fuite des cerveaux pour certains (Soudan). Les systèmes de santé restent fragmentés, en termes de gouvernance (entre le gouvernement central et les territoires) et avec certains schémas d'assurance maladie qui ne couvrent que les fonctionnaires ou militaires (Tanzanie, Soudan).

**En outre, les systèmes assurantiels, s'ils existent, ne couvrent souvent qu'une faible part de la population.** Des exceptions existent cependant, avec les Seychelles par exemple où existe une couverture sanitaire universelle qui garantit un accès gratuit aux services de santé, ainsi qu'à Maurice où l'offre de soin publique est gratuite et financée par l'Etat. Le Rwanda a développé une couverture universelle et fortement amélioré le taux de couverture (85 %). Le secteur assurantiel privé est quant à lui peu développé dans l'ensemble.

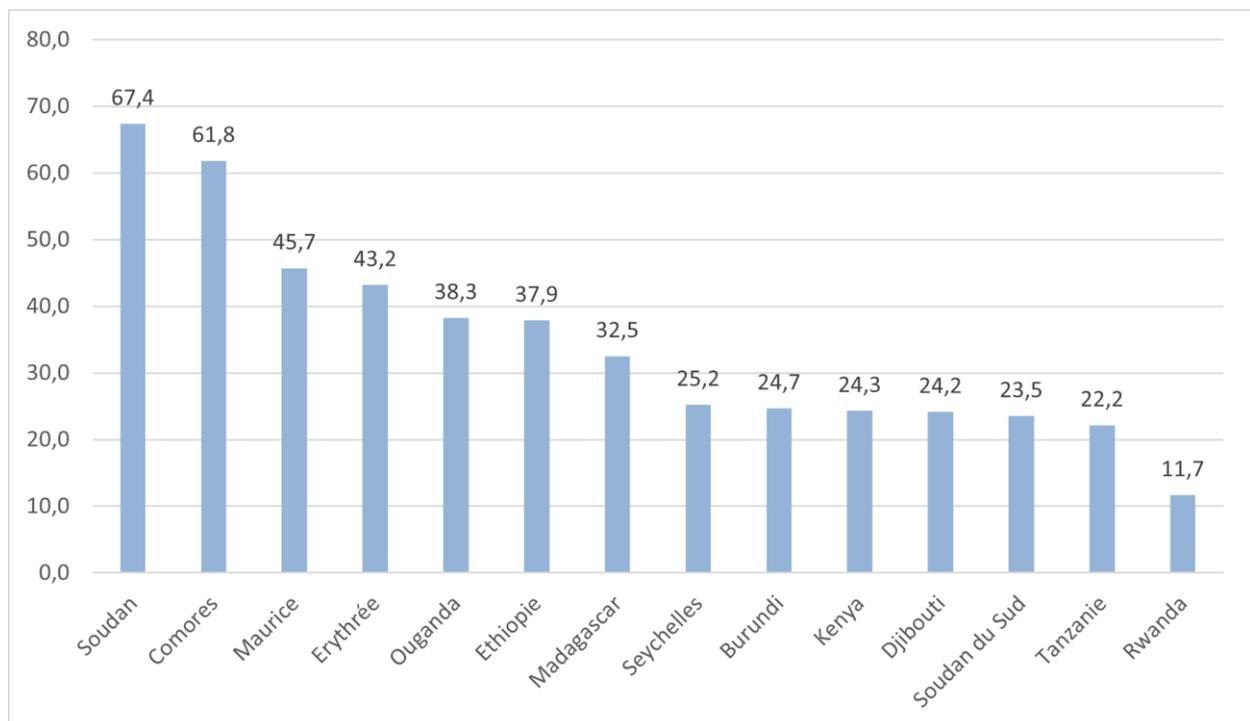
**Pour améliorer l'intervention publique dans le secteur de la santé, suivant les recommandations de l'OMS**, plusieurs pays ont mis en place des politiques ou stratégies dédiées, et œuvrent plus particulièrement à la **mise en place d'une couverture santé universelle (CSU)** ; en Erythrée, un paquet de soins de santé essentiels a été mis en place via le *Health Sector Strategic Development Plan II (2017-2021)*, tandis que la mise

en place de la CSU fait partie du *Big four agenda* du gouvernement kenyan ; et qu'un projet de couverture de santé universelle est en cours à Madagascar et en Ouganda. Plusieurs pays tentent par ailleurs de se positionner pour la fabrication de vaccins ou de médicaments (Rwanda, Tanzanie, Kenya...) et encouragent les investissements privés, notamment en PPP, pour améliorer les infrastructures.

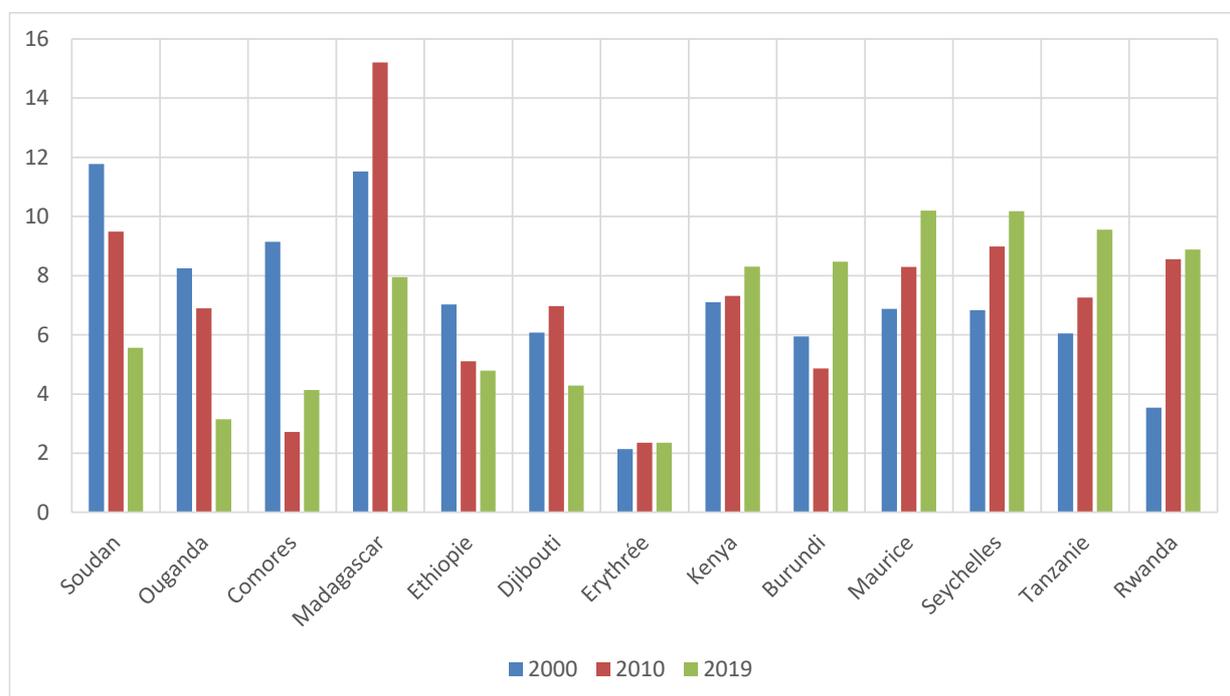
Graphique 1 : Part des dépenses privées, publiques et externes de santé dans les dépenses totales de santé en 2019 - Données Banque mondiale



Graphique 2 : Part des dépenses personnelles de santé dans les dépenses totales de santé en 2019  
Données Banque mondiale



Graphique 3 : Evolution de la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales, 2000/2010/2019 - Données Banque mondiale


 Tableau 1 : Dépenses courantes de santé en % du PIB et en USD par habitant  
 Données Banque mondiale

	Dépenses courantes de santé en % du PIB			Dépenses courantes de santé par habitant (USD)		
	2000	2010	2019	2000	2010	2019
<b>Burundi</b>	6,2	11,3	8,0	8	26	21
<b>Comores</b>	7,5	5,0	5,2	47	66	72
<b>Djibouti</b>	2,9	3,1	1,8	32	56	62
<b>Erythrée</b>	5,8	4,9	4,5	14	25	25
<b>Ethiopie</b>	4,4	5,5	3,2	5	17	27
<b>Kenya</b>	4,6	6,1	4,6	21	58	83
<b>Madagascar</b>	4,5	4,7	3,7	13	22	20
<b>Maurice</b>	2,9	4,6	6,2	119	367	686
<b>Rwanda</b>	4,3	8,1	6,4	9	49	51
<b>Seychelles</b>	4,6	4,8	5,2	350	513	840
<b>Soudan du Sud</b>			6,0			23
<b>Soudan</b>	3,6	5,1	4,6	15	93	47
<b>Tanzanie</b>	3,4	5,2	3,8	13	38	40
<b>Ouganda</b>	5,1	6,8	3,8	17	52	32

## Communauté d'Afrique de l'Est – Burundi

Par le SER de Nairobi



### Un système de santé encore fragile malgré d'importantes réformes gouvernementales

*Bien que le gouvernement ait fait de la santé une de ses priorités en l'inscrivant dans son Plan National de Développement 2018-2027, le pays enregistre un taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans des plus élevés au monde (52,2 % en 2016) et observe la 3<sup>ème</sup> plus faible espérance de vie à la naissance des pays de l'AEOI. Les dépenses publiques de santé représentaient 33,4 % des dépenses totales de santé et 8,5 % des dépenses publiques totales en 2019, contre 24,7 % pour les dépenses personnelles de santé qui entraînent parfois les ménages dans une situation de pauvreté.*

**L'espérance de vie à la naissance était de 62 ans en 2020, soit 10 ans de plus qu'en 2003**, dans un pays où 45,3 % de la population avait moins de 14 ans en 2020 d'après la Banque mondiale. Comme la plupart des pays d'Afrique Sub-Saharienne, les maladies transmissibles sont toujours la première cause de décès dans le pays (59,2 % en 2019), bien que les maladies non transmissibles soient depuis quelques années en hausse (25,7 % en 2009 contre 34,2 % en 2019).

**En 2006, le gouvernement a instauré la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans** pour pallier les taux élevés de mortalité maternelle et infantile. La mise en œuvre de cette politique a entraîné des surcharges de travail du personnel de santé. En réponse, **le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) a mis en place en 2010 le remboursement du paquet de soins gratuit à travers des mécanismes de financement basé sur la performance (FBP)**, qui paie des incitations sur la base de la quantité de services fournis ainsi que d'une composante qualité des soins. En 2020, le gouvernement a contribué au FBP et la politique de gratuité ciblée des soins à hauteur de 25,5 MUSD, soit 45 % du montant total, complété par des financements de l'Union Européenne (25 %), la Banque mondiale (23 %) et la KfW (7 %)³.

**Existent également depuis 1980 la Mutuelle de la Fonction Publique qui couvre les travailleurs formels du secteur public et la Carte d'assistance médicale (CAM)** mise en place par le gouvernement en 1984 et réorganisée en 2012. Conçue pour améliorer l'accès aux soins des populations des secteurs informel et rural, la CAM donne à son acquéreur et aux membres de sa famille le droit à un ensemble de services de santé du paquet de soins offert dans les Centres de Santé et dans les hôpitaux de District, moyennant un ticket modérateur (soit la part des dépenses de santé non remboursées par une assurance maladie) de 20 %, sur la base d'un tarif forfaitaire minimum fixé par le MSPLS. Fixé à 1,5 USD depuis 2012, la cotisation annuelle a été revue à la hausse dans le projet de loi portant fixation du budget général de l'Etat 2021-2022, à 12 USD pour les personnes à revenus moyens et 49 USD pour les personnes à revenus élevés. La CAM est gratuite pour les personnes vulnérables. Le budget gouvernemental de la CAM était de 4,6 MUSD en 2021, stable depuis 2016.

**La part des dépenses personnelles de santé des Burundais dans les dépenses totales de santé a été globalement décroissante au cours du temps : elle est passée de 41,8 % en 2000 à 24,7 % en 2019**, avec un épisode de hausse entre 2013 et 2014 (de 21,1 % à 30,6 %). **Les dépenses publiques ont quant à elles légèrement augmenté à 2,7% du PIB en 2019** (soit 71,0 MUSD) contre 1,5 % en 2000.

Selon le ministère des Finances, du Budget et de la Planification économique burundais, **il est prévu que le MSPLS dispose de 112,1 MUSD pour l'année 2021/2022, soit 12,8 % des dépenses publiques totales**, contre 109,7 MUSD en 2020/2021 (13,6 % du budget annuel). **Le budget de la santé provient de ressources nationales et externes (dons projets), qui représentaient respectivement une part de 48,3 % et 51,7 % du budget de la santé pour l'exercice budgétaire 2021/2022**, soit 110,6 Mds BIF (54,3 MUSD) et 118,3 Mds BIF (58,1 MUSD). Les dépenses du budget 2021/2022 pour la santé concernent notamment un projet d'appui au développement du secteur de la santé (6,2 MUSD) un programme d'appui à la résilience des

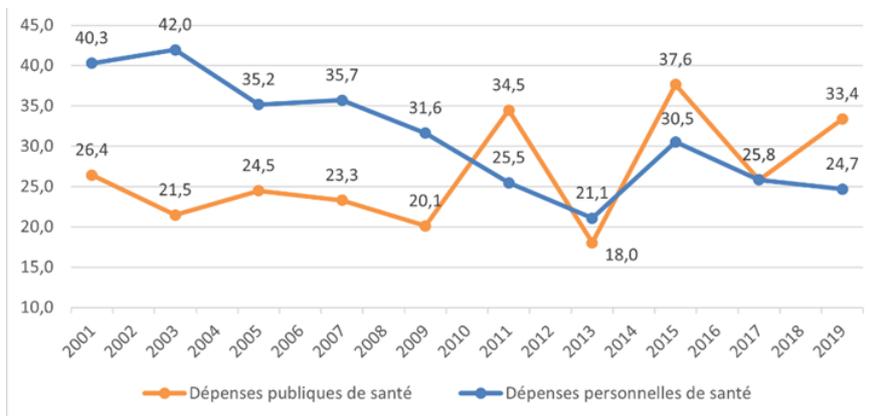
<sup>3</sup> Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le Sida, [Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance couplé à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020](#), Juin 2021.

populations (19,6 MUSD) et l'accélération de l'accès aux services de prévention, de traitement et de soutien contre le VIH/sida (1,0 MUSD).

En février 2020, **le gouvernement burundais et l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ont signé un accord bilatéral de cinq ans pour soutenir les efforts de développement au Burundi, notamment contre le Covid-19 et le traitement du VIH/sida. La Banque mondiale s'est quant à elle engagée à financer à hauteur de 50 MUSD en février 2017 un Projet de soutien au système de santé (KIRA) visant à accroître l'utilisation de services de qualité en matière de santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, ainsi qu'à apporter une réponse immédiate et efficace en cas de crise. En mars 2021, un financement additionnel de 54,6 MUSD, composé d'une subvention de 50 MUSD de l'Association Internationale pour le Développement (AID) et d'une subvention de la *Global Alliance for Vaccine and Immunization* (GAVI) de 4,6 MUSD, est venu soutenir le projet.**

**Le Burundi n'étant pas éligible aux prêts du Trésor en raison de son niveau de surendettement, l'aide française se manifeste majoritairement par le biais de l'Agence française de développement** qui intervient principalement *via* des subventions à des organisations internationales et des organisations non gouvernementales. L'AFD a par exemple approuvé en juillet 2021 l'attribution de 3 MEUR de subventions pour la mise en œuvre d'un programme porté par Coalition PLUS qui vise à structurer le plaidoyer et la recherche communautaires au sein de plateformes sous-régionales d'appui aux associations de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales de plusieurs pays dont le Burundi.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



Graphique 2 : Sources de financement du budget de la santé, en % - Données des lois de fixation du budget général du Burundi 2014 - 2021



## Communauté d'Afrique de l'Est – Kenya

Par le SER de Nairobi



### Une protection universelle de santé au Kenya d'ici la fin de 2022, un objectif ambitieux mais difficile à atteindre

*Bien que la santé soit reconnue comme un droit de l'homme fondamental dans la Constitution de 2010, beaucoup de Kenyans n'ont toujours pas accès aux soins dont ils auraient besoin. Le taux de couverture du National Health Insurance Fund (NHIF) n'était ainsi que de 46 % en 2019/2020. Pour y remédier, le président Kenyatta a fait de l'accès aux soins une de ses priorités en intégrant la mise en place d'une couverture médicale universelle (CMU) au Big four agenda, dont le déploiement national a été annoncé le 7 février 2022 après une phase pilote menée dans quatre comtés depuis 2018. Par ailleurs, la part du financement public dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années. Pour atteindre les objectifs de la CMU, une loi qui rend la cotisation au NHIF obligatoire pour les plus de dix-huit ans a été promulguée en janvier 2022. Cependant, cette réforme ne sera pas achevée avant la fin du mandat de Kenyatta.*

**L'espérance de vie à la naissance connaît une hausse continue depuis les années 2000 et s'établit à 67 ans en moyenne en 2020.** Depuis janvier 2020, 5 649 personnes sont mortes du Covid-19 d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un nombre relativement faible par rapport aux décès liés aux maladies transmissibles (sida, maladies diarrhéiques), qui, bien que toujours prédominants, sont en baisse depuis plusieurs années à l'inverse des décès liés aux maladies non transmissibles qui sont en hausse (maladies cardiaques, diabète).

**Au Kenya, le système de financement de la santé est aujourd'hui mixte**, avec d'une part les recettes perçues par le gouvernement au niveau national et les comtés par le biais des impôts et des fonds des bailleurs, d'autre part le *National Health Insurance Fund* (NHIF) ainsi que les compagnies d'assurance maladie privées par le biais des cotisations de leurs membres, puis les dépenses des citoyens sur leurs fonds propres.

Le NHIF, organisme parapublic créé en 1966 en tant que département du ministère de la Santé constitue le principal pourvoyeur d'assurance maladie du pays. **Les travailleurs indépendants du secteur formel sont automatiquement affiliés au régime national du NHIF pour un montant mensuel de 500 KES (4 USD)**, ainsi que les salariés qui ne sont pas affiliés à un régime propre par leur employeur. Pour les salariés du secteur formel, les cotisations mensuelles varient de 150 à 1 700 KES (1,2 USD à 14,8 USD).

**En janvier 2022, un amendement du NHIF Fund Act de 1998 a rendu obligatoire l'inscription au NHIF pour toute personne majeure** dont le revenu mensuel est supérieur à 1 000 KES (8,8 USD). La loi devrait ainsi permettre de poursuivre la hausse continue des membres du NHIF, qui n'a cessé d'augmenter au fil des ans pour atteindre plus de 9 millions de membres en 2019/2020, soit la couverture d'environ 22 millions de personnes en considérant les membres affiliés, **soit 46 % de taux de couverture. La couverture du secteur informel a également augmenté**, passant de moins d'1 million de personnes couvertes en 2011, à plus de 5 millions en 2019/2020 selon les données KNBS.

Bien que le nombre de personnes couvertes par le NHIF ait augmenté, **la part des frais à charge des Kenyans reste importante dans la part des dépenses totales de santé, s'établissant à 24,3 % en 2019**, bien qu'une tendance à la baisse s'observe depuis plusieurs années puisque ce taux était de 30,2 % en 2010 et de 47,1 % en 2000. **Parallèlement, la part des dépenses publiques dans les dépenses courantes de santé sont depuis quelques années en hausse**, passant de 29,0 % en 2010 à 46,0 % en 2019.

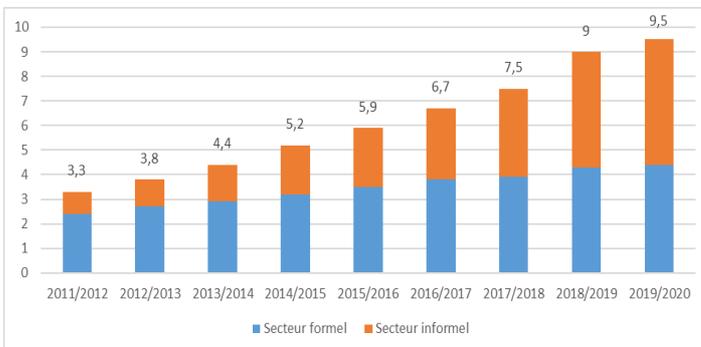
Selon la Banque mondiale, **les dépenses publiques de santé ont augmenté à 2,1 % du PIB en 2019 (soit environ 2,1 Mds USD)**, contre 1,9 % l'année d'avant (1,7 Mds USD). D'après les données de l'Institut national de statistiques du Kenya, les dépenses publiques de santé étaient de 56,6 Mds KES pour l'année fiscale 2016/2017, soit 4,8 % des dépenses publiques annuelles totales, contre 76,7 Mds KES (5,0 %) en 2018/2019, 103,1 Mds KES (6,2 %) en 2019/2020 et estimées à 119,8 (6,0 %) en 2020/21.

Le projet de budget 2022/2023 prévoit une allocation de 146,8 Mds KES pour le secteur de la santé, dont 62,3 Mds pour financer des activités et programmes permettant d'atteindre la CMU et 7,0 Mds pour acheter des vaccins contre le Covid, ainsi qu'une exonération de la TVA sur les usines et machines des industriels du secteur pharmaceutique.

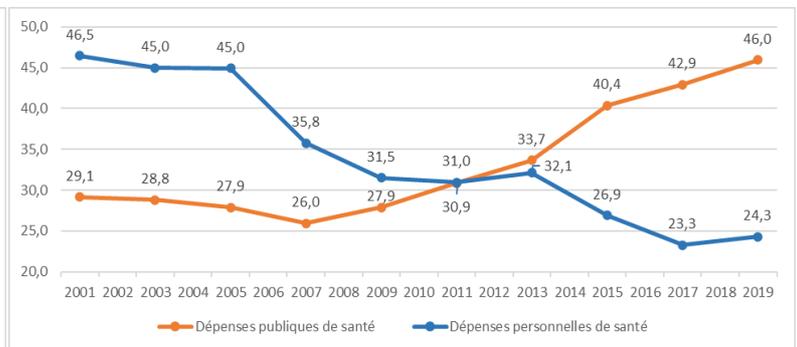
**Le rôle des bailleurs est également essentiel au bon fonctionnement du système de santé au Kenya.** Un plan de réponse d'urgence pour lutter contre le Covid-19 et renforcer le système de santé d'un montant de 100 MUSD a par exemple été approuvé par la Banque mondiale, qui a également effectué un prêt, cofinancé par le *Global Financing Facility* (GFF) et le Fonds pour le développement de la politique et des ressources humaines du Japon pour un projet de transformation des systèmes de santé pour une couverture universelle de santé, pour un montant de 191 MUSD. L'**Agence internationale de coopération du Japon** (JICA) via de l'assistance technique, de l'appui budgétaire; l'**Agence internationale de coopération de la Corée** (KOICA) via un projet dédié à la santé maternelle et infantile ; le **Danemark** par le biais de subventions conditionnelles à la réalisation de soins primaires au niveau des comtés, la **Banque allemande de financement** (KfW) ou des fonds privés telle que la **fondation Gates** qui œuvre à la mise en place de la CMU et veut aider le pays à devenir un *hub* de fabrication de produits pharmaceutiques. L'Agence française de développement (AFD) a également accordé un prêt souverain de 19,5 MUSD sur 20 ans pour la réhabilitation et d'extension des hôpitaux Aga Khan de Mombasa et de Kisumu en 2017, ainsi qu'un prêt d'1,3 MUSD début 2019 à la *strat-up CarePay* pour étendre sa plateforme *M-Tiba* qui permet de souscrire à une assurance santé et régler ses soins via son portable.

**La France intervient également au Kenya via un prêt Trésor de 33 MEUR signé en août 2020 et mis en œuvre par l'entreprise française FSE**, qui concerne un projet de réhabilitation des unités de soin maternel et infantile du *Moi Teaching and Referral Hospital* d'Eldoret visant à lutter contre la mortalité maternelle et infantile et un volet de réponse d'urgence Covid-19.

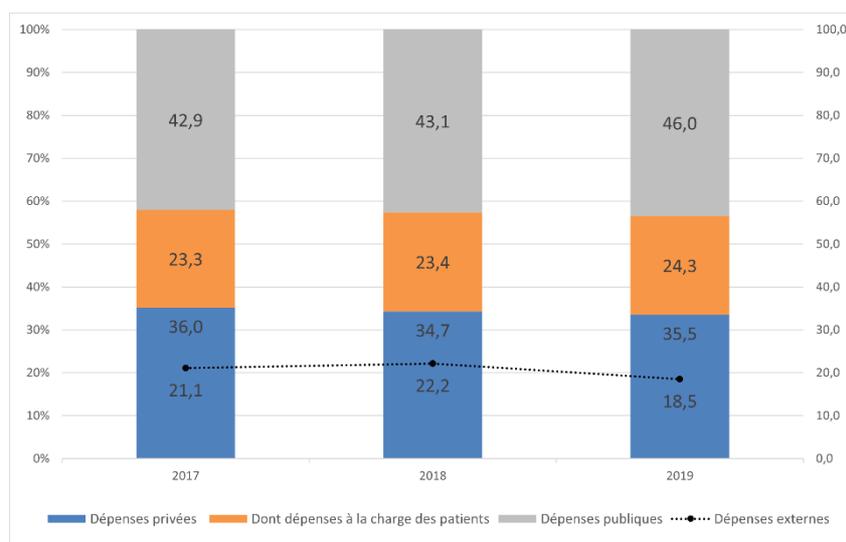
Graphique 1 : Nombre d'adhérents au *National Health Insurance Fund* en millions – Données KNBS



Graphique 2 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



Graphique 3 : Sources de financement en pourcentage des dépenses totales de santé – Données Banque mondiale



## Communauté d'Afrique de l'Est – Ouganda

Par le SE de Kampala



Un service de santé en restructuration, avec en perspective la mise en place d'un système de protection universelle de santé d'ici 2030

*Le système de santé public décentralisé ougandais connaît une dégradation depuis 2010 en raison d'investissements publics insuffisants. Fortement dépendant de l'aide extérieure, ce secteur souffre d'un manque d'infrastructures de qualité, de matériel et d'un nombre insuffisant de professionnels de santé. Le Gouvernement a adopté un plan visant à redresser la situation sanitaire nationale. Par ailleurs, le 31 mars 2021, le parlement ougandais a approuvé le projet de loi sur l'assurance maladie universelle (NHI) qui décrit la structure générale d'un tout premier régime national d'assurance maladie en Ouganda, qui doit encore recueillir l'approbation de la Présidence.*

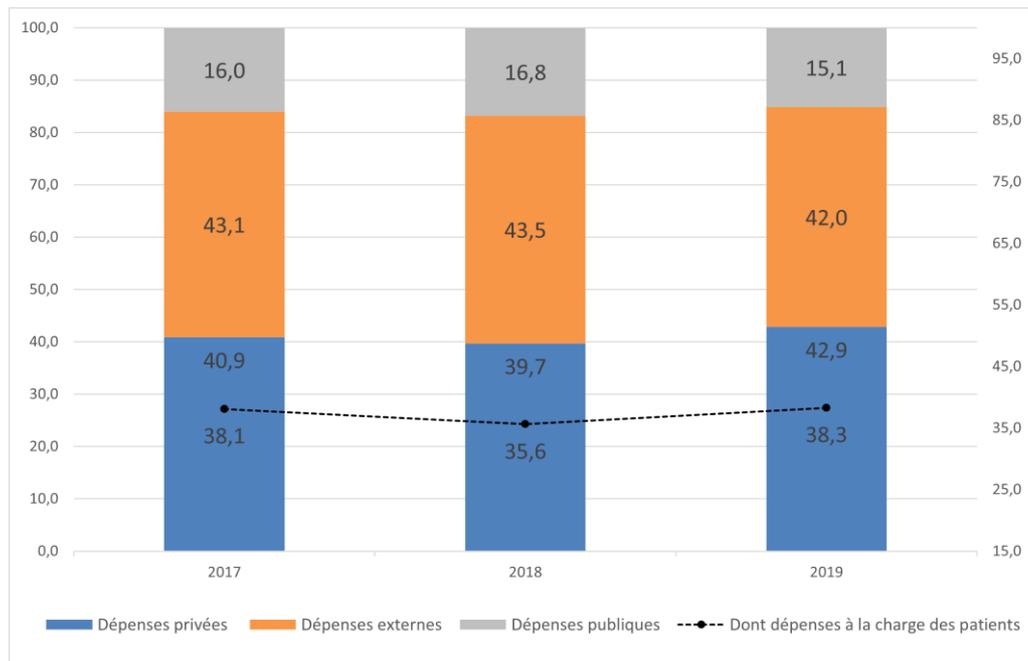
**L'espérance de vie à la naissance, en hausse continue depuis les années 2000, stagnait depuis trois ans à 63 ans et a de nouveau augmenté à 64 ans en 2020.** Depuis janvier 2020, 3 588 décès et 163 301 contaminations liés au Covid-19 ont été recensés d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les décès liés aux maladies transmissibles (VIH/SIDA, maladies diarrhéiques) restent prédominants, bien que ceux liés aux maladies non transmissibles soient depuis plusieurs années en hausse : 17,0 % en 2000, 22,5 % en 2009 et 35,2 % en 2019. **Un effort particulier a été fourni par le Gouvernement, aidé des bailleurs de fonds, afin de lutter contre le paludisme.** Actuellement, l'Ouganda dépense 125 MUSD par an pour lutter contre le paludisme, un investissement qui a permis de réduire le taux de prévalence de 42 % à 9 % chez les enfants de moins de 5 ans entre 2009 et 2018. Depuis 2017, l'USAID a investi 480 MUSD dans la lutte contre le paludisme en Ouganda.

**L'Ouganda présente un système de prestation de services divisée entre le secteur public et le secteur privé.** Dans une architecture publique décentralisée, les districts sont responsables de la prestation des soins de santé, tandis que le gouvernement central formule les politiques et est responsable de la supervision. Malgré les progrès récents, les établissements de santé du pays continuent de connaître des ruptures de stock de médicaments essentiels, aggravées par la pandémie de Covid-19. Pour répondre à ces problématiques, **le Gouvernement a défini une stratégie lui permettant de planifier, faciliter, financer et gérer efficacement le système national de chaîne d'approvisionnement en santé indépendamment du soutien des donateurs.** Le coût de la mise en œuvre de cette feuille de route est estimé à 5,7 MUSD la première année et pourrait atteindre jusqu'à 7,9 Mds USD sur 10 ans. La majorité des fonds proviendraient du ministère de la Santé.

**Depuis 2014, la part des dépenses annuelles publiques et privées dans les dépenses totales de santé est stable. Entre 2014 et 2019, elle était en moyenne de 16,1 % pour les dépenses publiques et de 42,4 % pour les dépenses privées (dont 38,7 % de dépenses personnelles), le reste étant financé par l'aide extérieure (contre 19,9 %, 45,9 % et 34,2 % sur la période 2001-2013).** Par rapport à ses voisins régionaux, le gouvernement ougandais ne consacre ainsi que très peu de moyens dans le secteur de la santé. Depuis 2010, la nouvelle stratégie de développement du pays, centrée sur l'objectif d'augmenter la croissance économique, a entraîné une modification de la répartition des dépenses publiques. **Par conséquent, les dépenses publiques de santé ont stagné relativement aux dépenses globales (3,1 % des dépenses publiques totales)** et les efforts de décentralisation, de réformes des soins de santé primaires et de partenariats public-privé dans le domaine de la santé ont diminué. Cette tendance semble cependant s'inverser puisque, **le 31 mars 2021, le parlement ougandais a adopté le projet de loi NHI qui décrit la structure générale d'un tout premier régime national d'assurance maladie sociale en Ouganda.** Il a été adopté avec un ensemble d'avantages prédéfinis qui comprend une gamme de services de santé essentiels, notamment des conseils et des services de planification familiale. Cela fait suite au plan stratégique de santé 2021/2025, mené par le ministère de la Santé, dont le principal objectif est le renforcement du système de santé et des mécanismes de soutien, avec un accent sur les soins de santé primaires pour atteindre la couverture de santé universelle d'ici 2030. **Par ailleurs, le secteur des assurances est encore embryonnaire et contribue de fait peu au financement de la santé : seuls 5 % des Ougandais ont déjà souscrit à une assurance santé.**

**Le système de santé ougandais reste dépendant des bailleurs de fonds.** Plusieurs partenaires au développement se sont récemment mobilisés pour soutenir les efforts du pays pour lutter contre les effets du Covid-19 et renforcer le système de santé. Le **Fonds mondial** a ainsi versé 129 MUSD pour aider l'Ouganda à lutter contre le Covid-19, protéger les agents de santé et renforcer les systèmes de santé. Le portefeuille de la **Banque mondiale** s'élevait quant à lui à 4,8 Mds USD au 31 mars 2022, dont 6 % était dédié au secteur de la santé avec 22 projets nationaux et 5 régionaux. Le **Danemark** participe aussi au redressement du pays après la crise sanitaire, avec un soutien financier apporté au secteur de la santé s'élevant à 2 MUSD.

Graphique 1 : Sources de financement en pourcentage des dépenses totales de santé – Données Banque mondiale



## ❖ Communauté d'Afrique de l'Est – Rwanda

Par l'ambassade de France au Rwanda



De très bons résultats en matière de couverture de santé mais une montée de compétences nécessaire pour devenir un *hub* médical

*Alors qu'elle était descendue à 28 ans en 1994 en raison du génocide perpétré contre les Tutsis, l'espérance de vie à la naissance atteint 69 ans en 2019, soit un gain de 20 années depuis 2000 en raison d'une politique volontariste dans la santé, avec un taux de couverture de l'assurance maladie de la population de 85 % et un reste à charge de 12 %. Le pays souhaite également devenir un hub pour le tourisme médical et pour les investissements dans la santé sans pour autant avoir la main d'œuvre qualifiée nécessaire pour y arriver.*

**L'espérance de vie croît à un rythme moyen d'une année par an depuis 2000 pour atteindre 69 ans en 2020**, soit la croissance la plus rapide des pays de l'AEOI. **Le Rwanda a réalisé d'importants progrès en matière de santé publique.** La mortalité infantile et maternelle a connu une forte baisse (respectivement de 110 pour 1 000 en 2000 à 30 pour 1 000 en 2020 ; et de 1 160 pour 100 000 en 2000 à 248 pour 100 000 en 2017 selon la BM), ainsi que la prévalence de certaines pathologies comme la rougeole ou le tétanos<sup>4</sup>. Malgré ces bons résultats, le pays peine toujours dans certains domaines comme la malnutrition (38 % des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance en 2016) ou le paludisme<sup>5</sup>. Les maladies non transmissibles sont en hausse (48,0 % en 2019) avec l'apparition de nouvelles pathologies liées au développement ou au vieillissement (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires).

**Le pays reste marqué par les conséquences du génocide**, avec par exemple de nombreux cas de stress post-traumatique. Le taux de prévalence du VIH aurait quant à lui atteint jusqu'à 11 % de la population après le génocide, un taux qui se stabilise à 3 % depuis 2005 grâce à une politique forte en matière de diagnostic (plus de 83 % des personnes infectées ont été diagnostiquées) et de suivi de la maladie (les malades bénéficiant d'un traitement antirétroviral sont passés de 3 % en 2004 à 90 % en 2019).

**En réponse à la pandémie de Covid-19, les autorités ont pris des mesures drastiques** (confinements, fermeture de l'aéroport, port du masque etc.)<sup>6</sup>. La campagne de vaccination a été particulièrement efficace, avec plus de 90 % de la population éligible ayant reçu au moins une dose de vaccin et 85 % au moins deux doses. La dose de rappel a été administrée à environ 50 % de la population éligible d'après le ministère de la Santé.

**L'organisation du système de santé rwandais, piloté par le ministère de la Santé à travers son agence le Rwanda Biomedical Center (RBC), a pour objectif d'assurer une couverture universelle** de la population. Les services de santé sont organisés sur le territoire selon une logique de gradation des soins et du parcours du patient. **En effet, le pays compte 5 grades d'accès au soin** chaque grade faisant remonter son patient vers le suivant en cas de pathologie particulière. Les 5 strates de soins s'organisent comme suit :

- À l'échelle de chaque village/cellule, les malades sont pris en charge par des **agents de santé** communautaires (58 000) élus dans les villages ;
- A l'échelle du district, des **centres de santé** (1700 répartis sur le territoire) et des **postes de santé** (500 dans le pays) sont compétents pour les soins de premier recours ;
- A l'échelle provinciale, face aux cas plus complexes, les patients sont dirigés vers les **hôpitaux de district** (42 au Rwanda) ;
- A l'échelle nationale, enfin, les 5 **hôpitaux de référence** sont compétents pour les soins les plus spécialisés.

Depuis 2007, **la couverture santé est obligatoire au Rwanda et 85 % de la population est couverte en 2021** (selon le RSSB). L'organisme en charge de la sécurité sociale, le **Rwanda Social Security Board** (RSSB), a été créé en 2010 à la suite de la fusion du *Social Security Fund of Rwanda* (SSFR) et du *Rwanda Health Insurance Fund* (RAMA). La *Community Based Health Insurance* (mutuelle de santé publique) ne **laisse à la charge du**

<sup>4</sup> Ainsi, selon le *Global Burden Disease*, alors que les maladies transmissibles représentaient 72,0 % des décès du pays en 2000 et encore 57,4 % en 2009, les efforts de santé publique en la matière ont permis de faire chuter ce nombre à 43,7 % en 2019.

<sup>5</sup> Plus de 3 millions de cas annuels de paludisme ont été enregistrés entre 2016 et 2019, avec un taux d'incidence qui repart à la hausse depuis 2011 où il avait atteint son taux le plus bas (38 cas annuels sur 1000 personnes contre 231 en 2020).

<sup>6</sup> 1 459 personnes sont décédées du Covid-19 soit 0,01 % de la population.

**patient qu'un ticket modérateur de 15 %** tandis que les soins médicaux des moins aisés sont entièrement pris en charge. Ainsi, les dépenses de santé à la charge des Rwandais représentaient seulement 11,7 % des dépenses totales de santé en 2019 (BM), bien en-dessous des autres pays de la zone<sup>7</sup>. Le Rwanda est un des pays de la zone qui dédie le plus de ses **dépenses publiques de santé rapporté à son PIB (2,6 %)** en 2019. Au-delà des prestations de santé, le Rwanda se caractérise par une **forte présence d'infrastructures publiques de santé et assez peu d'établissements privés**. Le *Rwanda Development Board* ne comptabilise dans le secteur privé que 2 hôpitaux généralistes, 2 hôpitaux ophtalmologiques, une cinquantaine de cliniques, 8 cliniques dentaires, 4 cliniques ophtalmologiques et 134 dispensaires.

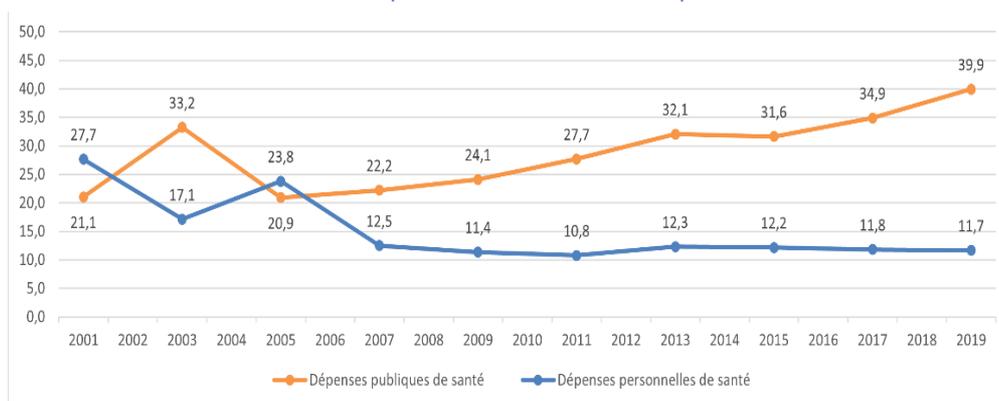
**Le Rwanda reste toutefois confronté à des problèmes structurels tels que la vétusté des hôpitaux, un manque de professionnels de santé** (1 médecin pour 8 000 habitants en 2021 d'après le Secrétariat des ressources humaines pour la santé tandis que près de la moitié des postes dans les hôpitaux sont vacants) et des besoins importants de formation.

**Malgré ces difficultés, le Rwanda souhaite se positionner comme un véritable hub pour les investissements dans la santé et pour le tourisme médical.** Le pays fait notamment partie, avec le Sénégal, des pays sélectionnés par l'entreprise allemande *BioNTech* pour le lancement d'une **usine de fabrication de vaccins à ARN messenger** sur le continent africain. Autre projet français important dans le domaine de la santé au Rwanda : *Ircad Africa*, de près de 25 MUSD, vise à implanter sur la colline de Masaka, future « *health valley* » du Rwanda, **un centre d'excellence et de formation pour la chirurgie mini-invasive**<sup>8</sup>. Enfin, le gouvernement rwandais prévoit toujours d'agrandir l'hôpital de référence *King Faysal* de Kigali, avec pour ambition d'attirer des touristes médicaux des pays de la région sans hôpitaux de cette envergure.

**Le rôle des bailleurs est également indispensable au bon fonctionnement du système de santé du pays.** Ainsi, le pays peut compter sur les engagements cumulés du **Fonds mondial**, du **Gavi** et d'**Unitaid**, principalement dans la lutte contre le VIH, la malaria et le soutien à la vaccination. **Les États-Unis via USAid sont le premier donateur bilatéral en matière de lutte contre le VIH** (11 MUSD en 2018). Ils interviennent également dans la lutte contre la malaria et en soutien aux services de santé maternelle et reproductive. **La Belgique, à travers ENABEL concentre son intervention sur la construction et à la réhabilitation d'infrastructures sanitaires** ainsi qu'au renforcement des soins de premiers recours et la sécurité sociale au Rwanda. **L'Allemagne et l'Union Européenne soutiennent le projet de fabrication de vaccins** en soutenant l'adaptation du cadre réglementaire et la montée en compétences du personnel rwandais.

**La France a quant à elle fait de la santé l'un de ses axes majeurs d'intervention au Rwanda. Le Trésor français a consenti un prêt de 10 MEUR, mis en œuvre par l'entreprise française FSE,** pour la fourniture d'équipements médicaux dans divers hôpitaux du pays. L'Agence Française de Développement a également annoncé son soutien dans la réhabilitation de l'hôpital de Ruhengeri (principale ville secondaire du pays) et dans le renforcement de capacité.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses – Données Banque mondiale



<sup>7</sup> Les contributions versées au RSSB représentent 15 % du salaire de base de l'employé selon l'organisme. Elles sont payées par l'employeur et l'employé à hauteur de 7,5 % chacun. L'employeur est responsable de la déduction, de la déclaration et du paiement de la contribution de son employé au RSSB. Ce dernier couvre également l'assurance médicale des retraités avec une contribution de 7,5 % déduite de leur pension mensuelle.

<sup>8</sup> Ce centre d'excellence est issu du modèle IRCAD, français, basé à Strasbourg du Professeur Jacques Marescaux.

## Communauté d'Afrique de l'Est – Soudan du Sud

Par le SE de Kampala



### Un système de santé sous-développé mais qui démarre une modernisation

*Bien qu'on observe une espérance de vie en hausse, le système de santé au Soudan du Sud demeure sous-développé et dépendant de l'aide extérieure (55,0 % des dépenses de santé). Depuis quelques années, les pouvoirs publics semblent enclins à redynamiser leurs politiques de santé publique de manière durable, en témoigne le nouveau budget national 2021/2022 pour la santé (75,6 MUSD soit 9,6 % du budget total) et les différentes politiques nationales.*

**L'espérance de vie des sud-soudanais atteint 58 ans en 2020.** Elle a grandement progressé depuis les années 2000 (+ 9 ans soit en moyenne 1 année d'espérance de vie supplémentaire tous les deux ans). Les maladies transmissibles (64,4 % des décès en 2019) sont en baisse de plus de 8 points de pourcentage (pdp) par rapport à 2000, tandis que les maladies non-transmissibles (29,0 %) ont augmenté d'une proportion similaire. **Les indicateurs de santé relatifs à la mortalité maternelle et infantile traduisent la faiblesse du système de santé.** Le taux de mortalité maternelle est estimé à 1 150 pour 100 000 naissances et le taux de mortalité infantile à 63 pour 1 000 naissances vivantes. La crise du Covid-19 a exercé une pression accrue sur le système de santé. D'après le *Minister of Health (MoH)*, 17 575 cas de Covid-19 et 138 décès (0,8 % de taux de mortalité) ont été recensés depuis le début de la pandémie.

**Le système de santé au Soudan du Sud demeure sous-développé en raison principalement des conflits, des incapacités institutionnelles du gouvernement et du faible niveau de développement du pays.** En effet, d'après une étude qualitative des services de santé au Soudan du Sud du *Health Pooled Fund*<sup>9</sup>, les raisons qui expliquent les lacunes du système de santé sont : (i) **les capacités institutionnelles de supervision, de prévention et de coordinations limitées du MoH** ; (ii) **les infrastructures inadaptées car trop peu nombreuses<sup>10</sup>, difficilement accessibles** (seulement 44 % de la population vit à proximité, soit moins de 5 km, d'établissements de santé et certains habitants des régions éloignées mettent plusieurs heures voire une journée entière pour accéder aux établissements de santé) **et vétustes** (50 % des 1 500 établissements de santé publique ont besoin d'investissements importants pour fournir les services de santé de base à la population<sup>11</sup>) ; (iii) **le manque d'accès aux médicaments** (non disponibles ou en rupture de stock) **et aux équipements et matériels médicaux** (nombre insuffisant de tests pour diagnostiquer les maladies et indisponibilité de moustiquaires dans certains endroits) ; (iv) **la pénurie des personnels de santé qualifiés** (la part d'accouchements assistés par une accoucheuse qualifiée est de 19 %, problème de sous-effectifs et surcharge de travail) ; (v) **le faible niveau de sensibilisation des communautés pour la prévention et le traitement de certaines maladies** qui conduit donc à une mauvaise utilisation des services de santé.

**Le système de santé national est dépendant de l'aide extérieure.** En 2019, la principale source de financement des dépenses de santé est l'aide extérieure (55,0 % soit 12,4 USD par tête), suivie par le secteur privé (28,7 % soit 6,5 USD) et public (16,3 % soit 3,7 USD). Les dépenses personnelles de santé, comptabilisées dans le secteur privé, atteignent 23,5 % des dépenses totales. Les dépenses de santé liées à l'aide extérieure ont décliné entre 2019 et 2017 (- 13,1 pdp) au profit du secteur public (+ 7,9 pdp) et privé (+5,3 pdp).

**Les dirigeants du pays accentuent les efforts pour une politique de santé publique durable.** Les activités de soins de santé primaires, à travers les réseaux des établissements de santé et des structures communautaires, sont réalisées sous l'autorité des départements de santé des comtés. Depuis 2017, le gouvernement a lancé plusieurs programmes cadres sur la santé ; (i) **Health Boma Initiative** qui ambitionne d'intégrer et d'améliorer l'accès à des services de santé communautaires dans les *Bomas*, plus petite entité administrative du pays ; (ii) **le Plan Stratégique du Secteur de la Santé 2017-2022** (HSSP 2017-2022), qui donne la priorité à la fourniture des paquets de services de santé et de nutrition de base (BPHNS) en vue d'implémenter la couverture sanitaire universelle dans le pays ; (iii) **la politique nationale de santé 2016 à 2026**, qui a pour objectif de renforcer le

<sup>9</sup> *Access To Health Care In South Sudan: A Qualitative Analysis Of Health Pooled Fund Supported Counties, 2020, Health Pooled Fund.*

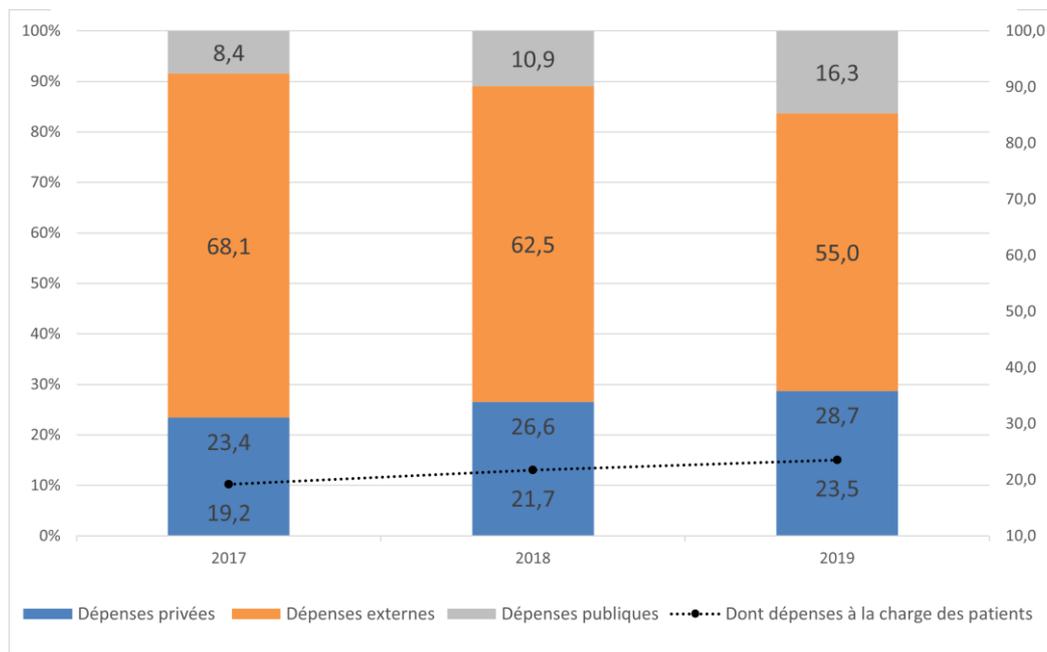
<sup>10</sup> Dans l'État d'Unity, par exemple, il n'existe qu'un seul hôpital de comté pour plus d'un million de personnes.

<sup>11</sup> *Combined Project Information Documents / Integrated Safeguards Datasheet (PID/ISDS)* pour le projet *South Sudan Provision of Essential Health Services Project, 2020, Banque mondiale.*

système de santé, sa gestion et son organisation pour la fourniture des BPHNS ainsi que développer les infrastructures et les partenariats pour les services de santé. Le MoH met également en place des mesures spécifiques à la fois structurelles - comme des politiques sur la santé maternelle et des nourrissons ou de lutte contre la tuberculose (NSP 2020-2024) - et conjoncturelles - comme la lutte contre le Covid-19 et le plan national de réponse au Covid-19 pour six mois de 10,9 MUSD. Le 17 mars 2022, le parlement Sud-Soudanais a adopté le budget national pour l'exercice 2021/2022 d'un montant de 787 MUSD, dont 9,6 % est alloué à la santé soit 75,6 MUSD.

**Les partenaires au développement jouent un rôle clé dans la fourniture des services de santé au Soudan du Sud.** Actuellement, la Banque mondiale finance deux projets pour le renforcement du système de santé face au Covid-19 (260 MUSD) et à la fourniture de services de santé essentiels (EHSP) avec l'UNICEF (110,4 MUSD). Le HPF est un fonds multi-donateurs composé du gouvernement du Canada (CIDA), la *Swedish International Development and Cooperation Agency* (SIDA), l'USAID, l'Alliance du vaccin (GAVI) et l'Union européenne (UE). Les actions du HPF s'articulent en 3 phases, actuellement en phase 3. Le HPF vise à établir un système de santé publique efficace en mettant l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Le programme HPF prend en charge 55 comtés et soutient 8 des 10 États, avec près de 8 000 agents de santé dans 797 établissements de santé publics. En parallèle, l'UE dans son programme indicatif pluriannuel pour la République du Sud-Soudan 2021-2027, a décidé de concentrer ses actions dans le développement humain avec l'éducation et la santé (priorité 2) et allouera 62,4 MEUR à cet effet.

Graphique 1 : Sources de financement des dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales de santé – Données Banque mondiale



## Communauté d'Afrique de l'Est – Tanzanie

### Par le SE de Dar es Salam



Un système de santé fragmenté, conséquence d'un manque d'engagement étatique et d'une forte présence des bailleurs internationaux dans ce domaine

*Malgré une amélioration notable des principaux indicateurs de santé ces dernières années, le système de santé tanzanien ne parvient pas entièrement à répondre aux besoins de sa population approchant les 60 millions d'habitants. Le manque d'engagement financier de l'Etat ainsi que le faible développement de l'assurance santé (taux de couverture de 28 %) font peser une partie importante des dépenses de santé sur les ressources des ménages. Les bailleurs internationaux jouent alors un rôle vital dans le secteur via de l'appui budgétaire mais surtout du financement de projets.*

**Les principaux indicateurs clés de santé ont montré une amélioration notable depuis les années 2000.**

Selon la Banque mondiale, l'espérance de vie est passée de 51 ans en 2000 à 66 ans en 2020, un âge légèrement supérieur à celui de la moyenne du continent située à 62 ans. La mortalité maternelle et infantile (avant 5 ans) ont, quant à elles, respectivement diminué (de 23,5 % et 36 % entre 2007 et 2017). Ces progrès ne sont pas, dans les trois cas, spécifiques à la Tanzanie et ne définissent pas entièrement la réalité des défis sanitaires du pays. En effet, **les maladies transmissibles demeurent la principale cause de décès dans le pays (52,1 % en 2019 contre 75,8 % en 2000 ;** le VIH/sida en première ligne, suivi de la tuberculose<sup>12</sup> et du paludisme). En parallèle, l'incidence des maladies non transmissibles (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète) est très dynamique : elles représenteraient 41,4 % des décès en 2019 contre 29,3 % en 2009. Le pays pourrait alors être rapidement confronté à une transition épidémiologique d'ampleur, dont les conséquences n'ont pas encore été suffisamment anticipées par les autorités.

**L'accès à la santé et plus précisément demeure insuffisant et inégalitaire** avec une disparité régionale importante. **Le système de financement de la santé est mixte**, avec d'une part les recettes perçues par le gouvernement au niveau national et les districts par le biais des impôts et des fonds des bailleurs, d'autre part les revenus issus des cotisations des membres des régimes privés et publics d'assurance santé, puis les dépenses des citoyens sur leurs fonds propres.

**La contribution des schémas d'assurance maladie reste marginale du fait d'une faible couverture de la population.** Deux régimes d'assurance maladie parapublics co-existent actuellement : le *National Health Insurance Funds* (NHIF) et les *Community Health Funds* (CHF). Établi en 1998, le NHIF concerne principalement les fonctionnaires pour lesquels l'inscription à ce dernier est obligatoire (taux de cotisation à 6 % partagé entre l'employé et l'employeur). Le Fonds a essayé d'étendre sa couverture aux salariés du secteur privé, sans percée significative jusqu'à présent. Des schémas communautaires d'assurance maladie (CHF) ont également été mis en place dans les districts de Tanzanie à partir des années 1990 afin de faciliter l'inclusion des travailleurs informels. En 2017, selon la Banque mondiale, environ 16 millions de Tanzaniens (28 % de la population), étaient couverts par le NHIF ou un CHF. Concernant l'assurance santé privée, des courtiers internationaux en assurance ainsi que des compagnies d'assurance nationales sont présents sur le marché mais fonctionnent à très petite échelle. **Le projet de loi garantissant la Couverture Sanitaire Universelle dans le pays est encore en préparation.**

Faute d'une couverture maladie suffisante, **les dépenses directes des ménages dans la santé sont importantes** : en 2019, elles s'établissent à 22,2 % des dépenses totales de santé, bien qu'une tendance à la baisse s'observe depuis plusieurs années (31,9 % en 2010 contre 38,5 % en 2000, BM). **La part du gouvernement dans les dépenses de santé totales est, elle, croissante** (40,9 % en 2019 contre 29,3 % en 2009) supplantant, depuis 2013, les dépenses personnelles de santé. Toutefois, l'engagement public dans le secteur semble insuffisant. Seulement 9,6 % des dépenses publiques totales étaient consacrées à la santé en 2019, en dessous de l'objectif de 15 % fixé pour les membres de l'Union Africaine lors de la conférence d'Abuja en 2001, et cette part est en baisse<sup>13</sup>, traduisant une non-priorisation de la santé par rapport à d'autres secteurs.

<sup>12</sup> Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Tanzanie serait parmi les 20 pays au monde les plus touchés par la tuberculose.

<sup>13</sup> World Bank. 2020. *Tanzania Public Expenditure Review 2020*.

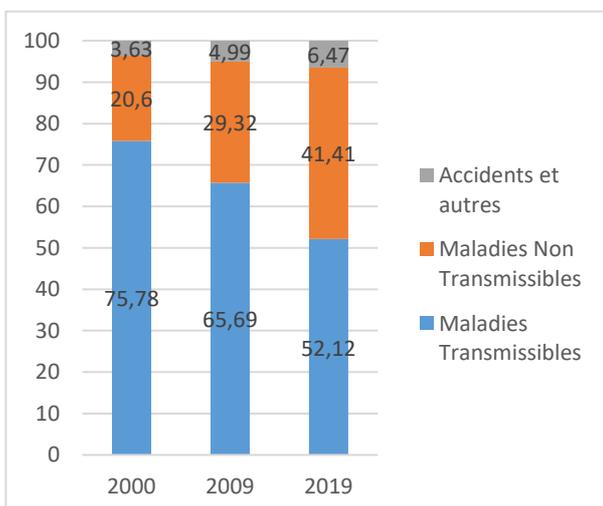
**Pour l'année 2022/2023, la ministre de la Santé a annoncé un budget prévisionnel de 479 MUSD (1,11 Tril/TZS), soit une augmentation de plus de 7 % par rapport à l'année fiscale précédente.**

**Le rôle des bailleurs de fonds dans le système de santé tanzanien est aujourd'hui central puisqu'ils contribuent à hauteur de 60 % des dépenses publiques totales d'après la Banque mondiale.** En 2017, le gouvernement américain aurait ainsi fourni 45 % de l'aide attribuée au secteur, suivi par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) ; le Canada ; la Banque mondiale ; l'Alliance GAVI et le Royaume-Uni. Seulement 14 % de cette aide serait dirigée vers les systèmes gouvernementaux tels que le **Health Basket Fund (HBF)**, qui regroupe une partie des contributions des bailleurs internationaux dans le but de soutenir les efforts du gouvernement dans le secteur. **Les bailleurs auraient alors tendance à privilégier l'aide hors budget via le financement de projets, accentuant la fragmentation du système de santé tanzanien.** La plupart de l'aide hors budget est consacrée à la lutte contre les MST, y compris le VIH/sida (32 %), aux soins de première nécessité (14,5 %), aux programmes de planning familial (8,5 %) et à la lutte contre le paludisme (7,5 %).

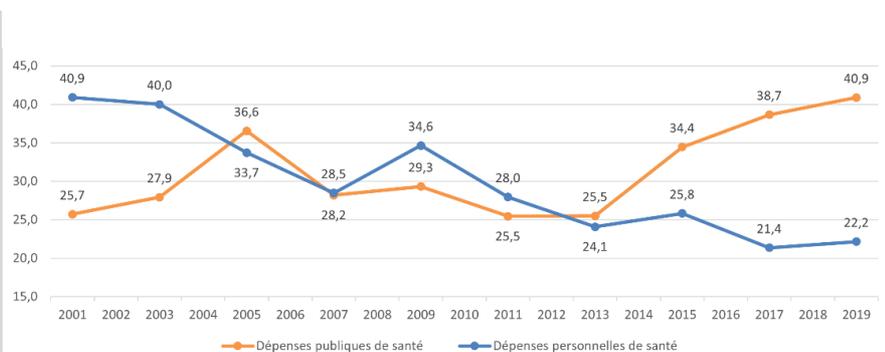
**L'Agence Française de Développement intervient dans le secteur de la santé en Tanzanie depuis 2013,** au travers notamment un partenariat avec le Réseau Aga Khan de Développement (AKDN). Ce partenariat a permis l'extension de l'hôpital Aga Khan à Dar es Salam et l'ouverture de 25 nouveaux centres de santé de proximité (prêt concessionnel à long terme de 53,5 MUSD par l'AFD) et comprend actuellement (i) un projet visant à améliorer la prise en charge globale du cancer dans le pays en partenariat avec l'Institut Curie pour le volet formation (subvention de 10 MEUR) ; (ii) une subvention de 300 000 EUR du gouvernement français via l'AFD pour la création d'une unité dédiée aux maladies infectieuses dans l'hôpital Aga Khan de Dar es Salam et dans le centre médical Aga Khan de Mwanza et (iii) une subvention de 2,3 MEUR de Proparco en faveur d'Aga Khan *Health Services* afin d'accroître l'accès aux services de soins de santé en renforçant l'approvisionnement en oxygène et en soutenant les patients nécessiteux avec des soins de qualité.

En termes de marché, **le gouvernement souhaite encourager les investissements étrangers dans le secteur pour la construction d'hôpitaux,** dont un hôpital national à Dodoma et **pour la production de médicaments et de vaccins afin de servir le marché domestique et régional.** A l'heure actuelle, l'industrie pharmaceutique du pays se limiterait à 12 producteurs locaux, couvrant moins de 15 % des besoins en produits pharmaceutiques. Cette dépendance aux importations expose le pays à la circulation de contrefaçons de médicaments (principalement produits en Chine et en Inde, les principaux fournisseurs de la Tanzanie). Pour stimuler la production locale, le gouvernement accorde des exonérations fiscales pour les matières premières et les emballages pharmaceutiques. La capacité du pays à développer une production locale se confronte néanmoins au manque de personnels qualifiés et de technologies modernes dans ce domaine ainsi qu'à la concurrence des fournisseurs internationaux fortement implantés dans la région.

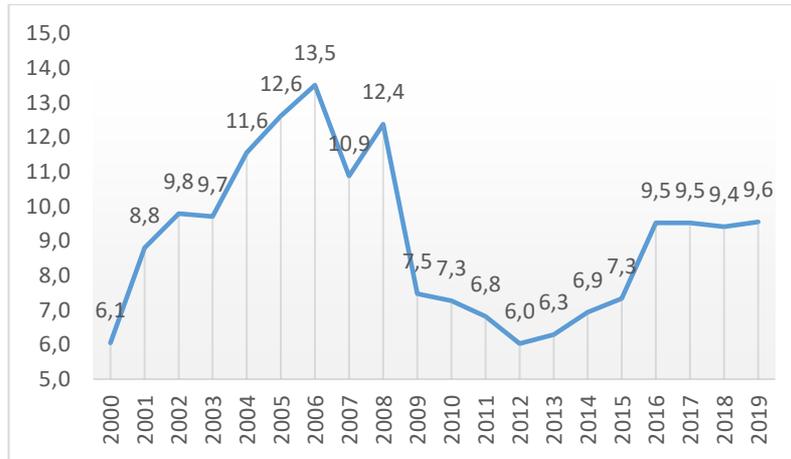
Graphique 1 : Principales causes de décès en % – Source : *Global Burden Disease 2019*



Graphique 2 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Source : Banque mondiale



Graphique 3 : Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales - Source : Banque mondiale



## Indicateurs régionaux : Communauté d'Afrique de l'Est

Indicateurs Pays	Burundi	Kenya	Ouganda	Rwanda	Sud Soudan	Tanzanie
<i>Population (M hab.) ONU, 2020</i>	11,9	53,8	45,7	13,0	11,2	59,7
<i>Croissance démographique (%) ONU, 2015-2020</i>	3,1	2,3	3,6	2,6	0,9	3,0
<i>Doing Business (classement) 2020</i>	166	56	116	38	185	141
<i>Rang Indice de corruption - Transparency international 2021</i>	169	128	144	52	180	87
<b>Macroéconomie</b>						
<i>PIB (Mds USD) FMI, 2021</i>	3,3	109,8	42,5	11,1	5,2	70,3
<i>PIB/hab (USD) FMI, 2021</i>	272	2 205	1 000	859	364	1 177
<i>Croissance du PIB réel (%) FMI, 2021</i>	2,4	7,2	5,1	10,2	5,3	4,9
<i>Taux d'inflation moyen annuel (%) FMI, 2021</i>	8,3	6,1	2,2	0,8	5,3	3,7
<b>Finances Publiques</b>						
<i>Solde budgétaire, dons compris (%PIB) FMI, 2021</i>	-3,9	-8,1	-7,8	-6,9	10,0	-3,3
<i>Dette publique (%PIB) FMI, 2021</i>	68,6	68,1	51,6	68,6	58,2	40,8
<i>Dette publique extérieure (%PIB) FMI, 2021</i>	20,0	33,3	32,9	55,8	-	28,5
<b>Echanges</b>						
<i>Balance des biens (%PIB) CNUCED, 2020</i>	-	-8,3	-6,8	-16,2	-	-1,8
<i>Exportation française vers (MEUR) 2021</i>	8,6	156,0	107,2	25,2	1,4	62,2
<i>Importation française depuis (MEUR) 2021</i>	2,0	134,4	17,5	4,9	0,0	31,0
<i>Balance courante (%PIB) FMI, 2021</i>	-13,5	-5,4	-7,9	-10,5	-7,6	-3,3
<i>Transferts de la diaspora (%PIB) FMI, 2020</i>	1,5	3,1	2,8	2,3	29,5	0,6
<i>Réserves de change (mois d'import) FMI, 2021</i>	2,1	4,4	4,0	4,6	0,5	4,9
<b>Développement</b>						
<i>IDH, BM, 2020</i>	0,43	0,60	0,54	0,54	0,43	0,53
<i>Espérance de vie à la naissance (2015-2020) ONU</i>	61,0	66,2	62,8	68,4	57,4	64,8
<i>Taux de pauvreté (&lt;1,90 USD/jours, %) BM</i>	72,8	37,1	41,0	56,6	76,5	49,4
<i>Emissions de CO2 par habitant (tonnes) BM 2018</i>	0,05	0,36	0,14	0,09	0,13	0,21
<b>Notation Dette Souveraine</b>						
S&P	-	B	B	B+(-)	-	-
Moody's	-	B2(-)	B2	B2(-)	-	B2
Fitch	-	B+(-)	B+(-)	B+(-)	-	-
<b>Politique Monétaire</b>						
<i>Taux directeur **</i>	-	7,5	7,5	5	-	5,0

## ❖ Corne de l'Afrique – Djibouti

### Par le SE d'Addis Abeba



## Un secteur de la santé peu investi par le gouvernement malgré un fort volontarisme politique

*Le secteur de la santé à Djibouti se caractérise par des défaillances structurelles et conjoncturelles auxquelles le gouvernement, appuyé par les bailleurs internationaux, tente d'apporter des solutions, notamment dans le cadre du plan Vision 2035 et du Plan national de développement sanitaire 2020/24. Si Djibouti a été relativement épargné par la crise du Covid-19, les principales causes de décès restent les maladies transmissibles (48,8 %) et non transmissibles (comme le diabète à 42,2 % et la malnutrition qui représente 57 % des décès chez les moins de 5 ans). Afin de répondre à ses défis internes, le gouvernement a déployé des partenariats avec des centres hospitaliers étrangers dont plusieurs français et a lancé un projet de construction d'un nouvel hôpital.*

**Avec une espérance de vie de 67 ans en 2020 et une population relativement jeune** (28,9 % ont moins de 14 ans), les principales causes de décès demeurent les **maladies transmissibles, à 48,8 %** (VIH/SIDA, paludisme, grippe, choléra) et **non transmissibles à 42,3 %** (diabète). En outre, **la malnutrition** (57 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans) et les **maladies liées à la santé maternelle**, néonatale, infantile et adolescente constituent des enjeux sanitaires prioritaires (248 décès de mères pour 100 000 naissances, un ratio néanmoins inférieur à la moyenne des pays de l'AEIOI qui s'établit à 321 décès pour 100 000 naissances et en Afrique Subsaharienne à 534 pour 100 000.)

**Le système de santé djiboutien reste peu développé et se caractérise par une forte disparité régionale et géographique entre Djibouti ville et les zones rurales.** Les régions de Tadjourah, Ali-Sabieh et Dikhil sont particulièrement concernées par un accès difficile aux infrastructures hospitalières. **Avec seulement 64 établissements hospitaliers** (publics, parapublics et privés) pour 1 M d'habitants et plus de 23 000 réfugiés, Djibouti enregistre des performances limitées en comparaison avec les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI). En effet, la Banque mondiale relève seulement **10,7 lits d'hôpital pour 10 000 habitants dont seuls 51 % fonctionnent** et 3,2 lits de maternité pour 1 000 femmes enceintes. **En outre, les centres hospitaliers restent peu résilients au changement climatique** (fortes pluies, températures élevées) et nécessiteraient des investissements supplémentaires dans de l'équipement adapté à de fortes températures afin de mieux protéger le personnel de santé et les patients (prévision d'une hausse moyenne de 2,4°C/jour d'ici 2050). La mise à disposition de personnels soignants formés reste en deçà des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé de **44,5 personnels pour 10 000 habitants contre 7 personnels formés pour 10 000 habitants** (dont 3,5 infirmières, 2,2 sage-femmes formées) à Djibouti en 2017<sup>14</sup>.

**Malgré un volontarisme politique affiché pour** (i) améliorer l'accès à la santé<sup>15</sup>, (ii) augmenter le budget alloué au secteur et (iii) répondre à la crise du Covid-19<sup>16</sup>, **l'investissement dans le secteur reste relativement faible.** Alors que **les dépenses totales de santé par habitant s'élèvent à 62 USD** (1,8 % du PIB) en 2019, contre 71 USD l'année précédente, **le gouvernement couvre 53,7 % de ces dépenses** (soit 4,3 % des dépenses totales du gouvernement et 1,0 % du PIB en 2019) tandis que le **privé complète à hauteur de 25,6 % et l'aide extérieure à 20,8 %.** **24,2 % des dépenses totales de santé sont à la charge des patients.**

**Djibouti dispose d'une assurance maladie universelle depuis 2014** qui se décline entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) obligatoire pour les employés du secteur formel, le Programme d'assistance sociale pour la santé et l'assurance maladie pour étudiants. La **Caisse Nationale de sécurité sociale (CNSS), entité publique créée en 2008 couvre environ 473 000 personnes affiliées dans le cadre du régime AMO**<sup>17</sup>.

**Le secteur de la santé à Djibouti est particulièrement investi par les bailleurs** tels que la BM, l'UE, l'OIM, l'UNICEF et le PAM. **La Banque mondiale finance actuellement deux projets en réponse à la crise du Covid-19**<sup>18</sup> tandis que **l'UE a alloué 4,5 MEUR** en soutien à la réponse djiboutienne face au Covid-19 en 2020. En

<sup>14</sup> Banque mondiale.

<sup>15</sup> La couverture médicale concernait 47 % de la population en 2017, d'après la Banque mondiale.

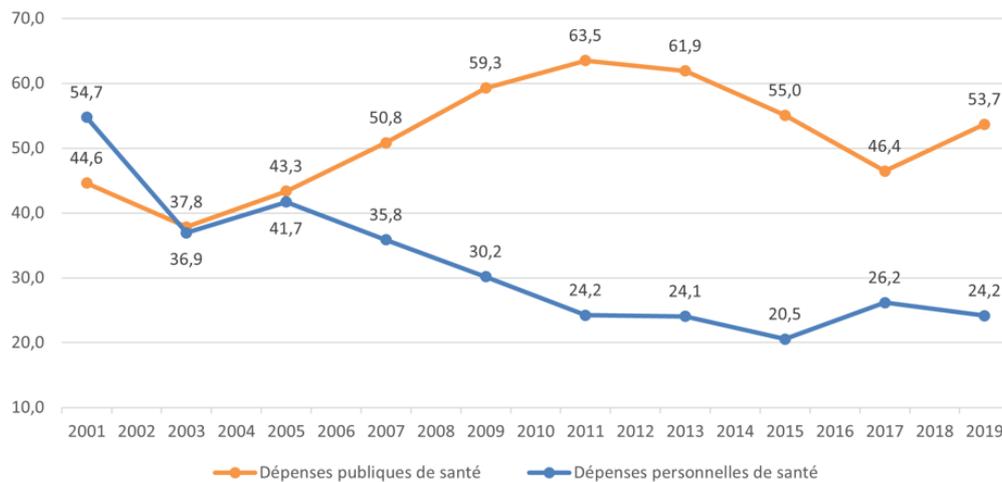
<sup>16</sup> Face à la crise du Covid, 82 MUSD de dépenses publiques ont été débloquées dont 0,8 % pour le secteur de la santé.

<sup>17</sup> Plan national de développement sanitaire 2020/24.

<sup>18</sup> Les projets sont: *Djibouti Covid-19 Response* et *Towards Zero Stunting and Responding to Covid-19 and others emergencies*.

outre, le secteur de la santé maternelle est particulièrement investi par les bailleurs dont la BM, l'UNHCR et le gouvernement japonais (via des subventions de la BM). **La coopération hospitalière entre la France et Djibouti s'accroît.** Après une première convention de coopération signée entre la CNSS, le CHU d'Angers et l'hôpital Peltier situé à Djibouti en 2015, la CNSS a signé une nouvelle convention de partenariat avec le centre hospitalier de Valenciennes fin mars 2022, essentiellement pour de la formation médicale et non médicale. Un projet de construction d'un nouvel hôpital privé détenu par la CNSS est en cours de réalisation : phase I sur financement BID (68 M USD) et BAD (10 M USD) pour 150 lits, maîtrise d'ouvrage chinoise ; une phase II pourrait être lancée à partir de 2028.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en %  
des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



## ❖ Corne de l'Afrique – Érythrée

### Par le SE d'Addis Abeba



Secteur prioritaire, le système de santé érythréen a enregistré des progrès importants mais les enjeux sanitaires demeurent conséquents

*Grâce à un soutien politique important, l'Erythrée a réalisé de nombreux progrès en matière de santé ces 30 dernières années. Néanmoins, les enjeux sanitaires demeurent conséquents, surtout dans un contexte où la présence des bailleurs est limitée.*

**180<sup>ème</sup> sur 189 pour l'IDH en 2019, l'Érythrée est l'un des États les plus pauvres du monde.** Avec 61 % de la population entre 15 et 64 ans au chômage, la pauvreté reste prégnante : le taux de pauvreté s'établissait en 2015 à 69 % et plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans souffre de malnutrition. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 67 ans en 2020. Selon le rapport annuel d'activité du ministère de la Santé érythréen, **les maladies non transmissibles** étaient les principales causes de morbidité chez les patients en 2020. Les principales causes de décès sont la **tuberculose** (81 pour 100 000), les infections des voies respiratoires inférieures et les maladies diarrhéiques.

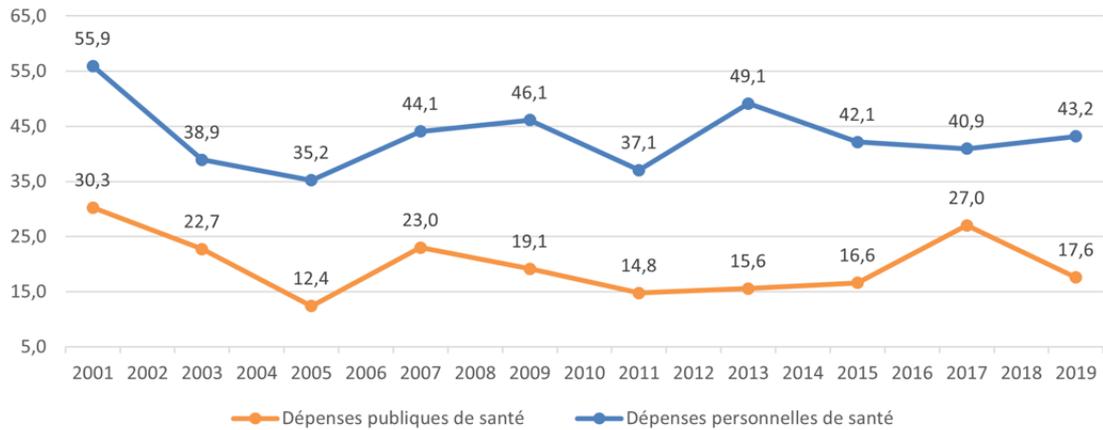
**Le financement du secteur – qui atteindrait 4,5 % du PIB en 2019 – serait principalement assuré par le gouvernement et les particuliers.** Le système de santé est financé par quatre sources : le budget public (les dépenses de santé représentent 2,4 % du budget fédéral), les frais d'utilisation payés par les patients (43,2 % des dépenses de santé), la contribution de la communauté (43,2 % des dépenses de santé) et les bailleurs (pas de données). Ainsi, il existerait une forte contribution communautaire (en nature ou financière) pour la mise en œuvre des plans du secteur de la santé, y compris pour les services de vaccination et de maternité. En plus des frais payés par les patients, certains coûts financiers indirects entraveraient l'accès aux services de santé, en particulier le coût du transport et de l'absence du travail.

**Trois entités différentes sont responsables de la gestion financière dans le secteur de la santé** : l'Unité de gestion des projets (UGP), l'Unité de budgétisation de la division des politiques et de la planification, et l'administration des finances (Département du Budget et Trésor). La coordination entre ces unités resterait déficiente. Chaque niveau administratif (*Zoba et sous-zoba*) recevrait son budget de fonctionnement respectif ainsi que les hôpitaux.

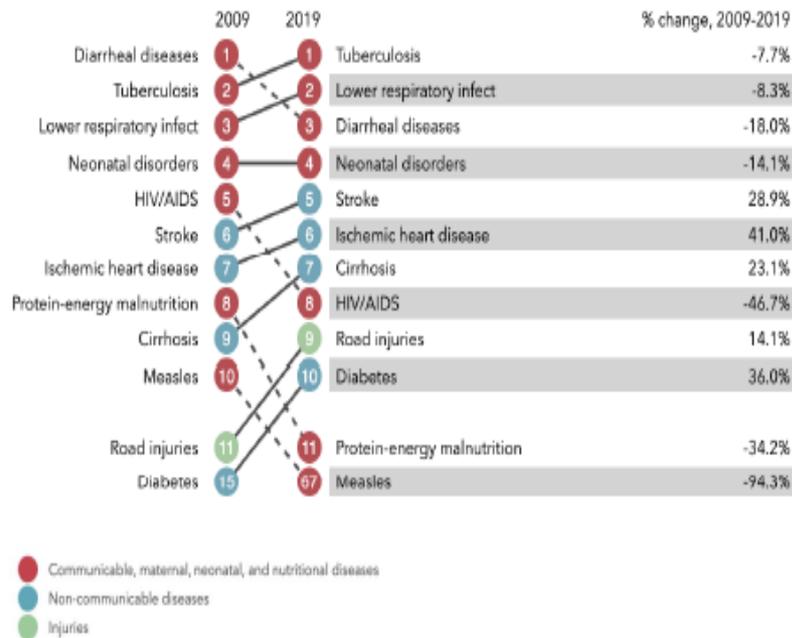
Conformément à la vision nationale érythréenne de « devenir une nation économiquement, politiquement, socialement, culturellement et psychologiquement développée », **le Gouvernement a élaboré une nouvelle Politique nationale de santé (2020)** qui vise à « améliorer l'état de santé, le bien-être, la productivité et la qualité de vie du peuple érythréen ». Elle repose sur 4 piliers : (i) réduire le fardeau des maladies et améliorer l'état de santé de tous les Érythréens, (ii) minimiser le fardeau des facteurs de risque pour la santé pour tous les citoyens, (iii) renforcer le système de préparation et de réponse aux situations d'urgence et (iv) augmenter la durée et la qualité d'une vie en bonne santé.

**Afin de progresser vers la réalisation de la couverture santé universelle (CSU), des efforts importants ont été déployés par le Gouvernement.** Pendant la période de mise en œuvre du *Health Sector Strategic Development Plan II (2017-2021)*, le pays a mis en œuvre un ensemble de mesures, dont la mise en place du paquet de soins de santé essentiels pour l'Érythrée (EHCP). Celle-ci définit la promotion, la prévention, les interventions cliniques, de réadaptation et palliatives que le pays s'efforcera de fournir à l'ensemble de sa population, par tranche d'âge et niveau de soins. En réponse à la préparation de la pandémie du Covid-19, le Gouvernement a pu introduire des services de soins intensifs au niveau des *Zoba* pour toutes les tranches d'âge ainsi que des services de soins intensifs néonataux et pédiatriques. Ainsi, **l'indice de couverture des services de la CSU serait passé de 47,6 % à 54,9 % entre 2016 et 2019.**

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



Graphique 2 : Principales causes de morbidité en Érythrée et leur évolution sur 10 ans (2009-2019) – *Global Burden of Diseases*



## Communauté d'Afrique de l'Est – Ethiopie

### Par le SE d'Addis-Abeba



Un secteur sanitaire qui enregistre des progrès notables depuis le Covid-19, porté par les bailleurs et le gouvernement

*Suite à l'épidémie de Covid-19, l'Éthiopie a intégré la santé dans les priorités de son plan de développement économique à long terme, et a renforcé, grâce aux dons des bailleurs, ses capacités sanitaires en matière d'équipements et d'infrastructures. Néanmoins, malgré les nombreux progrès enregistrés, le système de santé éthiopien reste faible en raison d'un sous-investissement persistant en compétences et en équipements. Par ailleurs, l'Éthiopie peut représenter une opportunité intéressante pour les entreprises françaises notamment en matière d'équipements et services aux nouveaux hôpitaux et de fourniture de produits pharmaceutiques.*

L'Éthiopie est au 173<sup>ème</sup> rang sur 189 de l'indice de développement humain du PNUD, et avec une espérance de vie à la naissance de 67 ans, près de 50 % de la population n'a pas accès à l'eau potable et 32 % de la population vit sans assainissement adéquat. **Les principaux problèmes de santé en Éthiopie sont la mortalité maternelle** (557 pour 100 000), le **paludisme** (54 pour 1000), la **tuberculose** (132 pour 100 000) et le **VIH** (0,9 pour 1000 pour la population de 15 à 49 ans). La **malnutrition** (7,2 % des enfants de moins de 5 ans sont touchés par l'émaciation) est répandue, en particulier chez les enfants, tout comme l'insécurité alimentaire.

**Le système de santé reste très faible, en raison d'un sous-investissement persistant au regard de l'état sanitaire de la population.** D'après le huitième cycle du *National Health Accounts* (2019/20) paru en 2022, la couverture des besoins de santé de la population a été prise en charge par les bailleurs et ONG (33,9 %), le gouvernement (32,2 %) ne laissant que **30,5 % du montant à la charge du patient**. Les dépenses totales de santé de l'Éthiopie (récurrentes et en capital) ont été estimées à 4,5 % du PIB en 2019/20. Ces chiffres sont en hausse de + 76 % en termes nominaux, mais seulement de + 16 % après ajustement pour l'inflation. Une légère augmentation des dépenses de santé (+ 5 %) est à noter dans le budget de l'Etat sur 2021/22 (à 3,6 % du budget) par rapport à l'année précédente, une part toujours inférieure à la recommandation de l'OMS.

**La gestion du système de santé est partagée entre le ministère de la Santé (MoH), les bureaux régionaux de la santé (RHB) et les bureaux de santé des woredas (districts).** Le MoH et les RHB sont responsables de la formulation et de l'harmonisation des programmes et stratégies de santé, tandis que les bureaux de santé des *woredas* jouent un rôle de gestion et de coordination du fonctionnement des services de soins et de santé primaires. Le personnel de santé étant principalement concentré dans les zones urbaines (20 % de la population)<sup>19</sup>, **de grandes disparités existent entre les régions concernant l'offre de services**. D'après le rapport sur les dépenses sanitaires de l'Éthiopie de la Banque mondiale, les régions d'Amhara, des nations, nationalités et peuples du Sud (SNNP) et d'Oromia – soit 80 % de la population- enregistrent les dépenses publiques de santé les plus faibles par habitant<sup>20</sup>. L'offre privée de soin reste modeste en quantité et en qualité, notamment en raison de la rareté des compétences médicales et de l'investissement privé dans ce secteur.

**Suite à l'épidémie du Covid-19, l'Éthiopie a intégré la santé dans les priorités de son plan de développement économique à long terme, le « 10 years perspective plan ».** Les principaux objectifs sont (i) d'assurer des services de santé équitables et de qualité, (ii) d'augmenter l'espérance de vie moyenne, (iii) d'atteindre la couverture sanitaire universelle, (iv) de réduire les décès maternels et infantiles évitables, les incidences de maladies contagieuses et non contagieuses et les décès, (v) de renforcer les capacités en matière de tourisme hospitalier. Au cours des deux dernières décennies, des progrès ont été accomplis dans : (i) la **mise à disposition de personnels de soin** de santé primaire et des hôpitaux – le nombre cumulé de postes de santé a enregistré une hausse (+ 7 %), ainsi que celui des centres de santé fonctionnels (+ 11 %), (ii) **l'accès aux services de soins** grâce à la mise en place du *Health Extension Programme* (HEP), (iii) **l'accessibilité de la santé**

<sup>19</sup> Les régions où la densité du personnel de santé est la plus élevée sont la zone Harari (2,88) et Addis-Abeba (2,23) et la plus faible densité de 0,43 est observée dans la région Somali. Pour une couverture médicale en 2015 de 34 % en moyenne, la capitale, Addis-Abeba a la meilleure couverture (52 %) par rapport à la région Afar (10 %), en raison de l'accès géographique, de la sécurité, des ressources humaines, de l'infrastructure sanitaire (y compris la disponibilité de systèmes fonctionnels de chaîne du froid) et du mode de vie (nomadisme), entre autres facteurs.

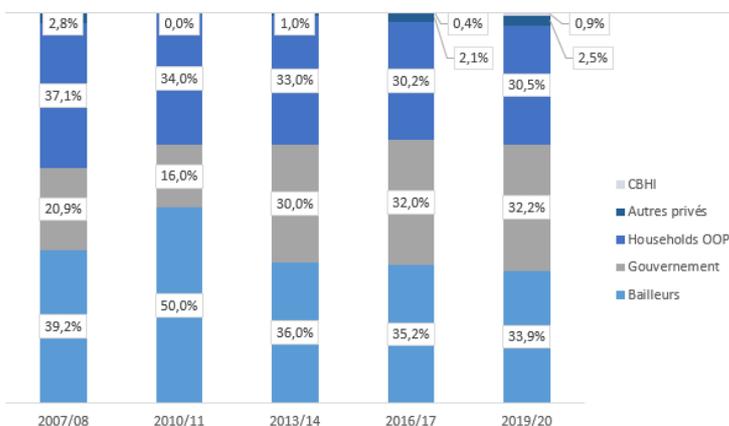
<sup>20</sup> *Ethiopia Public Expenditure review: Health, World Bank 2020 (Health)*.

via l'assurance maladie communautaire (*Community-based Health Insurance - CBHI*) et une assurance maladie sociale (*Social Health Insurance*) pour les segments informels et formels de la société, (iv) la **lutte contre la malnutrition** - les taux de retard de croissance (taille basse pour l'âge) sont passés de 51 % à 38 % entre 2005 et 2016.

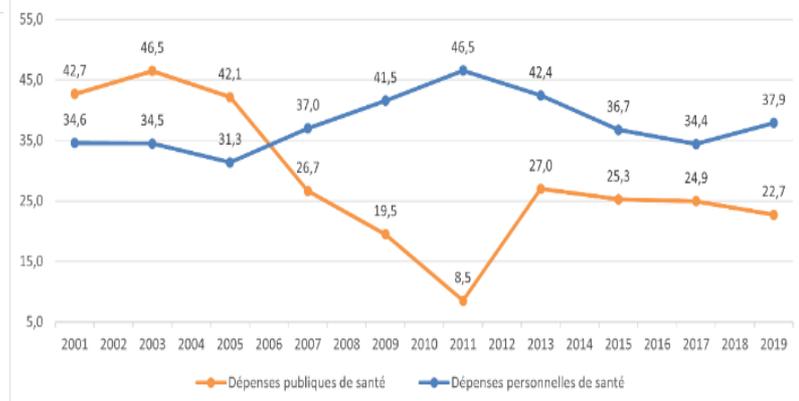
Le gouvernement souhaite également **encourager les investissements étrangers** grâce à des accords de **partenariat public-privé (PPP)** pour la construction d'hôpitaux et de centres de santé essentiellement<sup>21</sup>. Les produits français bénéficient d'une très bonne réputation dans le secteur de la santé et peuvent bénéficier de procédures d'enregistrement simplifiées, notamment pour les produits pharmaceutiques (procédure accélérée). D'autres secteurs sont aussi porteurs pour la France : les équipements et services aux nouveaux hôpitaux et centres de santé, la construction d'hôpitaux et d'établissements de soins de santé modernes, les produits pharmaceutiques et fournitures, le support informatique, l'installation de stockage à froid, les transferts de connaissances et compétences sont des sous-secteurs à fortes opportunités.

**La santé est un secteur très investi par les bailleurs en Éthiopie.** L'OMS travaille sur l'amélioration de l'accès aux médicaments par l'élaboration d'un plan stratégique pour renforcer les systèmes locaux de fabrication, d'approvisionnement et de réglementation des produits pharmaceutiques ; la **Banque africaine de développement (BAfD)** fait partie des financeurs du programme de promotion des services de base (PBS) et a approuvé 165 MUSD pour soutenir l'Éthiopie dans sa lutte contre l'épidémie du Covid-19 ; la **Banque mondiale** est quant à elle impliquée dans plusieurs programmes de santé dont un projet pour l'amélioration des services pour les mères et enfants, l'*Ethiopia Health MDG Support Operation* (2013-2021) pour 330 MUSD<sup>22</sup>. Enfin, la Banque mondiale a approuvé en 2020 un projet d'un montant de 82,6 MUSD afin de prévenir, détecter et répondre à la menace que constitue le Covid-19 et renforcer le système sanitaire éthiopien. L'**UE** participe au programme de promotion des services de base (PBS ; couvrant essentiellement les coûts récurrents) et au Fonds de performance des OMD (qui couvre les coûts d'investissement) ; les **États-Unis (USAID)**, soutiennent les domaines suivants : la planification familiale, VIH / SIDA, les systèmes de santé, le paludisme, la santé maternelle et infantile, la nutrition, la tuberculose ; la **Grande-Bretagne (FCDO)** finance des programmes, depuis 2015, pour l'accès aux soins primaires en Éthiopie (308 MUSD), pour le planning familial (116 MUSD) et pour le renforcement des systèmes résilients au climat pour les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène en Éthiopie (SCRS – WASH, 123 MUSD).

Graphique 1 : Sources de financement en pourcentage des dépenses totales de santé – Données *Ethiopia National Health Accounts*



Graphique 2 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



<sup>21</sup> Depuis 2019, 2 PPP santé sont en cours : un projet d'oncologie (35,8 MUSD) et d'oxygène médical (20,5 MUSD).

<sup>22</sup> Les autres programmes sont (i) deux programmes de filets sociaux *Urban Productive Safety Net Project* (UPSNP) (2015-2021) pour 450 MUSD et le *Rural Productive Safety Net Project* (RPSNP) (2017-2020) (1 856 MUSD multi bailleurs, 600 MUSD BM), (ii) un projet pour améliorer l'accès à l'eau et aux structures sanitaires (*Second Ethiopia Urban Water Supply and Sanitation Project* (2017-2023) 505 MUSD dont 405 M par la BM).

## Corne de l'Afrique – Soudan

### Par le SE de Khartoum



### Un système de santé toujours fragile

*Bien que les principaux indicateurs de santé (espérance de vie, taux de mortalité infantile) soient en nette amélioration et que 84 % des Soudanais soient en principe couverts par une assurance médicale publique, l'accès aux soins, notamment primaires, s'est fortement dégradé en raison d'un manque de financement public et d'une structure de gouvernance qui demeure inaboutie. Quant aux dépenses de santé, la part prise en charge par les individus surpasse nettement celle apportée par les autorités (67,4 % contre 22,7 % des dépenses totales de santé en 2019). La pandémie du Covid-19 n'a fait qu'accroître ces tendances et mis en relief la dépendance du Soudan à l'aide internationale, souvent mise en œuvre par les agences onusiennes et dans une moindre mesure par les ONG, supplantant les institutions gouvernementales existantes.*

**Les indicateurs de santé au Soudan ont enregistré des avancées ces dernières décennies.** L'espérance de vie a connu un net progrès (66 ans en 2020 contre 56 ans en 1990) tout comme le taux de mortalité infantile, qui a diminué à 40 pour 1000 naissances en 2020 contre 67 en 2000. Les maladies transmissibles (en particulier la tuberculose) représentaient 16 % du total des décès en 2019 selon le *Global Burden Disease*, en baisse de 43 % entre 2000 et 2019<sup>23</sup>. **Reste que les décès liés aux maladies non transmissibles sont prédominants, en forte augmentation (+ 44 %) entre 2000 et 2019.**

**Le système de santé se dégrade très rapidement** en raison de (i) la détérioration de la situation économique ; (ii) du manque de pilotage des politiques de santé publique<sup>24</sup> ; (iii) de la faiblesse chronique des ressources publiques ; (iv) à la fuite des cerveaux, notamment vers les pays du Golfe où les salaires et conditions de travail sont plus intéressants ; (v) à la mise en pause, depuis le 25 octobre 2021, de l'aide internationale hors aide humanitaire d'urgence et (vi) au déport de l'aide internationale de la lutte contre le paludisme et la tuberculose vers la lutte contre le Covid-19.

Le nombre de personnes vivant sans accès aux soins a doublé depuis 2020, passant de 800 000 à 1,7 million de personnes (*Humanitarian Response Plan, 2022*) avec un accès aux services de santé maternelle et infantile encore plus réduit<sup>25</sup>. **Les autorités tentent d'inverser la tendance avec la publication d'un plan stratégique de santé publique 2021-2024** qui devrait être adopté prochainement ou encore avec l'adoption d'un **plan d'anticipation des urgences**<sup>26</sup>, tous deux développés avec l'OMS, mais qui demeurent pour l'instant au stade d'initiative et non de mise en place effective du projet.

**Il existe au Soudan trois systèmes principaux d'assurance maladie.** En 2021, **le Fonds national d'Assurance maladie, dépendant du ministère des Affaires sociales**, couvre, en théorie, 84 % de la population. Cependant le réseau d'hôpitaux et de centres médicaux publics, dépendant du ministère de la Santé, reste limité<sup>27</sup> tant dans sa couverture géographique qu'en matière de services. De plus, **ces établissements souffrent de fréquentes pénuries de médicaments** même de première nécessité, du fait du manque de financement public et d'accès aux devises, 65 % environ des médicaments étant importés. En effet, le NMSF (*National Medical Supply Fund*), autorité dépendante du ministère de la Santé et chargée de l'importation et la distribution des médicaments pour les maladies chroniques se trouve depuis quelques années dans l'incapacité d'honorer ses dettes vis-à-vis de ses fournisseurs internationaux. Ces difficultés d'accès aux médicaments se retrouvent sur l'ensemble de la filière, le coût des médicaments ayant augmenté de 1 000 % en 2021 et de plus de 300 % sur

<sup>23</sup> On dénombre environ 3 millions contaminations annuelles et environ 600 décès du paludisme ; 31 000 nouveaux cas de tuberculose sont recensés chaque année, qui est la 9ème cause de décès avec 5 230 décès annuels ; tandis que le Covid-19 a, selon l'OMS, entraîné 4 939 décès.

<sup>24</sup> Sept ministres et cinq sous-secrétaires d'Etat se sont succédés depuis septembre 2019, une rotation qui se retrouve également au sein des différents échelons du ministère de la Santé.

<sup>25</sup> Il n'existe que 15 centres dédiés aux soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence alors que le taux de croissance annuelle de la population est de 2,4 %. Cette défaillance qui explique le taux de mortalité maternelle élevé (295 décès pour 100 000 naissances, FNUAP, 2017)

<sup>26</sup> Ce plan a recensé les 17 dangers –comme les inondations, les conflits armés, les épidémies, les déplacements – présentant un risque pour la santé publique dont le coût estimé s'élève à 33 MUSD. L'OMS a pour l'instant mobilisé à elle seule 33 % des médicaments et des fournitures nécessaires, le solde devant être apporté par d'autres bailleurs.

<sup>27</sup> Sur environ 6 000 centres de santé, 30 % seraient fonctionnels. Par ailleurs, selon la Banque mondiale, le nombre de lit pour 1000 habitants s'élevait à 0,70 en 2017. La situation est encore plus critique pour les unités de soins intensifs, le *Sudan Medical Council* estimant leur nombre à 436 unités en 2021 dont 186 seulement dans les établissements publics.

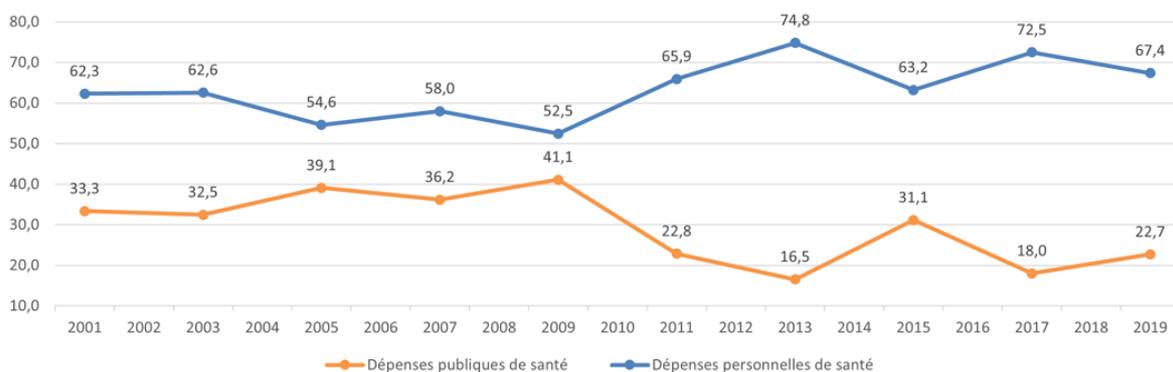
l'année 2022. **Le deuxième système d'assurance maladie est celui dédié aux militaires**, qui disposent de leurs propres établissements de santé. Le troisième système est celui proposé par une dizaine de **sociétés d'assurance santé privées à capitaux soudanais** pour la plupart. A noter que la loi d'assurance maladie rend l'affiliation des salariés, tant du secteur public que privé ainsi que des retraités, à un système d'assurance maladie obligatoire, les employeurs devant prendre à leur charge au moins 60 % du coût.

**En 2019, les dépenses publiques dédiées à la santé ne représentaient que 1,0 % du PIB, soit une baisse régulière depuis 2015 où elles s'établissaient à 2,3 %, alors que le PIB a lui-même diminué de près de moitié sur la période.** La part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales se réduit, passant dans la même période de 18,3 % à 5,6 %.

**Les dépenses totales de santé par habitant ont ainsi connu une baisse importante** durant cette période pour s'établir en dollars constants à 47 USD en 2019, contre 159 USD en 2015. La dégradation constante du secteur public de la santé pousse les Soudanais à s'adresser aux établissements privés, voire pour ceux qui le peuvent, à se faire soigner à l'étranger, notamment au Royaume Uni et à Dubaï. Conséquence directe, les dépenses personnelles de santé dépassent nettement celles prises en charge par l'Etat : elles représentaient **67,4 % des dépenses totales de santé contre 22,7 % pour la composante publique.**

Dans ce contexte, **le rôle des bailleurs internationaux<sup>28</sup> est vital**, du point de vue du financement mais aussi de la mise en œuvre des programmes qui est souvent du ressort des agences onusiennes, voire des ONG qui ont parfois la possibilité d'intervenir dans des régions où les autorités ne sont pas les bienvenues. La prévalence des institutions internationales continue ainsi d'affaiblir les capacités d'action des autorités soudanaises. **La lutte contre la pandémie du Covid-19** a été, par exemple, essentiellement financée par les institutions internationales<sup>29</sup> avec une mise en œuvre pilotée par l'OMS et l'UNICEF en partenariat avec le ministère de la Santé. La mise en pause des programmes de la Banque mondiale, incluant celui sur la pandémie, suite au coup d'Etat du 25 octobre, a entraîné un manque important de financement de ce programme. Par ailleurs, le Soudan est le principal bénéficiaire du Fonds mondial dans la région ANMO, avec un engagement cumulé d'environ 900 MUSD depuis 2005. Sur la période 2021-2023, le Fonds a accordé 145 MUSD supplémentaires pour la lutte contre la tuberculose (13 MUSD) et le VIH (22 MUSD) administrés par le PNUD<sup>30</sup>, ainsi que le paludisme (89 MUSD) et le renforcement du système de santé (21 MUSD) via le ministère de la Santé. A noter également le programme financé par l'UE sur le renforcement du système de santé au travers de la mise en œuvre d'un *Public Finance Management* spécifique à ce secteur afin d'améliorer sa gouvernance.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



<sup>28</sup> Il existe un cluster santé composé de 67 partenaires : 23 ONG internationales, 24 ONG nationales, 8 agences onusiennes dont les principales sont l'OMS, UNICEF et le PNUD, 2 autorités nationales, 5 donateurs et 5 observateurs.

<sup>29</sup> A hauteur de plus de 90 % par le mécanisme COVAX, la Banque mondiale (21 MUSD en 2020 puis 100 MUSD en 2021), l'UE (28,3 MEUR). A noter un financement de l'AFD d'un montant de 1,2 MEUR, au travers de *Save the Children* afin de renforcer les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les centres de soin, incluant notamment les centres d'isolement.

<sup>30</sup> Qui est également chargé d'administrer l'enveloppe C19RM dotée de 44 MUSD, visant à mettre à niveau le niveau primaire du système de soins avec la création d'un dispositif de cliniques mobiles, disposant de leur propre autonomie électrique. Par ailleurs, l'UNICEF finance à lui seul les vaccins traditionnels et gère un projet ambitieux d'électrification en énergie solaire des structures de santé (80 sur 206 identifiées ont ainsi pu avoir accès à l'électricité).

## Indicateurs régionaux : Corne de l'Afrique

Indicateurs Pays	Djibouti	Erythrée	Ethiopie	Soudan	Somalie
<i>Population (M hab.) ONU, 2020</i>	1,0	3,5	115,0	43,8	15,9
<i>Croissance démographique (%) ONU, 2015-2020</i>	1,6	1,2	2,6	2,4	2,8
<i>Doing Business (classement) 2020</i>	112	189	159	171	190
<i>Rang Indice de corruption - Transparency international 2021</i>	128	161	87	164	178
<b>Macroéconomie</b>					
<i>PIB (Mds USD) FMI, 2021</i>	3,6	2,3	99,3	34,4	7,4
<i>PIB/hab (USD) FMI, 2021</i>	3 581	631	996	776	487
<i>Croissance du PIB réel (%) FMI, 2021</i>	4,0	2,9	6,3	0,5	2,0
<i>Taux d'inflation moyen annuel (%) FMI, 2021</i>	1,2	4,5	26,8	163,3	4,6
<b>Finances Publiques</b>					
<i>Solde budgétaire, dons compris (%PIB) FMI, 2021</i>	-1,9	-4,0	-2,8	-0,3	-1,1
<i>Dette publique (%PIB) FMI, 2021</i>	43,2	170,8	53,0	184,3	-
<i>Dette publique extérieure (%PIB) FMI, 2021</i>	-	53,7	29,0	178,8	47,4
<b>Echanges</b>					
<i>Balance des biens (%PIB) CNUCED, 2020</i>	-3,7	-6,9	-8,8	-8,1	-43,2
<i>Exportation française vers (MEUR) 2021</i>	69,5	2,1	403,8	49,6	11,2
<i>Importation française depuis (MEUR) 2021</i>	1,2	0,8	64,9	42,3	10,7
<i>Balance courante (%PIB) FMI, 2021</i>	-1,0	13,5	-3,2	-5,9	-14,9
<i>Transferts de la diaspora (%PIB) FMI, 2020</i>	1,6	-	0,5	1,4	35,3
<i>Réserves de change (mois d'import) FMI, 2021</i>	-	2,2	1,6	-	-
<b>Développement</b>					
<i>IDH, BM, 2020</i>	0,52	0,46	0,4ç	0,51	-
<i>Espérance de vie à la naissance (2015-2020) ONU</i>	66,5	65,7	66,0	64,9	56,9
<i>Taux de pauvreté (&lt;1,90 USD/jours, %) BM</i>	17,0	-	30,8	12,2	68,6
<i>Emissions de CO2 par habitant (tonnes) BM 2018</i>	0,5	-	0,1	0,5	0,0
<b>Notation Dette Souveraine</b>					
S&P	-	-	CCC(-)	-	-
Moody's	-	-	Caa2(-)	-	-
Fitch	-	-	CCC	-	-
<b>Politique Monétaire</b>					
<i>Taux directeur **</i>	-	-	13,0	-	-

## ❖ Océan Indien – Comores

### Par le SE de Tananarive



Un système de santé aux dépenses courantes financées principalement par les ménages et aux dépenses d'investissement tributaires des apports de bailleurs

*Le système de santé comorien reste relativement déficitaire et ne peut garantir un accès au soin décent à l'ensemble de la population, avec notamment une offre hospitalière assez limitée, en ressources humaines comme en équipements. Cela se traduit notamment par une mortalité infantile de 4,7 % et une espérance de vie de 65 ans en 2020. Faute de régime assurantiel, public comme privé, les dépenses courantes de santé sont financées à plus de 66 % par les paiements directs des ménages. Par ailleurs, le pays connaît un besoin d'investissement conséquent auquel les ressources nationales ne peuvent répondre et qui est donc en partie assuré par les bailleurs.*

### Le système de santé public repose sur des financements insuffisants

**Les dépenses totales de santé sont insuffisantes pour garantir la qualité des soins au plus grand nombre.**

En 2019, les dépenses totales de santé aux Comores s'élèvent à 71,5 M EUR soit 6,6 % du PIB, réparties entre les dépenses courantes (80 %) et les dépenses d'investissements (20 %)<sup>31</sup>. Les dépenses courantes annuelles étaient d'environ 72 USD par habitant<sup>32</sup>. La moitié des dépenses courantes de santé du pays est attribuée au fonctionnement des hôpitaux, 17 % des dépenses à la vente au détail de produits et de santé et 13 % pour les soins préventifs. Le solde se répartit entre les soins ambulatoires, les laboratoires et centre d'imagerie médicale, et les services administratifs.

**Le financement des dépenses courantes de santé (55 MEUR en 2019) se fait en premier lieu par les ménages**, dont les paiements directs représentent 62 % du total. Vient ensuite le ministère de la Santé qui, à travers l'offre publique de soin, couvre 32 % des dépenses (dont 18 % de financements extérieurs). Les 6 % restant se répartissent entre les systèmes d'assurances publiques ou privées (mutualistes ou non), les entreprises et quelques ONG actives sur le territoire. La mise en place d'un régime d'assurance reste embryonnaire actuellement, et laisse les ménages particulièrement démunis, notamment face à des problèmes de santé pouvant entraîner des coûts importants (et nécessitant souvent une évacuation sanitaire).

### Les infrastructures, dont le nombre est limité, souffrent d'un manque de ressources humaines et d'équipements

**Le secteur hospitalier capte 45 % des dépenses courantes de santé totales. Les infrastructures publiques et privées cohabitent et font face à un manque d'équipements.** L'architecture du dispositif hospitalier public se décompose en trois niveaux : le niveau central, c'est-à-dire les hôpitaux nationaux (un actif et un second en cours de construction tous deux à Moroni), le niveau régional avec les centres hospitaliers insulaires (un sur chaque île, mais seuls ceux d'Anjouan et Mohéli sont actifs) et le niveau périphérique avec les hôpitaux de pôle (5), assimilables à des centres de soins d'une taille conséquente, et des structures de plus petites tailles. L'organisation administrative, en parallèle, se décompose en plusieurs niveaux : national, régional (les trois îles) et périphérique (17 districts). 91 % des dépenses hospitalières sont tournées vers ces structures publiques (financement direct des ménages et ministère de la Santé). Les 9 % restant sont captées par les cliniques privées.

**L'offre de soin restante (55 %) est complétée par un secteur privé relativement actif** sur les soins ambulatoires (cabinets médicaux, dentaires et autres – 5 % du marché de la santé), les services auxiliaires (8 %), les soins préventifs (13 %) et la pharmacie et vente de biens médicaux (17 %)<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> Compte de la Santé de l'Union des Comores, 2021.

<sup>32</sup> A titre de comparaison, en 2016, la valeur médiane des dépenses annuelles de santé par habitant était d'un peu plus de 2 000 USD dans les pays à haut revenu, de 400 USD dans les pays à revenu intermédiaire supérieur (cinq fois moins) et de 100 USD dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur (vingt fois moins).

<sup>33</sup> Les 7 % restant représentent les coûts liés aux services administratifs de santé et au financement du système de soin.

**L'une des fragilités du système de santé réside dans le manque de ressources humaines qualifiées et leur répartition géographique inégale.** L'accès généralisé aux soins de base est limité par le manque de personnel soignant et par la gestion peu optimale de la carte sanitaire, à différentes échelles : au sein du ministère de la Santé et sur l'ensemble de la pyramide de santé du pays. En cause notamment, l'offre de formation locale extrêmement limitée, et sa concentration géographique sur Moroni<sup>34</sup>.

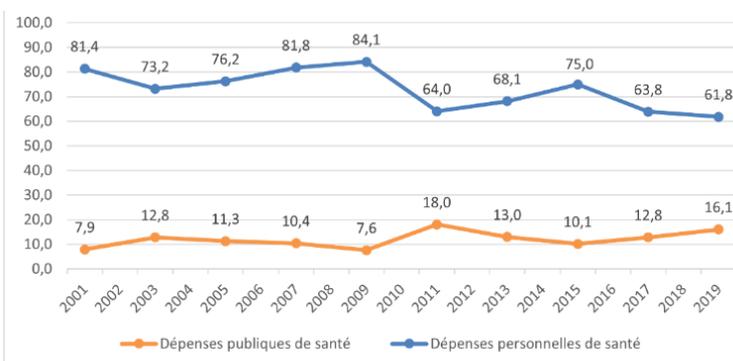
**Le renforcement du système de santé comorien passe par des réformes profondes et par un soutien extérieur massif**

**Un processus de réforme profond du système est envisagé mais reste encore théorique.** Sont prévues (i) une révision des normes des structures de santé afin d'améliorer la gestion globale du secteur sanitaire, ainsi (ii) qu'une révision de la carte sanitaire pour permettre une meilleure répartition géographique des services de soin aux Comores. **La mise en place d'une Assurance Maladie Généralisée (AMG) est en projet** depuis 2017. Le système combinerait un régime contributif d'assurance sociale et non-contributif d'assistance sociale et permettrait de réduire le paiement direct et le renoncement aux soins.

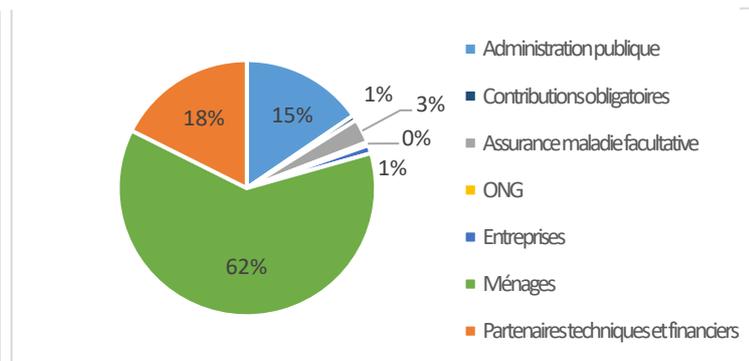
**Le système de santé comorien bénéficie d'un soutien institutionnel considérable** par le biais de la coopération multilatérale, de la coopération bilatérale et également d'une coopération inter-hospitalière régionale. Au regard de la loi de finances 2022, leur apport représente **52 % du budget de santé**, et même 63 % du budget d'investissement, soit 30 MEUR<sup>35</sup>. La coopération multilatérale comprend différents acteurs : le Fonds Mondial met en place le projet NMF3 qui dispose d'une subvention de 6,3 MEUR dédiée à la lutte contre le VIH/TB, le paludisme et le C19 RM sur la période 2021-2024 ; l'Organisation Mondiale de la Santé encourage les réformes du système de santé ; la Banque mondiale appuie les Comores dans l'achat des médicaments, dans la gestion de la crise sanitaire et la vaccination (5 MUSD) et dans le renforcement du système de santé basé sur les soins de santé primaire avec le projet COMPASS (35 MUSD) qui s'étend sur cinq ans.

**La France est un partenaire historique et continu dans ce secteur, à travers le GAVI (Alliance du vaccin pour les enfants), Expertise France, le Fonds Mondial et l'aide fournie par l'AFD.** Cette dernière a initié des projets en 2019 dans le cadre du Plan de Développement France-Comores (PDFC) financés à hauteur de 45,5 MEUR, qui complètent les projets PASCO 1, 2 et 3 mis en œuvre depuis 2007 (qui comprend un projet d'appui à la mise en œuvre de l'AMG). Des projets plus récents viennent en appui à la Croix-Rouge, à l'offre de soin, ou à la mise en place d'un système d'assurance-maladie universelle. L'AFD soutient également la coordination des soins à l'échelle régionale à travers le partenariat entre Mayotte et La Réunion pour le service des grands brûlés. Au total, ce sont 50 MEUR octroyés par la France au bénéfice du secteur de la santé entre 2019 et 2022.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



Graphique 2 : Sources de financement en pourcentage des dépenses courantes de santé



<sup>34</sup> Il existe un seul centre de formation : l'École de Médecine et de Santé Publique, qui fait partie intégrante de l'Université des Comores. Elle concerne des professions médicales intermédiaires (aide-soignant, sage-femme, infirmier), mais n'inclut pas de formation de médecins. Ces derniers (275 recensés en 2016) sont ainsi tous formés à l'étranger.

<sup>35</sup> Le niveau actuel relativement élevé des dépenses d'investissement sur fonds nationaux s'explique par la construction d'un centre hospitalier universitaire à Moroni suite à l'octroi d'un prêt par une banque chinoise.

## Océan Indien – Madagascar Par le SE de Tananarive



Un système de santé fragilisé, largement appuyé par les bailleurs, qui peine à satisfaire les besoins de la population

*Le financement public de la santé est insuffisant au regard des besoins de la population, de la gestion de la crise sanitaire et d'une allocation des ressources non optimale. En 2021, seule 8 % de la population était couverte par une assurance de santé.*

### Un système de santé qui demeure fragile

**Depuis plus de 10 ans, certains indicateurs en santé, comme le taux de mortalité maternelle (426 pour 100 000 naissances vivantes), le taux de mortalité néo-natale (26 pour 1 000 naissances vivantes) ont stagné**, témoin d'un système sanitaire précaire et défaillant. L'espérance de vie est de 67 ans en moyenne (69 ans pour les femmes et 65 pour les hommes), et les maladies transmissibles sont toujours responsables de la majorité des décès (51,4 % en 2019). La vulnérabilité du système de santé a été nettement accentuée par la pandémie de Covid-19, mais également par la sécheresse qui sévit dans le Grand Sud depuis 5 ans (malnutrition et maladies infantiles) et les inondations répétées dues aux intempéries.

**Le budget est limité et peu aligné sur les besoins prioritaires de la pyramide sanitaire**, au regard de l'insuffisance en matière de médicaments, de la faible qualité des soins et de l'accès limité de la population aux soins. En 2022, l'Etat prévoit de consacrer 5,1 % de son budget à la santé (164 MEUR), une hausse de 12 % par rapport à 2021 qui s'explique par une hausse des dépenses de fonctionnement (+ 14 %) et des investissements (+ 11 %), dont les dépenses sur financement interne triplent (+ 241 %)<sup>36</sup>. L'objectif de 15 % fixé par la déclaration d'Abuja n'est pas atteint. **A cela s'ajoute un taux d'exécution du budget de la santé peu élevé** (37 % en 2020), qui s'explique principalement par un taux d'exécution sur dépenses d'investissement sur financement externe très faible (4,9 %)<sup>37</sup>. En 2019, les dépenses de santé courantes par habitant s'élevaient à environ 19,8 USD, dont seul 32,2 % étaient à la charge du gouvernement (y compris financements externes).

**En 2021, 92 % de la population n'était pas couverte par une assurance de santé**, tandis que 8 % bénéficiait d'une assurance santé via des cotisations obligatoires ou des adhésions volontaires. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS) est l'opérateur technique principal de protection sociale et comptait environ 698 365 adhérents en 2019, soit moins de 2,5 % de la population. Les secteurs d'activité les plus représentés sont l'industrie (35 %), le commerce et le transport (15 %) et le secteur financier (14 %). Ce faible niveau de protection financière s'explique par la prédominance de l'économie informelle. Dans un pays où 81 % de la population vit sous le seuil de pauvreté, le paiement direct des soins restreint l'accès aux soins à un grand nombre : près de 70 % de la population n'y ont pas recours en cas de maladie et les services sont sous-utilisés par les populations les plus démunies.

### Des infrastructures nombreuses mais qui manquent de ressources

**Une organisation pyramidale régit les infrastructures de santé publiques, avec quatre niveaux d'accès aux services de santé** : Les centres de santé de base (CSB), au nombre de 2 778, qui sont divisés en deux catégories : CSB 1 géré par un médecin et CSB 2 géré par un paramédical ; les centres hospitaliers de district (114, soit 1 par district de santé) ; Les centres hospitaliers régionaux de référence (environ 22) ; le centre hospitalier universitaire (un à Tananarive qui dispose d'antennes dans d'autres grandes villes : Tamatave, Diego, Fianarantsoa, Majunga, Tulear).

**Au service public s'ajoutent les infrastructures privées : des cabinets médicaux, dispensaires, centres médicaux privés prodiguant des soins de base** (1 757 hors cabinets informels et non reconnus, dont environ

<sup>36</sup> Les dépenses d'investissement sur ressources propres internes en « fourniture de soins de santé et de qualité » augmentent de 269 %, et consistent en : i) la construction de 69 centres de santé de base et les logements y afférents ; ii) la construction de 15 hôpitaux « manara-penitra » et iii) la dotation de poche de sang et réactifs au niveau des centres de transfusion sanguine.

<sup>37</sup> Il s'agit des taux d'exécution budgétaire liés aux principaux projets de lutte contre la peste, les maladies tropicales et émergentes, ainsi que les projets de lutte contre la malnutrition maternelle et infantile, notamment financés par les Nations Unies et le Fonds Mondial (GF).

90 % sont situés à Tananarive) et des cliniques privées de plus grandes tailles (situées dans la majorité des grandes villes, mais de qualité inégale et aléatoire).

**Les centres de santé de base sont équitablement répartis dans le pays, mais insuffisamment dotés de ressources humaines qualifiées et d'équipements.** En moyenne, Madagascar compte 0,8 médecin pour 10 000 habitants, tandis que l'OMS évalue les besoins à 7 médecins pour 10 000 habitants. Le secteur se heurte également à une formation sous-optimale<sup>38</sup>. Les ressources humaines sont inégalement réparties sur le territoire : **80 % des médecins exercent dans la région de la capitale tandis que 70 % de la population malgache vit en milieu rural.** Les CSB sont également peu approvisionnés en intrants (médicaments, matériels de diagnostic et laboratoire) et parfois peu accessibles (enclavement et insécurité dans certaines zones, manque de moyens car les soins sont payants)<sup>39</sup>.

**Un système de santé largement appuyé par les bailleurs et les partenariats internationaux**

**Un projet de couverture de santé universelle (CSU) est en cours, porté par l'Etat malgache et les bailleurs.**

La stratégie nationale CSU a été adoptée en 2015. Un décret établissant une Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS) a été signé en octobre 2017. Le projet, élaboré de concert avec les principaux bailleurs, est de fournir une offre de soins gratuits de manière universelle grâce à un système de financement mixte (contributif avec la caisse de santé CNSS, complétée par un Fonds Dédié de Solidarité Santé dont les recettes proviendront du budget malgache, des financements extérieurs et qui permettront de subventionner les cotisations des individus les plus précaires). L'avancement du projet a été néanmoins limité, notamment par la pandémie.

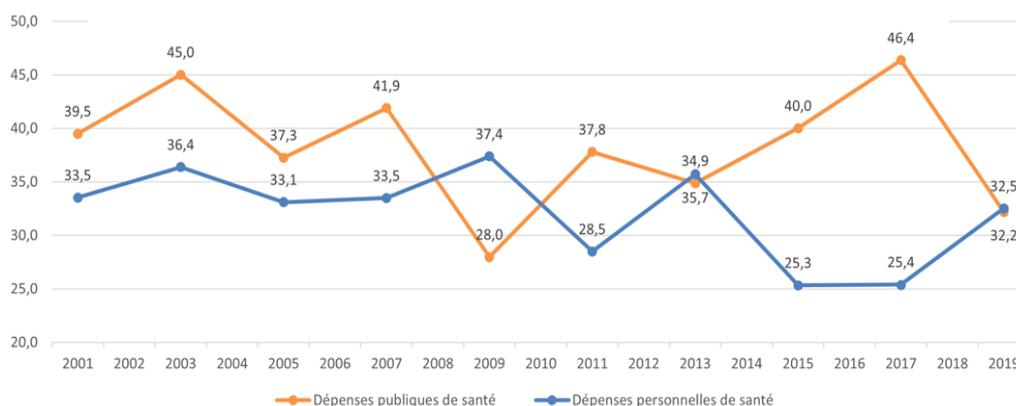
**En 2022, 65 % du budget d'investissement pour la santé publique provient de l'extérieur, notamment des bailleurs.**

La Banque mondiale a lancé des projets de réponse à la crise du Covid-19 et de soutien à la vaccination, de montants respectifs de 150 et 141 MUSD. En 2022, un programme de renforcement des systèmes de santé de base sera financé par un prêt de 50 MUSD adossé à un appui subventionnel de 50 MUSD. L'UNICEF s'est engagé dans un projet de 8 MUSD dans le secteur de la santé.

**La France intervient quant à elle à différentes échelles de coopération. Dans un premier temps dans un cadre multilatéral**

en tant que donateur de l'UNITAID du Fonds Mondial et du GAVI<sup>40</sup>. **Elle intervient ensuite dans un cadre régional** avec le partenariat concernant la formation et la recherche entre le CHU de Tananarive et celui de La Réunion ainsi que le projet *Sega One Health* de l'AFD (1,8 MEUR en 2021). Dans le **cadre bilatéral**, l'Agence Française de Développement est intervenue dans le secteur de la santé à hauteur de 8 MEUR en 2020 et 0,5 MEUR en 2021. Ce soutien financier était principalement adressé au projet d'extension de la Salama – centrale d'achat de médicament – et à la réponse à la crise sanitaire.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



<sup>38</sup> Une enquête de la Banque mondiale a révélé que 13 % des personnels soignants enquêtés ont manqué de précision sur le diagnostic et n'ont pas prescrit le traitement adapté.

<sup>39</sup> Alors que la programmation 2022 comprend la construction de 69 CSB supplémentaires, la communauté des bailleurs recommande de prioriser la fourniture de matériels de santé aux centres de santé de base à la construction.

<sup>40</sup> (i) Premier donateur de l'UNITAID (innovations en santé) pour un montant de 51,6 MUSD pour la période 2017-2022 ; (ii) second donateur du Fonds Mondial (lutte contre les maladies infectieuses) à hauteur de 88,8 MUSD dans le programme FM 2021-2023 et 26 MUSD dans la réponse d'urgence à la crise sanitaire et (iii) sixième donateur du GAVI (stratégie de vaccination) pour 26,7 MUSD pour la période 2021-2025.

## ❖ Océan Indien – Maurice

### Par l'Ambassade de France à Port-Louis



## Un accès aux soins universellement garanti mais d'importantes disparités quant à la qualité des services dispensés

*Le service de santé mauricien se caractérise par une offre de soins publique accessible gratuitement et financé sur le budget de l'Etat. Pour 2021-2022, le gouvernement a provisionné 300 MEUR pour ministère de la Santé, soit 8 % de ses dépenses annuelles. Cette offre publique est complétée par une offre privée complète et développée.*

### Un accès aux soins généralisé qui permet une situation sanitaire satisfaisante

L'espérance de vie à la naissance est l'une des plus élevées d'Afrique et s'établit à 74 ans (contre 72 ans en 2000). Ce constat est partiellement au crédit d'un système de santé et de prévention efficace qui a permis d'abaisser la **part des décès liés à des maladies transmissibles à seulement 5,3 % en 2019** (contre 7,3 % en 2000 et 5,4 % en 2009). Néanmoins le vieillissement de la population pose de nombreux défis en favorisant une forte progression de la demande de services médicaux et paramédicaux. En outre, l'évolution des modes de vie a conduit à une augmentation des maladies cardiovasculaires, des cancers et du diabète responsables respectivement de 33 %, 18 % et 15 % des décès recensés en 2020, autant de pathologies qui sont souvent mal prises en charge.

**Les autorités financent un système de santé publique offrant une couverture de santé universelle avec une gratuité totale des soins.** Selon la Banque mondiale, les dépenses totales de santé s'élèvent à 686 USD par habitant en 2019 (560 USD en 2014 ; 367 en 2010). Cette hausse, en absolu, des dépenses s'explique par l'évolution démographique du pays et l'augmentation des sollicitations. Le secteur public couvre 47,0 % de ces dépenses tandis que 45,7 % sont à la charge directe des patients, et 13 % par des compagnies d'assurances privées, qui s'approprient ainsi un segment encore peu développé et dominé par de grands groupes financiers mauriciens tels que SWAN, MUA ou SICOM.

### Un maillage dense avec des infrastructures médicales inégales

**Le niveau de formation des professionnels de santé est assez hétérogène.** En raison du manque de formation initiale, la plupart des praticiens réalisent tout ou partie de leur cursus à l'étranger dans des facultés de niveau inégal. La situation de dépendance ainsi générée provoque des déséquilibres sur plusieurs spécialités, le plus souvent au détriment du secteur public qui propose des rémunérations moins avantageuses. Avec la France, il existe une longue tradition de coopération, en particulier avec l'université de Bordeaux qui a signé avec le gouvernement mauricien une convention depuis 25 ans qui a permis de former 200 médecins généralistes. Cette dynamique va être poursuivie grâce à la signature prochaine d'une convention de formation de spécialistes (radiologie, neurologie, neurochirurgie, rhumatologie, médecine de réhabilitation...). A noter que, en décembre 2020, une toute nouvelle Faculté de médecine a été créée au sein de l'Université de Maurice.

**Le système hospitalier public se structure autour de cinq hôpitaux régionaux soutenus par trois hôpitaux généraux de district dont l'un se trouve sur l'île de Rodrigues.** S'y ajoutent 7 centres spécialisés dont le centre pour le traitement du cancer, inauguré en 2020. Le réseau est complété par des structures de proximité dont 114 centres de santé communautaires et 59 cliniques dentaires. Ce réseau déploie 4 000 lits d'hospitalisation et emploie 5 500 personnels de santé soit les deux tiers des professionnels enregistrés.

**Le secteur privé compte 19 cliniques qui proposent 730 lits d'hospitalisation.** Leader dans le secteur, le réseau *C Care*, filiale du groupe mauricien *Ciel* en compte 4 et opère près de 300 lits. L'offre est complétée par les groupes *City Clinic* et la clinique du Nord ainsi que par quelques structures de plus petite taille. Ce réseau réunit les deux tiers des médecins spécialistes<sup>41</sup> et propose de nombreux services non disponibles dans le secteur public notamment en matière d'imagerie médicale ou d'interventions chirurgicales. A ce titre, les cliniques privées ont également permis à Maurice de développer une filière de tourisme médical, proposant des services de chirurgie esthétique, d'implantation capillaire ou d'esthétique dentaire.

<sup>41</sup> Health Statistics Report 2020, octobre 2021.

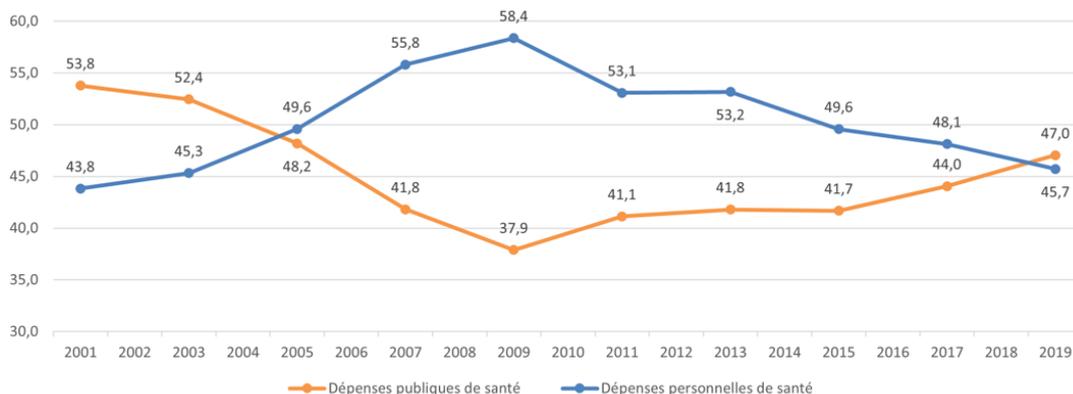
**Avec l'entrée de Maurice dans une phase démographique nouvelle et dans un contexte sanitaire bouleversé par la crise du Covid-19, les autorités ont défini une nouvelle stratégie pour 2020-2024** qui réaffirme le principe de libre accessibilité aux soins et encourage l'alignement des services offerts dans le réseau public sur les standards internationaux. Sur ces thématiques, l'AFD a notamment ouvert un volet adossé au prêt de contingence accordé en 2020 à Maurice, qui, grâce à une subvention de 56 000 EUR, devrait permettre l'amélioration du système de gestion des données de santé. Dans le même temps, l'Union européenne a accordé un prêt de 7,8 MEUR pour son renforcement.

### Une industrie médicale et paramédicale porteuse

**Dans une économie fragilisée, les secteurs pharmaceutique et paramédical à Maurice ont affiché un fort dynamisme et se sont imposés comme un potentiel relais de croissance.** Cette spécialisation est liée à un élevage historique de macaques crabiers destinés aux laboratoires de recherche européens et américains, qui a généré en 2021 pour 40 MEUR<sup>42</sup> d'exportations. Une dizaine de laboratoires de recherche sont également présents à Maurice, principalement spécialisés dans les tests des produits pharmaceutiques et cosmétiques à l'instar du Centre International de Développement Pharmaceutique (CIDP) qui collabore avec de nombreux groupes français et internationaux.

**Plusieurs entreprises industrielles sont également présentes et actives, ainsi, les exportations du secteur du médicament se sont élevées 3 MEUR en 2021** notamment grâce à l'entreprise indienne **Ajanta Pharma**. Plusieurs autres segments ont bénéficié d'un fort dynamisme, à l'instar de la société mauricienne **Natec Medical** qui produit des dispositifs médicaux (cathéters et stents), ou des entreprises du secteur paramédical telles que l'allemande **Zeiss** les françaises **VYGON** et **Kasios** (implants et prothèses) qui ont généré près de 18 MEUR en 2021. Conscient du potentiel de ces différentes filières, le gouvernement encourage les investisseurs étrangers à venir s'installer à Maurice.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



<sup>42</sup> *Statistic Mauritius, Exportation oriented enterprises -4th quarter 2021.*

## ❖ Océan Indien – Seychelles

### Par le SE de Tananarive



Aux Seychelles, des défis de formation et de renforcement de la qualité des soins à relever pour un système de santé publique déjà bien développé

Une offre de soins garantie par la couverture sanitaire universelle publique

**La couverture sanitaire universelle (CSU) garantit un accès aux services de santé gratuit et uniforme pour tous les Seychellois depuis 1978 mais la situation sanitaire semble perfectible.** Si 71 % de la population en bénéficiait en 2020, 20 % des frais médicaux ont dû être payés ou avancés par les patients, ce qui peut constituer une barrière pour les personnes les plus vulnérables. **La couverture des dépenses de santé se traduit par des indicateurs de santé supérieurs aux pays de la zone** : en termes d'IDH, le pays se place 67<sup>ème</sup> sur 189 pays (0,796). L'espérance de vie aux Seychelles est, avec Maurice, la plus élevée de la zone puisqu'elle atteignait, en 2020, 77 ans (73 ans pour les hommes contre 82 ans pour les femmes). Le taux de mortalité infantile est en baisse et s'élevait à 11,6 pour 1000 naissances en 2020, ce qui ne permet pas d'atteindre l'objectif fixé par la stratégie nationale de santé (<10 pour 1000 naissances).

**Le système de santé seychellois repose principalement sur des financements et des entités publics.** L'Etat est le principal investisseur dans la santé. Selon le *Annual Health sector performance report 2020* du ministère de la Santé, en 2020, 11,0 % des dépenses de l'Etat y étaient dédiées, ce qui rapproche les Seychelles de l'objectif de 15,0 % fixé par la Déclaration d'Abuja. Les dépenses courantes de santé étaient stables à 4,8 % du PIB en 2010 et 5,2 % en 2019 (moyenne OCDE : 8,8 %) et représentaient 839 USD par habitant d'après la Banque mondiale, dont 72,7 % étaient des dépenses publiques. Les fonctions de prestation de services, assurés par l'Agence des soins de santé (HCA) ont été séparées des fonctions de réglementation, assurées par l'Autorité de santé publique (PHA), et des fonctions de surveillance endossées par le Ministère de la Santé (MOH).

Des infrastructures en cours de modernisation

**Les infrastructures de santé offrent des services spécialisés et bien répartis sur le territoire mais ne répondent pas toujours aux normes les plus récentes.** Il existe treize centres médicaux et six hôpitaux situés à Mahe, Praslin et La Digue, majoritairement publics. D'après la Banque mondiale, cette répartition géographique permet à plus de 75 % des patients d'avoir accès aux services de santé en un temps de trajet inférieur à 30 minutes. Y sont dispensés des services adaptés aux besoins de la population (services de bases et spécialisés comme la radiologie, l'ophtalmologie, la chimiothérapie, la chirurgie...). Un nouvel hôpital est en cours de construction à La Digue (co-financé par un don des Emirats Arabes Unis à hauteur de 4 MUSD et par le fonds de l'hôpital pour un montant de 139 000 USD) et devrait fournir l'accès à des équipements de haute technologie. La qualité des soins est cependant entravée par le manque d'efficacité dans la gestion des stocks et par un manque de mise aux normes de certains équipements. Des travaux d'entretiens sont lancés mais ont été retardés à cause de la crise sanitaire ou du manque de main d'œuvre capable d'assurer la maintenance d'équipements plus avancés (exemple : IRM). **Le Covid-19 a entraîné la numérisation de certains services**, ce qui devrait faciliter les opérations quotidiennes (gestion des données, messagerie instantanée, systèmes de visioconférences...) <sup>43</sup>.

Des défis à relever en termes de formation et de santé publique

**Le caractère vieillissant de la population <sup>44</sup> favorisera la prédominance des maladies chroniques** et infligera une pression sur le système de santé seychellois. En parallèle, la « Silver Economie » se développe pour être en mesure de répondre aux besoins de la future population âgée. **Lutter contre la consommation de drogue est**

<sup>43</sup> Le système d'information sanitaire est attendu d'ici fin 2022. Il est mis en place par l'entreprise indienne *Manorama Infosolutions PVT Ltd* (financé par un contrat de 2,4 MEUR et complété par un prêt au HCA d'un montant de 4,1 MUSD émis par le gouvernement indien), et devrait faciliter l'enregistrement des patients, l'organisation des rendez-vous et la coordination entre équipes de soins.

<sup>44</sup> A la mi-2021, la population était estimée à 99 202 habitants (+ 0,7 % en 2020), soit entre 1 600 et 1 700 naissances tandis que les projections pour 2050 tablent sur 107 000 habitants, dont 21,3 % de plus de 65 ans.

**devenu un enjeu de santé publique depuis le début des années 2010.** Le niveau de trafic et de consommation de drogue aux Seychelles est l'un des plus élevés du monde – 10 % de la population active serait addictive à l'héroïne. Outre les problèmes liés à l'addiction, l'usage de drogues est associé à des risques infectieux (VIH, hépatite C) et constitue une préoccupation importante en termes de santé publique. Les parts des décès expliqués par les maladies transmissibles s'établissent ainsi à 14,2 % en 2019.

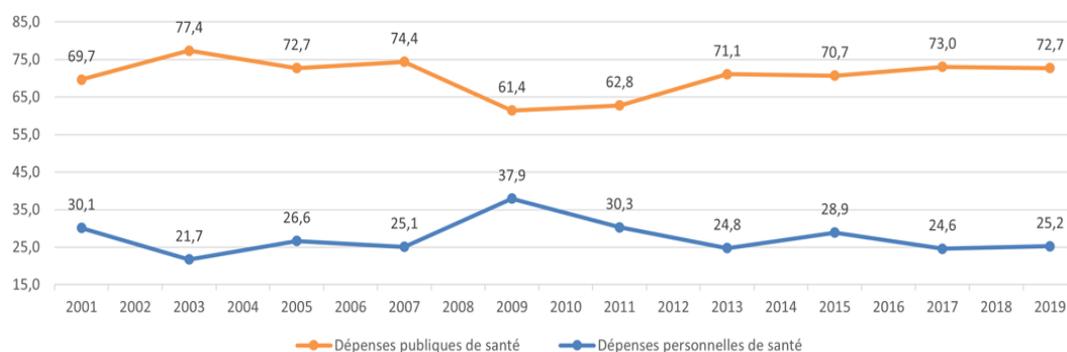
**Pallier le manque de ressources humaines dans les hôpitaux grâce à la formation est une priorité pour l'archipel.** D'après le ministère de la Santé, en moyenne, 2,6 médecins considérés comme « actifs » exercent pour 1 000 habitants, ce qui est insuffisant au regard de la moyenne des pays de l'OCDE qui s'élève à 3,5. De plus, le pays fait face à un manque de main d'œuvre nationale, 62 % des dentistes et 35 % des médecins sont d'origine étrangère en raison de l'absence d'université de médecine aux Seychelles. Les futurs médecins (cursus initial et spécialisations) suivent leur formation dans les pays partenaires, ce qui limite le nombre d'étudiants et renforce la dépendance des Seychelles à l'extérieur. Il existe un seul centre de formation aux métiers de la santé, le *National Institute of Health and Social Science* (NIHSS), qui dispense des formations aux métiers d'infirmiers, de dentistes, de laborantins et autres personnels de santé.

### Différents programmes sont mis en place pour répondre aux besoins du secteur

**L'Etat intègre les enjeux auxquels fait face le système de santé dans son *National Health Strategic Plan (2022-2026)*.** La stratégie nationale comporte un volet visant le développement des compétences médicales à travers une meilleure gestion des ressources humaines. Est également prévu, et notamment en réponse au Covid-19, un renforcement de la résilience du système de santé pour protéger la population des pandémies.

**La communauté internationale, et notamment la France, soutient le secteur sanitaire des Seychelles.** Début 2020, la Banque Africaine de Développement, le **Fonds Monétaire International** et la **Banque mondiale** ont co-financé un prêt aux Seychelles d'un montant de 71,2 MUSD pour lutter contre la crise du Covid-19. La France a soutenu les Seychelles à travers **l'AFD** à hauteur de 4,5 MEUR pour appuyer le plan de réponse à la crise sanitaire de la Commission de l'océan indien (COI). Le programme comprenait la livraison de matériels et d'équipements médicaux aux Comores et Seychelles. L'hexagone est également représenté dans le cadre de la coopération régionale entre l'Université et le CHU de la Réunion et le ministère de la Santé et l'université des Seychelles. Depuis février 2021, cet accord a pour objet d'encourager les personnels soignants, les étudiants et professeurs-chercheurs du domaine de la santé à la mobilité inter-régionale.

Graphique 1 : Dépenses publiques et personnelles de santé en % des dépenses courantes de santé – Données Banque mondiale



## Indicateurs régionaux : Océan Indien

Indicateurs Pays	Comores	Madagascar	Maurice	Seychelles
<i>Population (M hab.) ONU, 2020</i>	0,9	27,7	1,3	0,1
<i>Croissance démographique (%) ONU, 2015-2020</i>	2,2	2,7	0,2	0,7
<i>Doing Business (classement) 2020</i>	160	161	13	100
<i>Rang Indice de corruption - Transparency international 2021</i>	164	147	49	23
<b>Macroéconomie</b>				
<i>PIB (Mds USD) FMI, 2021</i>	1,3	14,2	11,1	1,5
<i>PIB/hab (USD) FMI, 2021</i>	1 406	502	8 744	14 931
<i>Croissance du PIB réel (%) FMI, 2021</i>	2,2	3,5	3,9	8,0
<i>Taux d'inflation moyen annuel (%) FMI, 2021</i>	1,5	5,8	4,0	9,8
<b>Finances Publiques</b>				
<i>Solde budgétaire, dons compris (%PIB) FMI, 2021</i>	-2,4	-6,3	-7,2	-5,8
<i>Dette publique (%PIB) FMI, 2021</i>	25,2	53,4	100,7	72,5
<i>Dette publique extérieure (%PIB) FMI, 2021</i>	23,3	40,1	22,4	39,3
<b>Echanges</b>				
<i>Balance des biens (%PIB) CNUCED, 2020</i>	-17,6	-6,9	-19,3	-40,8
<i>Exportation française vers (MEUR) 2021</i>	46,8	347,7	327,4	44,5
<i>Importation française depuis (MEUR) 2021</i>	6,4	520,9	209,5	129,0
<i>Balance courante (%PIB) FMI, 2021</i>	-3,4	-5,5	-11,1	-20,3
<i>Transferts de la diaspora (%PIB) FMI, 2020</i>	13,2	2,8	2,4	0,9
<i>Réserves de change (mois d'import) FMI, 2021</i>	8,2	5,2	14,7	4,6
<b>Développement</b>				
<i>IDH, BM, 2020</i>	0,55	0,53	0,80	0,80
<i>Espérance de vie à la naissance (2015-2020) ONU</i>	64,0	66,5	74,8	73,3
<i>Taux de pauvreté (&lt;1,90 USD/jours, %) BM</i>	19,1	78,9	0,2	0,5
<i>Emissions de CO2 par habitant (tonnes) BM 2018</i>	0,31	0,13	3,26	6,41
<b>Notation Dette Souveraine</b>				
S&P	-	B-(+)	-	-
Moody's	-	-	Baa2(-)	-
Fitch	-	-	-	B+
<b>Politique Monétaire</b>				
<i>Taux directeur **</i>	1,04	-	2	4,94

## CONTACTS

### Kenya, Somalie, Burundi, Rwanda

Page pays : [Kenya](#) / [Somalie](#) / [Burundi](#)

Twitter : [DG Trésor Kenya](#)

Contact : Jérôme BACONIN [jerome.baconin@dgtresor.gouv.fr](mailto:jerome.baconin@dgtresor.gouv.fr)

En collaboration avec l'ambassade de France à

Kigali : Quentin DUSSART [quentin.dussart@diplomatie.gouv.fr](mailto:quentin.dussart@diplomatie.gouv.fr)

### Madagascar, Comores, Maurice, Seychelles

Page pays : [Madagascar](#) / [Seychelles](#) / [Maurice](#) / [Comores](#)

Twitter : [DG Trésor Madagascar](#)

Contact : Frédéric CHOBLET [frederic.choblet@dgtresor.gouv.fr](mailto:frederic.choblet@dgtresor.gouv.fr)

### Ethiopie, Erythrée, Djibouti

Page pays : [Ethiopie](#) / [Djibouti](#) / [Erythrée](#)

Contact : Anne-Brigitte MASSON [anne-brigitte.masson@dgtresor.gouv.fr](mailto:anne-brigitte.masson@dgtresor.gouv.fr)

### Ouganda, Soudan du Sud

Page pays : [Ouganda](#) / [Soudan du Sud](#)

Contact : Suzanne KOUKOUÏ PRADA [suzanne.koukouiprada@dgtresor.gouv.fr](mailto:suzanne.koukouiprada@dgtresor.gouv.fr)

### Tanzanie

Page pays : [Tanzanie](#)

Contact : Annie BIRO [annie.biro@dgtresor.gouv.fr](mailto:annie.biro@dgtresor.gouv.fr)

### Soudan

Page pays : [Soudan](#)

Contact : Rafael SANTOS [rafael.santos@dgtresor.gouv.fr](mailto:rafael.santos@dgtresor.gouv.fr)

### Rwanda

Ambassade de France au Rwanda : <https://rw.ambafrance.org/>

La direction générale du Trésor est présente dans plus de 100 pays à travers ses Services économiques.  
Pour en savoir plus sur ses missions et ses implantations : [www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-international](http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-international)



Responsable de la publication : Service économique de Nairobi  
([jerome.baconin@dgtresor.gouv.fr](mailto:jerome.baconin@dgtresor.gouv.fr)).

Rédacteurs : • SER de Nairobi et SE de l'AEOI

Pour s'abonner : [sary.zoghely@dgtresor.gouv.fr](mailto:sary.zoghely@dgtresor.gouv.fr)

Crédits photo : © DGTresor