



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

UNE PUBLICATION DES SERVICES ÉCONOMIQUES DE L'AEOI

N° 41 – Février 2024

Le secteur des « infrastructures de santé » en AEOI

Editorial

Bonjour,

Février aura été marqué dans notre région par l'émission largement réussie d'Eurobonds du Kenya. Depuis un an et demi le Kenya se débattait dans une situation financière très tendue, due aux échéances de remboursement du service de sa dette qui accaparait près de 60% de ses recettes fiscales. Cette situation était aggravée par une échéance supplémentaire en juin 2024 de 2Mds au titre d'un Eurobonds. Malgré un soutien soutenu du FMI et de la BM, il subsistait un gap de financement important pour couvrir cette échéance. Courant février, dans la foulée de l'émission réussie de la Côte d'Ivoire, le Kenya a pu lever 1,5 Md USD émission largement sur souscrite, ce qui est encourageant pour l'avenir. L'effet de cette émission attendue et réussie a été immédiat avec un net redressement du shilling.

Cette lettre régionale est consacrée aux infrastructures de santé. Si le droit à la santé est consacré dans la majorité des Constitutions des pays de la zone AEOI, l'accès à des infrastructures de santé de qualité fait souvent défaut en raison d'un manque d'investissements publics, d'un système de gouvernance fragmenté, des disparités géographiques, du manque de fournitures fiables et de capacités techniques, ainsi que des conflits dans la région. Le secteur est dépendant des bailleurs, qui apportent un soutien technique et financier. Parmi les bailleurs multilatéraux, la Banque mondiale, l'OMS et l'Unicef ont joué un rôle majeur dans la réponse au Covid-19. Sur le plan bilatéral, la France est présente via des financements AFD en faveur de la réhabilitation et de l'extension d'infrastructures de santé et via des prêts du Trésor au Rwanda et au Kenya pour l'achat d'équipements médicaux. La présence des entreprises françaises est limitée et se concentre dans le secteur pharmaceutique et, dans une moindre mesure, dans la fourniture d'équipements médicaux. Des opportunités sur le long terme existent pour soutenir la numérisation des soins de santé, la fourniture d'équipements médicaux et d'infrastructures de santé modernes, dans un contexte où de nombreux pays de la région de l'AEOI visent à atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030.

Merci aux services économiques d'Addis-Abeba, Dar es Salaam, Kampala, Tananarive et à notre collègue de Kigali, ainsi qu'au pôle développement durable et Jules André, en stage au SER de Nairobi à qui je souhaite la bienvenue.

Bonne lecture !

Jérôme BACONIN
Chef du Service économique régional

Sommaire

Note méthodologique et glossaire des termes	3
Perspectives régionales	5
Le secteur infrastructures de santé en AEOI I	
Le graphique du mois	8
Part des dépenses de santé privées, publiques et externes par habitant en AEOI	
Communauté d'Afrique de l'Est	10
Burundi –	10
Kenya –	12
Ouganda –	15
Rwanda –	17
Soudan du Sud –	19
Tanzanie –	21
Indicateurs régionaux	24
Corne de l'Afrique	25
Djibouti –	25
Érythrée –	27
Éthiopie –	29
Somalie –	32
Soudan –	35
Indicateurs régionaux	38
Océan Indien	39
Comores –	39
Madagascar –	42
Maurice –	44
Seychelles –	46
Indicateurs régionaux	48
Contacts	49

Note méthodologique et glossaire des termes

Par le SER de Nairobi

Préambule et méthodologie

Cette lettre intitulée « infrastructures de santé en AEOI » a pour ambition – au niveau régional et pour chacun des 15 pays de la zone Afrique de L'Est et Océan Indien – d'établir un état des lieux des infrastructures de santé, de présenter l'organisation institutionnelle et réglementaire du secteur ainsi que les principaux besoins du secteur. Les projets de développement, notamment financés par les bailleurs, ainsi que la présence et les opportunités pour les entreprises françaises seront également discutées.

Glossaire des termes

Dépenses courantes de santé par habitant (en dollars courants) : estimations des dépenses courantes de santé comprennent les biens et services de santé consommés au cours de chaque année.

Dépenses directes par habitant (en dollars courants) : dépenses de santé par le biais de paiements directs par habitant en USD, soit les dépenses de santé effectuées directement de la poche des ménages dans chaque pays.

Dépenses de santé des administrations publiques nationales par habitant (en dollars courants) : Dépenses nationales de santé publique par habitant.

Dépenses extérieures de santé par habitant (en dollars courants) : les sources externes se composent des transferts directs de l'étranger et des transferts de l'étranger distribués par le gouvernement, qui englobent tous les apports financiers au système national de santé provenant de l'extérieur du pays.

Dépenses intérieures privées de santé par habitant (en dollars courants) : les sources privées intérieures comprennent les fonds provenant des ménages, des entreprises et des organisations à but non lucratif. Ces dépenses peuvent être soit prépayées à l'assurance maladie volontaire, soit payées directement aux prestataires de soins de santé.

Morbidité : La morbidité d'une population se définit comme étant le « *nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné*¹ (Drees, 2020).

Mortalité : La mortalité se définit comme la fréquence des décès dans une population, c'est à dire le nombre de décès pendant une période donnée rapporté à la population étudiée pendant cette même période.

¹ [Drees, 2020](#)

Acronymes et abréviations

AEOI	Afrique de l'Est et Océan Indien
AFD	Agence Française de Développement
BAD	Banque Africaine de Développement
BTP	Bâtiments Travaux Publics
CSU	Couverture de Santé Universelle
hab	Habitant
j	Jour
JICA	Japanese International Cooperation Agency
KES	Shilling kényan
M	million
Mds	Milliards
MEUR	Million d'euros
Mt	Million de tonnes, soit 10 ⁹ kg
MUSD	Million de dollars américains
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
pdp	point de pourcentage
PPP	partenariat public-privé
UE	Union Européenne
USD	Dollar américain

Perspectives régionales

Par le SER de Nairobi

Si le droit à la santé est reconnu dans la Constitution d'une majorité des pays de la zone et/ou fait partie des priorités des stratégies de développement nationales, l'accès aux soins de santé via des infrastructures de qualité est entravé par un manque d'investissements publics, la fragmentation de leur système de gouvernance, les disparités géographiques, le manque d'approvisionnement fiable et de capacité technique, et les conflits dans la région. Le secteur des infrastructures de santé reste très dépendant des bailleurs internationaux à l'exception de Maurice et les Seychelles. La présence des entreprises françaises est limitée dans le secteur et se concentre dans le secteur pharmaceutique et, dans une moindre mesure, la fourniture d'équipements médicaux. Des opportunités sur le long terme existent pour soutenir la numérisation des soins de santé et la fourniture d'équipements médicaux et d'infrastructures de santé modernes, dans un contexte où la majorité des pays de la région AEOI souhaitent atteindre la couverture de santé universelle (CSU) d'ici 2030. Par ailleurs, certains gouvernements misent sur les partenariats public-privé afin de développer leurs infrastructures de santé, mais leur mise en œuvre reste très incertaine vu la fragilité financière du secteur.

Des plans nationaux ambitieux pour améliorer l'accès à des infrastructures de soins de santé de qualité limités par des investissements publics insuffisants

Bien que les pays de la zone AEOI reconnaissent le droit à l'accès à la santé dans leur constitution (ex. le Kenya, Madagascar, les Seychelles, le Soudan du Sud) et/ou en font une priorité dans leurs stratégies nationales de politique publique (par exemple le Plan stratégique de santé de l'Ouganda (2020-2025) et de la Tanzanie (2021-2026), leurs ambitions en matière de développement d'infrastructures de santé de qualité sont entravées par le manque d'investissements publics, malgré des améliorations ces dernières années. **La part des dépenses publiques gouvernementales dans les dépenses totales de santé illustre une grande disparité d'investissements dans le secteur de la santé entre les pays de la zone AEOI, bien que la dominante reste un faible investissement dans ce secteur.** En 2020, aucun pays de la zone AEOI, à l'exception du Rwanda, ne respectait les objectifs internationaux issus du protocole d'Abuja, signé par les pays de l'Union Africaine en 2001, qui fixe à 15 % **l'objectif de dépenses de santé dans le budget annuel national**. Seuls les Seychelles et Maurice dépassaient les 10 % (10,2 %), tandis que les dépenses de santé des gouvernements kenyan et tanzanien représentaient respectivement 8,2 % et 9,4 % de leur budget national. **Le reste à charge important dans la majorité des pays de la zone AEOI dans les dépenses totales de santé reflète les coûts supportés par les patients en l'absence d'un système public assurantiel efficient.** La moyenne du reste à charge en Afrique Subsaharienne est de 30,3 %. **Enfin, les financements extérieurs du secteur représentent une part importante des dépenses de santé dans les pays de la zone AEOI, notamment en Tanzanie, en Ethiopie et en Ouganda**, respectivement de 33,2 %, 34,4% et 41,1 %, tandis qu'ils sont quasi-nuls pour d'autres pays de la zone (Maurice et Seychelles). **L'évolution du montant de dépenses de santé par habitants est quant à lui révélateur des tendances de plus long terme dans la région AEOI.** Les situations varient entre les pays ayant des faibles dépenses de santé par habitant : le montant de dépenses de santé par habitant en Ethiopie a été multiplié par près de 6 entre 2000 et 2020 et atteint désormais 28,7 USD par habitant par an tandis qu'il n'a progressé que de 41% à Madagascar sur la même période.

Le bon fonctionnement des infrastructures de santé est affecté par la fragmentation de leur système de gouvernance, les disparités géographiques, le manque d'approvisionnement et de capacité, et les conflits dans la région

La gouvernance fragmentée des infrastructures de santé entre les autorités centrales et locales, ainsi que les **multiples acteurs internationaux** - ONG et donateurs internationaux - dans la plupart des pays de l'AEOI **entravent le bon fonctionnement des infrastructures de santé en raison d'un manque de coordination**. L'inégale répartition géographique des infrastructures de santé, principalement concentrées dans les zones urbaines alors que la majorité de la population (80% à Madagascar, 75% au Kenya, 63% en Tanzanie) vit dans les zones rurales, limite l'accès des habitants de l'AEOI aux soins de santé. La disponibilité et la vétusté des infrastructures de base dans la plupart des pays de l'AEOI restent problématiques, notamment en termes d'approvisionnement en eau potable, d'électricité fiable, d'ambulances fonctionnelles et de services de pharmacie et de laboratoire. La pénurie de ressources humaines est également un défi dans la région, en raison de la fuite des cerveaux (Soudan notamment)

et du manque de formation. Par exemple, en 2021, Djibouti-ville comptait 0,51 médecin généraliste pour 10 000 habitants, Madagascar 1,95 pour 10 000 habitants, l'Érythrée 0,5 pour 10 000 habitants, tandis que les Seychelles ont actuellement la plus forte densité de personnel de santé parmi les îles de l'océan Indien, avec une moyenne de 24,3 médecins pour 10 000 habitants en 2023 selon l'OMS.

Un secteur soutenu par les bailleurs internationaux

Les donateurs internationaux soutiennent le secteur en fournissant un appui technique et en finançant les infrastructures de santé dans les pays de la région de l'AEOI. A titre d'exemple, les donateurs contribuent à hauteur de 40 %, 84,5 % et 75 % des budgets de santé en Tanzanie (2022-23), à Madagascar (2024) et en Ouganda, et à hauteur de 90 % des coûts des services de santé en Somalie. **La Banque mondiale et l'OMS** ont joué un rôle majeur dans la réponse à la crise du Covid-19 en renforçant les systèmes de santé dans de nombreux pays de la région. Parmi les autres donateurs présents dans la région, citons le **Fonds mondial, le Fonds saoudien pour le développement (SFD) et la Banque africaine de développement (BAD)** qui financent la construction d'unités médicales spécialisées et des équipements technologiques en Ouganda ainsi que des programmes de promotion des services de base en Éthiopie. **L'USAID est très présente dans la région**, en finançant des programmes de construction d'infrastructures de santé en Éthiopie, en réhabilitant des établissements de santé et en fournissant des équipements modernes à Madagascar, et en développant les soins de santé primaires au Rwanda. **Le Royaume-Uni (FCDO)** finance des programmes visant à fournir un accès aux soins primaires et à renforcer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène en Éthiopie. **La Fondation Bill & Melinda Gates** participe à la numérisation du secteur des soins de santé en Éthiopie et au Kenya. En cofinancement avec le Japon, le **PNUD** finance un projet de santé en ligne à Maurice. **La Chine est un partenaire de nombreux pays de la région de l'AEOI**, notamment le Kenya, l'Éthiopie et l'Érythrée, pour la construction d'hôpitaux et la fourniture d'équipements médicaux et de médicaments. **Le gouvernement allemand**, via la GIZ, a financé la construction et la rénovation d'unités de santé et de services de maternité, ainsi que le développement de la sécurité sociale au Rwanda. **L'Union européenne** participe à un programme de promotion des services de base en Éthiopie et a financé la réhabilitation d'infrastructures sanitaires à Madagascar.

La France soutient les systèmes de santé dans la région AEOI principalement via l'Agence française de développement (AFD) en finançant des réhabilitations et des extensions d'infrastructures de santé comme en Tanzanie, à Madagascar, à Djibouti, au Rwanda et au Kenya. Proparco est actif dans la région via l'octroi de prêts notamment en Éthiopie pour financer une usine de production médicale ou au Kenya en investissant dans un hôpital privé pour améliorer l'offre de soins. Le secteur privé assure une part importante de l'offre de soins dans certains pays comme au Kenya, aux Comores, aux Seychelles, au Rwanda et en Ouganda. Outre le groupe AFD, **le trésor français a financé des prêts concessionnels au Rwanda et au Kenya** mis en œuvre par la société française FSE pour l'achat d'équipements médicaux.

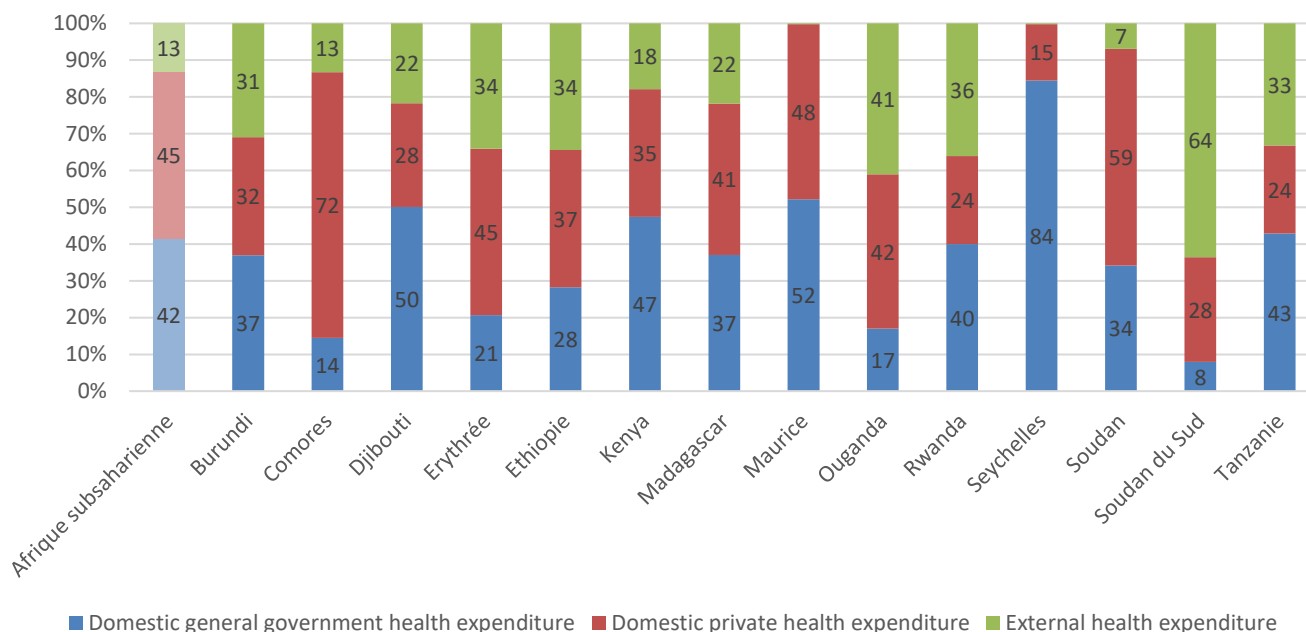
Une présence limitée des entreprises françaises concentrées dans le secteur pharmaceutique et concurrencées par des acteurs étrangers

Les produits pharmaceutiques français constituent l'une des principales exportations de la France vers les pays de la zone AEOI, bien qu'elles soient en baisse constante ces dernières années, en raison de la concurrence de produits moins onéreux en provenance d'Asie (Inde notamment). A Madagascar, elles atteignent 31,2 MEUR en 2023, soit 7,5% des exportations françaises vers la grande île tandis qu'en Éthiopie, en raison des restrictions à l'importation et de la pénurie de devises, elles passeront de 110,2 MEUR en 2015 à 1,6 MEUR en 2023., les produits pharmaceutiques sont le premier poste d'exportation de la France vers l'Ouganda, avec 10,8 MEUR en 2023, soit 25 % des exportations françaises vers ce pays. Les laboratoires pharmaceutiques français tels que Servier, Sanofi, Pierre Fabre et la Fondation Mérieux sont présents de longue date dans certains de ces territoires comme à Madagascar, au Kenya, en Éthiopie, au Rwanda et au Soudan. **Des opportunités sur le long terme existent pour soutenir la numérisation des soins de santé et la fourniture d'équipements médicaux et d'infrastructures de santé modernes**, dans un contexte où de nombreux pays de la région de l'AEOI visent à atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. Les gouvernements éthiopien et kényan comptent s'appuyer sur des partenariats public-privé pour financer le développement d'infrastructures de santé modernes. Toutefois, des questions subsistent quant à la manière dont ces partenariats peuvent être mis en œuvre et leur viabilité.

La France réputée pour son expertise et ses équipements dans le secteur médical, est concurrencée par des acteurs étrangers moins onéreux. Les États-Unis, sont un contributeur important au secteur de la santé dans la région AEOI notamment au Kenya où General Electric Healthcare a été sélectionnée en 2015 pour la modernisation d'infrastructures de radiologie tandis que la fondation Johnson & Johnson y déploie différents projets, qui portent sur la mise en œuvre de la CSU. Le groupe germano-autrichien VAMED s'est vu confié la gestion d'un hôpital public en cours de construction à Djibouti ainsi que la modernisation de maternités au Kenya. L'Inde est présente sur le marché, via notamment des entreprises pharmaceutiques. La Chine fournit des équipements médicaux et des médicaments comme au Kenya et a financé la construction d'hôpitaux en Erythrée et en Ethiopie.

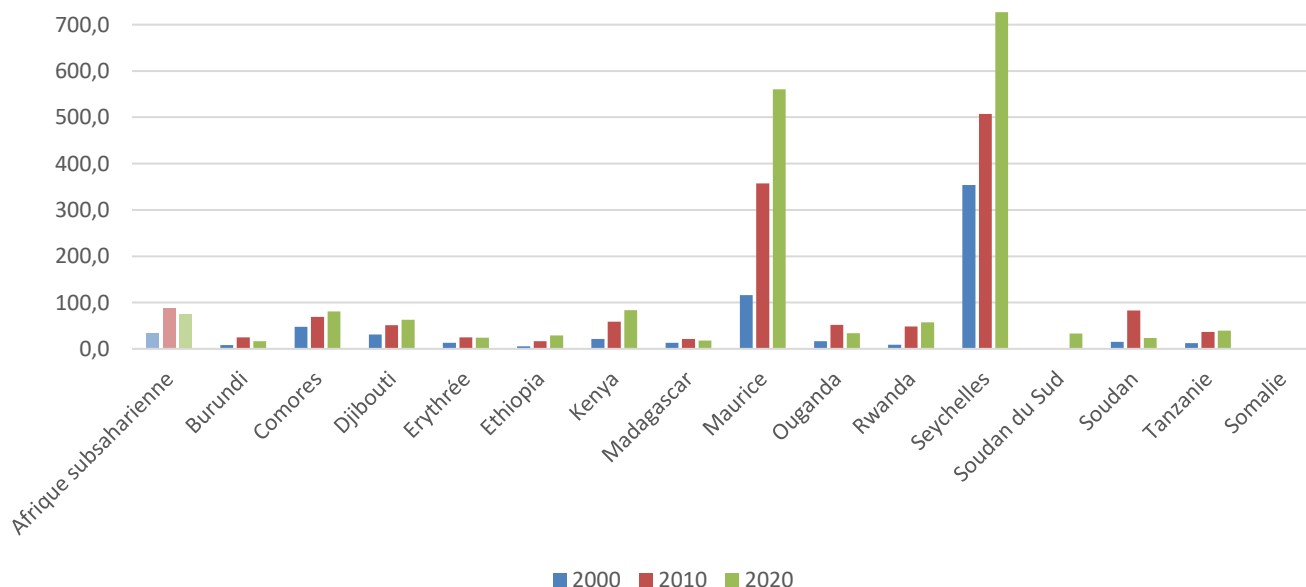
Graphiques

Part des dépenses privées, publiques et externes de santé dans les dépenses totales de santé en 2020

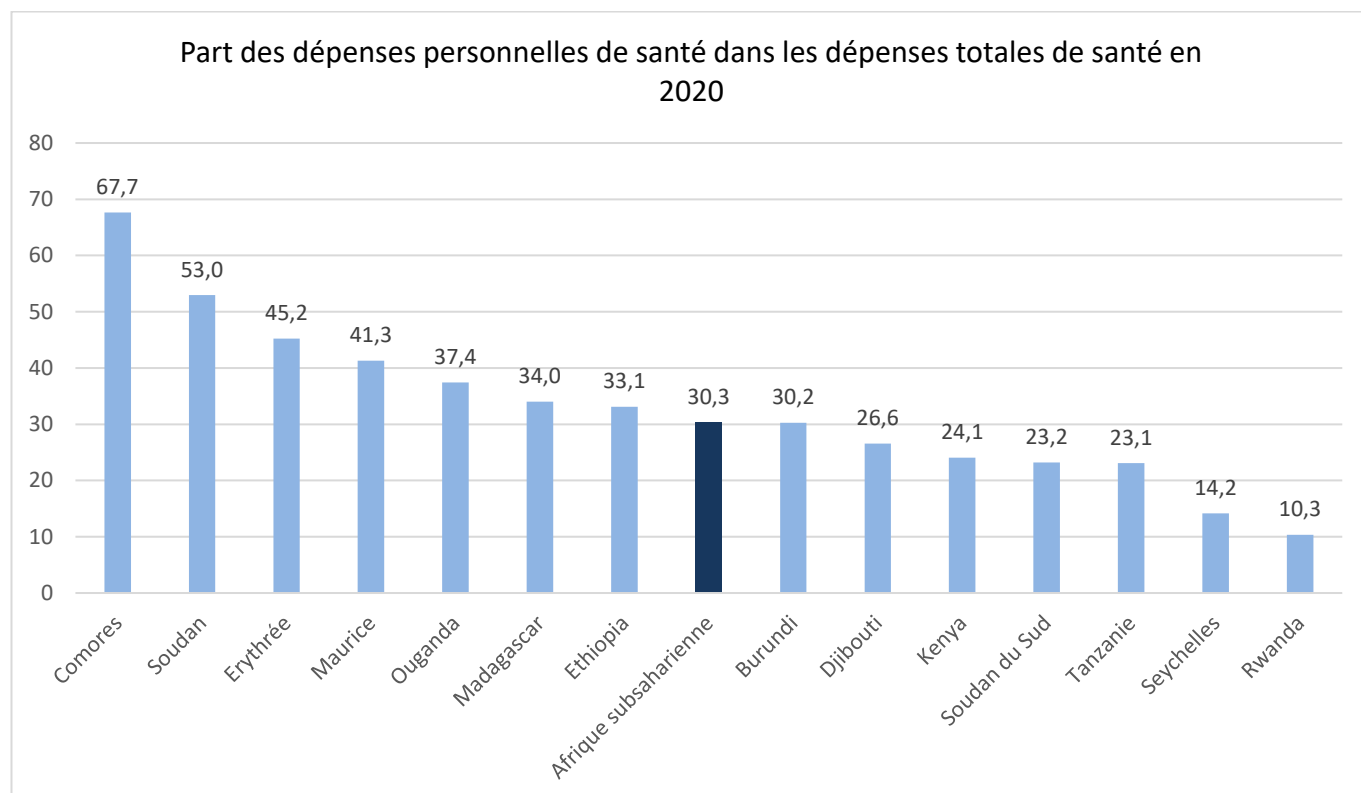


Source : Banque mondiale, Health Nutrition and Population Statistics

Evolution du montant de dépenses de santé par habitants dans les pays de l'AEIOI, 2000/2010/2020



Source : Banque mondiale, Health Nutrition and Population Statistics



Source : Banque mondiale, Health Nutrition and Population Statistics



Communauté d'Afrique de l'Est – Burundi

Par le SER de Nairobi



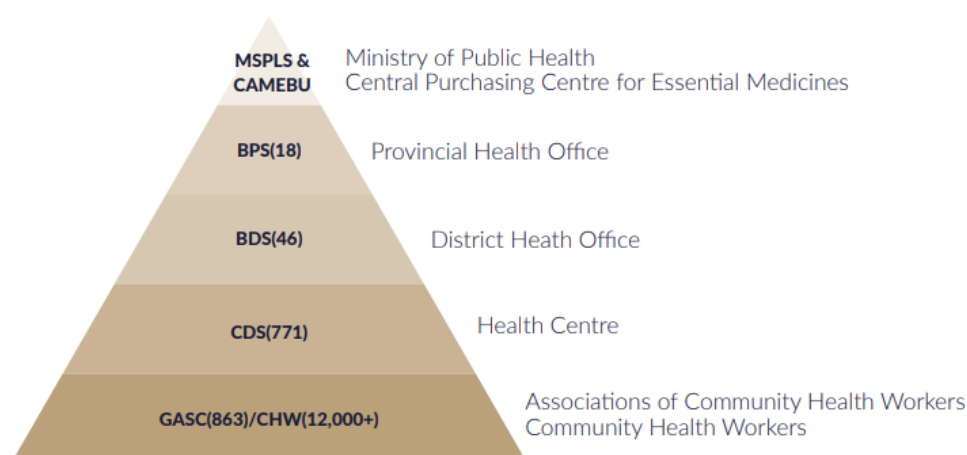
Les infrastructures de santé au Burundi, un secteur qui reste fragile

Si le gouvernement a fait de la santé une priorité dans son Plan National de Développement 2018-2027, le développement des infrastructures de santé est entravé par un manque d'investissement public. Le secteur de la santé reste très dépendant des bailleurs qui représentaient en 2021 plus de la moitié des financements. Les opportunités pour les entreprises françaises sont limitées, bien qu'il en existe quelques-unes dans les domaines des équipements, de la formation du personnel de santé ou de la télésanté.

Un secteur prioritaire pour le gouvernement, entravé par un manque d'investissement public qui freine le développement d'infrastructures de qualité

En 2018, le Gouvernement burundais a adopté son Plan National de Développement (PND 2018-2027) qui fixe comme priorité l'amélioration de la performance et de la collaboration dans le secteur de la Santé. Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire III (PNDS III 2019-2023) qui est en cohérence avec la Politique Nationale de Santé 2016-2025, ainsi qu'avec les Déclarations et actes internationaux auxquels le Burundi a souscrit, tels que les Objectifs de Développement Durable (ODD), et la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires Durables.

Le système de santé du Burundi est contrôlé par le gouvernement, bien que la prestation de services par le secteur privé soit en augmentation, soit 44,48 % de dépenses de santé privée en 2018². Le système de santé est divisé en trois niveaux. Le niveau central (Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) et La Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et des Consommables Médicaux du Burundi) est responsable de l'orientation stratégique nationale et de la conception des politiques. Les autorités provinciales, présentes dans chacune des 18 provinces, coordonnent l'exécution de la politique nationale de santé et fournissent une assistance technique aux districts sanitaires. Les districts fournissent des services par le biais d'hôpitaux de district et de centres de santé. Depuis leur création en 2009, leur cadre réglementaire n'a pas encore été établi.



Source : Africa Health Business, 2021

² [Africa Health Business, 2021](#)

Bien que les allocations budgétaires pour la santé continuent d'augmenter d'année en année, tout en maintenant la couverture des soins de santé existante, elles sont insuffisantes pour pallier les besoins en infrastructures de santé et très dépendantes des ressources externes (dons projets) qui représentaient plus de la moitié du budget total du secteur de la santé en 2021-2022, soit 51,7% contre 48,3% de ressources internes³. La part du budget total du gouvernement allouée représente 13,4% en 2021-2022 et 3,1% du PIB sur la même période.

Un secteur soutenu par les bailleurs multilatéraux et bilatéraux

Le Burundi a travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires techniques et financiers pour faire face au COVID-19⁴. Le FMI et le Burundi ont conclu un accord en 2021 pour une assistance financière de 78 MUSD dans le cadre de la Facilité de Crédit Rapide afin de soutenir les efforts du gouvernement pour faire face aux impacts de la pandémie du COVID-19, incluant des mesures de soutien à l'économie et à la population, ainsi que le renforcement des services de santé⁵.

La Banque mondiale finance à hauteur de 50 MUSD depuis 2017 un Projet de soutien au système de santé (KIRA) visant à accroître l'utilisation de services de qualité en matière de santé de la reproduction, 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 afin de renforcer les capacités de santé du pays pour faire face à la crise du COVID19 et renforcer les réseaux de laboratoires du pays.

L'UNICEF travaille aussi avec d'autres partenaires pour améliorer la santé des enfants et des femmes vulnérables, via le renforcement du système de santé, la vaccination⁶, la prévention et le traitement du paludisme, la formation des agents de santé, les soins néonataux et obstétriques d'urgence, le suivi des grossesses au niveau communautaire, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et la gestion communautaire intégrée des cas (iCCM) afin de rapprocher les soins des populations.

USAID est l'un des principaux bailleurs dans le secteur de la santé au Burundi⁷. USAID cible des programmes de lutte contre les maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA (17MUSD) et le paludisme, d'amélioration de la santé maternelle et infantile (8,4 MUSD), et de renforcement des systèmes de santé (9,2 MUSD) en renforçant les capacités du gouvernement, de la société civile et d'autres partenaires clés dans le secteur. Afin d'améliorer la planification du secteur de la santé, USAID a contribué à soutenir la première enquête démographique et sanitaire du Burundi en 23 ans, qui fournit des données importantes sur l'état de santé de la population.

En 2022, l'AFD a accordé un don de 10 MEUR sur 3 ans dans le cadre du lancement du projet " Amagara Yacu - Notre Santé "⁸, qui vise à améliorer la qualité de l'offre de soins de santé primaires et de la surveillance épidémiologique, tout en prenant en compte les inégalités de genre qui entravent l'accès aux soins. L'AFD a confié la mise en œuvre du projet à un consortium d'organisations de la société civile piloté par la Croix-Rouge française et composé de la Croix-Rouge burundaise, de l'ONG Amref Health Africa et de la Fondation Mérieux.

Les opportunités pour le secteur privé sont limitées mais existent dans les domaines suivants⁹ : infrastructures de santé, formation du personnel de santé ou télésanté.

³ [Health Budget Brief 2021-2022, Unicef, 2021](#)

⁴ [La Banque mondiale booste le Système Sanitaire au Burundi dans le contexte COVID19](#)

⁵ [Health Budget Brief 2021-2022, Unicef, 2021](#)

⁶ [Towards a new malaria vaccine in Burundi: The hope that thousands of children's lives will be saved | UNICEF Burundi](#)

⁷ [USAID Dollars to Results, 2022](#)

⁸ [Supporting the health sector in Burundi | AFD - Agence Française de Développement](#)

⁹ [Africa Health Business, 2021](#)

Communauté d'Afrique de l'Est – Kenya

Par le SER de Nairobi



Le secteur des infrastructures de santé au Kenya

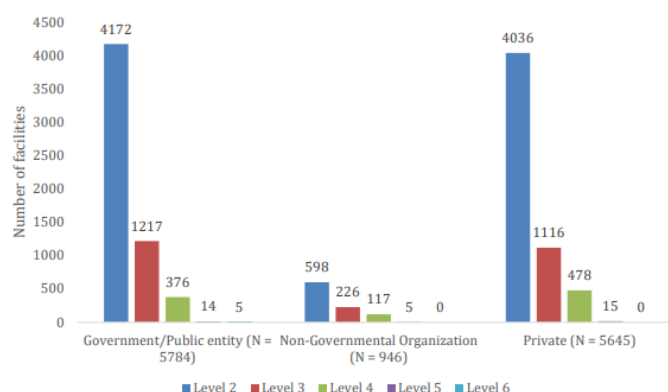
Bien que la santé constitue un pilier du Bottom-Up Economic Transformation Agenda (2022-2027 BETA) du gouvernement, la qualité et l'accessibilité des infrastructures de santé restent insuffisantes. La complexité organisationnelle du secteur, partiellement décentralisée, freine la mise en œuvre de nouveaux investissements. Ceux-ci sont également contraints par l'héritage des dettes accumulées par le pays. Si le secteur est soutenu par les bailleurs internationaux, le gouvernement kényan mise sur les PPP pour pallier les difficultés financières du secteur et financer de nouvelles infrastructures de santé, bien que leurs modalités de mise en œuvre posent questions. Il reste néanmoins des opportunités sur le long terme pour les entreprises françaises en matière de numérisation de la santé, de fourniture d'équipements médicaux, pharmaceutiques et de biologies médicales.

Malgré des progrès, l'accessibilité et la qualité des infrastructures de santé restent insuffisantes et entravées par un manque d'investissements publics

La santé est reconnue comme un droit de l'homme fondamental dans la Constitution de 2010. La Kenya Health Policy (2014-2030) et le plan stratégique du secteur de la santé du Kenya (2018-2023) définissent la stratégie du secteur de la santé. Le gouvernement kényan a renouvelé son engagement pour atteindre la CSU10 en 2030 en mettant en œuvre son Bottom-Up Economic Transformation Agenda (BETA 2022-2027). Diverses initiatives (Community Health Promoters, CHP and Primary Care Networks, PCN) et l'adoption de lois¹¹ en 2023 pour contribuer au financement très incertain de la CSU témoignent d'une volonté politique de réformer le secteur de la santé, en faveur d'un changement de paradigme d'une santé préventive plutôt que curative.

L'organisation du système de santé au Kenya est pyramidale (niveaux 1 à 6) avec de nombreux d'acteurs.

Le système de santé public est à la fois régi par le gouvernement et les comtés décentralisés. Le gouvernement est responsable de la politique de santé, des hôpitaux de référence nationaux et du renforcement des capacités aux comtés. Les comtés sont responsables de la gestion des établissements de santé et des pharmacies des comtés, des ambulances, des soins de santé primaires, de la gestion des déchets, ainsi que du recrutement et du déploiement du personnel de santé. La décentralisation du secteur, lancée en 2010, a entraîné la construction de nouveaux hôpitaux et dispensaires au niveau des comtés. Les autres prestataires sont les organisations privées à but non lucratif (y compris les hôpitaux basés sur la foi, les ONG locales et internationales) et le secteur privé. **En 2022, on recensait 12 375 établissements de santé au Kenya, en hausse de 2,2% par rapport à 2018¹² : 5645 cliniques privées, 5784 hôpitaux publics, 946 dispensaires gérés par les organisations confessionnelles et les ONG¹³.** Les hôpitaux publics de niveau 6 et les hôpitaux modernes privés de niveau 5 constituent les principaux débouchés pour les ventes de dispositifs médicaux modernes. Parmi les plus importants : le Kenyatta National Hospital (Hôpital Public, Nairobi), le Aga Khan University Hospital (Hôpital Privé, Nairobi), et, la Jacaranda Maternity (ONG Hôpital, Nairobi et unités mobiles). Le secteur privé, pèse pour 40% des achats d'équipements médicaux.



Graphique 1 : Recensement des établissements de santé par niveau de la KEPH et propriété (Kenya Health Facility Census, 2023)

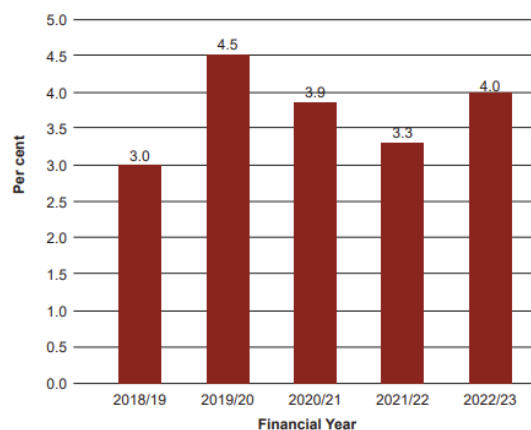
¹⁰ Couverture de santé universelle.

¹¹ Loi pour l'assurance maladie, la loi pour les soins de santé primaire, la loi pour la santé numérique, et la loi pour l'amélioration des infrastructures.

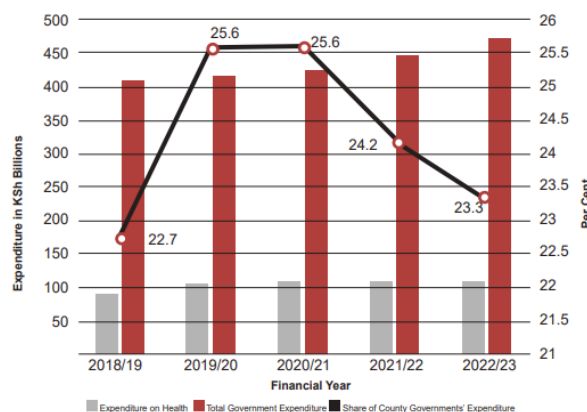
¹² [Economic Survey, KNBS, p356, 2023.](#)

¹³ [Kenya Health Facility Census, Ministry of Health, p7, 2023.](#)

En 2021, les dépenses courantes de santé représentaient 5% du PIB du Kenya¹⁴. Pour l'année fiscale 2023-2024, le ratio dépenses de santé/dépenses totales du gouvernement devrait s'élever à 4 % tandis qu'il devrait s'élever à 23,3 % pour les comtés. Des incertitudes demeurent, concernant le modèle de financement de la nouvelle assurance maladie (SHI¹⁵) qui dépendra principalement des cotisations des contribuables (2.75% de revenu) qui selon l'expérience du NHIF¹⁶, n'est pas soutenable (notamment à cause de la faible recette des salaires formels sujets à prélèvements). Actuellement, le NHIF doit ainsi 20 Md KES aux hôpitaux.



Graphique 3 : Part des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales du gouvernement, 2018/19 -2022-23



Graphique 4 : Part des dépenses de santé des comtés par rapport à leurs dépenses totales 2018/19 -2022-23 (KNBS)

Bien qu'environ 75 % des Kenyans résident dans des zones rurales, les établissements de santé sont concentrés dans les régions urbaines, notamment dans l'est et le centre du pays. Des disparités existent également entre les comtés, qui souffrent de sous-financement. Selon l'indice d'accès aux services de santé de la Banque mondiale, plus de 80 % des naissances dans le comté de Kirinyaga, se produisent dans des structures de santé, tandis que dans le comté reculé de Wajir, seul un enfant sur vingt naît dans un établissement de santé¹⁷. Les défis incluent un accès limité des établissements à l'électricité, aux systèmes électroniques, à des ambulances fonctionnelles, à des services de pharmacie et de laboratoire et à des professionnels de santé.

Un secteur soutenu par les bailleurs internationaux

Depuis 2020, la Banque mondiale a approuvé trois projets pour un montant total de 292 MUSD de réponse d'urgence pour lutter contre le Covid-19 et renforcer le système de santé. Des fonds privés telle que la fondation Gates œuvre à la numérisation du secteur de la santé, à la mise en place de la CSU et veut aider le pays à devenir un hub de fabrication de produits pharmaceutiques.

L'Agence française de développement (AFD) a accordé deux prêts concessionnels non souverain en 2010 et en 2017 de 35 MUSD et de 19,5 MUSD qui visent respectivement à établir un centre Aga Khan de référence en oncologie et en cardiologie, et à réhabiliter et étendre les hôpitaux Aga Khan de Mombasa et de Kisumu. En 2022, les hôpitaux Aga Khan d'Afrique de l'Est ont reçu une subvention de 2,3 MEUR de Proparco, qui bénéficiera notamment aux hôpitaux Aga Khan de Nairobi et Mombasa afin de promouvoir une offre soins abordables. L'AFD a également financé dans le cadre du projet Kisumu Urban Project (KUP)v,

¹⁴ WHO, 2021.

¹⁵ Social Health Insurance.

¹⁶ Les réformes prévoient également une nouvelle autorité d'assurance maladie SHI qui remplacera l'agence parapublique *National Health Insurance Fund* (NHIF).

¹⁷ 56 % des établissements de soins de santé primaires ont accès à une électricité stable, absence de systèmes électroniques dans 69 % des établissements, moins de 50 % des établissements sont accrédités par le NHIF, la moitié des infrastructures n'ont pas accès à des ambulances fonctionnelles et à des services de pharmacie et de laboratoire et seuls 12 comtés disposent du nombre de professionnels de santé par habitant recommandé par l'OMS, [Banque mondiale, 2023](#).

l'expansion de Lumumba Health Centre, qui a ensuite été élevé au statut de « Sub-County Hospital ». Proparco¹⁸ a investi dans Diani Beach Hospital, pour améliorer l'offre de soins de santé ainsi, qu'au côté d'un investisseur Mauricien, dans la chaîne de pharmacies Harley au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie¹⁹.

La France a octroyé 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. Ce projet a permis de mobiliser différentes entreprises françaises comme fournisseurs : BERTIN (gestion des déchets médicaux), NOVAIR (installations d'oxygène), DMS-APELEM (systèmes d'imagerie et radiologie), MEDIPREMA (néonatalogie, couveuses, soins aux nourrissons), ABX-HORIBA (analyseurs de laboratoire) et DANUBE (machines à laver et séchoirs industriels).

Un secteur concurrentiel contraint par des scandales de corruption

La France réputée pour son expertise et ses équipements dans le secteur médical, est concurrencée par de nombreux acteurs. Les États-Unis²⁰, sont un contributeur important au secteur de la santé Kenyan. General Electric Healthcare a été sélectionnée en 2015 pour la modernisation d'infrastructures de radiologie²¹ dans le cadre du plan de développement sanitaire du Kenya de 420 MUSD, tandis que la fondation Johnson & Johnson déploie différents projets²², qui portent notamment sur la mise en œuvre de la CSU. Le Kenya et l'Autriche ont signé un accord de prêt de 40 MEUR en 2023 pour soutenir des projets d'intérêt mutuel dans des secteurs tels que la santé. L'entreprise autrichienne VAMED a été sélectionnée en 2021 pour moderniser 20 maternités. L'Inde est présente sur le marché, via notamment des entreprises pharmaceutiques. La Chine a financé un projet de 1 MUSD, mis en œuvre par l'UNICEF de 2020 à 2021, visant à lutter contre la mortalité maternelle et infantile par la fourniture d'équipements médicaux et de médicaments. Cependant le secteur de la santé est régulièrement éclaboussé par de nombreux scandales de corruptions. 27 hôpitaux ont ainsi notamment été soupçonnés de fraudes à la sécurité sociale début janvier 2024²³. Le Fonds mondial a annulé un appel d'offres de 3,7 Md KES pour des moustiquaires en raison d'une passation de marché biaisée en faveur de l'un des fournisseurs²⁴.

Le gouvernement kenyan mise sur les PPP pour pallier les difficultés financières du secteur, mais leurs modalités de mise en œuvre et leur viabilité posent questions.

Le gouvernement souhaite développer les Public Private Partnership (PPP) pour le financement d'infrastructures de santé. La signature d'un MoU en Janvier 2023 pour la mise en œuvre d'un nouvel hôpital d'enseignement et de référence (PUTRH) à Kilifi en est un exemple, le projet inclurait conception, le financement et l'entretien du bâtiment de l'hôpital, les services publics médicaux, d'éducation et de recherche. Cependant, la mise en œuvre de ces PPP est soumise à de nombreuses incertitudes au vu des difficultés dans d'autres secteurs et de la fragilité financière générale du secteur (les populations à plus fort pouvoir d'achat étant largement captées par le privé).

Des opportunités existent aussi sur le long terme afin d'accompagner la numérisation de la santé et la fourniture d'équipements médicaux dans un contexte où le Kenya souhaite atteindre CSU d'ici 2030. **Des possibilités existent également en matière d'exportation de produits pharmaceutiques.** Ils représentaient en 2022 14,1% (24,6 MEUR), des exportations françaises vers le Kenya, soit une hausse de 6,5% par rapport à 2021. Des entreprises pharmaceutiques françaises comme Servier et bioMérieux sont implantés au Kenya. Ce dernier a rejoint l'*Africa Medical Equipment Facility* (AMEF) de l'IFC pour améliorer l'accès aux équipements de diagnostic de laboratoire en Afrique.

¹⁸ FISEA + est une facilité financée par l'AFD avec le concours du gouvernement français et mis en œuvre par Proparco, filiale de l'AFD, pour accélérer la mobilisation de capital par les fonds d'investissement à impact en Afrique, AFD, 2023.

¹⁹ [Proparco rejoint l'actionnariat de Harley, l'un des principaux distributeurs de produits pharmaceutiques au Kenya.](#)

²⁰ [Investissements annuels d'environ 450 MUSD de 2018 à 2021, US Department of State, 2021.](#)

²¹ [MarketScreener, 2015.](#)

²² [Johnson & Johnson, Center for Health Worker Innovation.](#)

²³ [RFI, 2024.](#)

²⁴ [The Star, 2023.](#)

Communauté d'Afrique de l'Est – Ouganda

Par le SE de Kampala



Le secteur des infrastructures de santé en Ouganda

L'Ouganda a réalisé des progrès significatifs dans le domaine de la santé ces 20 dernières années, grâce à des interventions en matière d'infrastructures, de surveillance des maladies et de ressources humaines, lui permettant d'éteindre des épidémies telles qu'Ebola en janvier 2023. La quasi-totalité de la population vit dans un rayon de 5km autour d'un établissement fournissant des services de santé de base. Cependant, l'offre de soins reste limitée en raison du manque de services spécialisés. La pénurie de ressources humaines a réduit la fonctionnalité de nombreux établissements en particulier dans les zones rurales.

Des politiques de santé émises par le gouvernement central, appliquées par les districts

Le Plan Stratégique pour la Santé (2020-2025), déclinaison du Plan National de Développement 2025, définit la stratégie du secteur de la santé. Il vise au renforcement du système de santé et des mécanismes de soutien au secteur, avec un accent sur les soins de santé primaires pour atteindre la couverture de santé universelle d'ici 2030. Le gouvernement se prépare à introduire la politique nationale d'assurance maladie (NHI), adoptée en 2021. Cette politique permettra à chaque Ougandais de plus de 18 ans de contribuer à hauteur de 15 000 shillings à un fonds commun national, dans le but de fournir des soins médicaux gratuits ainsi que des conseils et des services de planification familiale à tous les citoyens.

Si les districts sont responsables de la prestation des soins de santé, le ministère de la santé veille à l'application des politiques qu'il a lui-même formulées. Le dispositif de santé publique comprend les hôpitaux de référence nationaux et régionaux ainsi que le système de santé de district. Le système de santé de district inclut les hôpitaux généraux de district, les centres de santé IV, III et II²⁵, et les équipes de santé villageoises. Il existe **cinq hôpitaux de référence au niveau national** : Mulago, Butabika, Kawempe, Kruudu et Naguru, tous situés dans le district de Kampala. En sus des soins, ces hôpitaux sont également spécialisés dans la recherche et l'enseignement. L'Ouganda compte par ailleurs 23 sites agréés pour la fabrication de médicaments et de fournitures médicales mais seuls 13 d'entre eux sont impliqués dans la production commerciale de produits pharmaceutiques. Enfin, on note l'existence de l'Institut ougandais de recherche sur les virus (UVRI), laboratoire de référence régional certifié par l'OMS pour la fièvre jaune – le seul laboratoire de référence certifié dans ce domaine en Afrique de l'Est.

Ce dispositif est relativement efficace pour lutter contre certaines flambées épidémiques. L'OMS a salué l'Ouganda pour avoir combattu l'épidémie d'Ebola en janvier 2023, en particulier en l'absence de vaccins ou de traitements témoignant de la capacité à déployer une riposte efficace.

Une augmentation encore insuffisante des dépenses publiques de santé

Les dépenses du secteur de la santé en Ouganda sont en constante augmentation, tant en valeur nominale que réelle. Depuis l'exercice 2016/17, le budget du secteur de la santé a plus que doublé, passant de 1456 Md d'UGX à 4053 Md d'UGX dans le budget approuvé pour 2023/24 (6% du budget national). Si elle est maintenue, la récente augmentation du budget de la santé permettra au pays de s'appuyer sur les gains d'investissement passés pour accélérer les progrès vers les objectifs 2030. Pour autant, **l'Ouganda a toujours dépensé moins que ses voisins régionaux dans ce domaine.** Les investissements sont encore largement insuffisants au regard des objectifs internationaux, notamment issus du protocole d'Abuja de 2001 (objectif de 15% de dépenses de santé dans le budget annuel national). En outre, l'augmentation de la part des dépenses allouées au secteur s'est accélérée au moment du Covid 19 (2021/22) mais cet élan a été perdu dans le budget 2023/24.

²⁵ Ce classement dépend de la zone administrative desservie par l'établissement. Au total, il existe 19 hôpitaux de référence régionaux, 147 hôpitaux de district, 193 centres de santé IV, 1250 centres de santé III et 3610 centres de santé II.

Alors que la priorité en matière d'investissement était fixée à 5% du PIB, l'Ouganda a dépensé bien moins de la moitié de cette somme. Sur la base des dépenses réelles engagées pour l'année considérée, le secteur de la santé en Ouganda se classe au sixième rang en termes de proportion du budget global, après la gouvernance, la sécurité, l'infrastructure et l'éducation. Enfin, la couverture de l'assurance maladie est faible, estimée à moins de 0,5 % du PIB. Aujourd'hui, près de 40 % des dépenses de santé sont réalisées par le secteur privé.

Le secteur est confronté à d'importants défis en matière d'infrastructures et de logistique

L'Ouganda enregistre de légères améliorations dans le secteur de la santé, même si de nombreux défis restent à relever. L'accès aux infrastructures et l'utilisation des services de santé se sont considérablement améliorés au fil des ans, la population vivant dans un rayon de 5km d'un établissement de santé étant passée de 83% en 2013 à 86% en 2020²⁶.

Les problèmes d'infrastructures de base dans les établissements de santé mènent à des résultats insuffisants en matière de soins. **L'approvisionnement en énergie reste un énorme défi pour de nombreux établissements de santé du pays.** Seuls 38% des centres de santé disposent d'une électricité fiable, tandis que la moyenne mondiale est estimée à 41% dans les pays à faible revenu ou intermédiaire. Cette situation pèse lourdement sur la capacité du système de santé à gérer la chaîne du froid. Par ailleurs, **la disponibilité des produits de base dans les établissements de santé reste sous-optimale.** Selon le ministère de la Santé, la disponibilité d'un panier de 41 produits de référence pour le dernier trimestre de l'exercice 2022/23 s'élevait à 78% dans 4246 établissements de santé interrogés, en dessous de l'objectif annuel de 90%.

Une forte dépendance vis-à-vis de l'aide internationale

Le système de santé ougandais est fortement dépendant des bailleurs de fonds qui assurent 75% des investissements. Le soutien des partenaires s'est principalement concentré sur le renforcement du système de santé pour lutter contre la propagation du Covid-19. 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. La Banque Mondiale investissait 4,8 Mds USD en 2022, dont 6 % était dédié au secteur de la santé avec 22 projets nationaux et 5 régionaux. On note également l'octroi d'un prêt de 30 Mds USD du Fonds Saoudien pour le Développement (SFD), en 2023, afin de soutenir l'acquisition d'équipements technologiques et la construction d'unités médicales en Ouganda. La Banque africaine de développement finance pour sa part le premier centre d'oncologie en cours de développement.

La place du secteur privé étranger est encore limitée tout comme la présence française

Les opportunités d'investissements privés étrangers dans le domaine des services et infrastructures de santé sont modestes du fait d'une orientation stratégique protectionniste du gouvernement ougandais dans le secteur. Par ailleurs, la faiblesse des capacités en matière de ressources humaines, notamment le manque de qualification du personnel de santé ougandais peut constituer un motif de dissuasion pour d'éventuels investisseurs étrangers. Dans ce contexte difficile, certains opérateurs privés français tels que CFAO Healthcare et International SOS²⁷ parviennent malgré tout à acquérir des parts de marché significatives. **Enfin, les produits pharmaceutiques constituent le premier poste d'exportation de la France vers l'Ouganda** (10,8 MEUR en 2023) et représentent 25% de la valeur totale des exportations françaises dans le pays. Ces transactions sont principalement attribuées à des groupes pharmaceutiques s'adressant à des sociétés intermédiaires de distribution. A noter que CFAO détient 30% du capital du réseau de pharmacies « Goodlife » présentes dans les grands centres urbains du pays.

²⁶ Données issues du Plan Stratégique pour la Santé 2020-2025

²⁷ International SOS est une société fondée par les français Pascal Rey-Herme et Arnaud Vaissie, en 1985.²⁷ Elle propose des services d'évacuation médicalisée à des entreprises multinationales ainsi que des services médicaux en zones éloignées destinées à des entreprises opérant en Ouganda.

Communauté d'Afrique de l'Est – Rwanda

Par l'Ambassade de France au Rwanda



Le secteur des infrastructures de santé au Rwanda

La santé est un point central de la stratégie du pays pour atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure en 2035 et un pays à revenu élevé en 2050. Doté d'un plan de 6 ans (2018-2024) le pays s'est fixé comme objectif de garantir l'accès universel aux soins tout en développant des infrastructures de santé de pointe. Soutenu par les bailleurs internationaux et grâce à un système de sécurité sociale efficace, le Rwanda est en progrès aussi bien sur les indicateurs liés aux prévalences de maladies que sur l'accès aux soins (formation de médecins et nombre d'hôpitaux).

Le Rwanda poursuit le développement de son système de santé à la faveur d'une couverture sociale universelle

La santé est reconnue comme un droit dans la Constitution amendée de 2015 et l'Etat rwandais a le devoir de mobiliser ses ressources pour assurer un accès égal et universel à la santé. La vision 2050 et le 4ème plan stratégique du secteur de la santé du Rwanda (2018-2024) définissent la stratégie du secteur de la santé dans le pays. L'objectif général du plan est d'assurer **l'accessibilité universelle** (en termes géographiques et financiers) de services de santé de **qualité équitables et abordables** (services préventifs, curatifs, de réhabilitation et de promotion) pour tous les Rwandais. Afin d'atteindre cet objectif, **le pays s'est doté d'une assurance maladie parmi les plus performante du continent africain.** Mise en place par le *Rwanda Social Security Board*, son nombre d'affiliés est en nette progression et **la part des Rwandais ayant une assurance santé s'élève à 97,3% en 2022²⁸.** Outre la couverture médicale, **l'accessibilité des centres de santé a été grandement améliorée** passant d'une moyenne de 56,5 minutes pour atteindre un centre en 2014 à 47,4 en 2020.

L'organisation du système de santé au Rwanda est dirigée par le ministère de la Santé via ses agences, le *Centre Biomédical du Rwanda (RBC)*, le *Rwanda Medical Supply (RMS)* pour l'achat des médicaments et des équipements, et le *Rwanda Food and Drug Agency (RFDA)* pour le contrôle des médicaments. Le ministère de la Santé assure également la supervision directe des 3 hôpitaux universitaires du pays (*King Faisal*, Kigali et Huye).

Afin d'accompagner ses ambitions en matière médicale, le Rwanda alloue 7% de son PIB au secteur et 60 USD par habitant (811 MUSD) en 2021 soit le deuxième pays après le Kenya de la zone Afrique de l'Est et Corne de l'Afrique.

Les services de santé sont structurés en cinq niveaux de soins, avec une progression graduée du traitement pour les patients. À l'échelle locale, les agents de santé communautaires (58 000) élus dans les villages prennent en charge les malades. Au niveau des districts, les centres de santé (1700) et les postes de santé (500) assurent les soins de premier recours. Les cas plus complexes sont référés aux hôpitaux de district (42) au niveau provincial, tandis que les soins spécialisés sont dispensés dans les cinq hôpitaux de référence au niveau national.

Au Rwanda, le secteur privé représente environ la moitié des établissements de santés. L'association RPMFA, regroupe les 200 établissements de santé privés (y compris des hôpitaux privés, des polycliniques, des cliniques spécialisées et des cliniques générales opérant au Rwanda). **S'agissant des centres de santé confessionnels ceux-ci existent mais représentent une petite partie de l'ensemble des centres du pays.** Les hôpitaux confessionnels sont majoritairement chrétiens à l'image de l'église adventiste qui a récemment repris l'hôpital de Kibagaga (Kigali) et qui dispose d'une université de premier plan dans le pays en matière de formation médicale.

Outre l'université adventiste, **le Rwanda développe une stratégie de médecine haut de gamme** afin d'attirer une clientèle étrangère venant dans le pays pour bénéficier d'actes médicaux non disponibles dans leurs pays d'origine. **Cette stratégie de tourisme médical se concentre particulièrement sur deux hôpitaux de la capitale, l'hôpital militaire de Kanombe et celui de King Faisal qui multiplient les annonces médicales comme en mai 2023 lors de la réussite des premières transplantations rénales du pays.** Ces hôpitaux développent également des prestations haut-de-gamme (salles VIP, restauration etc) afin d'attirer une clientèle étrangère fortunée séjournant à Kigali dans le cadre d'une intervention médicale.

Un secteur soutenu par les bailleurs internationaux

La santé est l'un des secteurs les plus soutenus par les bailleurs internationaux. Ainsi, *l'Organisation Mondiale de la Santé* et *USAID* interviennent principalement dans le **développement de la santé primaire**. *Enabel* est particulièrement active dans **la formation du personnel de santé** tandis que l'agence de coopération allemande *GIZ* et la *Banque mondiale* interviennent prioritairement dans le **développement de la sécurité sociale** au Rwanda. Outre les bailleurs internationaux, la *Clinton Health Access Initiative* est très présente au Rwanda avec pour mission de soutenir l'objectif d'atteindre **l'accès universel à la santé**.

Dans ce contexte, la France intervient depuis 2021 pour soutenir le secteur de la santé et est désormais l'un des principaux partenaires du pays dans le domaine. Le soutien de la France via *l'Agence Française de développement* (AFD) porte principalement sur la **réhabilitation et l'extension de l'hôpital de Musanze** dans la province du Nord, projet devant débuter prochainement. *L'AFD* intervient également dans **la formation à la fois des personnels de santé et d'encadrement dans les établissements de santé du pays**. Outre *l'AFD*, le *Trésor français* a financé un prêt concessionnel de 10MEUR mis en œuvre par la société française *FSE* pour **l'achat d'équipements médicaux à destination d'une vingtaine d'hôpitaux dans le pays**.

Le développement du secteur de la santé ouvre des opportunités pour les entreprises françaises

L'année 2023 a été marqué par le **lancement de deux projets privés européens dans le domaine médical**. Le premier, français, *l'IRCAD Africa* ²⁹inauguré en octobre 2023 est un **centre d'excellence sur la chirurgie mini invasive** situé sur la colline de Masaka à Kigali, visant à attirer les chirurgiens du continent pour les former aux **nouvelles technologies chirurgicales utilisant la robotique, l'intelligence artificielle ou la chirurgie à distance**. La colline de Masaka a par ailleurs été choisie comme lieu d'accueil de la future « *Health Valley* » du pays et qui attire notamment des projets d'excellence chinois et égyptien ainsi que la relocalisation de *l'hôpital universitaire de Kigali* (CHUK). Le second projet est porté par l'entreprise *BioNTech* qui a **inauguré la première usine de fabrication de vaccins à ARN messenger du continent à Kigali en décembre 2023 en présence d'une dizaine de chefs d'états ou ministres de pays africains**. Le lancement de cette usine a **bénéficié du soutien des bailleurs européens sur tous les volets de la chaîne de production** (formation, réglementation, contrôle qualité etc.) **et devrait fournir les premiers vaccins dès 2025**.

Ces projets marquent l'ambition du Rwanda d'attirer des investisseurs dans le domaine de l'excellence médicale et de l'industrie pharmaceutique. Ainsi, les opportunités pour les entreprises françaises se situent dans la **fourniture d'équipements médicaux ou de technologies à destination des hôpitaux**. Outre les équipements, **les entreprises du secteur pharmaceutique** pourraient s'intéresser **aux développements de l'usine BioNTech pour envisager un investissement au Rwanda**, qui bénéficie d'un relatif bon climat des affaires.

²⁹ L'Ircad est une institution médicale française fondée par le Professeur Jacques Marescaux à Strasbourg en 1994

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

Par le SER de Nairobi et le SE de Kampala



Le secteur des infrastructures de santé au Soudan du Sud

Le gouvernement Sud-Soudanais a inscrit l'objectif de fournir une couverture de santé universelle et des services médicaux de bonne qualité dans la Constitution. Pourtant, des difficultés liées aux faibles capacités institutionnelles, à une conjoncture économique difficile et à la fréquence des catastrophes naturelles entravent très largement l'atteinte de ces objectifs. Figurant parmi les pays les moins équipés au monde, le Soudan du Sud doit déployer des efforts considérables pour transformer son système de santé fragmenté et caractérisé par des infrastructures vétustes. La forte concentration de la population en zones rurales (80%) sur un territoire plus grand que la France, cumulée à l'inégale répartition des services médicaux accroissent les difficultés. Les dépenses courantes de santé demeurent faibles (4% du budget national) malgré une hausse ces dernières années. Le pays est très dépendant de l'aide internationale qui couvre aujourd'hui plus de 60% des dépenses publiques de santé.

Une organisation institutionnelle déconcentrée sous haute tension

La National Health Policy 2016 – 2026 est la principale feuille de route du gouvernement en matière de santé, énoncé dans la South Sudan Vision 2040. Ce plan s'inscrit dans la lignée des initiatives et déclarations internationales issues de l'Agenda 2030 de l'ONU et de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Il met l'accent sur la révision des politiques de santé, la réforme institutionnelle ainsi que le renforcement des capacités, et vise une couverture complète de santé universelle (CSU) à travers l'amélioration de l'accès à des services de santé de bonne qualité. La réalisation de ces objectifs est très largement freinée par des handicaps majeurs résultant du faible niveau de développement du pays associé à la faiblesse des ressources humaines et la persistance des catastrophes naturelles et de conflits. Ainsi, l'indice CSU était de 34% en 2021, largement en-deçà de la moyenne africaine (44%).

Le secteur de la santé se divise en trois niveaux : (i) Les soins primaires qui comprennent les structures communautaires connues sous le nom de Boma Health Teams³⁰ (BHT), les unités de soins primaires (PHCU)³¹ et les centres de soins de santé primaire (PHCC)³²; les soins secondaires dispensés par les hôpitaux des counties³³ et les hôpitaux des Etats ; les soins tertiaires dispensés par les hôpitaux nationaux d'enseignement, spécialisés et de référence.

Le système de santé est contrôlé par l'Etat avec des compétences déconcentrées. Le ministère de la Santé élabore la politique générale qui est ensuite interprétée par les ministères fédéraux et exécutée par les départements de santé des counties. La ministre de la Santé actuelle est la psychologue et spécialiste de santé mentale Elizabeth Achuei Yol.

Le Soudan du Sud dispose de 1900 établissements de santé dont 400 seulement fonctionnaient à capacité normale en 2017. Ceci comprend 5 hôpitaux de référence et universitaires, dont deux dans la capitale : Juba teaching Hospital et AMI South Sudan Clinic. Les trois autres se trouvent dans les villes de Malakal, d'Aweil et de Bantiu. Seul un Etat Sud-Soudanais sur dix dispose d'hôpitaux (Equatoria-Central). A cette forte disparité s'ajoute une très forte concentration de la population dans des zones rurales (80% des Sud-Soudanais). Un peu moins de 50% des Sud-Soudanais se trouvent à moins de 5 km d'un établissement sanitaire.

Le système de santé du Soudan du Sud se caractérise par un engagement minimal du gouvernement. L'Etat n'a consacré que 4% de son budget à la santé, en 2023, une part largement inférieure à l'objectif de 15% promis par les pays de l'Union africaine en 2001, lors du protocole d'Abuja. **Le secteur de la santé souffre d'un sous-financement chronique, depuis 2013, compromettant fortement la viabilité du système.** Les

³⁰ La *Boma Health Initiative*, mise en place en 2017, vise à améliorer l'accès aux soins de santé primaires dans les zones où ceux-ci sont limités. Une Boma, plus petite unité administrative, compte en moyen 4,2 villages.

³¹ *Primary Health Care Units.*

³² *Primary Health Care Centres.*

³³ Unités administratives hiérarchiquement en dessous des Etats (il existe 79 counties au Soudan du Sud)

estimations suggèrent que les dépenses de santé à la charge des ménages représentent jusqu'à 79% des dépenses totales de santé.

La nécessité d'un redressement structurel du secteur

Les flambées épidémiques représentent un défi sanitaire majeur au Soudan du Sud. Le paludisme, par exemple, demeure un problème crucial et la tuberculose est en augmentation. Le risque d'importation de poliomyélite s'accroît du fait des mouvements de population transfrontaliers. Des flambées d'hépatite E ont été observées au Soudan du Sud depuis 2015, en raison des conditions de vie déplorables, notamment le manque d'eau, d'assainissement et d'hygiène. La situation est pire dans les camps de réfugiés (plus de 330 000 dans le pays) où les cas de maladie infectieuse sont encore plus répandus (les cas de paludisme génèrent plus de 40% des consultations médicales).

Les indicateurs de santé du Soudan du Sud sont dans ces conditions parmi les plus bas au monde. En 2021, l'espérance de vie à la naissance était l'une des plus faibles au monde, estimée à 55 ans. Le pays a le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde, soit 39,63 pour 1000 naissances. Le Soudan du Sud affiche également le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde, soit 1 223 pour 100 000 naissances. La malnutrition aiguë reste une urgence de santé publique majeure dans le pays : en novembre 2023, 5,8 millions de personnes, soit plus de la moitié de la population, connaissaient des niveaux élevés d'insécurité alimentaire.

Dans ce contexte, l'enjeu principal de la réforme du système de santé consiste en la transformation du secteur de l'action humanitaire d'urgence à une consolidation structurelle du secteur. Cela nécessite notamment une meilleure coordination d'un ensemble d'acteurs aujourd'hui très fragmentés. La ministre de la santé s'est adressée récemment aux donateurs internationaux insistant sur la coordination et l'alignement des efforts sur le plan stratégique de la santé. Par ailleurs, la mise à niveau des structures sanitaires inadéquates implique davantage d'engagement des autorités et des d'investissements considérables. 50% des établissements de santé publics ont besoin de financement pour fournir des services de santé de base, tandis que les dépenses actuelles sont absorbées par les besoins urgents découlant des catastrophes naturelles et des épidémies. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, l'indice Overall General Service Availability s'établit à 30,4% en 2021, de même que les indices Health Infrastructure et Service Utilisation qui se situent respectivement à 43,2% et 15,05%. A cela s'ajoute une pénurie de personnel médical, le nombre de médecins pour 10 000 habitants étant de 0,4 en 2021.

Un système de santé fortement dépendant des donateurs internationaux

Depuis 2013, le secteur de la santé a été fortement soutenu par le financement extérieur de donateurs internationaux dont la Banque mondiale, la Banque Africaine de développement et l'Union Européenne. The Health Pooled Fund (HPF) est un consortium de donateurs bilatéraux dirigé par le Royaume-Uni, les Etats-Unis, la Suède et le Canada. Ce programme vise à l'amélioration de l'accès aux services de santé en se concentrant sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Lancé en 2012, il s'agit du programme le plus important dans le domaine de santé (budget total de 440 MUSD). Le budget de la troisième phase (2018 – 2024) s'élève à 145 MGBP. En 2023, l'Association Internationale de Développement de la Banque Mondiale (AID) s'engage pour le projet de « Transformation du secteur de la santé du Soudan du Sud » financé à hauteur de 369 MUSD par un don de 117 MUSD et deux fonds fiduciaires, le Multi-Donor Trust Fund (MDTF) and a Single-Donor Trust Fund (SDTF) à hauteur respective de 217 MUSD et de 25,5 MUSD. Ce projet a pour ambition l'élargissement de l'accès de la population à un ensemble de services de base de santé et de nutrition, l'amélioration de la gouvernance et le renforcement du système de santé. En février 2024, l'Union Européenne a annoncé un financement de 600 000 EUR à travers le mécanisme « Emergency Toolbox » pour soutenir les efforts de prévention en anticipation d'une épidémie éventuelle de choléra dans le pays.

Communauté d'Afrique de l'Est – Tanzanie

Par le SE de Dar es Salam



Le secteur des infrastructures de santé en Tanzanie

Malgré des progrès majeurs dans le secteur de la santé ces dernières années, la qualité et l'accessibilité des infrastructures de santé restent insuffisantes pour répondre aux besoins de la population du pays approchant les 68 millions d'habitants³⁴. Le gouvernement a franchi une étape majeure avec l'adoption, le 6 décembre 2023, du projet de loi sur l'Assurance Maladie Universelle (UHI). Cette législation guidera le pays vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (UHC) et l'amélioration de l'accessibilité et de l'abordabilité des soins de santé. Les bailleurs internationaux jouent un rôle central dans le secteur de la santé tanzanien via de l'appui budgétaire et surtout du financement de projets. Il existe des opportunités à court terme et long terme pour les entreprises françaises en matière de fourniture d'équipements médicaux et pharmaceutiques.

Malgré les progrès récents, l'accessibilité et la qualité des infrastructures de santé restent insuffisantes et freinées par un manque d'investissements publics

La Tanzanie a réalisé des progrès majeurs dans le secteur de la santé, entraînant une augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance des Tanzaniens grâce à une réduction de la mortalité et de la morbidité³⁵. La Vision 2025 de développement de la Tanzanie identifie la santé comme l'un des secteurs prioritaires contribuant à des moyens de subsistance de meilleure qualité pour tous les Tanzaniens. L'amélioration de la qualité de vie et du bien-être humain figure parmi les objectifs du troisième plan quinquennal de développement 2021/22 – 2025/26 (FYDP III).

Le pays a entrepris d'importantes réformes du secteur de la santé au cours des 10 dernières années. Le Plan stratégique national intégré du secteur de la santé (PSN) contre le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST) de décembre 2023 vise à mettre fin à ces trois épidémies d'ici 2030. La stratégie développée est bien alignée sur les principaux documents nationaux existants, notamment le Plan stratégique du secteur de la santé V (2021-2026), qui fixe des objectifs ambitieux pour améliorer les infrastructures de santé en vue d'une couverture sanitaire universelle. Le plan stratégique national est également aligné sur les stratégies mondiales de l'OMS sur le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2022-2030.

L'organisation du système de santé en Tanzanie est pyramidale et décentralisé³⁶ avec de nombreux acteurs impliqués. Ce système est classé en trois niveaux de prestations de soins de santé : national, régional et de district. Chaque district est divisé en divisions, quartiers, villages et rues, également appelées mitaa en langue swahili. Les autres prestataires sont des organisations privées à but non lucratif (y compris des hôpitaux confessionnels, des ONG locales et internationales) et le secteur privé.

La Tanzanie a investi massivement dans les infrastructures, les fournitures et les équipements médicaux ainsi que dans la formation du personnel médical, une démarche qui a renforcé la position du pays en tant que plaque tournante du tourisme médical. Avant l'indépendance, le pays comptait au total 1 300 hôpitaux et dispensaires d'une capacité de 18 800 lits. **En 2023, on recensait 12 119 établissements de santé en Tanzanie³⁷**, dont 7 975 dispensaires, 954 centres de santé, 172 hôpitaux de district et 181 autres hôpitaux, ainsi que 28 hôpitaux spécialisés au niveau régional, 6 hôpitaux de zone, 6 hôpitaux dotés de services spécialisés et 1 hôpital national. De nouveaux hôpitaux et centres de soins sont en projet. Les établissements sont inégalement dotés de matériels et équipements de pointe.

³⁴ Population and Housing Census: <https://sensa.nbs.go.tz/>

³⁵ Ministère de la santé <https://www.moh.go.tz/>

³⁶ Tanzanie est une union administrative composée de Zanzibar et de Tanganyika. Cependant, la politique nationale de santé de la Tanzanie ne supervise que la fourniture de services de santé sur le continent. Le système de santé est décentralisé.

³⁷ Ministère de la santé

Les hôpitaux publics de zone, l'hôpital national et les hôpitaux modernes privés constituent les principaux débouchés pour les ventes de dispositifs médicaux modernes. Parmi les plus importants : Muhimbili National Hospital (Hôpital Public, Dar es Salam), Aga Khan Hospital (Hôpital Privé, Dar Es Salam), London Health Centre (Hôpital Privé, Dar Es Salam), Ocean Road Cancer Institute (Hôpital Public, Dar es Salam) et Jakaya Kikwete Cardiac institute (Hôpital Public, Dar es Salam). Bien qu'environ 63% des Tanzaniens résident dans des zones rurales, les établissements de santé sont concentrés dans les régions urbaines. Des disparités existent également entre les régions.

Le secteur de la santé présente encore de nombreux enjeux : accès à la santé inégal pour tous, décalage entre l'offre et la demande

En Tanzanie, 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 les fonds des bailleurs, d'autre part les recettes privées via les patients. Les budgets récents ont alloué des fonds pour moderniser et construire des établissements de santé. En 2023/2024, le gouvernement a affecté 487 MUSD³⁸ au secteur de la santé contre 387,9 MUSD en 2020/2021 soit une augmentation de 25%. Toutefois, l'engagement public dans le secteur semble insuffisant. Le Gouvernement, au même titre que les membres de l'Union Africaine, s'était engagé à consacrer au moins 15% des dépenses publiques à la santé lors de la conférence d'Abuja en 2011.

La Tanzanie est loin de tenir cet objectif puisqu'entre les exercices 2017/18 et 2021/22, l'allocation budgétaire nominale à la santé a diminué de 9 % à 7,3 % du budget total du gouvernement. Les dépenses intérieures de santé ont, certes, augmenté mais à un rythme plus lent que les dépenses générales du gouvernement. En 2023, le Fonds monétaire international (FMI) a indiqué que pour combler les écarts en matière de capital humain et de développement social en Tanzanie, il est nécessaire que le pays donne la priorité aux dépenses sociales lors de l'allocation et de l'exécution du budget.

La majorité de la population n'étant pas couverte par une assurance maladie, la part des coûts supportée par les patients est importante. Le gouvernement a récemment franchi une étape majeure avec l'adoption, le 6 décembre 2023, du projet de loi sur l'Assurance Maladie Universelle (UHI)³⁹. Cette législation vise à guider le pays vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (UHC) et à améliorer l'accessibilité et l'abordabilité des soins de santé. La législation décrit les sources de financement, notamment les taxes sur les boissons gazeuses, l'alcool, les cosmétiques, les jeux, l'assurance automobile et les transactions électroniques. Cette approche de financement diversifiée vise à assurer un flux constant de ressources pour répondre aux besoins en particulier des populations les plus vulnérables.

Un secteur soutenu par les bailleurs internationaux

Le secteur de la santé tanzanien reçoit d'importants financements de plusieurs partenaires de développement internationaux pour soutenir un large éventail d'interventions en matière de santé. En 2022/2023, les bailleurs ont contribué à hauteur de 40 au budget total de la santé. La plupart de l'aide hors budget est consacrée à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/sida, aux soins de première nécessité, aux programmes de planning familial et à la lutte contre le paludisme.

L'Agence Française de Développement intervient dans le secteur de la santé depuis 2013, au travers d'un partenariat avec le réseau Aga Khan pour le 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 en Tanzanie (prêt concessionnel à long terme de 53,5 M USD par l'AFD) et comprend actuellement (i) un projet visant à améliorer la prise en charge globale du cancer dans le pays (coût total estimé à 13,3 MEUR avec une subvention de 10 MEUR de l'AFD) ; (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'AKHS afin d'accroître l'accès

³⁸ Tanzania National Budget 2023/24

³⁹ <https://www.parliament.go.tz/>

aux services de soins de santé en renforçant l'approvisionnement en oxygène et en soutenant les patients nécessitant des soins de qualité.

Des opportunités pour les entreprises françaises

Le développement du secteur crée des opportunités à court et long terme pour les entreprises françaises dans la fourniture d'équipements médicaux et pharmaceutiques. La Tanzanie qui importe 85% de son approvisionnement en médicaments, fournitures, équipements médicaux et équipements de laboratoire, ambitionne de réduire à 50% sa dépendance afin de s'aligner sur les objectifs de la Communauté d'Afrique de l'Est. Les trois principaux fournisseurs de matériel médical sont l'Inde, suivie par les États-Unis et le Japon en troisième position.

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 personnel qualifié et de technologies modernes dans ce domaine ainsi qu'à la concurrence des fournisseurs internationaux fortement implantés dans la région.

Indicateurs régionaux : Communauté d'Afrique de l'Est

Indicateurs Pays	Burundi	Kenya	Ouganda	Rwanda	Sud Soudan	Tanzanie
Population (M hab.) BM 2022	12,9	54,0	47,2	13,8	10,9	65,5
Croissance démographique (%) BM 2022	2,7	1,9	3,0	2,3	1,5	3,0
Doing Business (classement) 2020	166	56	116	38	185	141
Rang Indice de corruption - Transparency international 2023	162	126	141	49	177	87
Macroéconomie						
PIB (Mds USD) FMI 2023	3,2	112,7	52,4	13,9	6,3	84,0
PIB par habitant (USD) FMI 2023	246	2 188	1 163	1 032	417	1 327
Croissance du PIB réel (%) FMI 2023	3,3	5,0	4,6	6,2	3,5	5,2
Taux d'inflation moyen annuel (%) FMI 2023	20,1	7,7	5,8	14,5	16,3	4,0
Finances Publiques						
Solde budgétaire, dons compris (% PIB) FMI 2023	-5,0	-4,7	-4,2	-5,0	8,4	-3,3
Dette publique (% PIB) FMI 2023	72,7	70,2	48,3	63,3	60,4	42,6
Dette publique extérieure (% PIB) FMI - REO 2023	27,6	33,5	28,9	55,7	-	26,3
Echanges						
Balance des biens (% PIB) CNUCED 2022	-32,0	-12,4	-10,3	-10,5	-6,1	-8,8
<i>Exportation française vers (MEUR) Douanes françaises 2023</i>	13,5	168,9	42,9	37,2	3,1	64,4
<i>Importation française depuis (MEUR) Douanes françaises 2023</i>	3,6	144,8	29,0	5,8	0,5	46,5
Balance courante (% PIB) FMI 2023	-18,7	-4,9	-7,1	-12,7	2,3	-5,2
Transferts de la diaspora (% PIB) BM 2022	1,6	3,6	2,5	3,6	1,3	0,8
Réserves de change (mois d'import) FMI - REO 2023	2,2	3,0	3,4	3,7	0,5	3,8
Développement						
IDH BM 2021	0,43	0,58	0,53	0,53	0,39	0,55
Espérance de vie à la naissance BM 2021	61,7	61,4	62,7	66,1	55,0	66,2
Taux de pauvreté (<1,90 USD/jours, %) BM*	65,1	29,4	42,2	52,0	67,3	44,9
Emissions de CO ² par habitant (kg) BM 2020	58	374	128	105	164	234
Notation Dette Souveraine						
S&P	-	B	B-	B+	-	-
Moody's	-	B3	B2	B2	-	B2
Fitch	-	B	B+	B+	-	B+
Politique Monétaire						
Taux directeur*	-	13,00	10,00	7,50	-	5,50

*Dernière donnée disponible

Corne de l'Afrique – Djibouti

Par le SE d'Addis-Abeba



Le secteur des infrastructures de santé à Djibouti

Le système de santé djiboutien, régi par le secteur public, subit les effets d'une croissance de la population vulnérable à Djibouti (notamment réfugiés et déplacés) et d'un sous-investissement structurel dans les services sociaux dont la santé. Le gouvernement tente d'apporter des solutions, notamment dans le cadre du plan Vision 2035 et du Plan national de développement sanitaire 2020/24, pour améliorer l'accès aux soins primaires mais son action pâtit d'un manque de planification, qui rend plus difficile la coordination avec les bailleurs internationaux réinvestissant le secteur. Les velléités étatiques d'ouverture du secteur aux investissements étrangers sont incarnées par les projets de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale qui joue désormais un rôle central dans le développement du secteur de la santé.

Un système de santé carencé en infrastructures pénalisant les populations les plus vulnérables

Djibouti dispose d'un système de santé peu développé dont la charge principale repose sur le secteur public et parapublic. En 2022, Djibouti comptait au total 64⁴⁰ établissements de santé : 55 établissements de soins de santé primaires, 5 hôpitaux secondaires (un dans chacune des cinq régions) et 4 hôpitaux tertiaires, dont 3 dans la ville de Djibouti⁴¹. L'offre de soin restante est complétée par un secteur privé encore naissant et actif seulement dans la capitale sur les soins ambulatoires (25 cliniques et cabinets médicaux recensés) et la pharmacie (au nombre de 23). L'offre sanitaire est pilotée par le ministère de la Santé, en l'absence de relai institutionnel à l'échelle des régions (le directeur médical de chaque hôpital régional assume de facto la responsabilité des services sanitaires de la région).

Djibouti a placé l'amélioration de l'accès aux soins de santé parmi les cinq priorités de sa stratégie nationale de long terme "Vision 2035" avec, pour la composante « infrastructures » de la Couverture Sanitaire Universelle, un accent mis sur le développement des soins de santé primaire (Plan national de développement sanitaire 2020/24). **Le principal défi de cette politique réside dans le rééquilibrage des disparités urbaines-rurales caractérisant le maillage territorial des services sanitaires.** Djibouti-ville compte, selon les données du ministère de la Santé⁴², 0,51 médecin généraliste pour 10 000 habitants alors que les régions de Dikhil et Tadjourah (les plus isolées et pauvres du pays) possèdent respectivement 0,28 et 0,18 médecin généraliste pour 10 000 habitants.

La problématique de l'absorption par le système de santé djiboutien des populations déplacées et réfugiées (3,4 % de la population totale) mobilise le gouvernement qui s'est engagé à garantir le droit d'accès aux services sociaux de base pour ces populations (loi N° 159/AN/16/7^{ème} de 2017). Ce dernier a développé des installations de santé au sein des camps de réfugiés et déploie des efforts, de concert avec l'écosystème des bailleurs et organisations internationales, pour intégrer les services de santé destinés aux réfugiés dans le système national de santé. L'effet volume de cette intégration exerce toutefois une pression supplémentaire sur le système de santé djiboutien, déjà carencé⁴³.

En 2020, les dépenses courantes de santé représentaient 2 % du PIB de Djibouti⁴⁴, le ratio dépenses de santé/dépenses totales du gouvernement s'élevait, lui, à 4 % pour cette même année ; un chiffre en décrochage par rapport à la moyenne de 6 % sur la période 2000-2014. Les tensions de trésorerie induites par

⁴⁰ Banque Mondiale, *Djibouti Health System Strengthening Project*, 2022

⁴¹ Le gouvernement djiboutien a acté par la loi 12/AN/23/9^{ème} (août 2023) la création d'un Centre Hospitalier Universitaire rassemblant 4 établissements hospitaliers de la capitale (l'hôpital Peltier, l'hôpital de Balbala « Cheiko », l'hôpital de pneumologie « Chakib Saad » et la maternité Dar el Hanan). La structure devrait bénéficier de la coopération avec le CHU d'Angers déjà initiée avec l'hôpital Peltier.

⁴² Ministère de la Santé de la République de Djibouti, *Annuaire des Statistiques Sanitaires 2022*, Mars 2023

⁴³ Dans la commune de Balbala (une des trois communes de la ville de Djibouti), les populations déplacées et les réfugiés représentent 40 % des consultations dans les établissements de santé (Banque Mondiale).

⁴⁴ WHO, 2020

un service de la dette qui a plus que triplé en 2022 devrait confirmer cette tendance à la baisse sur les exercices en cours et à venir.

Un secteur réinvesti par les bailleurs internationaux

Le secteur de la santé a récemment vu revenir un certain nombre de bailleurs ; soulignons les projets de la Banque mondiale (réhabilitation des établissements de santé, en particulier ceux offrant des soins obstétriques et néonataux d'urgence complets ; prêt AID de 19,5 MUSD au total) et de l'AFD (Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé visant notamment le renforcement des services de santé dans 6 polycliniques à Djibouti-ville ; subvention de 7 MEUR au total) intégrant une composante infrastructures.

La multiplication des projets santé à Djibouti amplifie les enjeux de coordination (entre les bailleurs et avec le ministère de la Santé) **et de planification** ; sujet sur lequel le ministère pourrait bénéficier d'un accompagnement extérieur.

Des opportunités d'investissements pour le secteur privé encore limitées

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale djiboutienne (CNSS), acteur central du système de santé djiboutien, est amenée à jouer un rôle croissant et précurseur dans le développement de services de santé de niveau tertiaire et dans le développement de la production pharmaceutique locale ; des développements auxquels pourrait se greffer l'expertise française bien identifiée par la CNSS.

Un projet de construction d'un nouvel hôpital détenu par la CNSS est en cours de réalisation (phase I pour 150 lits⁴⁵, une phase II pourrait être lancée à partir de 2028). La gestion de l'hôpital, pensé comme un « pôle d'excellence médicale », a été confié au groupe germano-autrichien VAMED. Ce projet (particulièrement la phase 2 non initiée) pourrait mobiliser l'offre française déjà présente en Afrique sur l'ensemble de la chaîne de valeur des projets hospitaliers (conception/construction/équipement/gestion).

Le développement (augmentation et diversification) des capacités de production de DJIPHARMA, premier laboratoire pharmaceutique djiboutien de production des solutés et injectables médicaux placé sous la tutelle de la CNSS, peut intéresser les acteurs français du secteur.

⁴⁵ Prêt de la Banque Islamique de Développement d'un montant de 68 MUSD pour la construction (et équipements) de la phase I associé à un financement de 10 MUSD de la Banque Africaine de Développement

Corne de l'Afrique – Érythrée

Par le SE d'Addis Abeba



Vers un renforcement du système de santé malgré de nombreux défis persistants

La santé fait partie des priorités du gouvernement érythréen qui la considère comme l'un des piliers pour l'établissement d'une société dynamique, productive et résiliente. Toutefois, le secteur fait face à de nombreux défis notamment les difficultés de financement et l'absence de professionnels de santé qualifiés. D'autre part, la quasi-absence de bailleurs dans le pays est une difficulté supplémentaire pour le secteur.

L'organisation du système de santé érythréen

Depuis 2000, le développement du système de santé érythréen est orienté par l'élaboration de plans quinquennaux réussis (National Health Policy puis *Health Sector Strategic Development Plan*). Le 3^{ème} cycle HSSDP (2022-2026) a été développé en collaboration avec l'OMS, afin d'atteindre le 3^{ème} Objectif de Développement Durable des Nations Unies (bonne santé et bien-être) et la couverture de santé universelle. En avril 2022, le gouvernement érythréen a lancé deux programmes de santé : le *National Action Plan for Health Security 2022-2026* (NAPHS) et l'*Essential Health Care Package*. Le NAPHS vise à prévenir, protéger, contrôler et apporter une réponse de santé publique à la propagation internationale des maladies pour renforcer le système de santé érythréen. L'*Essential Health Care Package* a pour objectif d'atteindre la couverture universelle de santé. D'autre part, le gouvernement érythréen se prépare à introduire le *National Health Financing Policy* (NHFP) qui explorera les trois fonctions du financement de santé afin de diminuer la part des dépenses de santé couvertes par les ménages.

Le système de santé érythréen est organisé selon trois niveaux : le niveau primaire (les services communautaires de santé, les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux communautaires), le niveau secondaire (les hôpitaux régionaux de référence et les hôpitaux de premier contact ou de sous-zones) et le niveau tertiaire (les hôpitaux nationaux de référence). Bien que le nombre d'établissements de santé privés soient limités, il est possible pour les professionnels de santé de forger un partenariat avec le gouvernement pour ouvrir un cabinet privé au sein d'établissements publics de santé. En 2018, l'Erythrée disposait de 332 établissements de santé dont 30 hôpitaux (contre 25 en 2008) le principal étant l'*Orotta National Referral Hospital*, 54 centres de santé (contre 52 en 2008) et 248 stations de santé (contre 180 en 2008)⁴⁶. L'augmentation du nombre d'infrastructures de santé a eu un effet positif : près de 60 % de la population a accès à un établissement de santé dans un rayon de 5 km.

Les dépenses de santé courantes s'élevaient à 4,09 % du PIB en 2020 contre 6,68 % du PIB en 2005. Les dépenses de santé par habitant ont nettement augmenté au cours des deux dernières décennies passant de 13,18 USD en 2000 à 23,98 en 2020. En 2021, les dépenses de santé étaient couvertes à hauteur de 29 % par les bailleurs et 21 % par le gouvernement, tandis que les ménages prenaient en charge les 50 % restants.

Un secteur confronté à de nombreux défis de financement et de ressources humaines

L'Erythrée est confrontée à de nombreux défis dans le secteur, en particulier les difficultés de financement et le manque de professionnels de santé qualifiés. Le manque de financement induit une pénurie de médicaments, un accès limité aux équipements médicaux et matériel de bureau, ainsi qu'un manque d'un système d'information médical permettant de gérer les données médicales. A cela s'ajoute d'importants besoins en ressources humaines qualifiées, le ratio médecin/patient étant de 0,5 pour 10 000 personnes⁴⁷. D'autre part, l'absence de données démographiques actualisées ainsi que l'accessibilité inégale des établissements de santé compliquent la fourniture de services de santé notamment dans les zones rurales et isolées.

Un secteur qui reste peu investi par les bailleurs

⁴⁶Overseas Development Institute: Eritrea's Story 2010

⁴⁷Mental Health in Eritrea: A brief overview and possible steps forward, 2021

L'Erythrée fait partie des pays recevant le moins d'aide publique au développement. Cependant, certains bailleurs soutiennent le système de santé du pays et plus précisément les infrastructures. Le Fonds Mondial développe des programmes pour réduire les nouvelles infections de VIH et renforcer la prestation des systèmes de santé et des systèmes communautaires. La Chine est également un partenaire important de l'Erythrée dans le domaine de la santé. La construction de l'*Orotta National Referral Hospital*, l'un des hôpitaux les plus importants du pays a été fait en 2003 en coopération avec la Chine qui continue à envoyer des équipes médicales qui résident dans le pays pendant 1 à 2 ans.

La politique isolationniste de l'Erythrée, et le faible pouvoir d'achat rendent l'environnement d'investissement peu attrayant pour les entreprises étrangères. Toutefois, les besoins en matière d'équipements médicaux et de diagnostics spécialisés, ou de formation du personnel médical sont particulièrement importants.

❖ **Corne de l'Afrique – Éthiopie** Par le SE d'Addis-Abeba



Le secteur des infrastructures de santé en Ethiopie

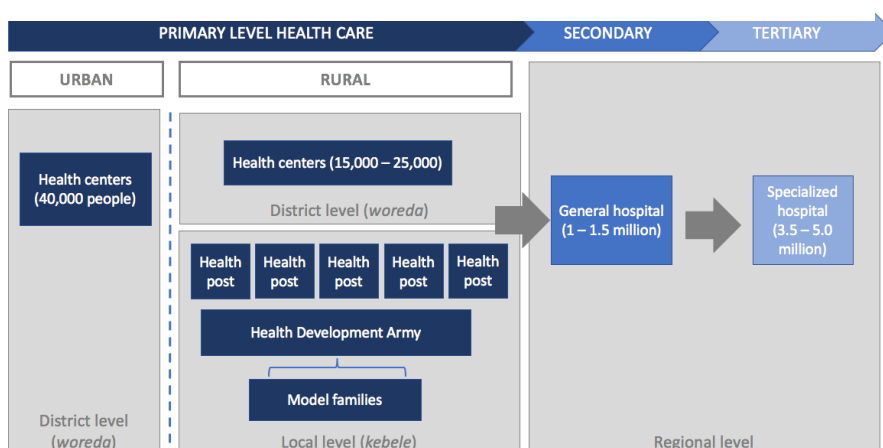
L'Éthiopie a intégré la santé dans les priorités de son plan de développement économique à long terme, et a renforcé, notamment grâce aux dons des bailleurs, ses capacités sanitaires en matière d'équipements et d'infrastructures. Malgré les nombreux progrès enregistrés, l'accès aux infrastructures de santé reste inégal, en raison d'un sous-investissement persistant, en particulier dans les zones rurales et isolées. Si le secteur est soutenu par les bailleurs internationaux, le gouvernement entend favoriser les partenariats public-privé (PPP) pour pallier aux difficultés d'investissements publics et développer les infrastructures de santé. Des opportunités sur le long terme pour les entreprises françaises existent en matière de numérisation de la santé, de fourniture d'équipements médicaux, pharmaceutiques et de biologie médicale.

Des ambitions d'accès universel aux soins primaires contraintes par des dépenses et investissements de santé insuffisants

L'Éthiopie est engagée en faveur de l'accès à des soins de santé primaires universels depuis 1978 et le soutien à la déclaration d'Alma-Ata, qui visait l'accès aux soins pour tous en 2000. Entre 2005 et 2011, un important programme de construction d'infrastructures de santé en zones rurales a été mis en œuvre par le gouvernement⁴⁸. Le développement du secteur est actuellement encadré par le plan de transformation du secteur de la santé (HSDP) – dont la troisième phase (2020-2025) est en cours – qui vise notamment la couverture de santé universelle à horizon 2030 et l'amélioration de la réactivité du système de santé. Le ministère de la Santé (MoH) a annoncé en 2022 la *National Health Equity Strategy 2022-2026* dont les objectifs visent à : i) renforcer la fourniture de services de santé ; ii) faciliter l'accès aux structures de santé dans toutes les régions ; iii) améliorer les chaînes d'approvisionnement en équipements et consommables médicaux ; iv) augmenter les financements du secteur de la santé. L'amélioration de l'accès aux soins, y compris dans les zones les plus isolées est l'un des piliers de la politique de santé éthiopienne mise en œuvre via le *Health Extension Plan*, lancé en 2003 et qui a depuis porté ses fruits⁴⁹.

Le service de santé éthiopien est structuré selon un système à trois niveaux : primaire (hôpitaux primaires, centres et postes de santé), secondaire (hôpitaux généraux) et tertiaire (hôpitaux spécialisés). Il y avait en 2021 en Éthiopie 420 hôpitaux (généralistes et spécialisés), 3731 centres de santé, 4916 cliniques et 17 561 postes de santé. Parmi l'ensemble de ces établissements, 81,2 % sont publics, notamment les centres de santé et hôpitaux. Tandis que près de 5000

[Figure 1 : L'organisation à trois niveaux du système de santé éthiopien](#)



Source : Ministère de la Santé, 2023

⁴⁸ Près de 10 000 postes de santé, 2000 centres et 73 hôpitaux ont été construits sur cette période.

⁴⁹ Toutefois le pays reste particulièrement affecté par les maladies transmissibles (VIH, tuberculose, paludisme), les décès prématurés et maladies nutritionnelles. L'émergence d'une classe moyenne favorise également le développement de pathologies comme le cancer, diabète ou de fortes tension artérielle.

infrastructures (essentiellement des cliniques) sont gérées par des entités privées ou ONG⁵⁰, la gestion du système de santé public est partagée entre le 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. L'Agence éthiopienne des fournitures pharmaceutiques assure la gestion de passation de marchés publics pour l'importation des médicaments, fournitures et équipements médicaux (70 %), les 30 % restants sont importés par des entités privées officiellement ou via le marché parallèle. L'Autorité éthiopienne des produits alimentaires et pharmaceutiques assure le suivi réglementaire de l'importation et du contrôle de la qualité de ces biens. Les importations d'équipements et médicaments sont dominées par les fournisseurs chinois.

Le secteur de la santé représentait 5,3 % des allocations budgétaires en 2019/2020 et seulement 3,9 % en 2023/2024⁵¹. La part des secteurs sociaux, dont la santé, dans le budget du gouvernement éthiopien tend en effet à se réduire, éclipsée par les dépenses de défense et de sécurité et le service de la dette. En 2020, les dépenses de santé étaient couvertes à 32 % par le gouvernement, 31 % par les ménages et à 34 % par les bailleurs.

Outre les disparités d'accès aux infrastructures, leur fonctionnement est affecté par les difficultés d'approvisionnement, les conflits et un manque de capacités

Des disparités subsistent dans l'accès et la couverture de santé, selon les géographies (zones urbaines/rurales), le genre ou l'âge. Le personnel de santé étant principalement concentré dans les zones urbaines (20 % de la population)⁵², l'offre de services de soin diffère selon les régions. L'*Ethiopian Public Health Institute* indique que les régions disposant des meilleures couvertures sanitaires sont Addis-Abeba (78 %)⁵³ et le Tigré (66 %), tandis que la Somalie et l'Afar sont celles ayant les plus forts besoins, avec des couvertures sanitaires faibles de 24 et 31 % respectivement⁵⁴. En 2022, seul 60 % de la population avait accès aux services de santé en moins de deux heures de trajet. Par ailleurs, y compris lorsqu'elles existent, le recours aux infrastructures de santé est faible parmi les habitants des zones rurales éthiopiennes, les groupes socio-économiquement défavorisés (communautés pastorales notamment) et sans éducation formelle.

Outre ces disparités, le fonctionnement des infrastructures de santé est contraint par : i) le manque d'équipements ou de consommables, coûteux et difficiles à importer faute de devises ; ii) la faible main d'œuvre qualifiée pour la maintenance des équipements, en particulier dans les hôpitaux spécialisés ; et iii) les services et l'accessibilité des infrastructures. Malgré les progrès réalisés ces dernières années s'agissant des infrastructures routières ou du renforcement du réseau électrique, le fonctionnement des infrastructures de santé est parfois contraint par les coupures d'électricité, d'eau ou les difficultés d'accès. Les conflits au Tigré et actuellement en Amhara ont également eu des répercussions sur les centres de santé et hôpitaux, il est estimé que plus de 1400 ont été récemment détruits ou pillés dans ces deux régions⁵⁵.

Si le secteur est soutenu par les bailleurs internationaux, les autorités souhaitent également mobiliser les investissements privés

⁵⁰ UNICEF, OMS (2022) *National and subnational coverage and other service statistics for reproductive, maternal, newborn and child health using health facility data and surveys* [Microsoft Word - Ethiopia Overall Country Report July 2022 - v2 Draft.docx \(countdown2030.org\)](#)

⁵¹ UNDP (2024) *Macroeconomic Quarterly Report*.

⁵² 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.

⁵³ 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.

⁵⁴ EPHI (2022) *Ethiopia Health Coverage Chart Summary* [5.-Ethiopia- Health-Coverage-Chart-summary-2022.pdf \(ephi.gov.et\)](#)

⁵⁵ Banque Africaine de Développement (2023) *Ethiopia Country Strategy Paper 2023-2027*. [Ethiopia - Country Strategy Paper 2023-2027 and 2022 Country Portfolio Performance Review | African Development Bank Group \(afdb.org\)](#)

La santé est un secteur très investi par les bailleurs en Éthiopie. L'OMS soutient, en partenariat avec la BEI, le développement d'une feuille de route pour le développement des infrastructures de santé primaires⁵⁶ ; la BAD fait partie des financeurs du programme de promotion des services de base (PBS), la phase 2 (100 MUSD sur 2023/2025) devant permettre notamment le développement d'infrastructures de santé rurales ; la Banque mondiale est quant à elle impliquée dans plusieurs programmes de santé dont un projet pour l'amélioration du capital humain (405 MUSD), incluant le développement des centres de santé au niveau des woredas. 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) ; outre les soutiens aux systèmes de santé et lutte contre les maladies transmissibles, les États-Unis (USAID) ont mené des programmes de construction d'infrastructures de santé (2016-2019 – 60 MUSD) ; enfin la Grande-Bretagne (FCDO) finance des programmes depuis 2015 pour l'accès aux soins primaires en Éthiopie (308 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). La Fondation Bill et Melinda Gates est par ailleurs fortement impliquée en Éthiopie et a notamment soutenu la mise en place d'un laboratoire d'innovation de santé numérique au *St Peter Specialized Hospital*. D'autres partenaires bilatéraux soutiennent également le secteur. Le Qatar a accordé 18 MUSD pour la construction d'un centre néphrologique, tandis que la Chine, outre ses dons récurrents en matériels médicaux, a notamment financé l'hôpital Silk Road d'Addis-Abeba.

Les autorités éthiopiennes comptent par ailleurs sur l'engagement du secteur privé pour le développement des infrastructures de santé. D'importants projets privés voient le jour, le groupe américain Roha développe par exemple un projet de campus médical de 300 MUSD à Addis-Abeba. Le gouvernement souhaite également encourager les investissements étrangers grâce à des accords de partenariat public-privé (PPP) pour la construction d'hôpitaux, laboratoires d'analyses et centres de diagnostics. Un cadre stratégique pour leur développement a été élaboré dès 2013. USAID a dans ce contexte initié l'*Ethiopia Private Health Sector Project* (PHSP, 2015-2020) ayant permis, entre autres, le soutien à la mise en place de procédures, réglementations relatives aux PPP santé et la création d'une unité en charge de ces projets au sein du ministère de la Santé, maintenant intégrée à la DG PPP au sein du ministère des Finances. La France soutient également la DG PPP et le développement des projets santé dans le cadre du programme ECOREF financé par l'AFD via le déploiement d'experts résidents.

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). Les exportations françaises de produits pharmaceutiques sont toutefois en baisse constante depuis près d'une dizaine d'années, concurrencées par des productions moins chères, passant de 110,2 MEUR en 2015 à 1,6 MEUR en 2023. D'autres secteurs sont aussi porteurs sur le long terme pour l'offre française : 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 France finance la construction d'un site de production pharmaceutique par l'intermédiaire de Proparco, qui a approuvé en 2019, un prêt de 9,2 MEUR à *Africure Pharmaceuticals* - un fabricant indien de produits pharmaceutiques génériques - pour la construction d'une usine de production médicale en Éthiopie.

⁵⁶ [WHO partners with European Investment Bank to revamp Primary Healthcare in Ethiopia | WHO | Regional Office for Africa](#)

Corne de l'Afrique – Somalie

Par le SER de Nairobi



Le secteur des infrastructures de santé en Somalie

Les efforts déployés par la Somalie pour améliorer l'accès à la santé de sa population sont entravés par des décennies de conflits, le climat et la pauvreté. Depuis la constitution provisoire de 2012, le gouvernement s'est efforcé de renforcer les institutions et la gouvernance, mais la santé n'est pas une priorité et a toujours reçu moins de 3 % du budget national. La complexité organisationnelle du secteur des infrastructures de santé à plusieurs niveaux, avec ses nombreux acteurs publics et privés et son manque de coordination et de capacité financière, freine le développement du secteur. Le financement du secteur est fortement dépendant des bailleurs internationaux. Il existe peu d'opportunités pour les entreprises en raison de l'absence de mécanismes réglementaires fonctionnels et de la présence de quelques puissantes entreprises pharmaceutiques.

Gouvernance et gestion des infrastructures de santé qui disposent de lacunes importantes, en raison d'un manque de coordination des différents acteurs et d'investissements publics

Trois décennies de guerre civile et d'instabilité ont affaibli le système de santé de la Somalie et contribué à ce que ses indicateurs de santé soient parmi les plus bas du monde. En 2020, 69% des 15 M de Somaliens vivent dans la pauvreté, tandis que la Somalie a l'indice de couverture sanitaire universelle (CSU) le plus bas du monde, indiquant qu'en 2019, seuls 27 % de la population avaient accès aux services de santé essentiels sans avoir à faire face à des difficultés financières⁵⁷. Le système de santé de la Somalie est considéré comme le deuxième plus fragile au monde⁵⁸. Le gouvernement s'est engagé à renforcer la santé et le développement social par la mise en œuvre du plan de développement national de la Somalie pour 2019-2024 et la feuille de route pour atteindre la couverture de santé universelle (CSU) de 2019. Il a développé un ensemble de services de santé primaires identifiés comme prioritaires, appelés "Essential Package of Health Services" (EPHS 2020).

Les services de santé sont assurés par des établissements publics et privés, mais le manque de coordination des acteurs (gouvernement, ONG et acteurs privés), leur inégale répartition sur le territoire et leur manque d'équipements freinent l'accès à des infrastructures de qualité. Quatre niveaux d'établissements de santé fournissent des services de santé de base, souvent soutenus par des ONG. En 2016 et en 2017, la Somalie comptait 799 centres opérationnels sur les 1074 établissements de santé⁵⁹, et près de 3 300 établissements de santé privés⁶⁰ qui fournissent au moins 60 % des services de santé et 70 % des médicaments, principalement dans les zones urbaines. En 2017, seulement 15 % des personnes vivant dans les zones rurales avaient accès à des soins médicaux, la densité des établissements de santé pour 10 000 habitants était de 1,69 et en 2014, le ratio du personnel de santé de base pour 1 000 habitants n'était que de 0,34⁶¹. Le peu de personnel de santé qualifié, se concentre dans les centres urbains et tend à travailler dans le secteur privé, où les salaires sont plus élevés. Cependant, le manque de réglementation du secteur privé limite la qualité des services, des médicaments et des technologies de santé. Les guérisseurs traditionnels sont également des prestataires de services de santé très répandus. Les infrastructures de base des hôpitaux font également défaut: 41% n'ont pas de salle de consultation, 46% n'ont pas accès à de l'eau de qualité, 72% n'ont pas de l'énergie et 84% n'ont pas de moyens de transport pour les patients ayant besoin d'un traitement d'urgence à l'hôpital⁶².

Un financement du secteur dépendant des bailleurs étrangers et du secteur privé

⁵⁷ Ce chiffre est nettement inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (42) et à la moyenne mondiale (60,3), [WHO, 2022](#)

⁵⁸ Indice de sécurité sanitaire mondiale 2019, [WHO 2022](#)

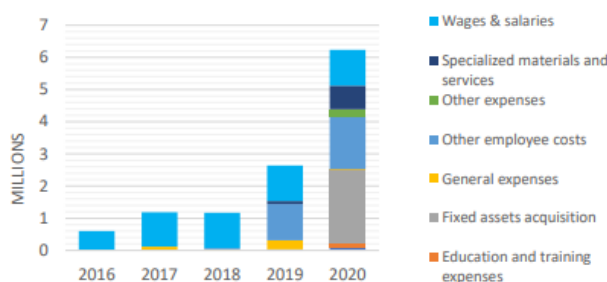
⁵⁹ [Heritage Institute for Policy Studies and City University of Mogadishu, 2020.](#)

⁶⁰ Dont 6 % d'hôpitaux, 32 % de cliniques, 4 % de centres de diagnostic et 58 % de pharmacies, Investment Case for the Somali Health Sector 2022-2027, [Somalia MoH, World Bank, Global Financing Facility, 2022](#)

⁶¹ Rapport Somalie, [Amnesty International, 2021](#)

⁶² Rapport Somalie, [Amnesty International, 2021](#)

En raison de la faible mobilisation des recettes fiscales par le gouvernement, la Somalie est très dépendante des financements étrangers et privés de la santé. Les donateurs financent plus de 90 % des coûts de services de santé, notamment les salaires, les médicaments et les produits de base, ainsi que le fonctionnement et la gestion des établissements de santé. Ainsi, si en 2019, le secteur de la santé publique a reçu une aide extérieure s'élevant à 137 MUSD, le budget et les dépenses du gouvernement ont atteint 6,2 MUSD en 2020. **La santé a reçu moins de 3 % du budget national.** L'exécution du budget reste problématique, avec en 2020 une disparité de 33% entre le montant budgétisé pour la santé et les dépenses réelles décaissées par le ministère de la santé (figure 2).



Source: Ministry of Finance, Revenue Explorer; accessed at <https://mof.gov.so/fiscal/REVexplorer.html>.

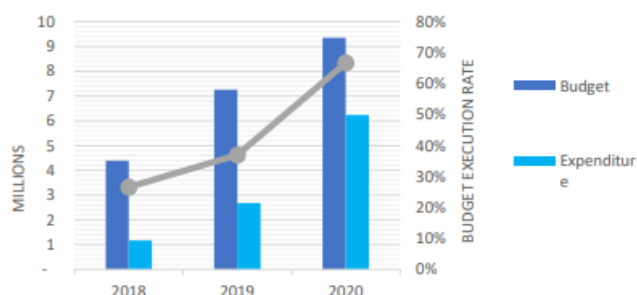


Figure 1 : Dépenses du ministère de la Santé, par catégorie de coûts, 2016-2020 (en MUSD)

Figure 2 : Budget et dépenses du ministère de la santé, 2018-2020 (en MUSD)

Dans le cadre du plan d'action mondial pour l'ODD 3 (SDG3-GAP)⁶³, le ministère de la santé somalien soutenu par l'OMS, a piloté en 2021 un système d'approvisionnement en oxygène alimenté par l'énergie solaire à l'hôpital de Hanano, qui a ensuite été répliqué à l'échelle de quatre autres hôpitaux, sur financement canadien et italien. L'énergie solaire a aussi permis de fournir de l'électricité lors des coupures de courant. Les partenaires du SDG3-GAP tels que GAVI, l'OMS et l'UNICEF contribuent au programme d'immunisation d'ampleur de l'OMS qui a notamment permis un déploiement rapide des capacités de vaccination mobiles lors du COVID-19. Ces partenaires ont aussi aidé le gouvernement lors de la révision de son EPHS 2020.

En 2020, USAID a contribué à hauteur de 27,8 MUSD pour améliorer l'accès aux services de santé base et 22,1 MUSD à des programmes de santé, de nutrition, de protection et d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH)⁶⁴. Cela inclue des équipements médicaux, du soutien aux unités de santé, des formations aux agents de santé communautaires, de la remise en état des systèmes d'approvisionnement en eau détruits par le conflit et l'approvisionnement en eau potable des populations dans le besoin et déplacées. En 2021, USAID a alloué 20 MUSD à UNICEF pour lutter contre le COVID-19 et renforcer les services d'urgence en Somalie⁶⁵ et 2 MUSD à l'OMS en 2023 pour renforcer la réponse sanitaire à la sécheresse en Somalie⁶⁶.

La Banque mondiale a financé trois projets dans le secteur en Somalie dont, un projet de 100 MUSD, de 2021 à 2025 qui vise à améliorer la couverture des services essentiels de santé et de nutrition et à renforcer les capacités du ministère de la santé ; un projet de 187,50 MUSD, de 2020 à 2025, pour rétablir les moyens de subsistance et des infrastructures dans les zones touchées par les inondations et la sécheresse et renforcer les capacités de préparation aux catastrophes à l'échelle nationale ; et deux projets initiés lors du COVID-19 d'un montant total de 91 MUSD.

Un secteur privé complexe qui manque de réglementation et de coordination

⁶³ L'énergie solaire inspire des actions collectives visant à renforcer le système de santé de la Somalie en vue de la mise en place de la CUS, [WHO, 2022](#)

⁶⁴ Somalia – Complex Emergency Fact Sheet, [USAID, 2020](#)

⁶⁵ L'USAID alloue 20 MUSD à la lutte contre le COVID-19 et au renforcement des services d'urgence en Somalie, [ReliefWeb, 2021](#)

⁶⁶ USAID aide l'OMS à poursuivre la réponse d'urgence sanitaire à la sécheresse en Somalie, [OMS, 2023](#)

Le secteur à but lucratif est complexe et à plusieurs niveaux, avec une combinaison de partenariats et de concurrence sur un marché de la santé important et rentable. La plupart des importateurs et des grossistes sont quelques grandes entreprises qui opèrent en tant qu'importateurs clés pour les principaux fabricants et qui possèdent également les principaux distributeurs, contrôlant ainsi l'approvisionnement en médicaments et en produits du secteur privé dans toute la Somalie. Plusieurs réseaux de distribution plus petits et souvent informels participent au transport des médicaments et des produits.

La coordination entre les différents cadres et types de prestataires privés est balbutiante et les capacités sont limitées, malgré l'émergence d'associations plus formelles de prestataires du secteur privé et de praticiens de la santé au cours des dernières années. Par exemple, certains modèles de franchise ont été soutenus par le FCDO du Royaume-Uni, bien que le nombre de prestataires privés dans ces réseaux ait été relativement faible.⁶⁷ La Coopération suisse au développement, a apporté un soutien à la croissance d'autres réseaux tels que Caafinet, qui est un réseau local de cliniques privées dans le sud de la Somalie.

⁶⁷ Le soutien de FCDO à PSI, par exemple, a permis de mettre en place le réseau Bulsho Kaab (qui signifie "aide à la communauté"), qui est une franchise sociale de 50 pharmacies.

Corne de l'Afrique – Soudan

Par le SER de Nairobi



Les infrastructures de santé au Soudan

Malgré un cadre institutionnel historiquement fort, grâce à d'importants efforts soutenus par l'OMS, le Soudan est encore loin d'atteindre la CSU⁶⁸. Les progrès réalisés au cours des années 2000 ont été interrompus par la crise économique puis la guerre civile. Le secteur de santé souffre désormais de problèmes chroniques de sous financement, de gestion inefficace et de fragmentation. Les dépenses de soins médicaux pèsent de plus en plus lourd dans le budget des ménages, en l'absence d'un système efficace d'assurance maladie et la rareté d'aide extérieur. Les disparités géographiques et entre classes sociales y sont marquantes et le sont encore davantage dans le secteur privé développé pour pallier partiellement l'insuffisance de financement. En raison d'un taux élevé de fuite de cerveaux, le Soudan fait face à une pénurie de personnels soignants malgré la présence de 35 écoles de médecine. Le bilan de la guerre civile a été catastrophique dans le secteur de la santé avec 10 millions de personnes à ce jour en besoin de soins médicaux urgents.

Grâce à un cadre institutionnel inclusif, le secteur de santé a connu des progrès dans le passé, interrompus par la crise économique

Le secteur de santé a connu des progrès non négligeables au cours des années 2000, soutenus par un cadre institutionnel élaboré en coopération avec l'OMS. En 2006, le ministère de la santé avait annoncé la gratuité des services médicaux pendant les premières 24 heures et, en 2008, la gratuité des soins médicaux pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. **Le Soudan avait connu en parallèle une croissance rapide du secteur privé**, encouragée par des politiques de santé publique visant la diversification des sources de financement des services sanitaires. Ces développements ont été entravés par la crise économique et la guerre civile. Fortement touché par celle-ci, le secteur sanitaire souffre désormais d'une dégradation continue.

Le plan stratégique de 25 ans de la santé 2003 – 2027, définit le cadre général du développement du secteur de la santé. Il vise l'établissement de services de santé équitables, de bonne qualité, en conformité avec les normes internationales et les objectifs du millénaire de l'ONU relatifs à la santé. **Ce plan prévoit un système de financement solidaire à travers une tarification discriminatoire des services de santé**, ainsi que plusieurs plans d'action (la politique de la santé familiale, le plan du financement du secteur de la santé et la stratégie globale de la santé). Parmi ceux-ci, la stratégie de la réforme du secteur de la santé de 2022 – 2024, inauguré début 2022, qui mise sur la réalisation de la CSU en s'appuyant sur un système de financement mixte (public/privé) avec un rôle central de l'assurance maladie.

Le Soudan a un système de santé décentralisé qui se structure en trois niveaux, aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé : (i) le ministère de santé fédéral dont relèvent la planification, le suivi et l'évaluation, et qui assure la formation et la coordination avec les partenaires extérieures (ii) les ministères des Etats chargés de la planification au niveau de leurs Etats, la mise en œuvre des plans et leur financement, guidés par les lignes directrices tracées par le centre (iii) les autorités sanitaires des différentes localités, dont relèvent la mise en œuvre des politiques et la fourniture de service. **Ce système pose un problème de duplication de responsabilité résultant du manque de la coordination entre ses différentes composantes.**

Des inégalités importantes dans la distribution des établissements de santé indépendamment de la densité de population

Le Soudan compte 4145 établissements de santé tous types confondus, dont 146 hôpitaux de référence, 245 hôpitaux généraux, 1791 centres de santé et 1963 unités de santé familiale. Il existe des disparités importantes entre Etats. A titre d'exemple, les Etats de Khartoum et de la Gézira disposent de 503 et 417 établissements de santé respectivement, alors que les Etats de l'Est Darfour et du Centre Darfour comptent 59 pour le premier et 69 pour le deuxième. Même si les deux premiers Etats sont les plus peuplés au Soudan, les

⁶⁸Couverture de Santé Universelle.

inégalités dans le nombre d'établissements de santé ne sont pas toujours corollaires de la densité de population.

Un financement public faible qui se traduit par une charge importante subie par les ménages

Depuis quelques années, les dépenses de santé enregistrent une baisse en tendance et en valeur. En 2020, les dépenses courantes de santé se sont élevées à 3,02% du PIB, alors qu'elles représentaient 7,27% en 2015. De même, les dépenses par habitant ont été de l'ordre de 23,39 USD à la même année, comparé à 122,03 USD en 2015. **Historiquement, en raison de son isolement politique, le Soudan reçoit peu de financement extérieur pour son secteur de la santé.** Le financement extérieur de la santé a compté pour 6,9% des dépenses courantes, soit 1,61 USD par habitant en 2020. Les dépenses personnelles représentaient 52% des dépenses courantes à la même année. Le secteur privé constitue 70% du total des dépenses courantes (dont les dépenses personnelles sont de 70%). L'assurance maladie, introduit au Soudan depuis bien longtemps, ne compte que pour 7%.

Effets désastreux de la guerre sur un secteur de santé souffrant déjà de maux chroniques

Le secteur de la santé a été pleinement frappé par la crise économique qui a suivi la sécession du Soudan du Sud, entraînant une forte progression des niveaux d'inflation et une dégradation de la monnaie locale. En plus du sous financement et du manque d'investissement, le secteur souffre d'une inefficacité due à la mauvaise gestion financière et des ressources humaine. Aussi, la décentralisation du système pose un défi de coordination et, de ce fait, une fragmentation du secteur. **Malgré sa capacité de formation, avec 35 écoles de médecine, le Soudan est confronté à une pénurie de personnel soignant.** En 2017, il y avait 1,9 médecins et 7,9 infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants. **Les ressources humaines de la santé sont épuisées par une grave fuite des cerveaux** due à des taux d'émigration élevés. **En 2015, plus de 15 000 médecins soudanais exerçaient en Arabie Saoudite et plus de 3000 en Royaume-Uni et en Irlande⁶⁹.** **70% des habitants se trouvent à 30 mn de l'établissement de santé le plus proche.** L'utilisation des services ambulatoires par les catégories aisées est 4 fois plus élevée que dans les milieux pauvres.

La guerre civile a laissé dans un état d'effondrement un système déjà fragile.⁷⁰ A l'heure actuelle, seulement 1 sur 5 établissements de santé fonctionne pleinement à Khartoum tandis que ceux dans les états souffrent de la perturbation de leurs chaînes d'approvisionnement et ont été obligés de limiter leurs services aux soins de base. Les chiffres colossaux des flux de déplacement donnent la mesure de la crise⁷¹, dans la présence de difficultés de financement⁷² en plus des difficultés sécuritaires et logistiques qui font de l'acheminement de l'aide sanitaire un défi de taille.

Un financement extérieur réduit en raison de l'isolement politique du pays

Les contextes politique et sécuritaire ont toujours été des défis majeurs limitant l'intervention des bailleurs internationaux. Par ailleurs, le Soudan est le principal bénéficiaire du Fonds mondial dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient, avec un engagement cumulé d'environ 900 MUSD depuis 2005. 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. L'AFD a financé, à travers *Save the Children*, à un montant de 1,2 MEUR, un programme de renforcement des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les centres de soin, incluant notamment les centres d'isolement. Enfin, la Banque mondiale a annoncé récemment, en février 2024, l'octroi d'un don de 83 MUSD pour un projet

⁶⁹ [Medical students in Sudan: an urgent need for support - PMC \(nih.gov\)](#)

⁷⁰ 192 attaques contre des établissements de santé entre juin et septembre 2023 avec un bilan de 28 morts parmi les travailleurs de santé, 42 cas d'endommagement des établissements en plus du pillage systématique de ceux-ci.

⁷¹ Selon Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU (OCHA), au 12 février : 6,1 millions de déplacés internes, 1,6 millions ayant fui le pays et 24,8 millions en besoin d'assistance humanitaire.

⁷² (OCHA) a signalé que le montant requiert pour faire face à la crise humanitaire soudanaise était de 2,7 Mds USD dont seulement 95,5 MUSD ont été reçus, soit moins de 4%.

de renforcement du système de la santé, qui sera mis en œuvre par l'UNICEF et vise les hôpitaux des zones rurales en se concentrant sur la santé des mères et des enfants.

Une présence limitée des entreprises françaises qui se concentre dans le domaine pharmaceutique

La présence française dans le secteur de la santé est faible. Elle se concentre dans le domaine pharmaceutique. **Sanofi possède un accord exclusif pour la fourniture au National Medical Supply Fund (NMSF)⁷³ d'insuline, de produits contre les maladies cardiovasculaires et d'oncologie.** Le groupe est le numéro 3 du secteur, avec une part de marché de 6% derrière le Jordanien Hechman et le Saoudien Tabouk - qui possèdent tous deux des unités de fabrication localement, mais devant Novartis et Astra. Ces deux derniers n'ont pas d'implantation locale, est sont représentés par le soudanais DAL Group. **D'autres sociétés françaises sont présentes dans les domaines dentaires et d'équipement médical** avec de petits volumes d'exportations mais des perspectives plutôt encourageantes. **La société BRAT IMPLANT détient 75% du marché des systèmes d'implantation dentaire historiquement dominé par des sociétés allemandes**, grâce à une offre de produits de meilleure qualité, de meilleurs services d'après-vente et d'un bon soutien scientifique et de formation.

⁷³ Autorité chargée de l'importation et la distribution des médicaments pour les maladies chroniques.

Indicateurs régionaux : Corne de l'Afrique

Indicateurs Pays	Djibouti	Erythrée**	Ethiopie	Soudan	Somalie
Population (M hab.) BM 2022	1,1	3,7	123,4	46,9	17,6
Croissance démographique (%) BM 2022	1,4	1,7	2,5	2,6	3,1
Doing Business (classement) 2020	112	189	159	171	190
Rang Indice de corruption - Transparency international 2023	130	161	98	162	180
Macroéconomie					
PIB (Mds USD) FMI 2023	3,9	2,7	155,8	25,6	11,5
PIB par habitant (USD) FMI 2023	3 761	715	1 473	534	717
Croissance du PIB réel (%) FMI 2023	5,0	2,9	6,1	-18,3	2,8
Taux d'inflation moyen annuel (%) FMI 2023	1,2	6,4	29,1	256,2	5,7
Finances Publiques					
Solde budgétaire, dons compris (% PIB) FMI 2023	-3,6	-0,1	-2,7	-4,2	-0,4
Dette publique (% PIB) FMI 2023	41,8	146,3	37,9	256,0	0,0
Dette publique extérieure (% PIB) FMI - REO 2023	-	45,8	18,2	-	-
Echanges					
Balance des biens (% PIB) CNUCED 2022	-23,4	-26,4	-9,5	-22,9	-5,3
Exportation française vers (MEUR) Douanes françaises 2023	100,6	3,1	348,9	37,2	34,8
Importation française depuis (MEUR) Douanes françaises 2023	1,4	0,3	83,2	71,3	15,9
Balance courante (% PIB) FMI 2023	-3,2	14,1	-2,4	-1,0	-9,6
Transferts de la diaspora (% PIB) BM 2022	1,6	-	0,3	2,9	21,4
Réserves de change (mois d'import) FMI - REO 2023	n.c	-	0,6	n.c	-
Développement					
IDH BM 2021	0,51	0,49	0,50	0,51	n.c
Espérance de vie à la naissance BM 2021	62,3	66,5	65,0	65,3	55,3
Taux de pauvreté (< 1,90 USD/jours, %) BM*	19,1	n.c.	27,0	15,3	n.c.
Emissions de CO ² par habitant (kg) BM 2020	392	199	154	468	40
Notation Dette Souveraine					
S&P	-	-	SD	-	-
Moody's	-	-	Caa3	-	-
Fitch	-	-	RD	-	-
Politique Monétaire					
Taux directeur*	-	-	-	-	-

*Dernière donnée disponible

**Données FMI du WEO d'avril 2023

Océan Indien – Comores

Par le SE de Tananarive



Les infrastructures de santé aux Comores : des capacités encore largement insuffisantes pour les besoins du pays

Le secteur de la santé aux Comores, majoritairement public, se caractérise par un déficit de capacités, aussi bien au niveau des infrastructures physiques que de personnels médicaux et de financement. Parallèlement, les besoins en termes de services de santé sont en hausse du fait de la croissance soutenue de la population (+1,8% en 2022). Les dépenses publiques dans la santé s'élevaient à 1% du PIB en 2021. L'archipel comptait 134 établissements de santé en 2020. Face à ce constat, le gouvernement comorien, avec l'aide des bailleurs internationaux, a lancé plusieurs chantiers pour renforcer les capacités du secteur. Le plus emblématique est le projet du nouvel hôpital El-Maarouf à Moroni, qui inclut la première faculté de médecine du pays, soutenu notamment par la Banque islamique de développement et la Banque mondiale. Au niveau des bailleurs bilatéraux, les pays les plus actifs dans ce secteur sont la France, la Chine et des pays du Golfe. L'AFD a 4 projets en cours dans la santé pour un montant de 49,5 M EUR, aussi bien en matière de construction ou réhabilitation d'infrastructures, de formation, de soutien aux politiques publiques et de gestion du secteur. Un projet de cette dernière porte sur la mise en place d'une assurance maladie généralisée. Les besoins élevés en matière d'infrastructures physiques et en formation ouvrent de nombreuses opportunités pour les entreprises françaises, notamment celles présentes à La Réunion et à Mayotte.

Les infrastructures de la santé, insuffisamment développées, font face à plusieurs défis : un manque de ressources humaines et d'équipements, une croissance démographique et une gouvernance défailante.

Le système de santé des Comores est principalement public. Son organisation est de type pyramidal avec 3 différents niveaux (données de 2021)⁷⁴. Au niveau central, le ministère de la Santé et deux centres hospitaliers nationaux, à savoir El-Maarouf situé dans la capitale Moroni ainsi que l'hôpital de l'amitié comoro-chinoise à Anjouan. Il y a également une école nationale en santé publique. Au niveau intermédiaire, il y a trois centres hospitaliers de référence insulaire (CHRI). Au niveau local : 18 centres de santé de district, 7 centres médico-chirurgicaux, 4 centres de santé familiaux, 63 postes de santé, 3 centres Caritas et 3 centres de santé militaire. Etablissements privés : 35 cabinets, 17 cliniques médicales, 24 pharmacies, 68 dépôts de médicaments, 14 laboratoires d'analyses biomédicales, 1 service d'imagerie.

Les dépenses de santé représentaient 6% du PIB en 2021, en légère hausse par rapport à 2019 (5%) selon l'OMS. En termes de dépenses par habitant, celles-ci étaient de 99 USD en 2021 (89 USD l'année précédente). Le financement public du système de santé est insuffisant. Sur les 81 MUSD dépensés en 2021, seuls 12 MUSD provenaient de l'Etat (soit 14,8% du total), 48 MUSD des dépenses des ménages (59,3%) et 21 MUSD de financements extérieurs (25,9%). Les dépenses publiques en matière de santé ne représentaient que seulement 1% du PIB en 2021.

En 2020, l'archipel comptait 134 établissements de santé⁷⁵ répartis dans les trois îles de la manière suivante : 49,3% à Grande Comore, 38% à Anjouan et 13% à Mohéli. Ces établissements sont majoritairement publics (63%). Les ONG à but non lucratif, le secteur privé à but lucratif et les organisations confessionnelles gèrent respectivement 28%, 7% et 2% des établissements. Le milieu urbain regroupe 49% des établissements, contre 51% pour le milieu rural. Cependant, l'accès aux soins est beaucoup plus limité dans les zones rurales : le nombre de lits d'hospitalisation est de 13 pour 10 000 habitants en zones rurales contre 39 en zones urbaines, et le nombre de médecins est de 1,4 contre 11 (voir tableau ci-dessous). Le nombre de lits disponibles est de 21 pour 10 000 habitants à l'échelle nationale, soit en dessous de la cible de 25 lits. Quant au nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers, sage-femmes), celui-ci est de 20,2 pour 10 000 habitants, soit à un niveau inférieur à la cible conseillée par l'OMS fixée à 23. Par ailleurs, les infrastructures existantes sont souvent sous-

⁷⁴ Carte sanitaire nationale, version 2022

⁷⁵ Rapport de l'enquête HHFA-SDI en Union des Comores, édition I, 2020

équipées. Les équipements essentiels⁷⁶, éléments minimums indispensables à une structure de santé pour réaliser ses activités, sont détenus en totalité par seulement 24% des établissements. En moyenne, ces équipements sont détenus à hauteur de 78%. En termes de médicaments essentiels, l'approvisionnement est assuré par l'Office comorien des produits pharmaceutiques (Ocopharma). Les médicaments essentiels, constitués d'une liste de 24 produits dans l'étude, ne sont détenus en totalité par aucune structure. Les établissements ne détiennent en moyenne que 7 médicaments essentiels sur les 24 listés.

Tableau : Accès aux services de santé aux Comores

	Population (2020)	Nb. d'établissements de santé	Nb. de lits d'hospitalisation pour 10 000 hab.	Nb. de médecins pour 10 000 hab.
Grande Comore	402 588	66	24	5
Mohéli	54 723	17	35	5,3
Anjouan	347 420	51	16	3,6
Zones urbaines	250 192	65	39	11
Zones rurales	554 538	69	13	1,4
Total national	804 733	134	21	4,4

Source : Rapport de l'enquête HHFA-SDI en Union des Comores, édition I, 2020

Les structures disponibles ne sont pas toujours pleinement fonctionnelles du fait d'importantes difficultés en termes de ressources humaines alors que parallèlement les besoins augmentent du fait d'une croissance démographique relativement élevée (1,8 % en 2022 selon la Banque mondiale). Sur l'ensemble du pays, on dénombrait 291 médecins, dont 254 dans la secteur public, 1 768 paramédicaux (dont 600 infirmiers diplômés d'Etat et 486 sage-femmes) et 35 pharmaciens en 2017. Il n'y a pas de faculté de médecine aux Comores, les médecins sont donc formés à l'étranger, principalement en Afrique. Le manque de personnel de santé est aggravé par le niveau élevé d'absentéisme, mesuré à 54,5% à l'échelle nationale en 2020. Ce taux serait de 59,6% dans les hôpitaux⁷⁷.

Un mouvement de structuration et de modernisation du système de santé fortement soutenu par les bailleurs multilatéraux et bilatéraux, notamment la France.

Face à ce déficit d'infrastructures en matière de santé, le gouvernement comorien et les bailleurs se mobilisent pour les renforcer et les moderniser. Le principal projet dans ce domaine est la construction du nouvel hôpital El-Maarouf, financé en partie par la Banque islamique de développement (BID) à hauteur de 20 M USD. Quant à la Banque mondiale, elle soutient ce projet via un financement de 25 M USD qui vise notamment à financer une assistance technique ainsi qu'une partie des équipements de ce futur hôpital. Les dimensions de cet hôpital ont été réduites de 600 à 300 lits. Il devrait employer 120 médecins. Les travaux sont menés par la société chinoise *China Shenyang international Economic & Technical Cooperation Corp*. Du fait d'un déficit en matière de personnels de santé aux Comores, la Banque mondiale et l'Agence française de développement ont financé la formation à l'étranger de respectivement 12 et 10 médecins. Actuellement, le pays dispose d'une seule école en santé publique qui assure la formation des infirmiers et des paramédicaux mais il n'y a pas d'école de médecine. Dans le cadre du projet du nouveau CHU El-Maarouf, une faculté de médecine devrait voir le jour.

Par le projet COMPASS⁷⁸, la Banque mondiale soutient les autorités comoriennes à améliorer les soins de santé primaire, notamment les services de maternité. Le fonds mondial et le GAVI contribuent également

⁷⁶ Les 6 équipements essentiels retenus dans les études SARA se composent de : stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, balance pour adulte, balance pour enfant, source de lumière.

⁷⁷ Rapport de l'enquête HHFA-SDI en Union des Comores, édition I, 2020

⁷⁸ Projet d'approche globale du renforcement des systèmes de santé

renforcement du système de santé. Le fonds mondial est notamment actif sur le VIH, le paludisme et la tuberculose. Concernant le GAVI, celui-ci finance des projets dans le domaine de la vaccination. L'OMS assure des missions de conseil au profit du ministère de la Santé.

L'AFD est particulièrement présente dans le secteur de la santé. Celle-ci a 4 projets en cours pour un montant de 49,5 M EUR (voir tableau en annexe). Ces projets incluent la rénovation d'hôpitaux, de l'école d'infirmiers ainsi que la mise en place d'une assurance maladie généralisée. L'AFD finance des bourses pour former 10 médecins comoriens comme mentionné précédemment et soutient la coopération entre les Comores et les hôpitaux de La Réunion et de Mayotte. Le programme d'appui au secteur de la santé (PASCO3), projet mené de 2009 à 2022, a notamment permis de réhabiliter et équiper 22 postes de santé répartis dans les 3 îles, 2 centres de santé ainsi que la formation de 300 professionnels de santé.

La Chine est également présente dans le secteur de la santé aux Comores. Elle a par exemple financé la construction de l'hôpital de l'amitié comoro-chinoise de Bambao-Mtsangan, d'une capacité de 120 lits, situé à Anjouan. Des équipes médicales chinoises sont régulièrement envoyées dans le pays pour soutenir leurs homologues comoriens. Toutefois, malgré ces équipements, cet hôpital souffre d'un taux de fréquentation très faible. Certains pays du Golfe sont actifs aux Comores. Le Croissant-Rouge des Emirats arabes unis a fait construire la maternité de Fomboni inaugurée en 2022, sur l'île de Mohéli. Lors de la pandémie du COVID-19, plusieurs pays, dont la Chine, les Etats-Unis, les Emirats arabes unis et l'Arabie saoudite, avaient fait des dons de matériel médical aux Comores.

Océan Indien – Madagascar

Par le SE de Tananarive



Le secteur des infrastructures de santé à Madagascar, encore peu développé et caractérisé par un sous-financement chronique

Si l'Etat malgache reconnaît le droit à la protection de la santé par l'organisation des soins publics gratuits, celle-ci tarde à se concrétiser, dans un pays où la qualité et l'accessibilité des infrastructures de santé demeurent fortement insuffisantes, et répartis de manière inégale sur le territoire. Le Plan de développement du secteur santé (PDSS 2020-2024) a prévu une enveloppe conséquente au bénéfice des infrastructures de santé, tout comme le Plan Emergence de Madagascar (PEM), mais les financements ne sont pas identifiés dans leur majorité. Le secteur est encore peu soutenu par les bailleurs internationaux, où la France intervient récemment à travers l'extension de la principale centrale d'achat de médicament du pas. Des opportunités existent toutefois à long terme pour les entreprises françaises, dans un pays où les ventes de produits pharmaceutiques figurent parmi les principaux postes d'exportation de la France.

Une organisation pyramidale des infrastructures de santé à Madagascar, dont l'accès et la qualité demeurent insuffisants

Dans sa Constitution, l'Etat malgache reconnaît le droit à la protection de la santé par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité doit résulter de la capacité de la solidarité nationale. Le Plan de développement du secteur santé (PDSS 2020-2024) définit la stratégie du gouvernement dans le domaine pour un coût total avoisinant 1,2 Md €, dont 16,5% sont dédiés aux infrastructures de santé (soit près de 205 MEUR). Sa priorité est la mise en place d'une couverture de santé universelle (CSU), de concert avec les principaux bailleurs. Adoptée dès 2015, et renforcée par une Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS), elle visait à fournir une offre de soins gratuits universelle par un système de financement mixte. A ce jour, seuls 1,3% de la population est couverte par la CNSS dans 4 districts selon le PDSS.

En 2021, les dépenses courantes de santé ne représentaient que 3,5% du PIB malgache⁷⁹, contre 5,6% en Afrique subsaharienne. En 2024, le ratio dépenses de santé/dépenses totales du gouvernement devrait s'élever à 6,3% selon la loi de finances initiale 2024 (LFI). La dotation en faveur de la santé devrait baisser par rapport à 2023 (-5%), alors que le taux d'exécution du budget de la santé est globalement peu élevé (37 % en 2020).

Les infrastructures de santé publiques malgaches sont régies selon une organisation pyramidale, avec quatre niveaux d'accès aux services de santé : (i) les centres de santé de base (CSB, au nombre de 2 778), divisés en deux catégories (CSB 1 géré par un médecin et CSB 2 géré par un paramédical) ; (ii) les centres hospitaliers de référence de district (CHRD,) ; (ii) les centres hospitaliers régionaux de référence (CHRR) ; (iv) les centres hospitaliers universitaire (CHU). Les infrastructures privées sont également bien implantées, à travers des cliniques privées de grandes tailles (dans la majorité des grandes villes, de qualité inégale et aléatoire) et des cabinets médicaux de plus petite taille, dispensaires, centres médicaux privés prodiguant des soins de base (948 recensés).

Les établissements de santés sont répartis de manière inégale sur le territoire malgache. Si les centres de santé de base sont répartis de manière relativement équitable dans le pays (2778)⁸⁰, elle l'est moins aux niveaux supérieurs (99 CRHD sur 114 districts existants ; 16 CHRR et 22 CHU sur 23 régions existantes. Les établissements, dont un nombre important sont vétustes (près du tiers des CSB 1, et près des deux tiers des CSB 2 selon le PDSS), sont par ailleurs insuffisamment dotés d'équipements et intrants (médicaments, matériels de diagnostic et laboratoire) et de ressources humaines qualifiées, et parfois peu accessibles (enclavement et insécurité). Dans ce cadre, près de la moitié de la population habite à plus de 5 km de leur centre de santé de rattachement, et plus du quart à plus de 10 km. Dans le secteur privé, 9 structures sur 10 seraient situées à Antananarivo. **Les ressources humaines sont inégalement réparties dans le pays** : parmi les 16 421 agents

⁷⁹ WHO, 2021.

⁸⁰ Données du PDSS

recensés sur le territoire par le PDSS, plus du tiers exerceraient dans la région Analamanga, alors que près de 80% de la population vit en milieu rural⁸¹. 51% des CSB sont actuellement tenus par des agents uniques à leur poste et une proportion équivalente ne disposent pas de médecins généralistes, pour un personnel actuellement vieillissant. Les CHRR sont dotés d'effectifs de 60 agents contre une norme de 156, les CHRD de 26 agents (contre une norme de 84). En 2021, Madagascar ne comptait en moyenne que 1,95 médecin pour 10 000 habitants selon l'OMS (besoins estimés à 7 médecins /10 000 hbt). Les enjeux d'accès des structures à l'électricité, aux ambulances, aux pharmacies et laboratoires ainsi qu'aux professionnels de santé demeurent importants.

Un secteur des infrastructures encore insuffisamment soutenu par les partenaires techniques et financiers

En 2024, 84,5 % du budget d'investissement pour la santé publique devrait provenir de l'extérieur selon la LFI, toutefois les détails concernant les infrastructures de santé ne sont pas disponibles. Les bailleurs internationaux sont globalement peu actifs dans la modernisation de ces infrastructures. Néanmoins, l'Union européenne a récemment financé, la réhabilitation d'infrastructures de santé – centres de santé et hôpitaux de districts ainsi qu'un hôpital universitaire pour un montant total de 10 MEUR – en tant que composante d'un appui budgétaire accordé à Madagascar dans le cadre de la réponse à la crise sanitaire. **La France intervient essentiellement à travers l'Agence Française de Développement**, qui est intervenue dans le soutien au secteur des infrastructures de santé à hauteur de 17 MEUR en 2023. Ce financement est essentiellement adressé au projet d'extension de la Salama, centrale d'achat chargée de la gestion des médicaments. **Quelques pays sont également engagés dans le financement des infrastructures de santé à Madagascar**. Le gouvernement américain mobilise l'USAID afin de réhabiliter les formations sanitaires et les doter d'équipements et matériels modernes, ce qui constitue l'une des composantes de son projet Access⁸² (lancé en 2019 et doté de plus de 85 MUSD). Durant les cinq dernières années, le gouvernement allemand, au travers du Federal Foreign Office a apporté son appui financier à un niveau plus modeste, via la construction ou la rénovation de CSB, de blocs sanitaires ou de services de maternité. Pour sa part, le gouvernement chinois alimente son *soft-power* au travers de dons, visant notamment la construction puis l'extension de l'hôpital d'Anosiala (réfèrent Covid-19) et prévoit la mise en place d'un centre de médecine traditionnelle.

Des projets d'infrastructures de santé ambitieux proposés par le gouvernement, dont la mise en œuvre et le financement demeurent incertains

A travers son engagement n°5 : « santé pour tous et à tout âge », le Plan Emergence Madagascar (2023-2048) mentionne comme projets phares d'infrastructure la construction de plus de 3000 CSB au niveau des communes et « fokontany » (subdivision administrative de base à Madagascar) ; la construction de 131 hôpitaux « manara-penitra » (aux normes) au niveau des districts, un centre hospitalier international sur l'île de Nosy-Be ou un centre de cardiologie et de transplantation rénale dans la nouvelle ville de Tanamasoandro. Ces projets tardent toutefois à se concrétiser, en raison principalement de l'insuffisance de financements (près de 97% du montant estimé à près de 966 MUSD reste à identifier).

Les produits pharmaceutiques français représentent un des principaux postes d'exportation de la France vers Madagascar, atteignant 31,2 M € en 2023 soit 7,5% des exportations totales vers la Grande Île, quoi qu'en légère baisse de 9% par rapport à 2022. Des entreprises pharmaceutiques françaises comme Servier, Sanofi, Pierre Fabre ou la fondation Mérieux sont implantées de longue date sur le territoire.

Des projets pourraient avoir un effet structurant quoiqu'indirect dans le secteur, tels que le projet de dotation d'un identifiant unique pour tout citoyen malgache, qui vise notamment à permettre l'accès aux services de santé de base, dans le cadre du Projet de Gouvernance Digitale et de Gestion de l'Identité Malagasy (PRODIGY) financé par la Banque mondiale (2020-24).

⁸¹ Données du Recensement général de la population (« RGPH-3 2018 », publié en 2022)

⁸² Access Continuum of Care and Essential Services Sustained, géré par Management Sciences for Health (MSH)

Océan Indien – Maurice

Par le SE de Tananarive



Le secteur des infrastructures de santé à l'île Maurice

Les discours budgétaires de 2019-2020 et 2020-2021 ont positionné le secteur de la santé comme une priorité nationale, insistant sur l'engagement du gouvernement à investir de manière significative dans les infrastructures sanitaires et les ressources humaines. Cette volonté politique s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la qualité de vie et de protection contre les risques liés à la santé.

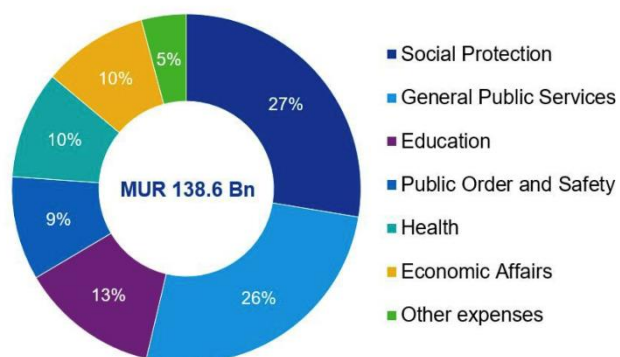
Une mise en lumière du système de santé à Maurice qui démontre des capacités diversifiées et des efforts d'investissement face aux défis contemporains

Le Budget de 2020-2021, adoptant le thème "Our New Normal/The Economy of Life" a placé la santé au cœur de l'agenda du gouvernement et met l'accent sur la nécessité d'un système de santé avancé à Maurice. **Un plan stratégique sur cinq ans** a été énoncé pour veiller à ce que les services de santé nationaux puissent relever de nouveaux défis, notamment l'émergence de maladies transmissibles et l'impératif de consolider les services curatifs.

Le système de santé mauricien est composé de 5 centres hospitaliers régionaux, 3 centres hospitaliers de districts (dont un sur Rodrigues) et 7 centres spécialisés (cardiologie, psychiatrie, pneumologie, ophtalmologie, ORL, et un centre de cancérologie ouvert en octobre 2020), totalisant 3,738 lits. À cela s'ajoutent 18 cliniques privées comptant 758 lits, 19 centres de santé régionaux, et 114 centres de santé communautaires qui proposent de la médecine ambulatoire.⁸³

D'un point de vue financier⁸⁴, l'évolution des dépenses du gouvernement en matière de santé en pourcentage du PIB révèle une augmentation graduelle, passant de 5,9% en 2018 à 6,7% en 2020. Parallèlement, la constance des dépenses intérieures du gouvernement pour la santé à 10,2% entre 2018 et 2020 reflète un engagement soutenu envers le secteur.⁸⁵

Government Spending (Jul'19 - Jun'20)



Graphique 1 : Dépenses du gouvernement mauricien par secteur sur la période juin 2019/juin 2020

Une disparité des infrastructures de santé entre Maurice et Rodrigues face à des défis croissants et une nécessité de coopération accrue

L'évaluation de la répartition et la qualité des infrastructures révèle une dichotomie entre les services de santé publics et privés, ainsi qu'entre Maurice et Rodrigues. À Maurice, les infrastructures, confrontées à une augmentation des maladies non transmissibles et à l'émergence de nouvelles infections, font face à des limites en termes de capacité d'accueil et d'équipement. Cela s'ajoute aux préoccupations liées aux maladies vectorielles et climato-sensibles, ainsi qu'aux besoins associés au vieillissement de la population. La disparité

⁸³ [Fiche santé // Maurice 2022](#)

⁸⁴ [Rapport](#) sur les dépenses du gouvernement sur la période 2019/2020

⁸⁵ [Analyse financière du secteur de la santé](#)

entre les services offerts par le secteur privé, réputé performant, et un secteur public sous tension, met en évidence la nécessité d'une coopération accrue et d'une répartition plus équitable des ressources.

À Rodrigues, la majorité des ressources est concentrée au sein du Queen Elizabeth Hospital (QEH), absorbant plus de 60% du budget du secteur de la santé de l'île. Doté de 205 lits, le centre affiche un taux d'occupation moyen de 47,9%, indiquant une marge en termes de capacité d'accueil. Les services ambulatoires sont particulièrement sollicités avec plus de 217 000 consultations en 2019. Malgré cela, les défis persistent, notamment en termes de continuité des soins et de coordination entre les prestataires de services. Les Community Health Centers (CHCs) existants, bien que nombreux, se heurtent à des contraintes structurelles significatives. La vétusté de ces infrastructures est également une priorité, nécessitant des rénovations et des mises à niveau pour répondre à la demande croissante de services.⁸⁶

Le gouvernement mauricien dynamise l'accès aux soins par la décentralisation et l'innovation, soutenu par des avancées en e-santé et des partenariats internationaux

Afin de garantir un accès plus équitable aux soins sur l'ensemble du territoire, le gouvernement mauricien a adopté une politique de décentralisation des infrastructures de santé. Cette initiative vise à rapprocher les services de santé spécialisés des patients, notamment dans les zones rurales, en les dispensant dans des établissements de proximité plutôt que dans les grands hôpitaux régionaux souvent éloignés. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins tout en réduisant les longs déplacements imposés aux patients, en particulier pour les personnes âgées.

Des progrès notables ont été réalisés concernant la qualité des soins, comme l'illustre l'inauguration du centre de cancérologie en octobre 2020. Cette avancée répond à une demande croissante de soins spécialisés, liée en partie à l'augmentation des maladies non transmissibles. Sur le plan technologique, le secteur de la santé a entrepris des réformes importantes dans son approche numérique, en mettant en place des systèmes d'information comme le DHIS2 (District Health Information Software), un observatoire national de la santé et en explorant les innovations en matière d'accessibilité mobile.

Concernant les ressources humaines, la faculté de médecine de Maurice, opérationnelle depuis 2021, est un jalon clé pour pallier le manque de professionnels de santé qualifiés. Bien qu'elle ne propose pas encore un cursus complet de spécialisation, son développement continu est essentiel pour réduire la dépendance aux ressources humaines formées à l'étranger et pour renforcer la capacité locale de réponse aux enjeux de santé.

Sur le plan international, la collaboration avec des entreprises françaises sur le secteur médical à Maurice est notable. NATEC Medical, s'affirme sur dans le secteur avec une spécialisation dans les Dispositifs Médicaux Interventionnels Percutanés (DMIP). La société a enregistré en 2022 une croissance notable, se hissant parmi les 100 premières entreprises de Maurice et se classant troisième dans le secteur médical, grâce à une augmentation de son chiffre d'affaires de 44 %⁸⁷. Parallèlement, Ebop, s'est distinguée dans l'externalisation des services administratifs dans le domaine de la santé, apportant ainsi son expertise dans le soutien opérationnel des infrastructures médicales à Maurice. **En août 2020, la Commission de l'océan Indien (COI) avait donné des matériels et équipements médicaux** à Maurice pour lutter contre la Covid-19, **financés par la France via l'AFD** à hauteur de 4,5 MEUR. La COI bénéficie d'un soutien financier pour aligner le système de santé mauricien sur les normes internationales dans le cadre d'un programme de coopération technique en matière de santé.

Un projet de e-santé a également été initié en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). L'objectif principal de ce projet est de remplacer le système actuel de soins de santé, principalement basé sur le papier, par un système de e-santé moderne et intégré. Le financement du projet est notable, avec une contribution totale du PNUD dépassant les 2,7 MUSD et une aide complémentaire d'environ 418 000 USD provenant du Gouvernement du Japon.⁸⁸

⁸⁶ [Etat des lieux du QEH](#)

⁸⁷ [Entrée de NATEC dans le top 100](#)

⁸⁸ [E-Health Project](#)

Océan Indien – Seychelles *Par le SE de Tananarive*



Un secteur seychellois des infrastructures de santé développé, qui poursuit son processus de modernisation

Le gouvernement Seychellois s'est engagé à garantir à ses citoyens le droit à la protection de la santé dans un pays où la qualité et l'accessibilité des infrastructures de santé ont connu des progrès significatifs durant les dernières années, mais restant toutefois perfectibles. Le Plan national stratégique du secteur santé 2022-26 définit les orientations stratégiques visant la modernisation du secteur, en cours de concrétisation sur le volet infrastructures. Le secteur est peu soutenu par les bailleurs internationaux, en raison de projets souvent autofinancés par le gouvernement ou par des fonds privés locaux. Les entreprises françaises sont encore peu présentes sur le territoire, dans un pays où les exportations françaises de produits pharmaceutiques demeurent faibles.

Un secteur seychellois des infrastructures de santé performant, qui continue de s'améliorer

L'Etat seychellois s'engage dans la Constitution de la III^{ème} République de 1993 le droit de tous ses citoyens à la protection de la santé et à la meilleure santé physique et mentale possible, en prenant des mesures visant à fournir les soins de santé primaires gratuitement ; prévenir, soigner et contenir les maladies épidémiques et endémiques ; diminuer la mortalité infantile, promouvoir la responsabilité individuelle, et développer un secteur privé aux normes. Le Plan national stratégique du secteur santé (NHSP 2022-26) approuvé en avril 2022 s'attache à poursuivre les progrès constatés dans le secteur durant la dernière décennie et définit la stratégie du gouvernement dans le domaine à travers six grandes orientations stratégiques en termes de gouvernance, de couverture santé universelle (CSU), de réponse aux crises, de vie saine, d'investissements et de qualité des données. La concrétisation du NHSP s'est traduite par la publication à partir de 2023 du rapport de performance annuel du secteur santé en juillet 2023, dont le budget est la **première dotation de l'année 2022 avec près de 90 MEUR de dépenses**. Dans ce cadre, le rapport constate que 75 % de la population ont pu bénéficier de la CSU en 2021, en hausse par rapport à 2019 (70%).

En 2021, les dépenses courantes de santé représentaient 5,3% du PIB seychellois⁸⁹, légèrement en dessous de la moyenne d'Afrique subsaharienne (5,6%), mais vise à atteindre la moyenne de l'OCDE de 2022 de 8,8%. Le ratio dépenses de santé/dépenses totales du gouvernement s'est élevé à 13% du budget 2022-23, et sa dotation devrait légèrement augmenter à 13,1 % dans le budget 2024-25, en faisant le secteur le mieux doté.

Les infrastructures de santé seychelloises fournissent des services spécialisés et équitablement répartis sur le territoire, et tâchent actuellement de se conformer aux normes les plus récentes. Treize centres médicaux et six hôpitaux sont répartis à Mahe, Praslin et La Digue, propriétés du Ministère seychellois de la Santé. 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. Des services adaptés aux besoins de la population seychelloise y sont dispensés (services de bases et spécialisés dont chimiothérapie, chirurgie, radiologie, ophtalmologie...). Le secteur privé agit en complément du système de santé publique à travers une dizaine de cliniques médicales, dentaires et pharmacies concentrées à Victoria, Beau Vallon, et la côte Est de Mahé vers Anse Royale.

Le gouvernement a inscrit parmi ses priorités dans le NHSP de renforcer les ressources humaines dans les hôpitaux grâce à la formation. La densité du personnel de santé y est actuellement la plus élevée parmi les îles de l'océan Indien. En 2023, les Seychelles comptaient en moyenne 24,3 médecins pour 10 000 habitants selon l'OMS (en forte amélioration par rapport à la décennie précédente : 9,8 ; 26,6 à Maurice). Cette

⁸⁹ [WHO, 2021](#).

progression est également palpable du côté des pharmaciens (8,16 pour 10 000 habitants en 2021 contre 0,4 en 2012 ; 5,8 à Maurice) ainsi que des infirmières et sages-femmes (62,7 pour 10 000 contre 38,5 à Maurice)⁹⁰.

Les projets d'infrastructures de santé seychellois, majoritairement autofinancés, sont peu soutenus par les bailleurs

En 2024, le gouvernement a alloué près de 6 M EUR au secteur en termes de budget d'investissement (soit 5,6% du budget total de 97 M EUR), qui se concentreront quasi exclusivement sur la réhabilitation ou la dotation d'équipements en faveur d'infrastructures de santé telles que l'hôpital des Seychelles, l'hôpital de Baie St Anne Praslin, de la Digue, du NIHSS, ou du dépôt médical de Providence. Les bailleurs internationaux sont globalement peu actifs dans le soutien aux infrastructures, le gouvernement autofinançant généralement les dépenses dans ce domaine, ou mobilisant des fonds privés locaux. La Banque africaine de développement (BAD) a toutefois soutenu financièrement l'hôpital de référence de Victoria pour un montant avoisinant 14 MUSD dans les années 1980. Les Emirats Arabes Unis ont financé la majorité des coûts de construction de l'hôpital de la Digue pour 4 MUSD (fonds propres de 139 k USD). **Pour sa part, la France a soutenu les Seychelles à travers l'AFD** en contribuant au plan de réponse de la Commission de l'Océan Indien (COI) à la crise sanitaire à hauteur de 4,5 M EUR, qui consistait principalement en la livraison de matériels et d'équipements médicaux. Le ministère de la Santé seychellois a également signé un accord de coopération avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) de la Réunion dans le domaine de la recherche.

Des projets d'infrastructures de santé clés réalisés dans le cadre du NHSP 2022-2026

Des projets d'infrastructures clés ont été initiés dans le cadre du NSHP 2022-26. Il s'agit notamment de la construction du nouveau bâtiment du *National Institute of Health and Social Studies (NIHSS)*, unique centre de formation aux métiers de la santé de l'archipel qui dispense des formations aux métiers d'infirmiers, de dentistes, de laborantins et autres personnels de santé. Le nouveau bâtiment a été inauguré le 30 janvier 2023, financé sur fonds privés pour près de 1,5 MUSD. Le nouvel hôpital St Mary de La Digue a également été inauguré le 15 août 2023, fournissant l'accès à des équipements de haute technologie pour un investissement de 4,1 MUSD. **Le gouvernement prévoit pour 2025 la construction d'un nouvel hôpital moderne à Victoria** afin de répondre aux besoins croissants et pouvoir traiter un nombre plus élevé de patients au niveau local. Le gouvernement estime **son coût à près de 75 MUSD**, et pourrait notamment appeler les citoyens seychellois à mobiliser leur épargne afin d'en financer une partie.

Les ventes de produits pharmaceutiques français à destination des Seychelles sont actuellement négligeables et ont diminué de moitié en 2023 (de 148 k € à 72 k € soit 0,2% de la valeur totale des exportations françaises). Le centre Léon-Bérard (CLB), établissement privé basé à Lyon a signé en octobre 2021, un partenariat avec la Health Care Agency du ministère de la santé seychellois visant le renforcement de la collaboration en matière de lutte contre le cancer.

⁹⁰ World Health Statistics Report, 2023 (WHO, 2023).

Indicateurs régionaux : Océan Indien

Indicateurs Pays	Comores	Madagascar	Maurice	Seychelles
Population (M hab.) BM 2022	0,8	29,6	1,3	0,1
Croissance démographique (%) BM 2022	1,8	2,4	-0,3	0,8
Doing Business (classement) 2020	160	161	13	100
Rang Indice de corruption - Transparency international 2023	162	145	55	20
Macroéconomie				
PIB (Mds USD) FMI 2023	1,4	15,8	14,8	2,1
PIB par habitant (USD) FMI 2023	1 377	530	11 752	20 890
Croissance du PIB réel (%) FMI 2023	3,0	4,0	5,1	4,2
Taux d'inflation moyen annuel (%) FMI 2023	11,1	10,5	7,8	-0,8
Finances Publiques				
Solde budgétaire, dons compris (% PIB) FMI 2023	-4,9	-3,9	-5,0	-1,1
Dette publique (% PIB) FMI 2023	33,3	54,0	79,7	60,8
Dette publique extérieure (% PIB) FMI - REO 2023	31,6	39,9	24,5	33,7
Echanges				
Balance des biens (% PIB) CNUCED 2022	-18,8	-11,8	-29,2	-37,5
Exportation française vers (MEUR) Douanes françaises 2023	36,8	416,8	456,3	46,7
Importation française depuis (MEUR) Douanes françaises 2023	3,6	599,3	278,2	149,8
Balance courante (% PIB) FMI 2023	-5,6	-3,9	-6,2	-6,9
Transferts de la diaspora (% PIB) BM 2022	20,1	4,8	2,1	0,6
Réserves de change (mois d'import) FMI - REO 2023	7,5	3,7	10,0	3,5
Développement				
IDH BM 2021	0,56	0,50	0,80	0,79
Espérance de vie à la naissance BM 2021	63,4	64,5	73,7	73,4
Taux de pauvreté (<1,90 USD/jours, %) BM*	18,6	80,7	0,1	0,5
Emissions de CO ² par habitant (kg) BM 2020	407	97	2 939	6 081
Notation Dette Souveraine				
S&P	-	B-	BBB-	-
Moody's	-	-	Baa3	-
Fitch	-	-	-	BB-
Politique Monétaire				
Taux directeur*	-	-	-	2,00

*Dernière donnée disponible



Contacts

Kenya, Somalie, Burundi, Rwanda

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

Twitter : [DG Trésor Kenya](#)

Contact : Jérôme BACONIN Jerome.baconin@dgtrésor.gouv.fr

En collaboration avec l'ambassade de France à Kigali : quentin.dussart@diplomatie.gouv.fr

Madagascar, Comores, Maurice, Seychelles

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

Twitter : [DG Trésor Madagascar](#)

Contact : Beatrice ALPERTE beatrice.alperte@dgtrésor.gouv.fr

Ethiopie, Erythrée, Djibouti

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

Contact : Julien DEFRANCE julien.defrance@dgtrésor.gouv.fr

Ouganda, Soudan du Sud

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

Contact : Gregory SIDRAC gregory.sidrac@dgtrésor.gouv.fr

Tanzanie

Page pays : [Tanzanie](#)

Contact : Annie BIRO annie.biro@dgtrésor.gouv.fr

Soudan

Page pays : [Soudan](#)

Contact : Almuiz MOHAMAD almuiz.mohamad@dgtrésor.gouv.fr

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



**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DE LA SOUVERAINETÉ
INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Responsable de la publication : Service économique de Nairobi
(jerome.baconin@dgtrésor.gouv.fr).

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

Pour s'abonner : alice.beguier@dgtrésor.gouv.fr

Crédits photo : ©DGTresor