



**AfricaCDC**

Centres for Disease Control  
and Prevention

**Protection de la Santé de l'Afrique**



# **FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ ET LA SOUVERAINETÉ SANITAIRES DE L'AFRIQUE**

.....  
**MANUEL SUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT  
DE LA SANTÉ À L'INTENTION DES ÉTATS  
MEMBRES DE L'UNION AFRICAINE**  
.....

# **5** **Piliers**

## **AGENDA DE LA SÉCURITÉ ET DE LA SOUVERAINETÉ SANITAIRE DE L'AFRIQUE**



**1**

**Architecture sanitaire mondiale réformée et inclusive**

**2**

**Institutionnalisation de l'agenda continental PPPR**

**3**

**Financement prévisible, domestique, innovant et mixte**

**4**

**Transformation digitale**

**5**

**Fabrication locale**

# Contents

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Liste des acronymes</b>                                                             | <b>i</b>  |
| <b>Avant-propos</b>                                                                    | <b>ii</b> |
| <b>Message du Directeur Général d’Africa CDC</b>                                       | <b>iv</b> |
| <br>                                                                                   |           |
| <b>Résumé</b>                                                                          | <b>vi</b> |
| Introduction                                                                           | vi        |
| L’ampleur du défi                                                                      | vi        |
| L’inefficacité comme contrainte immédiate à l’impact                                   | vi        |
| La réponse de l’AHSS : de la fragmentation à la réforme                                | vi        |
| Impact quantifié et marge de manœuvre budgétaire                                       | vii       |
| Vers la souveraineté sanitaire                                                         | vii       |
| <br>                                                                                   |           |
| <b>1. Le cadre pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS)</b>    | <b>1</b>  |
| 1.0. Introduction                                                                      | 1         |
| 1.2. Justification de l’AHSS                                                           | 1         |
| <br>                                                                                   |           |
| <b>2. Objectif du manuel</b>                                                           | <b>3</b>  |
| <br>                                                                                   |           |
| <b>3. Le contexte du financement de la santé en Afrique</b>                            | <b>4</b>  |
| 2.1. Situation macroéconomique                                                         | 4         |
| 2.2. Baisse de l’aide au développement dans le domaine de la santé et augmentation     | 4         |
| 2.3. Transition liée à la reclassification des revenus                                 | 4         |
| 2.4. Tendances démographiques                                                          | 5         |
| 2.5. Les envois de fonds en tant que flux financiers privés externes                   | 5         |
| 2.6. Transition épidémiologique                                                        | 5         |
| 3.7. Conclusion                                                                        | 6         |
| <br>                                                                                   |           |
| <b>4. Situation du financement de la santé en Afrique</b>                              | <b>7</b>  |
| 4.1. Financement de la santé par continent par rapport à la charge de morbidité        | 7         |
| 4.2. Répartition du financement de la santé par habitant                               | 9         |
| 4.3. Dépenses totales de santé et résultats Haut du formulaire                         | 9         |
| 4.4. Canaux de financement de la santé                                                 | 12        |
| 4.5. L’efficacité des systèmes de santé africains                                      | 12        |
| 4.6. Financement prévu de la santé en Afrique, 2025-2050                               | 12        |
| 4.6. Conclusion                                                                        | 13        |
| <br>                                                                                   |           |
| <b>5. Financement de la santé et réformes connexes pour soutenir le programme AHSS</b> | <b>15</b> |
| 5.1. Introduction                                                                      | 15        |
| 5.2. Un plan, un budget et un rapport                                                  | 15        |
| 5.3. Réaligner l’aide extérieure sur le plan national                                  | 17        |
| 5.4. Réformes en matière d’efficacité                                                  | 17        |
| 5.5. Renforcer la gestion des finances publiques (GFP) dans le secteur de la santé.    | 22        |
| 5.6. Réduire les dépenses à la charge des patients en Afrique                          | 25        |

|                                                                                                                                               |                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.7.                                                                                                                                          | Mécanismes de financement innovants                                                   | 26        |
| 5.8.                                                                                                                                          | Achats stratégiques                                                                   | 27        |
| 5.9.                                                                                                                                          | Conclusion                                                                            | 28        |
| <b>6.</b>                                                                                                                                     | <b>Économies d'efficacité attendues des réformes liées au financement de la santé</b> | <b>30</b> |
| 6.1.                                                                                                                                          | Introduction                                                                          | 30        |
| 6.2.                                                                                                                                          | Méthodologie                                                                          | 30        |
| 6.3.                                                                                                                                          | Résultats des estimations                                                             | 31        |
| 6.4.                                                                                                                                          | Étude de cas par pays : la République démocratique du Congo                           | 33        |
| 6.5.                                                                                                                                          | Conclusion                                                                            | 35        |
| <b>7.</b>                                                                                                                                     | <b>Modalités de mise en œuvre</b>                                                     | <b>36</b> |
| 7.1.                                                                                                                                          | Gouvernance et coordination                                                           | 36        |
| <b>8.</b>                                                                                                                                     | <b>Conclusion : financer la sécurité et la souveraineté sanitaires de l'Afrique</b>   | <b>38</b> |
| <b>Annexe : Méthodologie d'estimation des besoins de financement de la santé et des gains d'efficacité résultant des réformes (2026-2050)</b> |                                                                                       | <b>40</b> |
| <b>Références</b>                                                                                                                             |                                                                                       | <b>48</b> |

---



Centres africains de contrôle et de prévention des maladies,  
Ring Road, 16/17, Haile Garment Square,  
B.P. 3243, Addis-Abeba, Éthiopie.

Africa CDC est une agence sanitaire continentale autonome de l'Union africaine, créée pour soutenir les initiatives de santé publique des États membres et renforcer la capacité de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir, contrôler et répondre rapidement et efficacement aux menaces de maladies.



**Protection de la Santé de l'Afrique**

[www.africacdc.org](http://www.africacdc.org)

[YouTube](#) [Facebook](#) [Instagram](#) [Twitter](#) [@africacdc](#)

## Liste des acronymes

|              |                                                                                   |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ADS</b>   | Aide au développement pour la santé                                               |
| <b>AIEF</b>  | Fonds africain de lutte contre les épidémies                                      |
| <b>AHSS</b>  | Sécurité et Souveraineté Sanitaires en Afrique                                    |
| <b>ALM</b>   | Réunion des Dirigeants Africains                                                  |
| <b>AMA</b>   | Agence Africaine des Médicaments                                                  |
| <b>APD</b>   | Aide publique au développement                                                    |
| <b>APPM</b>  | Mécanisme africain d'achat groupé                                                 |
| <b>CMT</b>   | Cadre de dépenses à moyen terme                                                   |
| <b>CSU</b>   | Couverture sanitaire universelle                                                  |
| <b>CUT</b>   | Compte unique du Trésor                                                           |
| <b>DPGS</b>  | Dépenses publiques générales de santé                                             |
| <b>DTC</b>   | Dépenses de santé courantes                                                       |
| <b>DTS</b>   | Dépenses totales de santé                                                         |
| <b>GFP</b>   | Gestion des finances publiques                                                    |
| <b>HiAP</b>  | La santé dans toutes les politiques                                               |
| <b>IFMIS</b> | Système intégré d'information sur la gestion financière                           |
| <b>IMS</b>   | Initiative mondiale pour la santé                                                 |
| <b>IMST</b>  | Équipe d'appui à la gestion des incidents                                         |
| <b>MDB</b>   | Banque multilatérale de développement                                             |
| <b>MNT</b>   | Maladies non transmissibles                                                       |
| <b>OOP</b>   | Dépenses à charge des patients                                                    |
| <b>OMS</b>   | Organisation mondiale de la santé                                                 |
| <b>PAVM</b>  | Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique                             |
| <b>PFR</b>   | Pays à faible revenu                                                              |
| <b>PHAHM</b> | Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique |
| <b>PIB</b>   | Produit intérieur brut                                                            |
| <b>PPP</b>   | Partenariat public-privé                                                          |
| <b>PPPR</b>  | Prévention, préparation et réponse aux pandémies                                  |
| <b>PRII</b>  | Pays à revenu intermédiaire inférieur                                             |
| <b>PRIS</b>  | Pays à revenu intermédiaire supérieur                                             |
| <b>RHS</b>   | Ressources humaines pour la santé                                                 |
| <b>SSP</b>   | Soins de santé primaires                                                          |
| <b>UA</b>    | Union africaine                                                                   |

## Avant-propos

En tant que Président de la Commission de l'Union africaine, j'ai l'honneur de présenter ce document fondamental, qui constitue une boussole stratégique pour la poursuite collective par l'Afrique de la sécurité sanitaire, de la résilience et de la souveraineté au XXI<sup>ème</sup> siècle. À l'heure où notre continent se trouve à l'aube d'une transformation profonde, ce document expose une vision audacieuse fondée sur l'action, la solidarité et le partenariat africains, une vision qui guidera nos efforts communs pour protéger la santé et le bien-être de chaque citoyen africain.

Au cours de la dernière décennie, l'Afrique a fait preuve d'une résilience remarquable face à des urgences sanitaires sans précédent. Notre réponse aux épidémies, qu'il s'agisse d'Ebola, du Choléra, de la COVID-19 ou du Mpox, a mis à l'épreuve nos institutions, nos systèmes et notre endurance. Ces expériences ont mis en évidence une vérité fondamentale : la sécurité sanitaire n'est pas seulement une entreprise technique, c'est un impératif stratégique qui sous-tend la croissance économique, le développement humain et la stabilité sociale à travers le continent.

Le présent document reflète cet impératif. Il propose non seulement un diagnostic clair des défis qui nous attendent, mais aussi une feuille de route pour l'action - fondée sur des données probantes, éclairée par les leçons apprises et motivée par un engagement en faveur du leadership africain en matière de gouvernance sanitaire. Il incarne les principes de partenariat, d'équité et de responsabilité qui sont au cœur de l'Agenda 2063 de l'Union africaine : *L'Afrique que nous voulons* - un avenir dans lequel tous les Africains jouissent de dignité, d'opportunités et de bien-être.

Au cœur de cet agenda se trouve le double principe de **l'appropriation africaine** et de **l'efficacité dans la gestion des systèmes de santé à travers le continent**. Pendant trop longtemps, les éléments du paysage sanitaire mondial ont été principalement façonnés par des priorités externes, ce qui a entraîné des investissements fragmentés, des structures de prestation parallèles et des motivations mal alignées. Ce travail nécessite un nouveau pacte, dans lequel l'Afrique définit et dirige sa propre trajectoire en matière de santé, en mobilisant les capacités collectives et davantage de ressources nationales pour renforcer les institutions nationales de santé publique, maintenir des chaînes d'approvisionnement résilientes et diversifiées, développer et retenir une main-d'œuvre qualifiée dans le domaine de la santé, et élargir l'accès équitable aux services de santé essentiels. Il préconise des systèmes intégrés et interopérables qui relient la sécurité sanitaire, les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle, en favorisant une approche holistique et centrée sur les personnes qui ne laisse personne de côté.

Jouant un rôle essentiel dans la conception et la mise en œuvre de cette vision, **les Centres Africains pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (Africa CDC)**, élevés par l'Assemblée des Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine au rang d'Agence continentale de santé publique — dotée d'un



**S.E. Mahmoud Ali Youssouf**  
Président,  
Commission de l'Union africaine

Alors que nous entamons le prochain chapitre de la transformation sanitaire en Afrique, ce document constitue à la fois un phare et un plan d'action. Il nous met au défi de transcender les réactions à court terme et d'adopter une résilience à long terme. Il réaffirme notre responsabilité collective de protéger la vie et les moyens de subsistance de tous les Africains.

mandat politique et d'une autorité technique — marquent une étape historique dans l'institutionnalisation du leadership en matière de la sécurité et souveraineté sanitaires en Afrique.

Nous reconnaissons également que la sécurité sanitaire ne peut être assurée sans un financement durable. Trop d'États africains sont confrontés au poids d'un financement imprévisible provenant de l'extérieur, à des modèles de programmes verticaux et à des déficits de financement qui limitent leur capacité de préparation à long terme. Ce travail promeut des stratégies de financement innovantes et locales, équitables, prévisibles et alignées sur les priorités nationales. En plaidant pour une mobilisation accrue des ressources nationales, des mécanismes d'achat groupés et des partenariats stratégiques qui respectent le leadership africain, il offre une voie pragmatique vers la souveraineté financière en matière de santé.

Tout aussi important est l'accent mis sur **la fabrication locale et la résilience de la chaîne d'approvisionnement**. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les vulnérabilités inhérentes aux chaînes d'approvisionnement mondiales et souligné l'urgence de développer des capacités de production régionales robustes pour les vaccins, les médicaments, les produits de diagnostic et les produits essentiels. Ce document défend un écosystème pharmaceutique africain compétitif, de qualité garantie et intégré dans les chaînes de valeur mondiales, afin de garantir aux Africains un accès fiable aux produits dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin.

Cependant, les infrastructures et le financement ne suffisent pas sans le personnel. L'avenir de la sécurité sanitaire dépend des compétences, du dévouement et du leadership d'une nouvelle génération de professionnels de santé africains. En conséquence, ce travail donne la priorité **aux ressources humaines dans le domaine de la santé** en tant que pilier stratégique, en préconisant des investissements dans la formation, la fidélisation/retention et le développement professionnel à tous les niveaux. Il appelle au renforcement des centres d'excellence régionaux, à la promotion de la collaboration transfrontalière et à l'encouragement de l'innovation qui tire parti des technologies numériques et de l'analyse des données.

Cet avant-propos serait incomplet sans reconnaître le rôle indispensable des **partenariats**. L'Union africaine encourage la collaboration avec les institutions mondiales, les partenaires bilatéraux, les organisations philanthropiques et la société civile, non pas en tant qu'acteurs subordonnés, mais en tant que collaborateurs égaux qui respectent la voix et les priorités de l'Afrique. Un véritable partenariat amplifie l'impact, partage les risques et renforce la responsabilité mutuelle. Je salue ce document qui guide la création de partenariats équitables, durables et alignés sur les intérêts à long terme de l'Afrique.

Alors que nous entamons le prochain chapitre de la transformation sanitaire en Afrique, ce document constitue à la fois un phare et un plan d'action. Il nous met au défi de transcender les réactions à court terme et d'adopter une résilience à long terme. Il réaffirme notre responsabilité collective de protéger la vie et les moyens de subsistance de tous les Africains. Et il place le leadership et l'innovation africains au centre de nos efforts pour construire une Afrique plus saine, plus forte et plus souveraine.

Pour conclure, je tiens à exprimer ma gratitude aux nombreuses parties prenantes dont l'expertise a enrichi ce travail, qu'il s'agisse d'experts techniques, de décideurs politiques, de travailleurs de santé de première ligne ou de défenseurs communautaires. Vos contributions reflètent l'esprit d'unité et l'objectif commun qui définissent l'Union africaine. Puisse ce document inspirer des actions audacieuses, un engagement soutenu et une collaboration à tous les niveaux de la société alors que nous réalisons la promesse d'une Afrique plus sûre et plus prospère.

**Addis-Abeba, le 10 janvier 2026**

## Message du Directeur Général d’Africa CDC

L’Afrique se trouve à un tournant historique. Le continent est confronté à un choix déterminant : continuer à faire face aux crises sanitaires par des réponses fragmentées et dictées par l’extérieur, ou prendre en main son propre destin en matière de santé grâce à la souveraineté, à la résilience et à des investissements nationaux soutenus. Ce document présente un programme audacieux, cohérent et réalisable visant à protéger la santé et l’avenir de l’Afrique, fondé sur un principe fondamental : **l’Afrique doit définir ses propres priorités en matière de santé, mettre en œuvre ses propres solutions et financer sa propre résilience de l’intérieur.**

Le passé récent nous a appris des leçons impitoyables. Les épidémies récurrentes d’Ebola, de Marburg, de Choléra et de Mpox ont mis en évidence les profondes faiblesses structurelles des architectures sanitaires mondiales et régionales. La COVID-19 a mis à nu la fragilité de la solidarité mondiale et les limites du recours à la bonne volonté extérieure. Aujourd’hui, l’Afrique est confrontée à une menace tout aussi dangereuse : une crise du financement de la santé. La baisse de l’aide des donateurs, l’augmentation de la dette publique et la hausse des coûts des soins risquent de réduire à néant des décennies de progrès vers la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire.

Ce document présente l’analyse la plus complète à ce jour du financement de la santé en Afrique dans l’ère post-réduction de l’Aide Publique au Développement. Sa conclusion est sans équivoque : **l’Afrique ne sortira pas de sa dépendance en recherchant davantage de fonds, mais en mettant fin aux inefficacités et au gaspillage massifs des fonds dont elle dispose déjà.** Il ne s’agit pas principalement d’une crise de financement, mais d’une crise d’efficacité.

Les preuves sont convaincantes. À elle seule, la passation de marchés groupés peut réduire le coût des produits de santé de 30 à 33 %. La prestation de services intégrés peut générer des économies annuelles de 1,3 à 1,6 milliard de dollars américains. Les réformes des ressources humaines peuvent dégager jusqu’à 6,8 milliards de dollars américains par an. En combinant ces mesures à des réformes décisives en matière de planification, de numérisation, d’approvisionnement et de gestion des finances publiques, l’Afrique peut générer des gains d’efficacité d’environ 14 dollars américains par habitant, soit 16 milliards de dollars américains en 2026 et 37 milliards de dollars américains d’ici 2050.

Ces gains sont transformationnels. En cinq ans, ils suffiront à remplacer environ 50 % du financement actuel des bailleurs de fonds et à réduire la dépendance extérieure à moins de 20 % des dépenses totales de santé. L’Afrique ne se positionne donc plus comme un bénéficiaire passif de l’aide, mais comme un architecte proactif de sa propre sécurité sanitaire.

Au cœur de cette transformation se trouve **la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS)**, une vision unificatrice



**S.E. Dr Jean Kaseya**  
Directeur général,  
Africa CDC,  
Commission de l’Union africaine

Ce document présente l’analyse la plus complète à ce jour du financement de la santé en Afrique dans l’ère post-réduction de l’Aide Publique au Développement. Sa conclusion est sans équivoque : **l’Afrique ne sortira pas de sa dépendance en recherchant davantage de fonds, mais en mettant fin aux inefficacités et au gaspillage massifs des fonds dont elle dispose déjà. Il ne s’agit pas principalement d’une crise de financement, mais d’une crise d’efficacité.**

qui recadre la santé non pas comme une dépense du secteur social, mais comme le fondement de la souveraineté continentale, de la résilience économique et de la crédibilité géopolitique. Elle affirme une vérité simple : la sécurité sanitaire de l'Afrique est indissociable de son avenir économique et de sa position sur la scène mondiale.

Cette vision a été façonnée et inspirée par le leadership décisif des Chefs d'État et de gouvernement africains et des Champions de l'Union africaine. **J'exprime ma profonde gratitude à leurs Excellences les Présidents João Lourenço, Paul Kagame, William Ruto, Cyril Ramaphosa et John Mahama, ainsi qu'au Président de la Commission de l'Union africaine, S.E. Mahmoud Ali Youssouf.** Leurs conseils et leur engagement sans faille tout au long de l'année 2025 ont ancré un changement stratégique - de la réaction à l'anticipation, de la dépendance à la souveraineté, et de la vulnérabilité à la résilience - que le présent document vise à promouvoir.

Africa CDC, en tant qu'agence de santé publique du continent, a été mandatée par l'Assemblée des Chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine pour guider et coordonner cette transformation. Ce mandat marque une nouvelle ère dans le leadership africain en matière de santé publique, qui permet à Africa CDC d'harmoniser les capacités de préparation, de mener des politiques fondées sur des données probantes et d'apporter des réponses rapides et efficaces qui sauvent des vies et protègent les économies.

Cependant, un leadership sans financement durable est fragile. Les cycles récurrents de financement d'urgence compromettent la préparation, affaiblissent les institutions et maintiennent les pays dans un état de crise perpétuelle. Le message d'Africa CDC est clair et sans compromis : **l'Afrique n'est pas pauvre, elle est mal organisée et fragmentée, souvent à cause des mécanismes de financement censés l'aider.** Les approches actuelles infantilisent les systèmes et renforcent la dépendance. L'alternative est à portée de main : l'Afrique peut financer les fondements de ses systèmes de santé si elle planifie mieux, achète plus intelligemment et gouverne plus efficacement.

*Le financement de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique* est donc un plan directeur pour la transformation. Il définit un ensemble cohérent de réformes capables de remodeler l'architecture du financement de la santé en Afrique d'ici 2030 et d'ancrer l'AHSS dans des systèmes nationaux durables. La réforme du financement doit aller de pair avec **l'autonomie de la production locale et de la chaîne d'approvisionnement**, mettant fin à la dépendance structurelle de l'Afrique vis-à-vis des sources externes pour les vaccins, les diagnostics, les médicaments et les produits essentiels.

Les partenariats restent essentiels, mais selon les conditions fixées par l'Afrique. L'Afrique accueille favorablement la collaboration avec les institutions mondiales, les partenaires bilatéraux, les organisations philanthropiques, la société civile et le secteur privé sur un pied d'égalité, en accord avec les priorités continentales et dans le respect du leadership africain. Un véritable partenariat amplifie l'impact, catalyse l'innovation et renforce la résilience collective.

En fin de compte, ce programme concerne **la dignité et la souveraineté**. L'AHSS n'est pas un slogan ; c'est la capacité pratique d'un continent à protéger sa population sans attendre d'autorisation ou de promesses. L'Union africaine a démontré sa détermination politique à travers le Programme de Lusaka et la vision continentale de l'AHSS. Le moment est venu de traduire cette détermination en une nouvelle architecture financière pour la santé.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux États membres, aux experts techniques, aux partenaires et au personnel dévoué d'Africa CDC, dont l'engagement et l'expertise ont façonné ce travail. Que ce document ne soit pas une fin en soi, mais un catalyseur pour une action décisive, des investissements soutenus et un leadership africain unifié afin de garantir la santé et l'avenir de notre continent.

**Addis-Abeba, le 10 janvier 2026**

# Résumé

## Introduction

Le paysage du financement de la santé en Afrique est entré dans une phase de transition décisive. Après deux décennies de progrès soutenus par l'expansion de l'aide au développement pour la santé (ADS) et des programmes spécifiques à certaines maladies, le continent est aujourd'hui confronté à une convergence de pressions budgétaires qui menacent la viabilité des systèmes de santé et les progrès récemment accomplis en matière de couverture et de résultats. La baisse de l'aide extérieure, la croissance économique modérée, l'augmentation de la dette publique, la croissance démographique rapide et l'évolution de la charge de morbidité sont en train de remodeler fondamentalement l'environnement financier. Sans réforme structurelle, les systèmes de santé africains risquent de devenir de plus en plus fragiles, inéquitables et exposés aux chocs.

## L'ampleur du défi

L'Afrique supporte environ 22 % de la charge mondiale de morbidité, mais ne représente que 1 % des dépenses mondiales de santé. La dépense moyenne totale de santé par habitant sur le continent reste faible, à 85 dollars US, et moins de 40 % des pays africains atteignent le minimum recommandé par l'OMS, soit 86 dollars US par habitant, nécessaire pour fournir un ensemble de services de santé essentiels. Si les dépenses totales de santé devaient augmenter régulièrement — passant d'environ 110 milliards de dollars américains en 2023 à 260 milliards en 2050 — la croissance démographique rapide freinerait considérablement les gains par habitant. La population africaine passera de 1,4 milliard en 2025 à 2,5 milliards en 2050.

La composition du financement de la santé aggrave encore ces difficultés. Dans toute l'Afrique, les sources gouvernementales représentent 35 % des dépenses totales de santé, l'aide extérieure environ 23 % et les paiements directs (OOP) 35 %, avec de grandes variations entre les pays et les sous-régions. Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur, la dépendance à l'égard des dépenses directes varie entre 40 et 60 %, exposant les ménages à des dépenses de santé catastrophiques et poussant environ 15 millions de personnes dans la pauvreté chaque année.

Dans le même temps, après avoir atteint un pic pendant la réponse à la COVID-19, l'aide totale au développement pour la santé en Afrique a entamé un déclin soutenu. D'un sommet de 25,8 milliards de dollars américains en 2021, l'aide au développement pour la santé est tombée à 19,9 milliards de dollars américains en 2022, puis à environ 13 milliards de dollars américains en 2025, en grande partie en raison de la forte réduction des financements américains et européens. Les projections indiquent que l'aide totale au développement dans le domaine de la santé restera stable ou continuera de baisser en termes réels. À mesure que les pays ne sont plus éligibles aux programmes concessionnels et spécifiques à certaines maladies, les services essentiels, autrefois entièrement subventionnés, sont de plus en plus pris en charge par les budgets nationaux et les ménages.

## L'inefficacité comme contrainte immédiate à l'impact

L'analyse montre que, bien que le sous-financement reste la principale contrainte, les inefficacités dans l'allocation et l'utilisation des ressources sanitaires existantes sont importantes et persistantes. En moyenne, les systèmes de santé africains fonctionnent à 77 % de leur efficacité, ce qui signifie que 23 % des dépenses de santé sont perdues en raison d'une mauvaise allocation, de doublons, d'une gestion défailante, de fuites et de fraudes.

Les budgets de santé des gouvernements financent principalement des dépenses récurrentes. Les ressources humaines absorbent environ 55 % des dépenses nationales de santé, tandis que l'achat de médicaments et de fournitures médicales représente environ 30 %. Cependant, les faiblesses dans la gestion de la paie, les systèmes d'approvisionnement, la fragmentation de la planification et des rapports, ainsi que la faiblesse de la gestion des finances publiques (GFP) nuisent à l'optimisation des ressources. Dans plusieurs pays, les lacunes en matière d'intégrité, telles que les travailleurs fantômes et la surévaluation/surfacturation des achats, entraînent des pertes équivalentes à plusieurs points de pourcentage des dépenses nationales de santé.

Ces inefficacités sont renforcées par la fragmentation. De nombreux pays fonctionnent avec des dizaines de systèmes de financement, des centaines de partenaires de mise en œuvre et de multiples plans, budgets, systèmes de rapportage et plateformes de prestation parallèles. Cette fragmentation nuit à la responsabilité, gonfle les coûts de transaction et empêche les achats stratégiques et la prestation de services intégrée.

## La réponse de l'AHSS : de la fragmentation à la réforme

Ce manuel présente un **programme cohérent de réforme du financement de la santé** ancré dans le cadre de la Sécurité et de la Souveraineté Sanitaires de l'Afrique (AHSS) et aligné sur le Programme de Lusaka. La proposition centrale est que **l'efficacité est la nouvelle source de financement**.

Sept domaines de réforme se renforçant mutuellement sont proposés :

1. **Un plan, un budget, un rapport (OPBR)** – Établir des plans nationaux de santé intégrés, chiffrés et pluriannuels comme base pour la budgétisation, l'alignement des partenaires et la responsabilité, en remplacement des approches fragmentées basées sur des projets.
2. **Réalignment de l'aide extérieure** – Aligner toutes les ressources des donateurs et des partenaires sur les plans et budgets nationaux, en réduisant les doubles emplois et les coûts de transaction.
3. **Réformes en matière d'efficacité** – Cibler les postes de dépenses récurrentes les plus importants grâce à :
  - l'amélioration de la gestion des ressources humaines et de la combinaison des compétences,
  - des programmes de prestations de santé rationalisés et rentables,
  - des mécanismes d'achat groupé pour les produits de santé,
  - un cofinancement intersectoriel pour traiter les déterminants sociaux de la santé,
  - une prestation de services intégrée, centrée sur les personnes et ancrée dans les soins de santé primaires.
4. **Renforcement de la gestion des finances publiques** – Amélioration de la crédibilité budgétaire, de la gestion de trésorerie, des achats, de la transparence et de l'intégration numérique afin de garantir que les réformes financières se traduisent par de réels gains de performance du système.
5. **Réduction des dépenses à la charge des patients** – Développer les mécanismes de prépaiement et de mutualisation, y compris les approches fondées sur la fiscalité et l'assurance, afin de protéger les ménages et de permettre des achats stratégiques.
6. **Achats stratégiques** – Utilisation de fonds communs pour acheter activement des services et des produits qui maximisent la valeur, la qualité et l'équité.

## Impact quantifié et marge de manœuvre budgétaire

La modélisation présentée dans ce manuel démontre que ces réformes ne sont pas purement conceptuelles. Si elles sont mises en œuvre collectivement et à grande échelle, elles pourraient :

- générer environ **14 dollars US par habitant** dans un nouvel espace budgétaire grâce à des gains d'efficacité ;
- compenser **environ la moitié de la baisse prévue de l'aide au développement dans le domaine de la santé** ;
- réduire la dépendance à l'égard de l'aide extérieure à **moins de 20 % des dépenses totales de santé dans un délai de cinq ans** ;
- améliorer considérablement la protection financière en réduisant les dépenses catastrophiques à la charge des patients.

Les principaux facteurs à l'origine de ces gains sont les suivants :

- **des gains d'efficacité de 20 à 35 %** grâce à une planification intégrée et à une rationalisation,
- **une réduction des prix pouvant atteindre 30 à 33 %** grâce à la mise en commun des achats,
- une amélioration de la productivité et une réduction des doublons grâce à l'intégration de la prestation de services,
- le renforcement de la gestion des finances publiques et des systèmes numériques qui réduisent les fuites et la fraude.

## Vers la souveraineté sanitaire

Les données rassemblées dans ce manuel mènent à une conclusion claire : **l'Afrique peut financer les fondements de sa propre sécurité sanitaire**. Pour ce faire, il faut abandonner délibérément les modèles fragmentés et dépendants de l'aide au profit de systèmes de financement intégrés, efficaces et ancrés au niveau national. Le cadre AHSS fournit l'orientation stratégique ; ce manuel présente la voie à suivre sur les plans opérationnel, fiscal et institutionnel.

Le choix qui s'offre aux pays africains n'est plus de savoir si la réforme est souhaitable, mais si l'inaction est abordable. En améliorant la planification, en mettant en commun les ressources, en achetant de manière stratégique, en intégrant les services et en renforçant la gestion des finances publiques, l'Afrique peut protéger ses populations, maintenir les services essentiels et mettre en place des systèmes de santé résilients, capables de résister aux chocs futurs.

A healthcare worker in full personal protective equipment (PPE), including a blue surgical gown, blue gloves, a blue surgical mask, and a clear face shield, is focused on typing on a laptop. The worker is in the foreground, with their hands and arms visible. In the background, another person in a green surgical cap and blue gown is blurred, suggesting a busy clinical or laboratory environment. The overall lighting is cool and blue-toned.

Au cœur de cet agenda se trouve le double principe de **l'appropriation africaine** et de **l'efficacité** dans la **gestion des systèmes de santé à travers le continent.**

# 1. Le cadre pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS)

## 1.0. Introduction

Au lendemain de la pandémie de COVID-19, l'Afrique a articulé une vision ambitieuse à travers le Nouvel Ordre de Santé Publique (NPHO) afin de renforcer les institutions de santé publique essentielles, d'élargir et de professionnaliser la main-d'œuvre, de promouvoir la fabrication locale, de mobiliser des financements nationaux et d'approfondir les partenariats stratégiques pour préserver la sécurité sanitaire du continent (Nkengasong et al., 2017). Approuvé par les chefs d'État et de gouvernement africains en 2022, le NPHO a fourni un cadre unificateur pour guider la reprise et la reconstruction de l'Afrique en réponse aux vulnérabilités systémiques mises en évidence par la pandémie.

Si le NPHO a jeté les bases essentielles au renforcement de l'architecture de santé publique à travers le continent, l'environnement sanitaire mondial a continué d'évoluer. L'intensification des changements géopolitiques, le déclin et la fragmentation croissante des financements externes, ainsi que la persistance d'urgences sanitaires complexes et qui se chevauchent soulignent la nécessité d'une vision continentale plus résiliente et tournée vers l'avenir (Kaseya, 2025). En réponse à cela et suivant les orientations du Comité des chefs d'État et de gouvernement africains lors de sa réunion de septembre 2025, les Centres Africains pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (Africa CDC) ont adopté une nouvelle orientation stratégique.

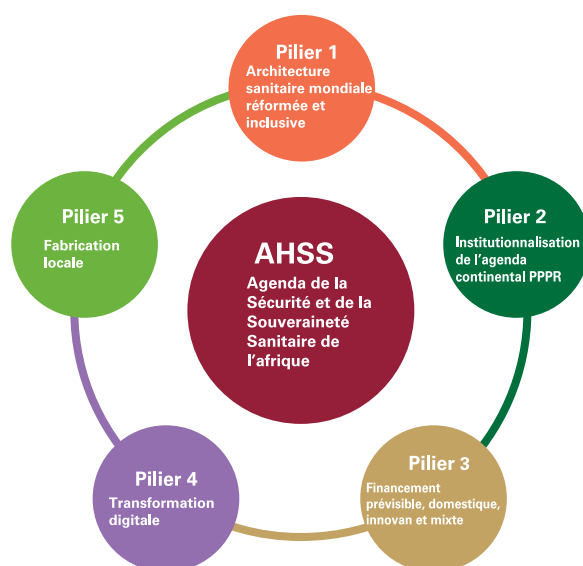
Cette transition stratégique – la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires de l'Afrique (AHSS) – s'appuie sur les engagements pris par le NPHO tout en les traduisant dans un cadre plus concret, pratique, transformateur et adaptatif. L'AHSS reflète une prise de conscience croissante du fait que la réalisation de la couverture sanitaire universelle, la préparation et la réponse efficaces aux pandémies et le développement durable sont inextricablement liés à la souveraineté sanitaire : la capacité des pays africains à financer de manière durable, à produire localement et à gérer de manière autonome leurs systèmes de santé et leurs contre-mesures essentielles (Kaseya, 2025).

## 1.2. Justification de l'AHSS

### 1.2.1. Évolution rapide du paysage sanitaire mondial

Les fonds externes ont connu une baisse constante qui a culminé avec les coupes budgétaires américaines en 2025. Dans le même temps, la part des dépenses de santé à la charge des patients n'a cessé d'augmenter. L'Afrique a également été confrontée à des épidémies récurrentes telles que Mpox, Choléra, Ebola et Marburg, qui ont augmenté de 41 % entre 2022 et 2024. L'Afrique a également été confrontée à des crises liées au climat, telles que des inondations et des sécheresses, qui ont eu des répercussions directes ou indirectes sur les résultats en matière de santé (Atwoli et al., 2022). Compte tenu de tous ces défis sanitaires, l'Afrique a un besoin important de produits de santé, mais elle en importe encore plus de 90 % (Kaseya, 2025).

Figure 1 : Les cinq piliers du cadre pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires de l'Afrique



### 1.2.2. L'architecture de la santé publique en Afrique a mûri

L'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine a officiellement désigné Africa CDC comme l'agence de santé publique de l'Afrique dotée de capacités politiques, stratégiques et techniques, lui donnant ainsi les moyens de diriger le programme continental en matière de santé et de façonner la réforme mondiale de la santé. Ce rôle de leadership et de coordination d'Africa CDC a été démontré lors de la réponse à l'épidémie actuelle de Mpox, à l'épidémie de Marburg au Rwanda et à l'épidémie de Choléra dans les pays d'Afrique centrale et australe en 2022 et 2023, entre autres (Kaseya, 2025).

### 1.2.3. Une architecture sanitaire mondiale inefficace

L'état actuel de l'architecture sanitaire mondiale n'est pas adapté à son objectif. Elle se caractérise par des relations de pouvoir asymétriques, en particulier avec les pays à revenu élevé (PRE) qui font souvent passer leurs propres intérêts avant la solidarité mondiale, par des inégalités et par des approches de mise en œuvre rigides qui ne se sont pas adaptées à l'évolution de la situation sur le continent africain (Agyepong, Irene et al., 2023 ; Williamson et al., 2022). Ces problèmes ont été amplifiés pendant la pandémie de COVID-19 et d'autres épidémies, où l'Afrique a été confrontée à de graves inégalités dans l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux diagnostics.

Le programme AHSS vise donc à remédier à ces problèmes en renforçant et en s'appuyant sur les capacités, les ressources et les institutions propres à l'Afrique afin de garantir la santé de sa population. L'AHSS repose sur cinq piliers interdépendants, à savoir :

1. **Réforme de l'architecture sanitaire mondiale** grâce à des institutions régionales et nationales plus fortes, garantissant que l'Afrique parle d'une seule voix et joue un rôle de premier plan dans l'élaboration de la gouvernance sanitaire mondiale.
2. **Capacité continentale de préparation et de réponse** s'articulant autour du Fonds africain pour les épidémies (AfEF), des centres d'opérations d'urgence d'Africa CDC et d'un système unifié de gestion des incidents pour toutes les urgences de santé publique.
3. **Financement durable de la santé** qui mobilise les ressources nationales, renforce la responsabilité fiscale et exploite des mécanismes innovants pour réduire la dépendance à l'aide extérieure.
4. **Transformation numérique pour des soins de santé primaires résilients**, y compris la gouvernance sanitaire numérique continentale, les systèmes nationaux d'information sanitaire et l'identité sanitaire numérique universelle.
5. **Fabrication locale et achat groupé** de vaccins, de diagnostics et de médicaments par le biais du Mécanisme africain d'achat groupé (APPM) et de la Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique (PHAHM).

Le premier pilier appelle à une architecture sanitaire mondiale réformée et plus inclusive, qui dépasse le paradigme traditionnel donateur-bénéficiaire et donne aux institutions régionales les moyens d'agir en tant que piliers de la préparation et de la réponse. Africa CDC préconise un modèle de gouvernance dans lequel les décisions, le financement et le pouvoir de mise en œuvre sont répartis équitablement entre les acteurs mondiaux, régionaux et nationaux, en tenant compte des facteurs contextuels.

Le deuxième pilier institutionnalise le programme continental de préparation, de prévention et d'intervention (PPPR), qui unifie les systèmes d'urgence sous une seule plateforme opérationnelle, l'équipe d'appui à la gestion des incidents (IMST), et son bras financier durable, le Fonds africain pour les épidémies (AfEF). L'IMST, qui fonctionne selon le principe « une équipe, un plan, un budget et un mécanisme de mise en œuvre », garantit l'efficacité des efforts d'intervention en réunissant l'expertise de toutes les parties prenantes au sein d'un seul mécanisme d'intervention. Cela a été démontré par l'IMST continental créé pour répondre au Mpox, sous la direction conjointe d'Africa CDC et de l'OMS. L'AfEF, créé pour fournir des mécanismes de financement flexibles afin de répondre aux urgences de santé publique, offre la possibilité de financer de manière optimale la préparation et la réponse aux pandémies, y compris le financement dès le premier jour et le financement d'urgence. Ensemble, ces mécanismes permettent à l'Afrique de prévenir, détecter et répondre aux épidémies avec les ressources, les équipes et les stocks appropriés. Ce changement représente une transition délibérée des interventions d'urgence ponctuelles vers une préparation permanente à l'échelle du continent.

Le troisième pilier vise à garantir un financement prévisible, national, innovant et mixte. Cela inclura l'augmentation des dépenses nationales de santé, le renforcement de l'alignement des ressources externes, l'amélioration de la gestion des finances publiques, la réduction des dépenses à la charge des patients et l'utilisation d'instruments innovants tels que les prélèvements de solidarité, les obligations de la diaspora et les taxes sur la santé.

Le quatrième pilier considère la transformation numérique comme la colonne vertébrale des soins de santé primaires (SSP) résilients. Africa CDC met en place un écosystème d'intelligence numérique pour les SSP, qui relie les agents de santé communautaires, les établissements, les districts et les centres nationaux d'information sanitaire au centre de données continental grâce à des systèmes de données en temps réel. Des initiatives telles que la carte numérique de naissance-aux-soins et le cadre africain de gouvernance des données sanitaires garantissent qu'aucun enfant, aucune femme et aucune communauté ne soient laissés pour compte. La numérisation n'est pas seulement un outil d'efficacité, c'est aussi l'infrastructure de la souveraineté à l'ère des données.

Le cinquième pilier promeut la fabrication locale comme moteur de la deuxième indépendance de l'Afrique, stimulant l'économie africaine, créant des emplois et protégeant la sécurité sanitaire de l'Afrique et du monde. Soutenant la Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique (PHAHM), approuvée par les chefs d'État et de gouvernement africains lors de l'Assemblée de l'Union africaine de 2024, qui a remplacé l'initiative PAVM (Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique), limitée aux vaccins, l'Union africaine a approuvé deux outils essentiels : l'Agence Africaine des Médicaments (AMA), chargée de la réglementation, et le Mécanisme africain d'achat groupé (APPM), dirigé par Africa CDC pour la création de la demande et la veille commerciale.

La vision de l'AHSS appelle donc à un rééquilibrage fondamental du financement, de la gouvernance et du maintien des systèmes de santé en Afrique. Elle place le financement public et des institutions nationales solides au centre de la souveraineté sanitaire, tout en les intégrant dans une architecture de solidarité continentale capable de répondre aux risques communs et aux priorités collectives.

#### **1.2.4. L'Agenda de Lusaka et l'AHSS**

L'Agenda de Lusaka et l'Agenda pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires de l'Afrique (AHSS) sont des cadres qui se renforcent mutuellement et qui, ensemble, définissent la voie à suivre par l'Afrique pour passer de systèmes de santé fragmentés et dépendants de l'extérieur à la résilience, l'autosuffisance et la sécurité. L'AHSS articule la vision stratégique du continent en matière de souveraineté dans les domaines du financement, de la préparation, des systèmes numériques et de la fabrication, tandis que l'Agenda de Lusaka fournit les réformes opérationnelles nécessaires pour concrétiser cette vision au niveau national. En institutionnalisant la planification et la budgétisation menées par les pays, en renforçant la gestion des finances publiques, en améliorant l'efficacité, en harmonisant l'aide extérieure et en tirant parti des achats groupés et de la fabrication locale, l'Agenda de Lusaka traduit l'AHSS de la vision à la mise en œuvre. Dans le cadre de l'AHSS, l'Agenda de Lusaka devient le moteur politique qui anime la réforme. Il fait sortir la réforme du système de santé des marges techniques des ministères et la place au cœur de l'agenda politique de l'Assemblée de l'Union africaine et du Comité des chefs d'État et de gouvernement.

## **2. Objectif du manuel**

Ce manuel a trois objectifs principaux et s'adresse principalement aux planificateurs et aux décideurs des ministères de la Santé et des Finances, tout en fournissant des orientations à toutes les parties prenantes impliquées dans le financement de la santé et la réforme du système de santé, y compris les partenaires de développement, les institutions de contrôle et la société civile. Premièrement, il recommande un ensemble cohérent de réformes du financement de la santé et des systèmes connexes que les États membres de l'Union africaine peuvent adopter pour augmenter les ressources nationales consacrées à la santé, améliorer la viabilité budgétaire et renforcer l'efficacité dans l'utilisation des fonds existants. Deuxièmement, le manuel montre l'ampleur des gains d'efficacité qui peuvent être réalisés grâce à ces réformes. Troisièmement, le manuel explique comment Africa CDC aidera les États membres à mettre en œuvre ces réformes.

Le reste du document est structuré comme suit. Le chapitre 3 traite du contexte du financement de la santé en Afrique, le chapitre 4 présente l'analyse de la situation du financement de la santé, le chapitre 5 propose des réformes du financement de la santé et du système de santé connexe pour soutenir l'agenda de l'AHSS. Le chapitre 6 estime les gains d'efficacité liés à la mise en œuvre des réformes proposées. Le chapitre 7 détaille les modalités de mise en œuvre et le chapitre 8 conclut.

### 3. Le contexte du financement de la santé en Afrique

#### 2.1. Situation macroéconomique

Le produit intérieur brut (PIB) de l'Afrique était estimé à 3 000 milliards de dollars courants en 2025 (Fonds monétaire international, 2026). Le PIB a augmenté en moyenne de 3,9 % entre 2022 et 2024 (Afrexim Bank, 2024). La croissance a toutefois été volatile, ce qui a limité sa capacité à compenser de manière constante le poids croissant de la dette (Ighodalo Ehikioya et al., 2020). Le ratio dette/PIB de l'Afrique était estimé à 66,8 % en 2024 (Afrexim Bank, 2024). Le poids de la dette extérieure a plus que doublé, passant de 18,8 % du PIB en 2008 à 41,6 % en 2023. Ce fardeau croissant, aggravé par des chocs macroéconomiques mondiaux successifs, a exercé une pression soutenue sur les recettes fiscales et contribué au surendettement et aux défauts de paiement de plusieurs pays (Afrexim Bank, 2024). L'économie africaine devrait croître à un taux moyen de 4,5 % entre 2025 et 2028 (Afrexim Bank, 2024). Cependant, l'Afrique doit atteindre et maintenir un taux de croissance économique de 7 % afin de créer l'espace budgétaire nécessaire à la fourniture de services sociaux (King & Ramlogan-Dobson, 2015).

#### 2.2. Baisse de l'aide au développement dans le domaine de la santé et augmentation des dépenses à la charge des patients

L'aide au développement dans le domaine de la santé (ADS) pour l'Afrique était estimée à 1,6 milliard de dollars en 1995, elle est passée à 10,3 milliards de dollars en 2010, puis à 17,2 milliards de dollars en 2019. L'ADS pour l'Afrique a fortement augmenté pendant la période COVID-19 afin d'aider les pays à faire face à la pandémie, passant à 20,2 milliards de dollars en 2020 et à 25,8 milliards en 2021. Elle a diminué pour atteindre 19,9 milliards de dollars en 2022 et un niveau record de 13 milliards de dollars en 2025, bien en dessous des niveaux pré-COVID-19 (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025). La baisse de l'ADS en 2025 est due en grande partie à une chute de 67 %, soit plus de 9 milliards de dollars, du financement américain. Les États-Unis ont toujours été le plus grand bailleur de fonds, contribuant à hauteur d'environ 35 % de l'ADS chaque année au cours de la dernière décennie (ThinkGlobalHealth, 2025). D'autres pays donateurs ont également réduit leur financement, malgré leurs contributions relativement faibles. La Finlande a réduit son ADS de 11 % (14,9 millions de dollars), la France de 33 % (555,1 millions de dollars), l'Allemagne de 12 % (304,5 millions de dollars) et le Royaume-Uni de 39 % (796,1 millions de dollars) (ThinkGlobalHealth, 2025). Les dépenses totales à la charge des patients (OOP) pour l'Afrique, quant à elles, ont été estimées à 13,2 milliards de dollars en 1995, 22,4 milliards de dollars en 2010 et 27,8 milliards de dollars en 2019. Elles ont augmenté pour atteindre 30,1 milliards de dollars en 2020, 31,2 milliards de dollars en 2021 et 32,9 milliards de dollars en 2022. Elles ont ensuite diminué pour atteindre 30,4 milliards de dollars en 2023, puis 32,8 milliards de dollars en 2025 (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025). Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en 2025 sur les implications de la baisse de l'aide soulignent que les services essentiels autrefois couverts par des financements externes sont de plus en plus pris en charge par les ménages, ce qui entraîne une augmentation des dépenses à la charge des patients, une réduction de l'utilisation des services et un creusement des inégalités.

#### 2.3. Transition liée à la reclassification des revenus

Le défi posé par la baisse de l'aide au développement pour la santé (ADS) est aggravé par le fait que plusieurs pays africains ne sont plus éligibles aux mécanismes de financement concessionnels ou spécifiques à certaines maladies, tels que Gavi et le Fonds mondial (Saxenian et al., 2015). Cette exclusion est généralement déclenchée par le dépassement de seuils de revenu prédéfinis, le plus souvent le passage du statut de pays à faible revenu à celui de pays à revenu intermédiaire inférieur, plutôt que par la démonstration d'une préparation fiscale, de la maturité du système de santé ou de la viabilité des mécanismes de financement nationaux. En conséquence, de nombreux pays sont confrontés à une forte réduction de l'aide extérieure malgré le fardeau persistant des maladies et leur marge de manœuvre budgétaire limitée. Les pays sortants sont censés assumer la responsabilité de budgets importants et récurrents pour les produits de base, en particulier les vaccins, les antirétroviraux et les produits de base pour la tuberculose et le paludisme, au prix plein du marché. Ces coûts sont souvent incompatibles avec les contraintes de gestion des finances publiques et les priorités concurrentes en matière de développement. Lorsque la planification de la transition est faible ou que la mobilisation des ressources nationales est insuffisante, ce précipice financier peut entraîner une stagnation ou un recul des progrès réalisés en matière de couverture des interventions sanitaires essentielles, notamment les programmes de vaccination et de lutte contre les maladies (Obi et al., 2021). Cette expérience souligne la nécessité de mettre en place des cadres de transition plus solides qui relient la reclassification des revenus à des évaluations réalistes de la capacité budgétaire, des gains d'efficacité et de la viabilité à long terme du financement de la santé.

## 2.4. Tendances démographiques

La population africaine devrait passer d'environ 1,4 milliard d'habitants en 2025 à 2,5 milliards d'ici 2050, soit un doublement effectif au cours de cette période (Dovie, 2015). La part de l'Afrique dans la population mondiale passera d'environ 13 à 18 % en 2000-2020 à 22 à 26 % d'ici 2050 et pourrait atteindre 40 % d'ici 2100 (Yeboah et al., 2025). L'urbanisation sera une caractéristique déterminante de cette croissance : d'ici 2050, 56 à 60 % des Africains devraient vivre dans des zones urbaines, l'augmentation de la population urbaine représentant environ 80 % de la croissance démographique totale (Vearey et al., 2019). L'urbanisation devrait quadrupler la population urbaine en Afrique subsaharienne (ASS), pour atteindre 1,2 milliard d'habitants d'ici 2050 (Latino et al., 2020). D'ici 2050, l'Afrique aura toujours la population la plus jeune du monde et le taux de dépendance (le rapport entre les personnes à charge, âgées de moins de 15 ans ou de plus de 64 ans, et la population en âge de travailler) restera élevé, même s'il pourrait diminuer progressivement à mesure que la population en âge de travailler augmentera. L'évolution démographique présente à la fois des défis et des opportunités : un taux de dépendance élevé peut peser sur les ressources, mais une population en âge de travailler croissante (le « dividende démographique ») pourrait stimuler la croissance économique si elle est exploitée efficacement (Vearey et al., 2019).

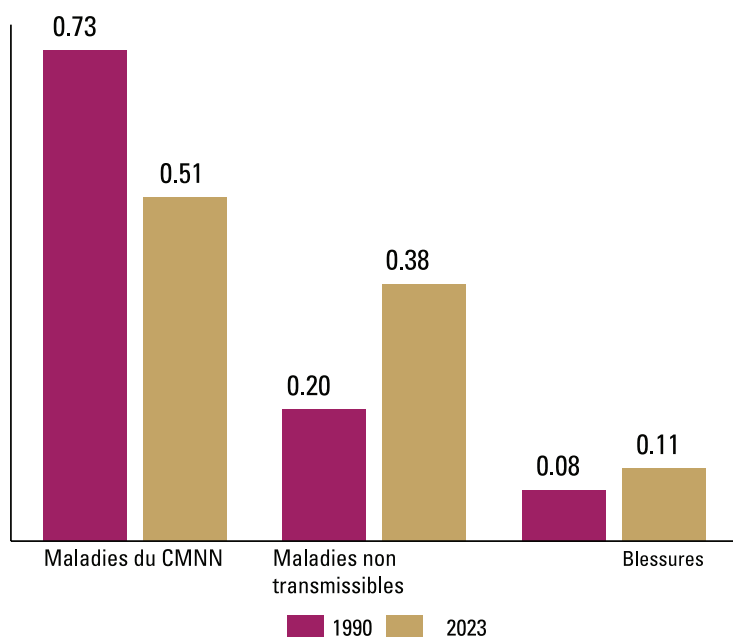
## 2.5. Les envois de fonds en tant que flux financiers privés externes

Près de 39,5 millions d'Africains ont émigré, dont 21 millions à l'intérieur du continent et 18,5 millions à l'extérieur (Akokuwebe et al., 2023). La migration est largement dominée par les jeunes, avec 60 % des migrants africains en situation irrégulière ayant moins de 35 ans. La migration est motivée par la recherche d'un emploi, d'une éducation et de meilleures opportunités économiques, ainsi que par des raisons contraignantes telles que les conflits et l'instabilité politiques. Les transferts de fonds effectués par les immigrants africains constituent un avantage économique majeur qui établit un lien entre migration et développement. Les flux de transferts de fonds représentent environ 3 à 5 % du PIB africain (Kessy & Shayo, 2022). Ils étaient estimés à 8,8 milliards de dollars américains en 1990 et sont passés à 85 milliards de dollars américains en 2019, dont plus de la moitié, soit 48 milliards de dollars américains, à destination de l'Afrique subsaharienne (Kessy & Shayo, 2022). Les transferts de fonds ont été estimés à plus de trois fois le montant de l'aide publique au développement (APD) (Agradi, 2023). Les transferts de fonds contribuent de manière significative au PIB des pays. Au Cap-Vert, au Sénégal et au Togo, elles représentaient plus de 10 % du PIB, tandis qu'au Lesotho, elles représentaient près de 30 % du PIB. En Égypte, les transferts de fonds ont dépassé les recettes du canal de Suez, tandis qu'au Maroc, ils ont dépassé les recettes du tourisme (Kessy & Shayo, 2022). Les mécanismes de financement basés sur l'épargne et les transferts de fonds de la diaspora pourraient donc combler un vide important créé par la réduction de l'aide au développement.

## 2.6. Transition épidémiologique

Les données sur la charge de morbidité montrent que l'Afrique est en pleine transition épidémiologique (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024). La Figure 2 montre qu'en 1990, les maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles (TMNN) représentaient environ 73 % de la charge totale de morbidité. En 2023, leur part était tombée à environ 51 %, soit une réduction de 30 % sur la période. Cette évolution reflète les progrès soutenus réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses, la santé maternelle et infantile, la vaccination et les interventions de santé publique de base. Toutefois, ces progrès sont contrebalancés par la croissance rapide des maladies non transmissibles (MNT), dont la part dans la charge de morbidité a augmenté de 95 % entre 1990 et 2023, passant d'environ 20 % à 38 %. Les blessures sont également devenues plus importantes, augmentant de 41 %, et représentent désormais près de 11 % de la charge totale. Cette transition souligne l'émergence d'une charge de morbidité multiforme, dans laquelle les défis de longue date liés aux maladies transmissibles coexistent avec une augmentation rapide des MNT et des blessures. Cette charge est exacerbée par les épidémies et les catastrophes naturelles telles que les inondations, les sécheresses, les cyclones et les vagues de chaleur qui affectent directement ou indirectement la santé.

**Figure 2 : Part de la charge totale de la maladie pour l'Afrique en 1990 et 2023**



**Source des données :**

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Étude sur la charge mondiale de morbidité (GBD) 2023, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

### 3.7. Conclusion

Ce chapitre a présenté les enjeux contextuels qui façonnent le financement de la santé en Afrique. Une croissance économique modérée et inégale, une dette publique croissante et des chocs mondiaux récurrents ont restreint la marge de manœuvre budgétaire, limitant la capacité des gouvernements à augmenter les dépenses de santé publique. Dans le même temps, l'aide au développement dans le domaine de la santé a fortement diminué, une tendance aggravée par la reclassification des revenus, avec des pays sortant du programme de financement concessionnel et spécifique à certaines maladies avant que les systèmes nationaux ne soient pleinement prêts à absorber les coûts associés. Ensemble, ces dynamiques accélèrent le transfert de la responsabilité du financement vers les budgets nationaux et les ménages, augmentant les risques pour l'équité et la continuité des services.

Les changements démographiques intensifient encore ces défis. La croissance démographique rapide a entraîné une urbanisation rapide et une dépendance accrue d'une part et, d'autre part, une population en âge de travailler croissante qui pourrait stimuler la croissance économique. Les possibilités d'emploi limitées ont contribué à l'augmentation de la migration économique à l'intérieur et à l'extérieur du continent. Bien que principalement motivée par les moyens de subsistance, cette mobilité a généré des flux de transferts de fonds importants, qui dépassent désormais l'aide publique au développement et représentent une source stable de revenus susceptible de soutenir le financement de la santé. Dans le même temps, la transition épidémiologique de l'Afrique se caractérise par la coexistence de maladies transmissibles, de maladies non transmissibles en augmentation, de blessures et d'épidémies récurrentes. Prises ensemble, ces tendances définissent les paramètres dans lesquels des options viables de financement de la santé doivent être conçues et évaluées.

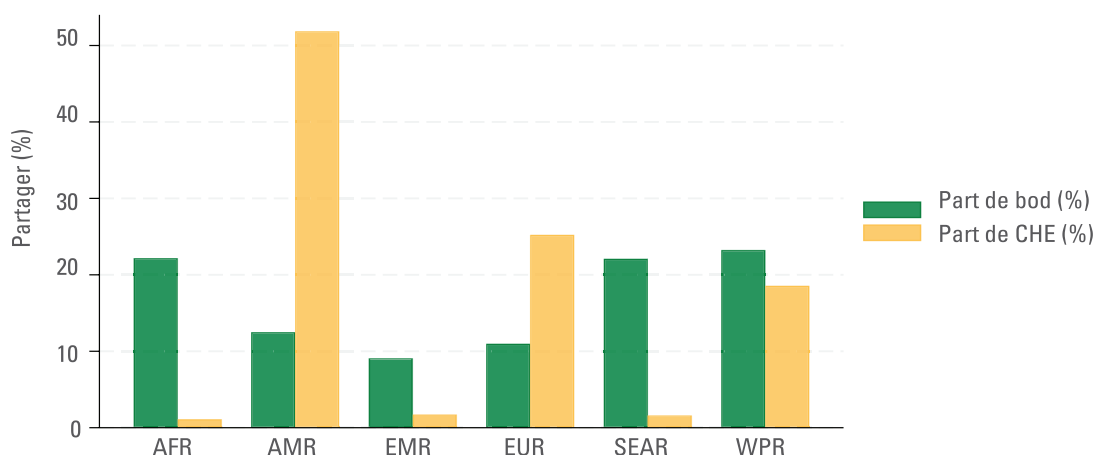
Moderate and uneven economic growth, rising public debt, and recurrent global shocks have constrained fiscal space, limiting governments' ability to expand public health spending.

## 4. Situation du financement de la santé en Afrique

### 4.1. Financement de la santé par continent par rapport à la charge de morbidité

Les dépenses mondiales actuelles en matière de santé ont été estimées à 10 300 milliards de dollars en 2022, dont 5 200 milliards dans les Amériques, 2 500 milliards en Europe, 1 900 milliards dans la région du Pacifique occidental, 170 milliards dans la région de la Méditerranée orientale, 159 milliards en Asie du Sud-Est et 110 milliards en Afrique (*Global Burden of Disease Collaborative Network, 2025*). Les dépenses mondiales de santé par continent ne correspondent toutefois pas à la charge de morbidité, ce qui met en évidence un déséquilibre structurel qui persiste depuis des décennies (*Murray & Lopez, 1997*). La Figure 3 montre que l'Afrique représentait environ 22 % de la charge mondiale de morbidité, mais seulement environ 1 % des dépenses mondiales actuelles de santé (DAS). Ce déséquilibre contraste fortement avec les régions à dépenses élevées : les Amériques, qui supportent 12 % de la charge de morbidité, absorbent 52 % des dépenses mondiales de santé, tandis que l'Europe, avec 11 % de la charge, représente 25 % des DAS.

**Figure 3 : Part de la charge de morbidité par rapport à la part des dépenses de santé actuelles par région, 2023**



**Remarque :** AFR = région Afrique ; AMR = région des Amériques ; EMR = région Méditerranée orientale ; EUR = région Europe ; SEAR = région Asie du Sud-Est ; WPR = région Pacifique occidental

#### Sources des données :

Réseau collaboratif sur la charge mondiale de morbidité. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2023 (GBD 2023). Institut pour la mesure et l'évaluation de la santé (IHME), 2024. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

Institut pour la mesure et l'évaluation de la santé (IHME) (2025). Financer la santé mondiale. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Les dépenses de santé en Afrique sont principalement financées par des fonds nationaux plutôt que par des fonds externes, comme le montre le *Tableau 1*. Les dépenses nationales comprennent les dépenses publiques nationales, les dépenses des ménages et les autres dépenses privées. En 2022, 77 % des dépenses de santé en Afrique étaient nationales et 23 % étaient externes. Cela laisse entrevoir une lueur d'espoir quant à la capacité du continent à financer les services de base, mais suscite également des inquiétudes, car une grande partie de ce financement national provient des paiements directs, estimés à 35 % des dépenses totales de santé (DTS). Cela signifie que la charge est transférée aux ménages, ce qui affaiblit la mutualisation des risques et perpétue les inégalités.

Il existe des variations entre les régions de l'Union africaine (UA) en termes de composantes des dépenses (*Tableau 1*). Les dépenses à la charge des patients sont les plus faibles dans la région de l'Afrique australe (9,2 %), tandis qu'elles sont les plus élevées dans la région de l'Afrique de l'Ouest (47,8 %). Les dépenses externes sont les plus élevées dans la région de l'Afrique australe (32,8 %) et presque au même niveau dans la région de l'Afrique de l'Est (32,3 %), et les plus faibles dans la région de l'Afrique du Nord (5,2 %). Les dépenses nationales publiques sont

les plus élevées dans la région d’Afrique du Nord (48,2 %), puis dans la région d’Afrique australe (45,7 %) et les plus faibles dans la région d’Afrique de l’Ouest (29,2 %).

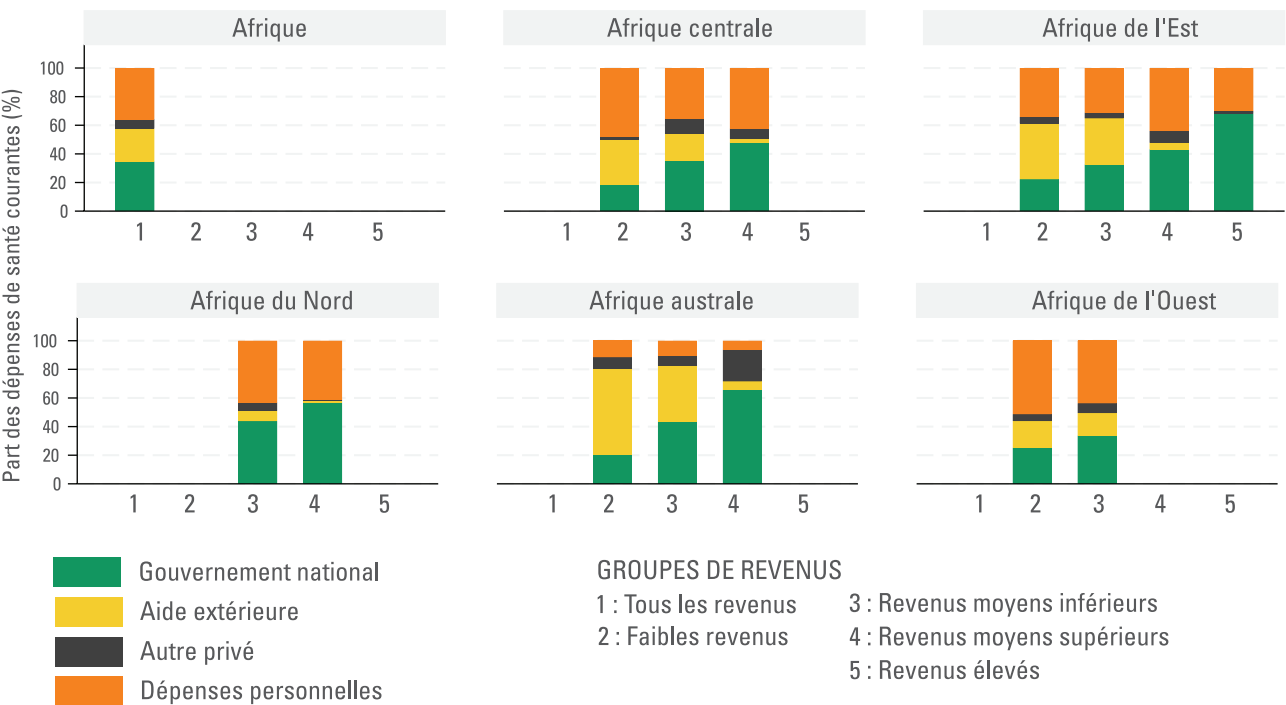
Une analyse plus approfondie des dépenses à la charge des patients est présentée dans la *Figure 3*. Il existe un gradient économique clair dans les dépenses publiques et externes pour toutes les régions ; les pays à faible revenu ont des contributions publiques moins élevées que les pays à revenu plus élevé et leurs dépenses externes sont plus élevées que celles des pays à revenu plus élevé. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur affichent une forte dépendance à l’égard du financement extérieur ou des dépenses à la charge des patients, ou des deux, ce qui reflète un espace budgétaire restreint et une mutualisation des risques limitée. Les pays à revenu intermédiaire inférieur et supérieur d’Afrique centrale et orientale présentent un profil mitigé, avec un financement intérieur en hausse, mais des dépenses à la charge des patients élevées, ce qui suggère que la transition économique ne s’est pas automatiquement traduite par une protection financière efficace.

**Tableau 1 : Parts des dépenses totales de santé par composante dans l’Union africaine et ses sous-régions**

| Sous-région de l’Union africaine | Dépenses à la charge des patients | Dépenses de santé externes | Dépenses publiques | Autres dépenses privées |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------------|
| Afrique australe                 | 9,2                               | 32,8                       | 45,7               | 12,3                    |
| Afrique de l’Est                 | 33,7                              | 32,3                       | 29,5               | 4,5                     |
| Afrique centrale                 | 40,8                              | 19,5                       | 32,4               | 7,3                     |
| Afrique du Nord                  | 42,4                              | 5,2                        | 48,2               | 4,3                     |
| Afrique de l’Ouest               | 47,8                              | 17,3                       | 29,2               | 5,8                     |
| <b>Afrique</b>                   | <b>35,7</b>                       | <b>23,1</b>                | <b>34,7</b>        | <b>6,6</b>              |

Institut pour la mesure et l’évaluation de la santé (IHME) (2025). Financer la santé mondiale. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

**Figure 4 : Financement public, Financement des ménages, autre financement privé et externe par région de l’Union africaine et par niveau de revenu des États en 2022**



**Source des données :**

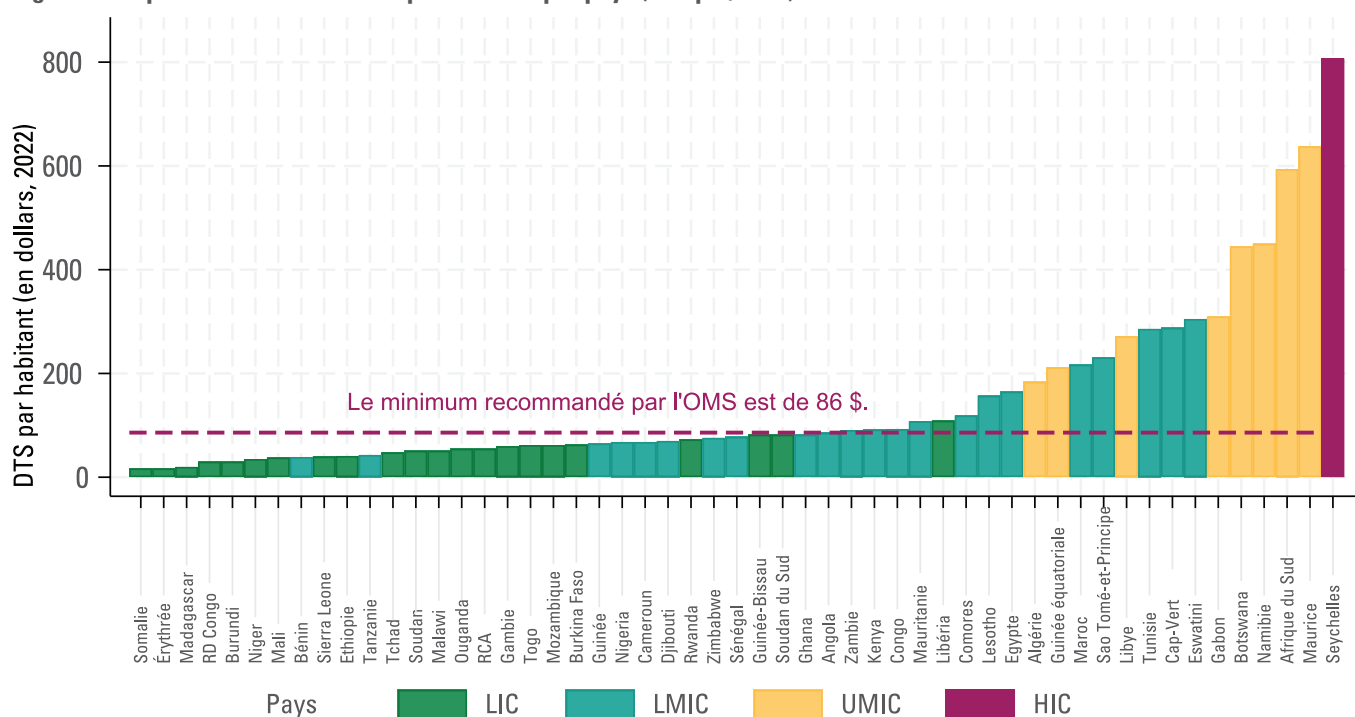
Base de données mondiale de l’OMS sur les dépenses de santé (mise à jour<sup>le</sup> 12 décembre 2025).

<https://apps.who.int/nha/database>

## 4.2. Répartition du financement de la santé par habitant

Les dépenses de santé par habitant en Afrique ont augmenté progressivement au fil du temps, principalement grâce à la croissance des dépenses publiques de santé et, dans une moindre mesure, à l'aide au développement dans le domaine de la santé. Si l'on se base sur le minimum recommandé par l'OMS, soit 86 dollars US par habitant pour fournir un ensemble de services de santé essentiels, seuls environ 40 % des pays africains (21 sur 53) atteignent ou dépassent ce seuil. Près de 60 % des pays africains se situent en dessous du minimum, ce qui indique que la majorité des populations africaines vivent dans des contextes où les ressources allouées au système de santé de base sont structurellement insuffisantes. Un seul pays à faible revenu (PFR), le Libéria, atteint le seuil de référence de 86 dollars américains. Certains pays à revenu intermédiaire inférieur (PRII), tels que le Kenya, l'Égypte, le Maroc, la Tunisie et le Cap-Vert, atteignent ou dépassent le minimum recommandé par l'OMS, tandis que de nombreux autres restent en dessous du seuil, malgré une capacité fiscale supérieure à celle des PFR. Cela reflète une hiérarchisation inégale des priorités en matière de santé dans les budgets publics, plutôt qu'un simple écart de revenus.

Figure 5 : Dépenses totales de santé par habitant par pays (Afrique, 2022)



Source des données : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). Financing Global Health. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

## 4.3. Dépenses totales de santé et résultats Haut du formulaire

La Figure 5 compare l'indice de couverture des services (ICS) de la couverture sanitaire universelle (CSU) par Dépenses totales de Santé (DTS) par habitant pour les États membres de l'UA selon le type de système de financement de la santé. La classification des systèmes de financement de la santé est basée sur l'approche d'Arhin et al. (2023), selon laquelle un système est classé comme public, privé ou externe si l'une de ces sources de financement dépasse 50 %, ou comme mixte si aucune des sources de financement n'atteint au moins 50 %. Dans tous les pays, des DTS par habitant plus élevées sont généralement associées à un ICS de la CSU plus élevé, mais la relation n'est pas linéaire. Les pays ayant des niveaux de dépenses similaires ont des résultats de couverture différents, ce qui indique que le type de système et son organisation implicite, qui déterminent la manière dont les ressources sont mises en commun, achetées et gérées, sont tout aussi importants que le montant des dépenses.

Les systèmes publics atteignent systématiquement un ICS de la CSU plus élevé avec des niveaux comparables, voire inférieurs, de DTS par habitant. Citons par exemple le Ghana (DTS/habitant, 82 dollars US, ICS-CSU 57), la Tunisie (276 dollars US, ICS-CSU 76) et l'Afrique du Sud (570 dollars US, ICS-CSU 75). Cela s'explique probablement par le financement basé sur le budget, la mise en commun des ressources et les achats stratégiques, qui permettent de traduire plus effica-

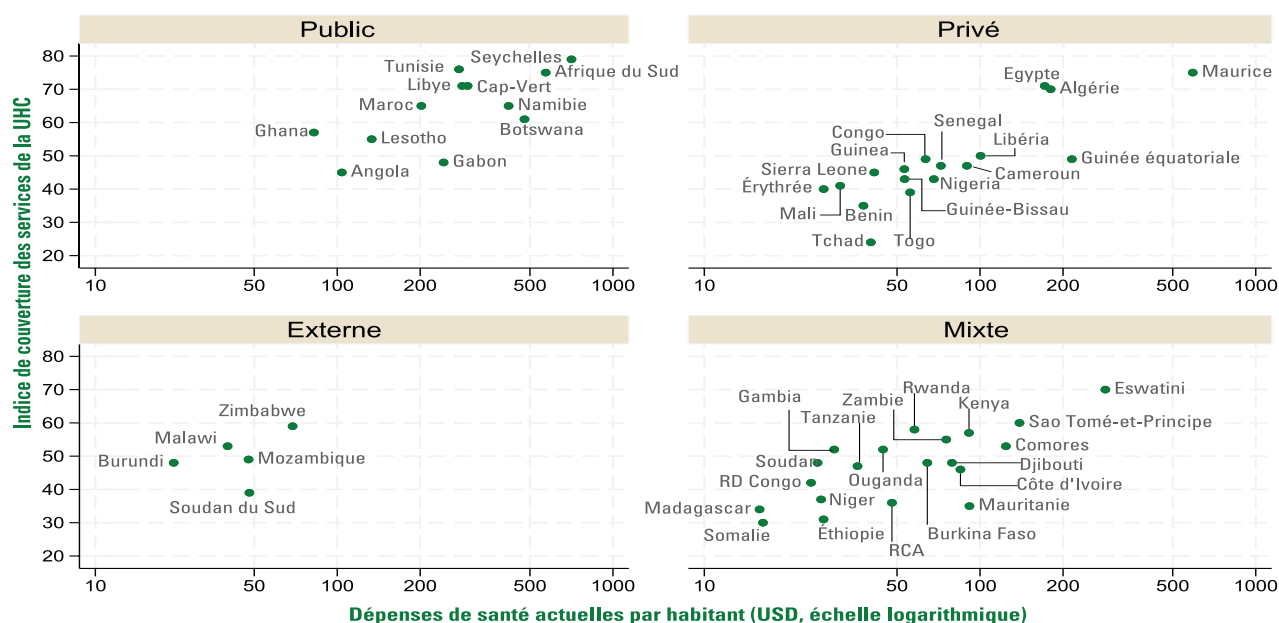
cement les dépenses en couverture de services. Même lorsque la part des dépenses à la charge des patients reste importante, la prédominance du budget public permet d'ancrer l'expansion de la couverture.

Les systèmes privés affichent souvent des DTS par habitant modérées à élevées, mais l'ICS-CSU est à la traîne par rapport aux systèmes publics à des niveaux de dépenses similaires. Citons par exemple le Nigeria (90 dollars US, ICS-CSU 47), le Cameroun (72 dollars US, ICS-CSU 47) et la Guinée équatoriale (215 dollars US, ICS-CSU 49). Ces trois pays ont également des parts de dépenses à la charge des patients très élevées (> 60 %). Cela signifie que la fragmentation des dépenses privées ne garantit pas la couverture des services et que les dépenses élevées des ménages gonflent les DTS par habitant sans produire de gains proportionnels en matière de couverture universelle.

Les systèmes à prédominance externe atteignent un ICS-CSU modéré avec des DTS par habitant faibles, mais les résultats plafonnent rapidement. On peut citer comme exemples le Malawi (40 dollars US, ICS-CSU 53), le Mozambique (48 dollars US, ICS-CSU 49) et le Zimbabwe (69 dollars US, ICS-CSU 59). Cela montre que le financement des bailleurs de fonds peut temporairement augmenter la couverture, en particulier pour les services prioritaires, mais que les gains en matière de couverture sont fragiles, très spécifiques à chaque programme et ne s'inscrivent pas dans les systèmes nationaux d'achat ou fiscaux.

Les systèmes mixtes présentent la plus grande dispersion : faibles dépenses et faible couverture, mais aussi des cas de dépenses à la charge des patients inefficacement élevées avec des gains limités en matière de couverture universelle. Citons par exemple l'Éthiopie (27 dollars US, ICS-CSU 31), la République démocratique du Congo (24 dollars US, ICS-CSU 42) et le Kenya (91 dollars US, ICS-CSU 57). Aucune source de financement n'est suffisamment dominante pour ancrer le système. La fragmentation entre les dépenses publiques, celles des bailleurs de fonds et celles des ménages affaiblit le pouvoir d'achat, la responsabilité et la planification, ce qui fait que les systèmes mixtes sont confrontés aux plus grandes pertes d'efficacité.

**Bas du formulaire Figure 6 : Financement total de la santé par habitant par rapport à l'indice de couverture des services de la CSU**



#### Remarque :

classification des systèmes de santé adoptée par Arhin et al. (2023) avec les modifications suivantes. Le Togo, l'Algérie, l'Érythrée, le Soudan du Sud, la Libye, le Maroc, la Tunisie, l'Égypte, Djibouti, la Somalie, le Soudan, l'Ouganda et la Tanzanie, qui ne figuraient pas dans l'étude, ont été ajoutés et classés selon la même méthodologie, mais pour les données de 2022.

#### Sources des données :

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). Financing Global Health.

<http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Organisation mondiale de la santé (2025).

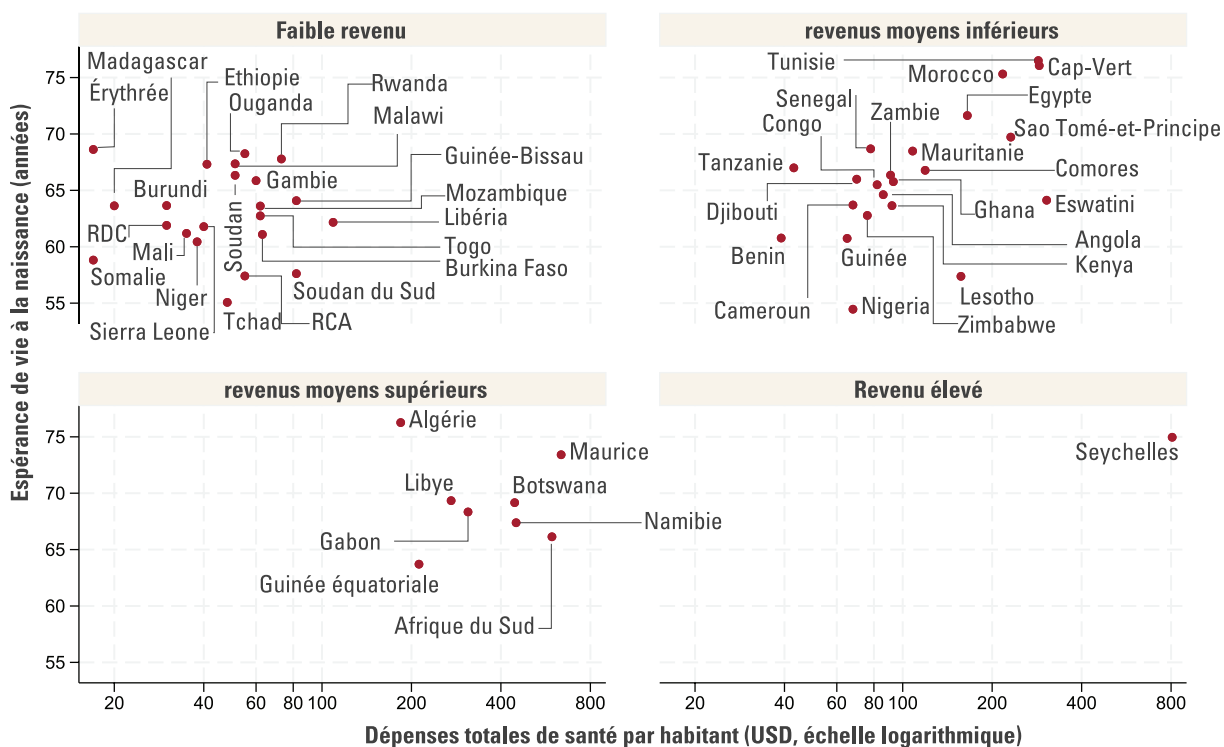
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

La Figure 5 met l'accent sur la relation entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie. Elle montre que les pays à faible revenu se situent à des niveaux très bas en matière de dépenses de santé (généralement inférieurs à 80 dollars US par habitant), mais présentent des écarts importants en termes d'espérance de vie, qui varie entre 55 ans et près de 70 ans. Plusieurs pays à faible revenu (par exemple l'Érythrée, l'Éthiopie, le Rwanda, l'Ouganda et le Malawi) atteignent des résultats en matière d'espérance de vie comparables, voire supérieurs, à ceux de certains pays à revenu intermédiaire inférieur, malgré des ressources extrêmement limitées. En revanche, les pays confrontés à la fragilité, aux conflits ou à une gouvernance défailante (par exemple le Tchad, la République centrafricaine et le Soudan du Sud) affichent des résultats nettement inférieurs pour des niveaux de dépenses similaires.

Les pays à revenu intermédiaire inférieur affichent un large éventail de dépenses de santé (environ 60 à 300 dollars US par habitant) et des niveaux de performance variables. Plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), dont les dépenses sont modérées (par exemple, la Mauritanie, Djibouti, le Sénégal, la Tanzanie, le Congo et la Zambie) obtiennent des résultats en matière d'espérance de vie comparables à ceux de leurs homologues qui dépensent beaucoup plus. Les pays à revenu intermédiaire supérieur et les Seychelles dépensent beaucoup plus par habitant, entre 300 et 800, mais l'espérance de vie est très variable, entre 68 et 77 ans. Quelques pays à revenu intermédiaire supérieur (PRIS) obtiennent des résultats moins bons que les pays à revenu intermédiaire inférieur ayant des niveaux de dépenses similaires.

Dans toutes les catégories de revenus, les données confirment que l'espérance de vie est le résultat de systèmes intersectoriels cohérents, et non des seules dépenses de santé. S'il reste nécessaire d'augmenter les dépenses de santé, en particulier dans les pays à faible revenu, les améliorations les plus durables en matière de santé publique découlent de la manière dont les pays organisent leur économie, fournissent des biens publics et investissent dans les secteurs qui influent sur la santé. Les réformes du financement de la santé seront donc plus efficaces si elles s'inscrivent dans des stratégies de développement plus larges qui accordent la priorité à la prévention, à l'équité et à l'action multisectorielle.

**Figure 7 : Dépenses totales de santé par habitant par rapport à l'espérance de vie selon le niveau de revenu des pays pour les États membres de l'Union africaine, 2023**



#### Sources des données :

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). Financing Global Health. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>  
 Organisation mondiale de la santé (2025). <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

#### 4.4. Canaux de financement de la santé

Le financement de la santé en Afrique est très fragmenté, avec de multiples sources de financement, agents financiers et partenaires de mise en œuvre opérant de manière indépendante ou en parallèle, ce qui entraîne souvent des inefficacités et des difficultés dans la navigation du système de santé et la prestation des services (Malakoane et al., 2020 ; Siita et al., 2019). Au Malawi, par exemple, la cartographie des ressources du secteur de la santé pour 2017/2018 a montré qu'il existait 191 sources de financement et 261 partenaires de mise en œuvre (gouvernement du Malawi, 2017). Une étude multinationale a recensé en moyenne 23 systèmes de financement de la santé par pays dans 11 pays africains, soulignant le degré élevé de fragmentation et la complexité du paysage financier (Akhnif et al., 2018).

#### 4.5. L'efficacité des systèmes de santé africains

L'ampleur de l'inefficacité des dépenses de santé est considérable. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 20 à 40 % des ressources consacrées à la santé dans le monde sont gaspillées en raison de l'inefficacité (Organisation mondiale de la santé, 2010). Dans le contexte africain, on estime que les systèmes de santé fonctionnent avec une efficacité moyenne d'environ 67 % (Sun et al., 2017). Ces inefficacités résultent d'une combinaison de facteurs structurels et institutionnels, notamment l'utilisation abusive des intrants de santé, l'allocation sous-optimale des ressources, la faiblesse des pratiques de gestion et les lacunes des systèmes de gestion des finances publiques, ainsi que le financement imprévisible et spécifique à certaines maladies des bailleurs de fonds, qui est mal aligné sur les priorités nationales.

La prédominance des rémunérations personnelles et des allocations pour les médicaments et les fournitures médicales dans les budgets gouvernementaux, respectivement environ 55 % et 25 %, rend particulièrement cruciale l'amélioration de l'efficacité dans ces deux domaines (Toure et al., 2023 ; Wirtz et al., 2017). Dans le domaine des ressources humaines pour la santé, les défis documentés comprennent une mauvaise combinaison de compétences, une mauvaise répartition du personnel en faveur des établissements de niveau supérieur, un transfert inapproprié des tâches qui surcharge certains cadres spécifiques et la persistance de travailleurs fantômes (Engidaw et al., 2023 ; Nyawira et al., 2022 ; Okoroafor et al., 2022). Les programmes de formation continue financés principalement par des partenaires externes sont coûteux, tant sur le plan financier qu'en termes de coût d'opportunité lié à la perte de temps des agents de santé. Dans certains cas, ils sont répétitifs en raison du taux de rotation élevé du personnel, ce qui augmente encore les pertes (Nakiire et al., 2019).

Les inefficacités sont également causées par une planification et une exécution verticalisées, avec des systèmes de financement, des ressources humaines, des systèmes de données, une supervision, des infrastructures et des équipements spécifiques à chaque maladie, entre autres (Kruk et al., 2010). Dans certains cas, les fonds verticaux n'ont pas été alloués aux besoins sanitaires prioritaires, ou ont été alloués à des interventions qui ont un coût d'opportunité élevé en termes de gains sanitaires perdus dans d'autres domaines programmatiques. Dans de nombreux cas, l'absorption des ressources des donateurs a été faible en raison d'exigences de financement strictes ou inadéquates. Du côté de la demande, la prestation de services verticaux a entraîné de multiples visites de patients, des évaluations répétées et des occasions manquées de détection précoce et de continuité des soins.

Au-delà des contraintes techniques, les facteurs de gouvernance jouent également un rôle important : l'ampleur de la lutte contre la corruption et la force de l'État de droit sont des déterminants essentiels de l'efficacité dans le domaine de la santé (Drama et al., 2025). Enfin, comme indiqué précédemment dans ce chapitre, le type de système de santé influence également l'efficacité, les modalités de financement et de prestation plus fragmentées étant généralement associées à une utilisation moins efficace des ressources et à des résultats moins bons.

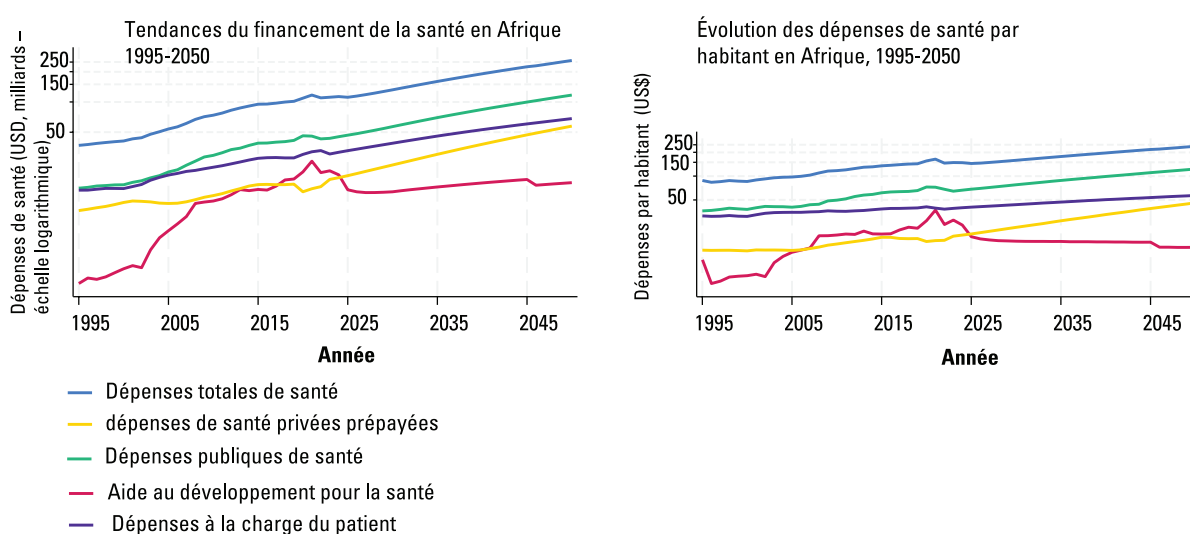
#### 4.6. Financement prévu de la santé en Afrique, 2025-2050

Les données relatives aux dépenses de l'IHME pour la période 1995-2022 et les projections financières pour la période 2023-2050 montrent que le financement de la santé en Afrique devrait connaître une croissance régulière entre 1995 et 2050, mais que sa composition devrait évoluer (*Figure 7*) (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025). Le financement de la santé pour le continent africain passera d'environ 112 milliards de dollars américains en 2025 à 260 milliards de dollars américains en 2050, ce qui implique un taux de croissance annuel moyen d'environ 3,4 %, inférieur à la croissance moyenne entre 1995 et 2019, qui était de 4,3 % par an. Les dépenses publiques de santé (DPS) passeront de 47 milliards de dollars américains en 2025 à 120 milliards

de dollars américains en 2050, soit un taux de croissance annuel moyen de 3,8 %. Les dépenses de santé privées (DSP) passeront d'environ 51 milliards de dollars américains en 2025 à 126 milliards de dollars américains en 2050, soit un taux de croissance annuel moyen de 3,7 %. Les dépenses à la charge des patients (OOP), qui font partie des DSP, passeront de 33 milliards de dollars américains en 2025 à 69 milliards de dollars américains en 2050, soit un taux de croissance annuel moyen de 3 %. Bien que les dépenses à la charge des patients augmentent plus lentement que les dépenses publiques de santé et les dépenses privées de santé, elles continueront d'augmenter en termes absolus. Elles représenteront en moyenne 59 % des dépenses privées de santé par an pour l'ensemble de la période. L'aide au développement pour la santé restera globalement stable en termes réels, passant de 13 milliards de dollars en 2025 à 16 milliards de dollars en 2050, soit une croissance moyenne de 0,7 %. Les variables correspondantes par habitant affichent une croissance inférieure aux chiffres globaux. Par exemple, l'aide par habitant augmentera beaucoup plus lentement, à raison de 1,52 % par an. Cela s'explique probablement par l'effet modérateur de la croissance démographique en Afrique, qui devrait atteindre en moyenne 1,89 % par an au cours de la même période.

En résumé, la croissance des dépenses de santé sera principalement orientée par les dépenses publiques et privées, les dépenses à la charge des patients représentant la majeure partie des dépenses publiques de santé. La croissance stable des aides au développement confirme que l'Afrique ne peut plus planifier ses systèmes de santé en fonction de l'augmentation des flux de dons. La croissance globale modérée par rapport aux décennies précédentes suggère que les gains supplémentaires ne seront pas suffisants ; un financement structurel de la santé et des réformes connexes sont essentiels.

**Figure 8 : Projections du financement de la santé en Afrique, 1995-2050**



**Source des données :** Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). Financing Global Health. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

## 4.6. Conclusion

Le financement de la santé en Afrique reste inadapté à la charge de morbidité qui pèse sur le continent. Celui-ci supporte environ 22 % de la charge mondiale de morbidité, mais ne représente qu'environ 1 % des dépenses mondiales actuelles en matière de santé. Si les sources nationales financent désormais environ 77 % des dépenses de santé totales, contre 23 % provenant de l'aide extérieure, ce tableau global masque une vulnérabilité critique : en 2025, les dépenses directes des ménages représentaient environ 64 % des dépenses de santé nationales, soit 35 % des dépenses de santé totales. Ce niveau de dépendance à l'égard des paiements directs des ménages soulève de sérieuses préoccupations en matière d'équité, de protection financière et d'accès aux soins. Si l'on se base sur le minimum recommandé par l'OMS, soit 86 dollars US par habitant, nécessaire pour fournir un ensemble de services de santé essentiels, seuls environ 40 % des pays africains (21 sur 53) atteignent ou dépassent actuellement ce seuil.

Les comparaisons entre les dépenses de santé et les résultats sanitaires soulignent en outre que le niveau des dépenses ne détermine pas à lui seul les performances. Si des dépenses de santé totales par habitant plus élevées sont généralement associées à une meilleure couverture des services de santé universelle, cette relation n'est pas linéaire. Des pays ayant des niveaux de dépenses similaires obtiennent souvent des résultats très différents en matière de couverture, ce qui indique que le type de système de santé, son organisation et les modalités d'achat sont aussi importants que le niveau des dépenses lui-même. Les systèmes caractérisés par une fragmentation et une mise en commun insuffisante affichent systématiquement des performances inférieures à celles des modèles plus intégrés et ancrés dans le secteur public.

Dans toutes les catégories de revenus, les données confirment également que l'espérance de vie est influencée par des systèmes intersectoriels cohérents plutôt que par les seules dépenses de santé. Bien qu'il reste nécessaire d'augmenter les dépenses de santé, en particulier dans les pays à faible revenu, les gains les plus durables en matière de santé publique sont obtenus grâce à la manière dont les pays organisent leur économie, fournissent des biens publics et investissent dans les secteurs qui influencent les résultats sanitaires, notamment l'éducation, la nutrition, l'eau et l'assainissement, le logement, les transports et la protection de l'environnement. Les réformes du financement de la santé seront donc plus efficaces lorsqu'elles s'inscrivent dans des stratégies de développement plus larges qui accordent la priorité à la prévention, à l'équité et à l'action multisectorielle, conformément à l'approche « La santé dans toutes les politiques ».

Le chapitre démontre en outre que l'inefficacité est une contrainte structurelle majeure. En moyenne, les systèmes de santé africains fonctionnent à environ 67 % de leur efficacité, les pertes étant dues à une mauvaise allocation des ressources, à la fragmentation, à la faiblesse de la gestion des finances publiques et à des défaillances de gouvernance. Ces inefficacités représentent non seulement une perte fiscale, mais aussi une opportunité importante : le recouvrement d'une partie seulement des ressources gaspillées pourrait générer une marge de manœuvre budgétaire substantielle, réduire la dépendance à l'égard des financements extérieurs et accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire. La fragmentation reste une caractéristique déterminante du financement de la santé en Afrique, avec de multiples sources de financement, agents financiers et partenaires de mise en œuvre opérant en parallèle, ce qui nuit à la coordination, à la responsabilité et à l'efficacité de la prestation des services.

À l'avenir, le financement de la santé en Afrique devrait passer d'environ 112 milliards de dollars américains en 2025 à 260 milliards de dollars américains en 2050, principalement grâce aux dépenses publiques et privées. Cependant, les dépenses à la charge des patients devraient rester la composante dominante des dépenses de santé privées, perpétuant ainsi les risques pour l'équité et la protection financière. Dans le même temps, la stagnation ou la baisse de l'aide au développement dans le domaine de la santé confirme que l'Afrique ne peut plus planifier ses systèmes de santé en fonction de l'augmentation des flux de dons. L'avenir du financement de la santé sur le continent dépendra donc de l'efficacité avec laquelle les pays mobiliseront leurs ressources nationales, réduiront les inefficacités et restructureront le financement vers des systèmes mutualisés, prépayés et gérés par les pouvoirs publics, capables de soutenir la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire.

**Le financement de la santé en Afrique devrait passer d'environ 112 milliards de dollars américains en 2025 à 260 milliards de dollars américains en 2050, principalement grâce aux dépenses publiques et privées.**

## 5. Financement de la santé et réformes connexes pour soutenir le programme AHSS

### 5.1. Introduction

S'appuyant sur les conclusions du chapitre précédent, le présent chapitre présente un ensemble de réformes ciblées visant à réaligner les systèmes de financement de la santé en Afrique sur les piliers du programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS). Tout d'abord, le chapitre met en avant le principe « un plan, un budget, un rapport » comme fondement d'un financement cohérent du secteur de la santé, soulignant la nécessité d'ancrer toutes les ressources nationales et externes dans une stratégie nationale unique et chiffrée en matière de santé. En lien étroit avec cela, il appelle à l'alignement de l'aide extérieure sur les plans nationaux, en s'éloignant d'un financement fragmenté et basé sur des projets pour s'orienter vers un financement prévisible qui renforce les systèmes nationaux et la responsabilité. Ensuite, le chapitre se concentre sur les réformes en matière d'efficacité comme levier central pour élargir l'espace budgétaire sans imposer de charges financières supplémentaires aux ménages. Ces réformes ciblent les principaux facteurs d'inefficacité, notamment les ressources humaines dans le domaine de la santé, la conception des prestations de santé, les mécanismes d'achat groupé de produits de santé, le cofinancement et la mise en œuvre intersectoriels, et l'intégration de la prestation de services.

Troisièmement, le chapitre souligne l'importance de renforcer la gestion des finances publiques (GFP) dans le secteur de la santé, reconnaissant que la faible crédibilité budgétaire, l'exécution fragmentée et les contrôles limités des dépenses compromettent l'efficacité des dépenses de santé nationales et externes. Quatrièmement, en réponse directe aux données faisant état de dépenses à la charge des patients toujours élevées, le chapitre donne la priorité à la réduction de ces dépenses en Afrique en réorientant le financement vers des mécanismes mutualisés et prépayés qui améliorent la protection financière et l'équité. Des stratégies de mobilisation des ressources nationales sont ensuite proposées, notamment des mécanismes de financement innovants. Enfin, le chapitre préconise les achats stratégiques comme une réforme essentielle pour garantir que les ressources disponibles soient utilisées pour acheter des services prioritaires auprès des prestataires de manière à encourager la qualité, l'efficacité et la couverture, plutôt que de simplement financer les intrants. Ensemble, ces réformes constituent un programme cohérent de transformation du financement qui répond directement aux faiblesses structurelles identifiées dans le chapitre précédent et offre une voie pratique pour traduire l'augmentation des dépenses en gains mesurables en matière de santé et en progrès vers la couverture sanitaire universelle.

### 5.2. Un plan, un budget et un rapport

Le cadre « un plan, un budget et un rapport » (OPBR) répond au problème de la multiplicité des plans stratégiques et des cas d'investissement que les pays ont élaborés en réponse aux conditions imposées par des flux de financement fragmentés. Les plans stratégiques multiples font souvent double emploi avec les activités de renforcement des systèmes de santé et les indicateurs utilisés pour les mesurer, et ils fixent des objectifs différents pour des indicateurs similaires. Le financement des différents plans stratégiques passe par différents canaux vers des programmes spécifiques et vers différents partenaires de mise en œuvre. Il existe des processus d'examen parallèles pour les différents plans stratégiques, qui s'appuient sur différents cadres de suivi et d'évaluation (y compris des outils de collecte de données, tels que les registres des établissements de santé et les systèmes de santé numériques). En unifiant les processus de planification, de budgétisation et d'examen, le cadre OPBR réduit les ressources financières et le temps consacré par le personnel à ces processus redondants.

**Un seul plan :** L'objectif principal du plan unique devrait être de faciliter la définition conjointe des priorités, en particulier la définition conjointe d'objectifs à l'échelle du secteur au sein des ministères de la santé et avec les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes. Le plan unique sera mis en œuvre à la fois au niveau stratégique et au niveau opérationnel. Au niveau stratégique, un plan stratégique national pour le secteur de la santé devrait être élaboré sur la base d'un format convenu par toutes les parties prenantes, y compris les bailleurs de fonds nationaux et les initiatives mondiales en matière de santé. Au niveau opérationnel, la définition conjointe des priorités doit être menée sur la base d'un format et de structures de gouvernance convenus. La question à laquelle il faut répondre est la suivante : « Compte tenu du total des ressources disponibles pour la santé pour l'exercice fiscal, dans quelle mesure le secteur de la santé fera-t-il passer les objectifs du niveau actuel au niveau souhaité, et quels systèmes de santé et investissements connexes seront nécessaires ? »

L'approche « Un plan » part du principe qu'il existe un ensemble de services de santé ou de prestations de santé réalisable qui comprend des interventions (promotionnelles, préventives, curatives, réadaptatives et palliatives) dans tous les domaines programmatiques. Ce type de planification peut être facilité par des modèles couvrant toutes les maladies et l'ensemble du système de santé, par opposition aux approches de modélisation spécifiques à une maladie (Hallett et al., 2025 ; Verguet et al., 2019). Le processus de planification est donc axé sur l'élargissement de l'accès à cet ensemble de services grâce aux investissements nécessaires dans les systèmes de santé.

Les éléments essentiels d'un plan unique solide sont les suivants :

- Il doit être chiffré de manière à satisfaire de manière optimale les représentations des coûts exigées par les différentes parties prenantes, à commencer par le gouvernement, les initiatives mondiales en matière de santé, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les autres parties prenantes. Cela implique qu'il doit y avoir un consensus sur des représentations des coûts réalisables.
  - Le calcul des coûts doit être effectué de manière non statique, mais susceptible d'être régulièrement mis à jour avec un minimum d'efforts.
- Étant donné que le plan unique est mis en œuvre au niveau infranational, son processus de définition des priorités et des objectifs doit être conçu de manière à permettre et à éclairer les plans uniques des autorités infranationales et des établissements de santé. Cela pourrait impliquer une approche itérative descendante et ascendante.
- Le plan unique annuel devrait être conçu de manière à s'adapter aux différents exercices financiers des principales parties prenantes, si nécessaire, afin de tenir compte des différents exercices financiers des différentes parties prenantes clés.

Le processus du plan unique devra s'accompagner d'un processus de gestion du changement afin de remédier aux incitations perverses existantes.

**Budget unique** : l'objectif principal du budget unique devrait être de financer les priorités identifiées dans le plan unique. Le soutien budgétaire dans le cadre d'une approche sectorielle de la santé est la norme de référence pour le budget unique. Cependant, lorsque le soutien budgétaire ne peut être mis en œuvre, la création de mécanismes de mise en commun des fonds en dehors du système de gestion des finances publiques est devenue de plus en plus courante. Cela a principalement pris la forme d'unités de mise en œuvre de projets uniques (SPIU). L'ambition des SPIU peut varier en fonction du contexte. Les options comprennent l'une ou plusieurs des mesures suivantes :

- Rassembler le personnel des unités de mise en œuvre de projets (PIU) de différents projets sous la direction d'un seul responsable (généralement un fonctionnaire) afin de coordonner leurs opérations.
- En plus du point précédent, rationaliser le personnel
- Harmoniser les processus et les systèmes de gestion financière et d'approvisionnement entre les différents bailleurs de fonds

**Rapport unique** : l'objectif du rapport unique est de suivre la mise en œuvre du plan unique, l'exécution du budget unique et de contrôler les dépenses. Les mesures que les pays peuvent prendre pour évoluer vers le rapport unique comprennent :

- Définir, dans le cadre du plan unique, une liste d'indicateurs clés que toutes les parties prenantes du secteur de la santé utiliseront pour suivre la mise en œuvre du plan unique
- Concevoir une architecture de l'information qui fournira des données pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé
- Rationaliser les outils de collecte de données fragmentés (registres des établissements de santé ou outils numériques) afin de les aligner sur la liste des indicateurs clés
- Parvenir à un consensus entre les parties prenantes sur les exigences minimales d'un audit unique du secteur de la santé
- Renforcer les capacités de l'institution supérieure d'audit et des fonctions internes de finance et d'audit du ministère de la Santé
- Consolider les examens programmatiques en examens sectoriels

### 5.3. Réaligner l'aide extérieure sur le plan national

Pour que l'approche « Un Plan, Un Budget, Un Rapport (OPBR) » soit mis en œuvre efficacement, les pays doivent s'engager dans un processus de réalignement de tout le soutien externe à l'OPBR. Les étapes suivantes sont recommandées :

- Impliquer les bailleurs de fonds nationaux et les initiatives mondiales en matière de santé dans le financement du plan unique, plutôt que d'entraîner le gouvernement dans différents processus de demande de financement
- Évaluer le paysage du financement de la santé dans le pays grâce à un exercice de cartographie des ressources qui recense les ressources existantes pour le plan unique, en déterminant le volume de ressources qui est réellement aligné et celui qui ne l'est pas
- À l'aide des données issues de la cartographie des ressources, évaluer les domaines qui sont surfinancés ou sous-financés par rapport aux besoins, les ressources qui sont affectées à des approches de prestation peu rentables et la part du budget total du secteur de la santé qui est à la discrétion du gouvernement.
- Sur la base de cette évaluation, impliquer les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes et élaborer un plan de réaffectation des ressources et, surtout, apporter des changements structurels au processus d'allocation des ressources.

### 5.4. Réformes en matière d'efficacité

Compte tenu de la croissance annuelle moyenne modeste du financement total de la santé en Afrique entre 2023 et 2050, les gains d'efficacité seront la source la plus immédiate d'espace budgétaire. Il est donc impératif que les pays analysent les postes budgétaires récurrents et d'investissement dans le domaine de la santé et identifient les domaines d'inefficacité. Sur la base des problèmes d'efficacité diagnostiqués dans la section 4.5, la section propose les domaines de réforme dans *Tableau 2* sur la base de la logique énoncée.

**Tableau 2 : La logique des réformes en matière d'efficacité**

| Logique                                                                                                                            | Domaine de réforme                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Que devrait réaliser le gouvernement de manière réaliste, avec le soutien des bailleurs de fonds et des autres parties prenantes ? | Ensemble de prestations de santé                  |
| Comment le secteur de la santé peut-il minimiser les coûts des intrants nécessaires à la mise en œuvre de ce programme ?           | Ressources humaines pour la santé, achats groupés |
| Comment le secteur de la santé peut-il combiner efficacement les intrants afin d'obtenir un bénéfice maximal en matière de santé ? | Intégration de la prestation de services          |
| Comment le secteur de la santé peut-il améliorer les résultats sanitaires au-delà de ses propres activités ?                       | Cofinancement et mise en œuvre intersectoriels    |

#### 5.4.1. Des programmes de prestations de santé

Les services de santé ou les programmes de prestations sont généralement conçus pour couvrir les besoins essentiels d'un pays en matière de santé, mais l'influence des bailleurs de fonds et des partenaires a parfois conduit à l'inclusion d'interventions qui peuvent s'avérer peu rentables ou financièrement non viables pour le pays. En outre, la hiérarchisation des interventions a été effectuée de manière cloisonnée, ce qui a conduit à des programmes fragmentés qui ne maximisent pas la valeur des ressources disponibles. De plus, ces interventions ont pu être mises en œuvre selon des approches peu rentables.

Les mesures de réforme suivantes sont suggérées :

- Redéfinir les priorités des interventions dans le cadre d'une approche holistique tenant compte de tous les critères importants, notamment la rentabilité, le coût d'opportunité et la viabilité (Glassman et al., 2017).
- Définir des conditions d'accès/droits clairs à l'ensemble des prestations de santé et des mécanismes d'application, en particulier dans les systèmes financés par l'impôt qui fournissent des services gratuits au point d'accès.

- Utiliser l'évaluation des technologies de santé (ETS) pour ajouter des services à l'ensemble des prestations de santé existantes. Cela peut impliquer la mise en place de structures d'ETS là où elles n'existent pas et le renforcement des capacités nécessaires des différentes parties prenantes.

## 5.4.2. Ressources humaines pour la santé

La réforme des ressources humaines pour la santé (RHS) est une condition préalable pour dégager des gains d'efficacité dans l'ensemble du système de santé et permettre à d'autres réformes du financement et de la prestation de services de prendre effet. Les rémunérations personnelles représentent environ 55 % des budgets de santé des gouvernements, alors qu'en moyenne, seulement 6 % environ de l'aide au développement pour la santé (ADS) sur la période 1990-2021 ont été alloués au renforcement des capacités des RHS (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025). Compte tenu de ce déséquilibre, des réformes ciblées des RHS représentent l'une des plus grandes opportunités de gains d'efficacité. Les réformes suivantes sont recommandées :

### 5.4.2.1. Combinaison de compétences et configuration de la main-d'œuvre

- Examiner la combinaison de compétences à différents niveaux du système de santé afin de s'assurer que la composition de la main-d'œuvre correspond à l'évolution des besoins de la population en matière de santé et aux modèles de prestation de services.
- Procéder à une évaluation holistique des cadres de santé à tous les niveaux de soins, y compris la manière dont ils sont formés, déployés et utilisés.
- Réévaluer les parcours de formation initiale et continue afin de s'assurer que les compétences sont développées au stade le plus approprié du continuum de formation.

### 5.4.2.2. Réforme de la formation continue

- Améliorer l'efficacité de la formation en cours d'emploi en élaborant des programmes intégrés qui réduisent les doublons entre les programmes et les domaines thérapeutiques.
- Développer l'utilisation de plateformes de formation numériques et en ligne rentables, y compris des mécanismes d'apprentissage entre pairs, afin de fournir un contenu standardisé à grande échelle.
- Promouvoir le partage de contenus de formation en ligne entre les pays et les institutions pour des cadres similaires afin de réduire les coûts de développement et de prestation.
- Évaluer régulièrement les composantes de la formation continue qui peuvent être transférées vers la formation initiale afin de générer des gains d'efficacité durables.

### 5.4.2.3. Gestion de la paie et gouvernance de la main-d'œuvre

- Mettre en place des audits réguliers de la paie afin de traiter des problèmes tels que les travailleurs fantômes, les classifications inappropriées et les fuites de paie.
- Compléter les audits de la paie par la numérisation des systèmes de gestion de la paie et des ressources humaines afin d'améliorer la transparence, le contrôle et la responsabilité.
- Les données disponibles suggèrent que la mise en œuvre de réformes liées à l'amélioration de la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé peut générer des gains d'efficacité pouvant atteindre 26 % (Kurowski et al., 2003), ce qui souligne le rôle central de la réforme des ressources humaines dans le domaine de la santé dans le cadre plus large du financement de la santé et de l'efficacité des systèmes.

## 5.4.3. Mécanismes d'achat groupé pour les produits de santé

En moyenne, les médicaments et les fournitures médicales représentent 25 % des budgets de santé en Afrique (Wirtz et al., 2017). La plupart des produits de santé sont achetés par les dépôts médicaux centraux du gouvernement, qui passent par des appels d'offres. Le recours à des « intermédiaires » est inefficace et augmente le prix unitaire des médicaments. C'est pourquoi des mécanismes d'achat groupé ont vu le jour. Les avantages de l'approvisionnement groupé comprennent la réduction des prix unitaires, des coûts de la chaîne d'approvisionnement et de la charge administrative, l'amélioration de l'assurance qualité, la réduction des possibilités de corruption et une plus grande équité de l'approvisionnement sur tous les marchés (Barton et al., 2022 ; Prakash et al., 2025). Le

Mécanisme africain d'approvisionnement groupé (APPM) est une initiative stratégique menée par Africa CDC afin d'améliorer l'accessibilité financière, la disponibilité et l'accès équitable aux fournitures médicales essentielles dans tous les États membres de l'Union africaine (UA). Afin de tirer parti des gains d'efficacité liés à l'approvisionnement groupé, les mesures suivantes sont suggérées aux pays :

- Réviser les normes juridiques et réglementaires, les directives thérapeutiques et les régimes d'importation et douaniers afin de permettre les achats groupés.
- Renforcer les systèmes de gouvernance liés à l'approvisionnement en produits de base afin de lutter contre les intérêts particuliers et les incitations perverses.
- Réviser les incitations inadaptées, telles que les politiques visant à renforcer la fabrication pharmaceutique locale et le potentiel de recettes des autorités nationales de réglementation des médicaments pour les frais d'enregistrement des produits médicaux (Barton et al., 2022).

Il a été démontré que les achats groupés peuvent réduire les prix des médicaments jusqu'à 33 % (Dubois et al., 2021).

En moyenne, les médicaments et les fournitures médicales représentent environ 25 % des budgets de santé en Afrique (Wirtz et al., 2017), ce qui en fait le deuxième poste de dépenses après les ressources humaines. Dans la plupart des pays africains, les produits de santé sont achetés par les dépôts médicaux centraux du gouvernement dans le cadre d'appels d'offres nationaux et internationaux. Cependant, la fragmentation des modalités d'achat et le recours à des intermédiaires augmentent les coûts de transaction et gonflent les prix unitaires, ce qui nuit au rapport qualité-prix.

En réponse à ces inefficacités, des mécanismes d'approvisionnement groupé ont vu le jour comme une réforme essentielle pour améliorer le pouvoir d'achat et la performance de la chaîne d'approvisionnement. Les données montrent que l'approvisionnement groupé peut réduire les prix unitaires, diminuer les coûts administratifs et ceux de la chaîne d'approvisionnement, améliorer l'assurance qualité, réduire les possibilités de corruption et renforcer l'équité dans l'accès aux marchés (Barton et al., 2022 ; Prakash et al., 2025). Le Mécanisme africain d'achat groupé (APPM), dirigé par Africa CDC, est une initiative continentale stratégique visant à améliorer l'accessibilité financière, la disponibilité et l'accès équitable aux produits médicaux essentiels dans tous les États membres de l'UA. Afin de tirer pleinement parti des gains d'efficacité liés aux achats groupés, les pays peuvent envisager les mesures suivantes :

- Réviser les cadres juridiques et réglementaires, y compris les lois sur les achats, les directives thérapeutiques et les régimes d'importation et douaniers, afin de permettre la participation à des accords d'approvisionnement groupé.
- Renforcer les systèmes de gouvernance des achats afin de lutter contre les intérêts particuliers, de réduire le pouvoir discrétionnaire et d'atténuer les incitations perverses qui nuisent à la compétitivité des achats.
- Aligner les incitations industrielles et réglementaires, en particulier lorsque les politiques visant à promouvoir la fabrication pharmaceutique dans le pays ou les objectifs de génération de revenus des autorités nationales de réglementation des médicaments, tels que les frais d'enregistrement, peuvent involontairement fausser les décisions d'achat (Barton et al., 2022).

Des données empiriques suggèrent que des mécanismes d'achat groupé bien conçus peuvent réduire les prix des médicaments jusqu'à 33 % (Dubois et al., 2021). On s'attend à ce que, à mesure que la production pharmaceutique locale se développe et que davantage de produits de santé proviennent d'Afrique, les gains d'efficacité liés aux achats groupés augmentent.

#### **5.4.4. Intégration de la prestation de services**

Afin de réduire les doublons causés par le travail en silos et de lutter efficacement contre le fardeau multiforme que représentent les maladies en Afrique, les systèmes de santé verticaux doivent être restructurés et repensés pour devenir des modèles intégrés et centrés sur le patient, en particulier dans le domaine des soins de santé primaires (Shortell, 2021). Les données suggèrent que les services intégrés et centrés sur la personne peuvent améliorer l'état de santé et constituer un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle (Kruk et al., 2010 ; Lê et al., 2016). Bien que de nombreuses études soient hétérogènes, avec des parcours adaptés au contexte et aux besoins, les données actuelles suggèrent que les soins intégrés axés sur le patient, en particulier aux niveaux

primaire et secondaire, améliorent la prestation des services, facilitent l'accès et la participation des patients et améliorent ou maintiennent les résultats pour les patients (Chireshe et al., 2024 ; Danielle Yugbaré Belemsaga et al., 2018 ; Harrison & Jordan, 2022 ; Kivuyo et al., 2023 ; Mitchell et al., 2015). Des études économiques récentes sont prometteuses en matière de réduction des frais à la charge des patients et des coûts globaux des programmes, à condition de maintenir la qualité des services intégrés (plus de services par visite et meilleure utilisation des infrastructures et du personnel) ; une intégration mal mise en œuvre peut entraîner une augmentation des temps d'attente et de la charge de travail du personnel sans gains proportionnels en matière de santé (Moucheraud et al., 2020 ; Wroe et al., 2022).

#### 5.4.4.1. *Modèles d'intégration explorés sur le continent africain*

De nombreux pays ont combiné le VIH, la tuberculose, la santé maternelle et infantile et, de plus en plus, l'hypertension et le diabète en une seule visite de soins de santé primaires ou en cliniques de soins chroniques « à guichet unique », en recourant souvent à la délégation de tâches aux infirmières et aux agents cliniques, ainsi qu'à des directives cliniques harmonisées. Voici quelques exemples :

- **Intégration du VIH, de la santé maternelle et infantile (SMI) et de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) :** services liés au VIH dans les cliniques de SMI, allant des soins complets liés au VIH et de l'initiation au Traitement antirétroviral (TAR) à des services partiels (Humphrey et al., 2023).
- **Intégration de la PTME dans les soins généraux de santé maternelle et infantile** dans l'ouest du Kenya (Berlacher et al., 2020).
- **Intégration des services de santé maternelle et infantile**, tels que le planning familial, les soins postnatals et les vaccinations, dans plusieurs pays d'Afrique orientale et occidentale (Cooper et al., 2020 ; Danielle Yugbaré Belemsaga et al., 2018 ; Dulli et al., 2016 ; Hamon, Kambanje, Pryor, Kaponda, Mwale, Burchett et al., 2022 ; Hamon, Kambanje, Pryor, Kaponda, Mwale, Webster et al., 2022 ; Nelson et al., 2019 ; Vance et al., 2014).
- **Prise en charge combinée du VIH, de la tuberculose et des MNT**, où le personnel de santé, la pharmacie, les dossiers médicaux, l'enregistrement, les salles d'attente et les services de laboratoire sont partagés (Kivuyo et al., 2023).

Les modèles de prestation intégrés ne se concentrent plus uniquement sur le VIH, mais englobent désormais le renforcement complet des soins de santé primaires. Ces modèles sont fondamentalement centrés sur le patient et visent à structurer et à coordonner efficacement la prestation des soins de santé afin d'améliorer les résultats.

- Au Mozambique, cela a impliqué la mise en place de services de TAR au sein des unités existantes, la formation continue du personnel, le renforcement des laboratoires, des tests, des systèmes d'orientation, l'extension des tests dans les services de tuberculose, l'intégration des services de VIH et de soins prénatals, et l'amélioration de la gestion des districts (Pfeiffer et al., 2010).
- Au Botswana et au Nigeria, des directives nationales ont été élaborées pour intégrer les services liés au VIH et/ou aux soins de santé primaires, fournissant des orientations stratégiques étape par étape pour positionner la prestation de services intégrés dans les soins primaires et secondaires afin d'améliorer les résultats en matière de santé. (Gouvernement fédéral du Nigeria, 2013)
- Au Malawi, le modèle de soins complets comprend trois voies : a) un dépistage intégré offrant une série de tests à tous les patients ; b) des cliniques de santé maternelle et infantile ; c) des cliniques pour les maladies chroniques combinant le VIH et d'autres maladies chroniques. Cette approche a inclus la réorganisation des installations et de l'espace, la formation et le mentorat du personnel, l'amélioration du diagnostic et de la disponibilité des médicaments pour les MNT, et le développement d'un registre de dépistage intégré (Wroe et al., 2015, 2020).

#### 5.4.4.2. *Mesures suggérées pour mettre en œuvre la réforme de l'intégration*

Cette réforme marque une transformation majeure dans la conception et la prestation des services de santé, passant d'une approche fragmentée et axée sur les programmes à un modèle unifié, centré sur les personnes et coordonné à l'échelle nationale. Pour promouvoir des soins centrés sur le client, il est essentiel de passer d'initiatives spécifiques à certaines maladies, telles que la tuberculose, le TAR/VIH ou le planning familial, à un continuum de soins complet qui réponde à l'ensemble des besoins des clients. Ce continuum comprend l'éducation à la santé, la

promotion, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les services de soutien et l'orientation vers des spécialistes, le tout avec des services et des ressources intégrés à chaque étape pour les pathologies prioritaires. Les mesures recommandées sont les suivantes :

- Créer un plan d'intégration pour les établissements de santé qui illustre clairement comment la prestation des soins de santé passera de méthodes fragmentées à un système cohérent et intégré à différents niveaux. Cela implique d'identifier, de concevoir et de mettre en œuvre des services d'intégration, éventuellement en utilisant des modèles en étoile qui incluent l'orientation et des systèmes de transport d'échantillons. Des mises à jour et des ajustements des lignes directrices, des protocoles et des cadres de gouvernance seront nécessaires pour soutenir cette transition.
- Réaliser des évaluations de l'état de préparation des établissements de santé afin d'orienter les ajustements à apporter aux intrants des soins de santé. Les exemples suivants sont fournis pour certains piliers spécifiques :
  - *Main-d'œuvre* : Initier un changement de mentalité parmi les professionnels de santé afin qu'ils adoptent une nouvelle approche en matière de prestation de services de santé. Cela pourrait impliquer la mise à jour des formations initiales et continues, ainsi que des programmes de mentorat, afin de soutenir les soins de santé intégrés. Une délégation efficace des tâches et une redéfinition des rôles au sein des équipes de soins gérant une plus grande variété de cas, guidées par une formation et des incitations appropriées (Angwenyi et al., 2020), pourraient s'avérer nécessaires. En outre, il pourrait être nécessaire d'ajuster les effectifs des établissements de santé afin d'améliorer la prestation des services. Par exemple, une récente étude de modélisation a montré que l'intégration d'un cadre de personnel de santé spécialisé en pharmacie dans les centres de santé augmentait la disponibilité des produits médicaux de 85 % (Mohan et al., 2024).
- Les réformes catalytiques suivantes au niveau national et de district devraient soutenir les efforts d'intégration au niveau des établissements de santé :
  - Transition d'une approche programmatique à une approche de calcul des coûts à l'échelle du système ou de la plateforme de prestation de services
  - Quantification unifiée des médicaments et des fournitures médicales, et prévision conjointe des équipements et des produits médicaux pour plusieurs sources de financement
  - Intégration des systèmes de chaîne d'approvisionnement et de transport des échantillons
  - Supervision et examens intégrés
  - Rationalisation des outils de collecte de données et exploration des options de numérisation intégrée
  - Définition intégrée des objectifs, financement et rapports cohérents à tous les niveaux de la hiérarchie du système de santé grâce à un mécanisme « un plan, un budget, un rapport ».

#### 5.4.5. Cofinancement et mise en œuvre intersectoriels

La réforme du financement de la santé s'est traditionnellement concentrée sur les changements pouvant intervenir au sein du secteur de la santé. Bien que cela soit important, les soins de santé ne sont qu'un des déterminants sociaux de la santé (DSS). Il a été démontré que le lourd fardeau des maladies responsables de décès prématurés résulte en grande partie des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que des systèmes et des forces plus larges qui façonnent ces conditions (CSDH, 2008 ; Mihret et al., 2022). Les principaux domaines des DSS, tels qu'identifiés par plusieurs cadres, comprennent : la stabilité économique (revenu, emploi, richesse et sécurité financière), l'accès à l'éducation et sa qualité, l'accès aux soins de santé et leur qualité, le quartier et l'environnement bâti/physique (logement, sécurité, expositions environnementales), le contexte social et communautaire (soutien social, discrimination, engagement communautaire), les normes culturelles et sociales, les expériences de la petite enfance et les facteurs comportementaux.

Il est généralement admis que les déterminants sociaux de la santé contribuent dans une proportion nettement plus importante aux résultats en matière de santé que les seuls soins médicaux. Cependant, le pourcentage exact attribué aux DSS varie selon les sources. Certaines études ont montré que les déterminants sociaux et les comportements liés à la santé représentent 80 à 90 % des facteurs modifiables qui contribuent aux résultats en matière de santé de la population, tandis que les soins de santé seuls ne représentent que 10 à 20 % (Lagziel et al., 2024 ; Mihret et al., 2022 ; Sandhu et al., 2021 ; Suntai, 2021). Une étude a estimé que les facteurs sociaux, comportementaux et environnementaux représentaient jusqu'à 70 % des résultats en matière de santé (Markatou et al., 2023). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les déterminants sociaux contribuent à 30-55 % des résultats en matière de santé (Tan et al., 2022). Les facteurs sociaux et économiques représenteraient près de 50 % des résultats en matière de santé, contre 16 % pour les soins cliniques (Dzau et al., 2024). Les facteurs sociaux

et environnementaux représentent entre 45 % et 60 % de la variation des résultats en matière de santé (Roszko-Wójtowicz et al., 2025).

Par conséquent, un programme de réforme du financement de la santé qui se concentre uniquement sur les changements du système de soins de santé ne contribuera pas efficacement à améliorer la santé de la population. Il est donc recommandé aux pays d'adopter une approche de cofinancement intersectoriel. Le cofinancement intersectoriel est une approche de financement dans laquelle deux ou plusieurs secteurs ou responsables budgétaires, ayant chacun des objectifs différents, cofinancent une intervention qui fait progresser simultanément leurs objectifs respectifs (Guthrie & Webb, 2019). Les coûts des interventions sont répartis entre les « secteurs bénéficiaires », sur la base de l'estimation par chaque secteur du coût d'opportunité et de sa capacité à payer pour les résultats escomptés. Le cofinancement ne nécessite pas nécessairement des ressources supplémentaires, mais il contribue plutôt à optimiser l'allocation des ressources existantes entre les secteurs afin de maximiser les résultats intersectoriels (Guthrie & Webb, 2019). Les mesures suivantes sont recommandées aux pays pour mettre en œuvre un financement intersectoriel.

- Créer un comité de planification et de budgétisation conjoint avec les ministères/départements/agences (MDA) responsables de certains déterminants sociaux clés de la santé. Il n'est peut-être pas possible pour un tel comité d'inclure tous les DSS, d'où la nécessité d'établir des priorités. L'alignement sur les politiques nationales déclarées, par exemple l'accent mis sur le développement du capital humain dans certains contextes, peut faciliter la sélection des MDA. Ce comité peut être chargé des actions suivantes :
  - Identifier les domaines prioritaires clés pour la planification et la budgétisation conjointes de la mise en œuvre. Cela peut inclure l'utilisation de données et d'outils appropriés, tels que des approches de modélisation intersectorielle, pour estimer les avantages et les coûts d'opportunité pour le payeur, ainsi que leur capacité à réaffecter les budgets existants pour certains services/résultats à d'autres ayant des résultats potentiellement plus importants, même au niveau régional ou départemental (Guthrie & Webb, 2019).
  - Harmoniser avec le budget intersectoriel les ressources externes qui n'utilisent pas le système de gestion des finances publiques et qui sont actuellement réparties entre divers acteurs et utilisent des flux de fonds et des systèmes de gestion parallèles.
  - Faire pression conjointement, en tant que MDA, en faveur de réformes réalisables de la gestion des finances publiques (GFP) qui permettent une budgétisation intersectorielle et la responsabilisation. Plus important encore, les possibilités offertes par le système actuel de GFP doivent être explorées.
- Sensibiliser et obtenir l'adhésion nécessaire des différentes parties prenantes, en particulier au niveau des districts.

## 5.5. Renforcer la gestion des finances publiques (GFP) dans le secteur de la santé.

Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) jouent un rôle central pour garantir que les fonds destinés au secteur de la santé sont utilisés de manière efficace et efficiente afin de fournir des services à fort impact. Une GFP efficace permet d'orienter les fonds vers les populations et les interventions prioritaires et fournit un financement prévisible, ce qui permet aux ministères de la santé d'élaborer des plans réalistes et ambitieux avec une plus grande assurance (Masis et al., 2021). Les pays qui ont réalisé des progrès significatifs vers la couverture sanitaire universelle ont compté sur une part dominante des fonds publics pour financer la santé (Mcintyre et al., 2017). La qualité des systèmes de GFP est associée de manière positive à l'amélioration des résultats en matière de santé, tels que la réduction de la mortalité infantile, en particulier dans les pays qui canalisent davantage de dépenses par le biais des systèmes gouvernementaux (Dieleman et al., 2019). La solidité des systèmes de GFP varie d'un pays africain à l'autre, certains pays comme l'Afrique du Sud, le Rwanda et l'Éthiopie étant en avance, tandis que la majorité des pays sont à la traîne (Piatti-Fünfkirchen & Schneider, 2018). Parmi les défis courants en matière de GFP, on peut citer

- **Une planification, une budgétisation et un financement fragmentés et incohérents** : le problème provient d'abord du faible lien entre les plans de développement nationaux et les nombreux plans stratégiques programmatiques dans le secteur de la santé, puis entre les plans stratégiques programmatiques et la structure budgétaire. Cela est lié aux nombreux fonds hors budget et projets gérés par des bailleurs de fonds qui sont mis en place pour financer des plans fragmentés dans le secteur de la santé (Bertone et al., 2019 ; Tsofa et al., 2017).

- **Faible crédibilité budgétaire** : l'incapacité des gouvernements à exécuter de manière fiable les budgets comme prévu, ce qui entraîne un manque de confiance parmi les parties prenantes, des écarts fréquents entre les dépenses budgétisées et les dépenses réelles, et une dépendance à l'égard de l'aide extérieure pour les services et les investissements clés publics (Pierre & Diaby, 2025). Par exemple, des écarts importants entre les montants budgétés et les dépenses réelles, avec des différences supérieures à 50 % dans 66 % des pays étudiés, ont été observés pour les budgets consacrés à la vaccination (Griffiths et al., 2020). En outre, les déficits de recettes et les hypothèses macroéconomiques et budgétaires optimistes compromettent l'exécution (Asante et al., 2024). La faible crédibilité budgétaire peut également être due à des déblocages budgétaires inadéquats ou tardifs et à la faiblesse des systèmes d'approvisionnement (Mukwena & Manyisa, 2022 ; Olani-ran et al., 2022).
- **Faiblesse de la gestion de trésorerie et des contrôles des engagements** – la faiblesse des prévisions de trésorerie affecte la prévisibilité de l'exécution budgétaire des entités gouvernementales, annule le système de contrôle des engagements, car les ministères engagent des dépenses sans confirmation de la disponibilité des fonds, érode la confiance des entités publiques et conduit à l'accumulation de domaines. La mise en œuvre inefficace d'un compte unique du Trésor (CUT) ou la mise en œuvre insuffisante des Systèmes intégrés d'information sur la gestion financière contribuent à ce problème.
- **Accumulation et mauvaise gestion des arriérés** – les arriérés envers les fournisseurs de biens et de services sont très répandus et ne sont souvent pas déclarés de manière transparente dans les comptes budgétaires. Cela masque le déficit budgétaire réel et crée une dette implicite (Duran et al., 2014 ; Glenngård & Maina, 2007).
- **Faiblesse de la surveillance, de la transparence et de la responsabilité** – Les parlements approuvent souvent les budgets avec un examen limité, tandis que les institutions supérieures de contrôle produisent des rapports tardivement, avec un suivi limité, et les sanctions pour utilisation abusive des fonds publics ne sont pas mises en œuvre ou sont faiblement appliquées (Bertone et al., 2019). En outre, la structure budgétaire est opaque pour de nombreuses parties prenantes, notamment les citoyens et les organisations de la société civile (OSC). Cela rend difficile la surveillance budgétaire et la prise de décisions fondées sur des données probantes.
- **Faiblesses en matière de gestion de la dette et des risques budgétaires** – Les pays ont été confrontés à une augmentation de leur dette en raison de nombreux facteurs divers, notamment les fluctuations des taux de change, les chocs externes, la dépendance vis-à-vis des matières premières et la faiblesse de la gestion de la dette publique. Un endettement élevé restreint la marge de manœuvre budgétaire pour la prestation de services publics.
- **Données insuffisantes et incohérentes pour le suivi des performances de la GFP** - Les données nécessaires au suivi et à l'évaluation du budget ne sont pas suffisamment disponibles aux différents niveaux du système de santé, en particulier au niveau infranational et au niveau des établissements de santé. Cela s'explique par la fragmentation des systèmes ; par exemple, le SIGF peut contenir les dépenses salariales et celles liées aux produits de santé, tandis que les données ventilées sur les agents de santé et les produits de santé se trouvent dans un système d'information sur la gestion des ressources humaines (SIGRH) et dans le système ouvert de gestion logistique (OpenLMIS), et ces systèmes ne sont pas interopérables. Deuxièmement, étant donné que la hiérarchie du système de santé comporte différentes responsabilités, les informations budgétaires relatives à un niveau mais exécutées à un autre niveau ne sont pas disponibles au niveau auquel elles se rapportent. Par exemple, les produits de santé sont achetés au niveau national mais livrés aux établissements de santé, alors que les informations sur le budget et les dépenses ne sont disponibles qu'au niveau du district, de la région ou du pays (Dominic Nkhoma, 2025).
- **Incohérence entre la GFP et les objectifs de santé.** Les réformes de la gestion des finances publiques sont souvent conçues et mises en œuvre sans tenir suffisamment compte des objectifs du système de santé, ce qui entraîne des compromis involontaires qui nuisent à la prestation des services. Par exemple, la décentralisation fiscale peut renforcer l'autonomie et la réactivité des prestataires au niveau infranational, mais lorsque les responsabilités en matière de dépenses sont transférées sans autorité fiscale correspondante ni mécanismes de péréquation, elle peut exacerber les inégalités géographiques en matière de financement et de résultats sanitaires entre les collectivités locales (Birru et al., 2024 ; Tsoga et al., 2017). De même, les réformes du compte unique du Trésor (CUT), tout en renforçant le contrôle des liquidités et la discipline budgétaire, peuvent limiter l'autonomie des établissements de santé lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière à supprimer ou à restreindre les comptes bancaires opérationnels des prestataires de services de première ligne. Dans de tels cas, la conception et l'application du CUT peuvent entrer en conflit avec le financement direct des établissements de santé et les réformes plus larges en matière d'autonomie des prestataires, limitant

ainsi la capacité des établissements à planifier, à gérer les ressources et à répondre aux besoins locaux en matière de prestation de services.

- **Contraintes de capacité et lacunes des systèmes** - Pénurie de professionnels qualifiés dans le domaine des finances publiques (comptables, économistes, auditeurs), plateformes de systèmes intégrés d'information sur la gestion financière (IFMIS) incomplètes ou mal utilisées, et forte dépendance à l'égard des processus manuels, en particulier au niveau des districts et des établissements (Negera et al., 2021).

Les réformes génériques suivantes sont proposées pour relever les défis de la GFP soulignés précédemment.

- **Renforcer l'utilisation des systèmes nationaux par les bailleurs de fonds et les autres partenaires de mise en œuvre** – le point de départ doit être la rationalisation par le gouvernement de ses propres plans stratégiques, en veillant à ce que le plan unique soit aligné sur le plan de développement national et que le plan unique du secteur de la santé corresponde à la structure budgétaire et soit chiffré. Ensuite, l'aide des bailleurs de fonds doit être alignée sur un plan rationalisé du secteur de la santé (Martínez Álvarez et al., 2016 ; Watkins et al., 2025).
- **Renforcer la budgétisation, les décaissements, la mise en œuvre et le suivi des dépenses** – Les gouvernements devraient institutionnaliser le suivi des dépenses à tous les niveaux, tant pour les dépenses publiques que pour celles des bailleurs de fonds (Abubakar et al., 2022). Les gouvernements devraient également améliorer la crédibilité budgétaire en veillant à ce que les budgets soient réalistes, en renforçant la gestion de la trésorerie et les contrôles des engagements et en améliorant l'efficacité et l'efficience des systèmes de passation des marchés (Kolesar et al., 2022). Les gouvernements devraient également harmoniser les structures budgétaires à tous les niveaux de l'administration (Ravishankar et al., 2024).
- **Renforcer la transparence, la responsabilité et la gouvernance** – Les gouvernements pourraient officialiser la publication de rapports accessibles sur l'exécution du budget de la santé afin de permettre aux citoyens de demander des comptes aux responsables, en particulier lorsque les recettes proviennent de la fiscalité. Cela impliquera de renforcer les systèmes de données (Abubakar et al., 2022). Les pays pourraient également mettre en œuvre des mesures de lutte contre la corruption plus larges ou spécifiques au secteur de la santé (Drama et al., 2025).
- **Numérisation et renforcement des capacités** – La numérisation des flux de financement et de dépenses et la garantie que chaque niveau d'exécution dispose de toutes les données nécessaires à la prise de décision à ce niveau constituent une réforme importante que les pays doivent entreprendre. Par conséquent, le développement d'une architecture de l'information, qui inclut la GFP, qui décentralise et relie les données relatives à la GFP et aux performances du système de santé, constitue une réforme importante en matière de numérisation. En particulier, les fonctions clés en matière de dépenses de santé, telles que les ressources humaines et les achats, devraient être intégrées dans le SIGFP ou rendues interopérables avec celui-ci. Le renforcement des capacités institutionnelles et le changement de mentalité des fonctionnaires à tous les niveaux devront accompagner cette réforme en matière de numérisation.

Les finances publiques restent la source de financement la plus efficace pour la couverture sanitaire universelle (Yazbeck et al., 2023). De plus, l'efficacité des autres sources de financement de la santé, y compris les donateurs, dépend de la solidité des systèmes de gestion des finances publiques d'un pays (Ogbuabor & Onwujekwe, 2019). La réforme de la gestion des finances publiques (GFP) devrait être le catalyseur de la réforme du financement de la santé. Il est donc impératif que la réforme du financement de la santé s'inscrive dans le cadre d'une réforme plus large de la GFP ou soit précédée ou mise en œuvre parallèlement à des réformes plus larges de la GFP et de l'administration publique (Ravishankar et al., 2024). Lorsque des réformes du financement de la santé sont introduites avant ou sans collaboration avec les réformes de la GFP, les systèmes budgétaires non réformés peuvent nuire aux objectifs de la réforme du financement de la santé (par exemple, des contrôles rigides basés sur les intrants empêchant l'utilisation de paiements basés sur les résultats ou entravant plus largement les achats stratégiques) (Hawkins et al., 2023). L'intégration de la réforme du financement de la santé dans des réformes plus larges de la GFP jettera les bases d'initiatives intersectorielles et d'un cofinancement intersectoriel (Hanson et al., 2022). Les pays sont donc encouragés à aligner les réformes de la GFP et du financement de la santé, et un dialogue efficace entre les ministères de la Santé et des Finances est essentiel (Martínez Álvarez et al., 2016 ; Musango et al., 2012).

## 5.6. Réduire les dépenses à la charge des patients en Afrique

Les dépenses à la charge des patients représentent une part importante du financement de la santé en Afrique. Dans de nombreux pays africains, plus de 40 % des dépenses de santé proviennent des paiements à la charge des patients, certains pays affichant même des taux plus élevés. Au Nigeria, par exemple, les dépenses à la charge des patients représentaient plus des trois quarts (78 %) de toutes les dépenses de santé en 2019 et n'ont pas baissé en dessous de 70 % depuis 2005 (Abubakar et al., 2022). Dans toute l'Afrique subsaharienne, les dépenses de santé à la charge des patients s'élèvent en moyenne à environ 40 % (Garcia-Diaz et al., 2024). Seuls quelques pays, tels que le Botswana, le Mozambique, la Namibie, les Seychelles et l'Afrique du Sud, ont réussi à maintenir les contributions directes à moins de 10 % du revenu total (Agyepong, Irene Akua et al., 2017 ; Piabuo & Tieguhong, 2017). Les systèmes de santé financés par l'impôt entraînent généralement des dépenses à la charge des patients moins élevées et moins régressives que les systèmes d'assurance sociale, qui peuvent avoir des coûts à la charge des patients plus élevés et offrir une protection financière moindre aux groupes à faibles revenus, en particulier lorsqu'il existe des tickets modérateurs et des plafonds de contribution (Luyten & Tubeuf, 2025 ; Tan-Torres Edejer et al., 2008 ; Wagstaff & van Doorslaer, 1992).

Les paiements élevés à la charge des patients sont régressifs et créent des obstacles financiers à l'accès aux services de santé, ce qui augmente le risque d'appauvrissement et de dépenses de santé catastrophiques. Entre 23 % et 68 % des ménages dans 15 pays africains ont eu recours à des emprunts ou à la vente de biens familiaux pour payer des services de santé, ce qui a encore aggravé la pauvreté et les inégalités sociales (Pinzón-Flórez et al., 2015). Les paiements directs sont particulièrement lourds pour les segments les plus pauvres de la population, qui sont plus susceptibles d'engager des dépenses de santé catastrophiques (Masiye et al., 2016). L'insuffisance des mécanismes de prépaiement et de mutualisation des risques exacerbe la dépendance à l'égard des paiements directs (Kengne et al., 2013).

Stratégies suggérées pour réduire les dépenses à la charge des patients :

- **Étendre les prépaiements** – Pour les systèmes d'assurance sociale, l'extension de la couverture du régime national d'assurance permettra de réduire les dépenses à la charge des patients. Cela nécessitera une analyse contextuelle des déterminants de la faible utilisation. Pour les systèmes financés par l'impôt, les systèmes gratuits au point d'accès, le renforcement de la conformité fiscale, en particulier chez les travailleurs du secteur informel, permettra de réduire les dépenses à la charge des patients.
- **Suppression ou réduction des frais d'utilisation et exemptions** - De nombreux pays ont supprimé les frais d'utilisation pour l'ensemble de la population ou pour certains groupes démographiques tels que les femmes et les enfants, ou encore pour certains services spécifiques. L'extension de ces mécanismes permettra de réduire les paiements à la charge des patients. Dans certains contextes, cependant, la suppression ou la réduction des frais d'utilisation dépendait des ressources des bailleurs de fonds. Dans certains cas, les ressources publiques n'ont pas été fournies de manière régulière pour compenser la perte de revenus des établissements de santé. Il sera donc important d'estimer le montant que les ressources nationales peuvent couvrir lorsqu'une telle politique est proposée (Masiye et al., 2016 ; Meda et al., 2020 ; Onwujekwe et al., 2010 ; Sidze et al., 2013).
- **Renforcer la gouvernance du secteur de la santé** – Les pays doivent mettre en place/renforcer l'estimation et le suivi des dépenses à la charge des patients afin d'élaborer des politiques correctives appropriées. Il est recommandé de mener des enquêtes spéciales et d'améliorer la collecte de données afin de mieux comprendre et traiter le fardeau des dépenses à la charge des patients (Sidze et al., 2013). La part des paiements à la charge des patients qui est due à des paiements informels peut être réduite ou éliminée grâce à des mécanismes de gouvernance solides dans les établissements de santé. Il est recommandé de mettre en place des mécanismes de responsabilité sociale ou des comités/conseils de gestion des établissements de santé incluant les utilisateurs des soins de santé, afin d'améliorer la confiance et les contributions au financement de la santé (Boutin et al., 2025 ; Hussien et al., 2022). Il est également essentiel de s'attaquer aux inefficacités déjà évoquées dans le présent document et de renforcer la numérisation afin de réduire les dépenses à la charge des patients et d'améliorer les performances du système de santé (Kaseya, 2025).

### 5.7. Mécanismes de financement innovants

Les mécanismes de financement innovants sont un ensemble de solutions qui visent à lever et à canaliser des fonds et des ressources publics et privés au-delà de ceux fournis par les mécanismes de financement traditionnels (Winkler et al., 2025). Ils comprennent la conversion de la dette, les prélèvements spéciaux et les taxes affectées, les obligations, le financement mixte et le financement basé sur les résultats. Ceux-ci sont détaillés ci-dessous.

- **Conversion de la dette** : celle-ci a pris deux formes dans la pratique : 1) les échanges de dette, qui visent à augmenter le financement national de la santé en convertissant les remboursements de dette en investissements dans la santé publique, et 2) les rachats de dette, qui convertissent les crédits en subventions, souvent assortis de conditions. Le Fonds mondial, par le biais de son programme Debt2health (Dette contre la Santé), a facilité des échanges de dette dans quatorze pays, dont cinq pays africains, comme le montre le Tableau 3 . La Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) et la Commission européenne ont soutenu le Botswana avec des rachats de dette de 50 millions de dollars US et 20 millions de dollars US, respectivement, afin de combler les lacunes dans la mise en œuvre de la riposte au VIH (Atun et al., 2016).

Tableau 3 : Échanges de créances en Afrique

| Accord Debt2Health                         | Signé         | Investissement dans la santé (USD) | Montant de la conversion de dette | Programme bénéficiaire                          |
|--------------------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
| Allemagne – Côte d'Ivoire                  | Sept. 2010    | 13 millions                        | 25 millions                       | VIH et sida                                     |
| Allemagne – Égypte                         | Juin 2011     | 5 millions                         | 10 millions                       | Paludisme                                       |
| Espagne – Cameroun                         | Nov. 2017     | 10                                 | 27M                               | VIH et sida                                     |
| Espagne – République démocratique du Congo | Novembre 2017 | 3 millions                         | 9 millions                        | Paludisme                                       |
| Espagne – Éthiopie                         | Nov. 2017     | 4M                                 | 8 millions                        | Systèmes de santé résilients et durables (RSSH) |

Source : (Le Fonds mondial, 2025)

- **Taxes spéciales et taxes affectées** : les pays africains ont mis en place des taxes spéciales et des taxes affectées sur des services tels que la communication mobile et sur des produits tels que l'alcool, le tabac et les ressources naturelles telles que le pétrole brut, le gaz et les minéraux (Brikci, 2024).
- **Les obligations vertes** sont des titres de créance utilisés pour financer des projets qui présentent des avantages pour l'environnement et le climat, tels que les énergies propres, la résilience climatique, l'eau et l'assainissement, et la réduction de la pollution. Bien qu'elles ne soient pas spécifiques à la santé, les obligations vertes sont de plus en plus pertinentes pour la santé, car les risques climatiques et environnementaux sont des facteurs majeurs de vulnérabilité des maladies et des systèmes de santé. Dans le secteur de la santé, les obligations vertes pourraient financer :
  - des établissements de santé résilients au changement climatique
  - les énergies renouvelables pour les établissements de santé
  - des systèmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de gestion des déchets
  - des mesures d'adaptation au changement climatique qui réduisent les maladies sensibles au climat.

De nombreux pays africains ont émis des obligations vertes, notamment l'Afrique du Sud, le Nigeria, la Côte d'Ivoire,

le Kenya, le Maroc et le Sénégal. On estime que depuis 2012, 2,78 milliards de dollars d'obligations vertes ont été émis (Kodongo et al., 2023). Ces obligations ont été investies dans des domaines tels que les énergies renouvelables, les infrastructures vertes et l'environnement bâti durable, qui sont pertinents pour la santé.

- **Les obligations de la diaspora** sont des titres de créance émis par les gouvernements à l'intention de la diaspora, destinés à mobiliser leur épargne pour le développement national. Elles ont été mises en œuvre avec succès en Inde depuis 1991, en Israël depuis 1951 et au Sri Lanka depuis 2001 (Atun et al., 2016). En Afrique, les données montrent que seule l'Éthiopie a émis des obligations de la diaspora : l'obligation Millennium Corporate Bond en 2008 pour améliorer l'énergétique et l'obligation Grand Renaissance Dam Bond en 2011 (Kayode-Anglade & Spio-Garbrah, 2012). Leur succès dépend de flux de transferts de fonds importants et stables de la diaspora, de la confiance dans les institutions publiques, de la stabilité macroéconomique, de l'utilisation crédible des recettes et de l'engagement efficace de la diaspora. Lorsqu'elles sont bien conçues, les obligations de la diaspora peuvent fournir un financement stable à long terme à un coût inférieur à celui des emprunts commerciaux.
- **Les obligations santé** sont des titres de créance émis par des gouvernements, des banques de développement ou des entités ad hoc afin de lever des capitaux spécifiquement destinés à des investissements dans le domaine de la santé. Les investisseurs fournissent un financement initial et sont remboursés au fil du temps, généralement avec des intérêts, à partir des budgets publics, des recettes réservées ou des garanties soutenues par des donateurs. Ils permettent aux gouvernements de mobiliser des capitaux initiaux tout en répartissant les coûts dans le temps. Bien que les données sur les obligations souveraines autonomes pour la santé en Afrique soient limitées, plusieurs pays et institutions africains ont réussi à mobiliser des financements grâce à des obligations sociales, des obligations durables, des obligations à impact sur la santé basées sur les résultats et des obligations souveraines qui incluent la santé comme catégorie de dépenses éligibles.
- **Le financement mixte** implique l'utilisation stratégique de fonds publics ou concessionnels pour mobiliser des capitaux privés supplémentaires pour des investissements dans le domaine de la santé qui, autrement, seraient considérés comme trop risqués ou insuffisamment rentables. Il combine généralement des fonds publics ou provenant de donateurs (subventions, prêts concessionnels, garanties) avec des investissements privés (prêts commerciaux, capitaux propres, investisseurs institutionnels). Les fonds publics sont utilisés pour réduire les risques, par le biais de garanties ou de bonifications d'intérêts, ce qui permet d'attirer les investissements privés. Les partenariats public-privé peuvent être utilisés comme mécanismes de mise en œuvre du financement mixte.
- **Financement basé sur les résultats (FBR)** : bien que les données relatives à la viabilité et à l'impact à long terme des modèles de FBR en Afrique soient mitigées, le principe consistant à lier le financement aux résultats est essentiel à l'innovation des mécanismes de financement. Par conséquent, la conception des mécanismes de FBR doit tenir compte des faiblesses documentées des dispositifs de mise en œuvre antérieurs. Deux principes de conception sont importants : l'intégration des mécanismes de FBR dans le système de GFP et la mise en place d'incitations pour une prestation de soins de santé holistique.

## 5.8. Achats stratégiques

De nombreux systèmes de santé africains remboursent les prestataires de soins de santé d'une manière qui n'encourage pas la qualité ou l'efficacité et ne répond pas aux besoins de santé les plus fondamentaux des populations. Cela peut être dû, (Hajji et al., 2025 ; Kachapila et al., 2023 ; Sharma & Lakhan, 2025) entre autres, à des structures budgétaires rigides, à un financement fragmenté, à des obstacles juridiques ou institutionnels et à la faiblesse des systèmes de données. Les achats stratégiques visent à relever ces défis en allouant des fonds de santé communs aux prestataires de soins de santé sur la base de données probantes. Ils impliquent la prise de décisions concernant les biens et services à acheter, les prestataires avec lesquels passer des contrats, les modalités de paiement des prestataires et les moyens de contrôler et de garantir la performance (Montás et al., 2022). Les achats stratégiques visent à garantir l'équité, l'efficacité, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé, la qualité des services de santé et la réactivité aux priorités des citoyens (Montás et al., 2022). Il s'agit d'un continuum dynamique qui repose sur les objectifs du système de santé d'un pays et sur un paysage financier en constante évolution. Les réformes suivantes sont suggérées aux pays pour passer d'achats passifs à des achats stratégiques :

- **Réforme du paiement des prestataires** : passer d'une budgétisation historique et basée sur les intrants

ou d'un paiement à l'acte à des méthodes de paiement alternatives telles que la capitation, le paiement à la performance ou des modèles mixtes afin d'encourager l'efficacité et la qualité (Barasa et al., 2021 ; Ndayishimiye et al., 2025 ; Siita et al., 2019). Cette réforme repose sur la mise en place d'un ensemble de prestations de santé élaboré à l'aide d'approches explicites de définition des priorités, notamment l'évaluation des technologies de santé.

- **Décentralisation et responsabilité locale** : parallèlement à la réforme de la gestion des finances publiques, déléguer le pouvoir d'achat aux responsables locaux afin d'améliorer l'adéquation avec les besoins sanitaires locaux, tout en garantissant des mécanismes de responsabilité solides pour prévenir la corruption (Adeoye et al., 2024). Il sera nécessaire d'élaborer les formules d'allocation des ressources nécessaires aux unités budgétaires les plus modestes.
- **Réduire la fragmentation et harmoniser les incitations** : harmoniser les multiples flux de financement et, grâce au mécanisme « un plan, un budget, un rapport », garantir des incitations cohérentes pour les prestataires et une allocation efficace des ressources (Barasa et al., 2021).

Ces réformes doivent être soutenues par le renforcement des capacités institutionnelles, par exemple en développant l'expertise et les systèmes d'achat stratégique, en clarifiant les rôles des différents acteurs, en améliorant les capacités de gestion à tous les niveaux du système de santé et en renforçant la transparence grâce à l'engagement des parties prenantes (Adeoye et al., 2024 ; Sriram et al., 2025).

## 5.9. Conclusion

Le chapitre 5 présente un ensemble cohérent de réformes du financement de la santé et des systèmes connexes, conçu pour mettre en œuvre le programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS) au niveau national. S'appuyant sur les données diagnostiques présentées dans les chapitres précédents, ce chapitre soutient que, dans un contexte de contraintes budgétaires et de baisse de l'aide extérieure, l'efficacité, l'harmonisation et l'intégration des systèmes sont les principaux leviers permettant d'élargir l'espace budgétaire et de renforcer les performances du système de santé sans alourdir la charge financière pesant sur les ménages.

Au cœur du programme de réformes se trouve le principe « un plan, un budget, un rapport ». Ce cadre vise à remédier à la fragmentation résultant de la multiplicité des plans stratégiques, des canaux de financement parallèles et des systèmes de reporting redondants imposés par les conditions imposées par les bailleurs de fonds. En ancrant toutes les ressources nationales et externes dans un plan national de santé unique et chiffré, l'approche OPBR vise à renforcer l'appropriation par les pays, à améliorer la hiérarchisation des priorités, à réduire les coûts de transaction et à renforcer la responsabilité. Lorsque le soutien budgétaire direct n'est pas possible, le chapitre reconnaît les arrangements transitoires, tels que les mécanismes de financement commun ou les unités de mise en œuvre de projets consolidées, comme des étapes intermédiaires vers un meilleur alignement.

Le réalignment de l'aide extérieure sur l'approche OPBR est étroitement lié à cette question. Le chapitre préconise de cartographier les ressources afin d'évaluer l'alignement, d'identifier les domaines surfinancés et sous-financés, et d'alimenter le dialogue avec les partenaires de développement sur la réaffectation des ressources vers les priorités nationales.

Le chapitre présente les réformes en matière d'efficacité comme la source la plus immédiate et la plus évolutive d'espace budgétaire. Les domaines prioritaires comprennent la réforme des prestations de santé afin d'améliorer la rentabilité et la durabilité ; le renforcement des ressources humaines dans le domaine de la santé grâce à une meilleure combinaison de compétences, à l'efficacité de la formation, à la gestion de la masse salariale et à la gouvernance ; l'extension des mécanismes d'achat groupé afin de réduire le coût des médicaments et des fournitures médicales ; l'intégration de la prestation de services afin de réduire les doublons et d'améliorer la continuité des soins ; et la promotion du cofinancement intersectoriel afin de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.

L'accent est mis sur le renforcement de la gestion des finances publiques (GFP) dans le secteur de la santé, condition préalable à toute réforme du financement. La faible crédibilité budgétaire, la fragmentation de l'exécution et le contrôle limité des dépenses sont identifiés comme des contraintes contraignantes qui compromettent l'efficacité des dépenses de santé nationales et externes. Le chapitre souligne l'importance d'améliorer la gestion de la trésorerie, les systèmes d'approvisionnement, la transparence, l'intégration numérique et la coordination entre les ministères de la Santé et des Finances afin de garantir que les réformes du financement se traduisent par de réels gains en matière de prestation de services.

Face au niveau toujours élevé des dépenses à la charge des patients, le chapitre donne la priorité à l'extension des mécanismes de financement commun et prépayé et au renforcement de la gouvernance du financement de la santé à tous les niveaux.

Le chapitre met également en évidence le rôle du financement innovant en tant que source de financement complémentaire, mais non substitutive, dans un contexte de baisse de l'aide publique au développement. Une série d'approches de financement innovantes est présentée, notamment la conversion de la dette, les taxes et prélèvements affectés, les instruments liés à la diaspora, le financement mixte et les mécanismes de financement basés sur les résultats. Ces approches ne sont ni abstraites ni théoriques ; leur application dans les États membres de l'Union africaine est clairement démontrée.

Enfin, le chapitre présente les achats stratégiques comme une réforme unificatrice qui lie le financement aux résultats. En achetant activement des services et des produits prioritaires de manière à encourager la qualité, l'efficacité et l'équité, les gouvernements peuvent passer d'un financement basé sur les intrants à des systèmes axés sur les performances. Dans l'ensemble, les réformes décrites dans ce chapitre offrent une voie pratique et intégrée pour renforcer la résilience, améliorer l'efficacité et faire progresser la couverture sanitaire universelle dans le cadre du programme AHSS.

Les pays peuvent choisir de mettre en œuvre une ou plusieurs de ces options de financement innovantes, ou d'explorer d'autres approches novatrices, en fonction du contexte et des priorités nationales. La volonté de dépasser les modèles de financement traditionnels, la créativité et la préparation institutionnelle à adopter et à mettre en œuvre ces réformes seront essentielles. Une forte capacité d'analyse sera nécessaire pour évaluer la viabilité des réformes, l'ensemble de leurs conséquences et l'économie politique qui y est associée. Des systèmes de gestion des finances publiques solides et, surtout, l'acceptabilité politique détermineront en fin de compte si les réformes en matière d'efficacité et de financement innovant peuvent être adoptées et maintenues avec succès.

Au cœur du programme de réformes se trouve le principe « un plan, un budget, un rapport ». Ce cadre vise à remédier à la fragmentation résultant de la multiplicité des plans stratégiques, des canaux de financement parallèles et des systèmes de rapportage redondants imposés par les conditions imposées par les bailleurs de fonds.



## 6. Économies d'efficacité attendues des réformes liées au financement de la santé

### 6.1. Introduction

Ce chapitre rassemble les réformes du financement de la santé et les réformes connexes présentées dans le chapitre précédent en estimant les gains d'efficacité en termes monétaires de certaines réformes pour lesquelles des données étaient disponibles. Il s'appuie sur l'étude de cas d'un pays, la République démocratique du Congo (RDC), pour illustrer le potentiel des gains d'efficacité et des mécanismes de financement innovants. Les principales sources de données suivantes sont utilisées 1) Projections du financement de la santé de l'IHME utilisées au chapitre 4 (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025) 2) Projections démographiques (Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2024) 3) Estimations des gains d'efficacité tirées de la littérature pour les réformes pour lesquelles des données étaient disponibles 4) Envois de fonds et importations de marchandises pour la RDC (Banque mondiale, 2026b).

### 6.2. Méthodologie

Les étapes suivantes ont été suivies, dont les détails sont présentés à l'annexe 1.

- Estimation des besoins budgétaires annuels totaux pour le continent africain pour la période 2025-2050 à partir d'une estimation de la Banque mondiale du THE par habitant et des projections démographiques.
- Estimation du déficit de ressources financières en soustrayant le THE annuel prévu pour l'Afrique des données de l'IHME des besoins budgétaires annuels totaux
- Établissement du plafond de ce qui est pragmatiquement réalisable en termes d'économies d'efficacité sur la base de la littérature. À l'échelle mondiale, le gaspillage des dépenses de santé dû à l'inefficacité se situe entre 20 et 40 % (Organisation mondiale de la santé, 2010), tandis qu'une étude l'estime à 23 % pour les pays africains (Nabyonga-Orem et al., 2023).
- Estimation des gains d'efficacité par chaque composante de THE, à savoir les dépenses publiques de santé, l'aide au développement en faveur de la santé et les dépenses privées, en mettant l'accent sur les dépenses à la charge des patients, comme suit :
  - Dépenses publiques
    - Estimer les dépenses publiques allouées aux salaires des agents de santé, à l'achat de médicaments et de fournitures médicales et à d'autres achats autres que les médicaments et les fournitures médicales, sur la base de la littérature
    - Estimation des économies réalisées grâce aux réformes visant à améliorer l'efficacité des ressources humaines pour la santé, aux achats groupés et aux réformes générales liées aux marchés publics, respectivement, sur la base des estimations tirées de la littérature
  - Aide au développement dans le domaine de la santé
    - Estimation de la part de l'aide au développement pour la santé allouée aux activités de renforcement des capacités des ressources humaines pour la santé à l'aide des données IHME ADS.  
Utilisation des estimations tirées de la littérature pour calculer les économies d'efficacité réalisées grâce à la fragmentation des budgets de renforcement des capacités des donateurs, à l'aide des données IHME ADS
  - Dépenses à la charge des patients
    - Estimation de la valeur des économies réalisées grâce à la réduction des dépenses à la charge des patients et à l'augmentation des prépaiements

Il a été supposé que les gains d'efficacité liés à l'approvisionnement groupé ne seraient réalisés qu'à partir des dépenses de santé publiques, car les produits achetés à l'aide de l'aide au développement pour la santé, tels que les vaccins, les antirétroviraux, les médicaments et les diagnostics contre le paludisme et la tuberculose, sont déjà achetés dans le cadre de mécanismes d'approvisionnement groupé. Il a également été supposé que la lutte contre la corruption, une intervention visant à renforcer la gestion des finances publiques, était intégrée dans les réformes des ressources humaines pour la santé et des achats.

Les gains d'efficacité sont modélisés comme des améliorations structurelles ponctuelles et progressives qui sont réalisées sur une période de cinq ans, de 2026 à 2030, puis maintenues de 2032 à 2050, les économies augmentant

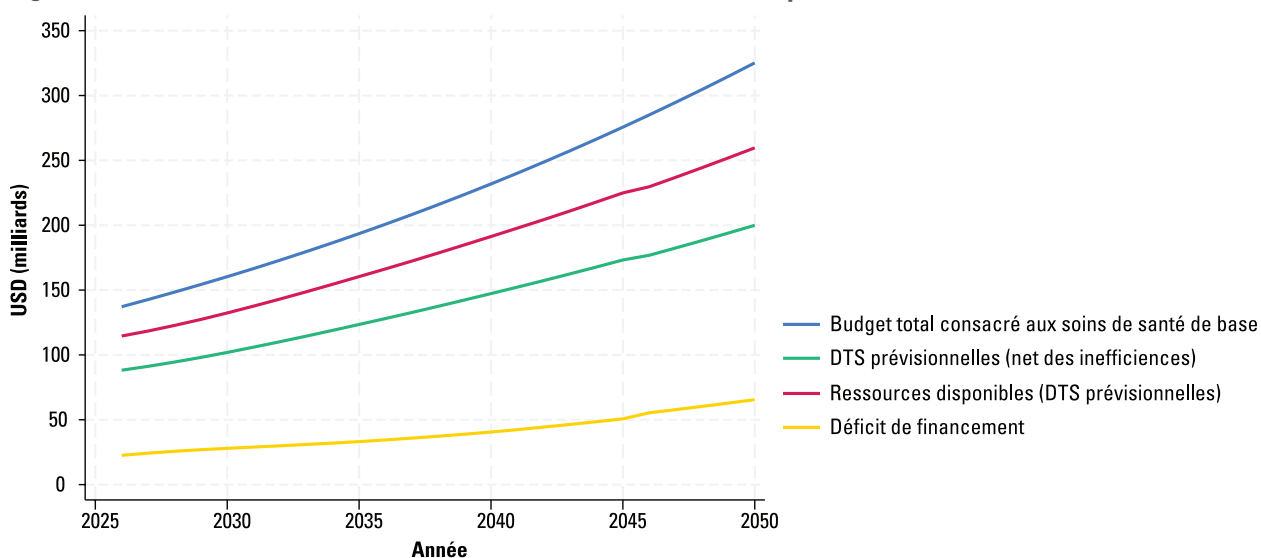
par la suite uniquement en fonction de la croissance des dépenses totales de santé. Par conséquent, les gains d'efficacité sont plus faibles au début et atteignent leur maximum réalisable en 2030. Les détails des méthodes sont présentés à l'annexe 1.

### 6.3. Résultats des estimations

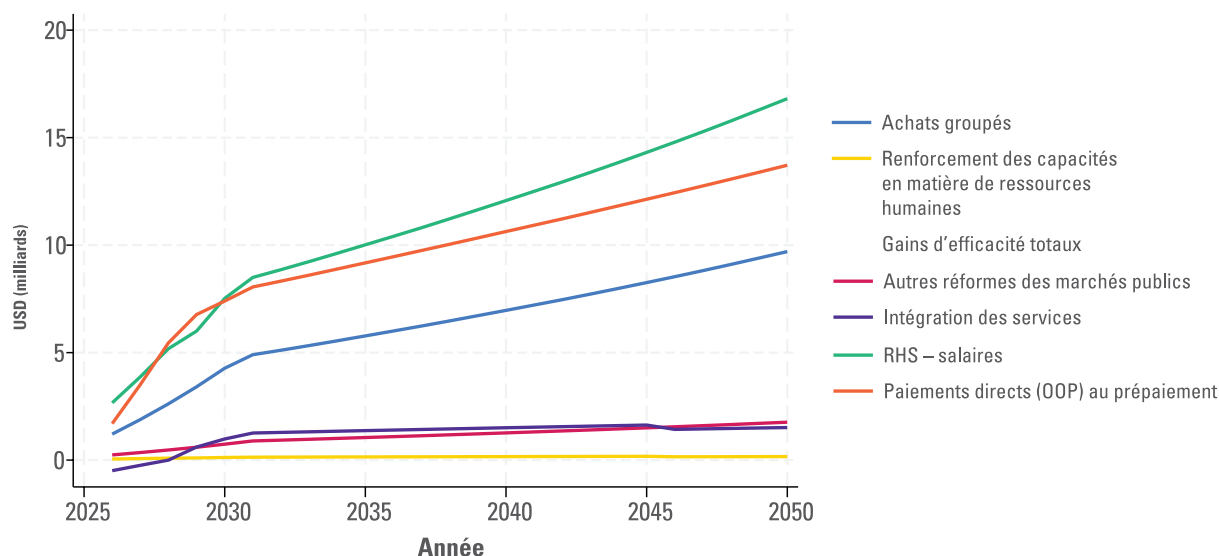
La figure 9 résume l'analyse du déficit de ressources pour le continent africain de 2026 à 2050. Le budget total nécessaire au continent pour fournir les soins essentiels de base est estimé à 179 milliards de dollars en 2026 et passe à 424 milliards de dollars en 2050. Le THE prévu est estimé à 115 milliards de dollars et passe à 260 milliards de dollars en 2050. Le déficit de financement est de 64 milliards de dollars en 2026 et passe à 164 milliards de dollars en 2050. La figure 9 montre également le THE net prévu du budget perdu en raison d'inefficacités, sur la base d'une estimation de 23 % d'inefficacité. En 2026, le THE net prévu d'inefficacité est estimé à 88 milliards de dollars, contre un THE total prévu de 115 milliards de dollars, et il est estimé à 200 milliards de dollars, contre un THE total prévu de 260 milliards de dollars en 2050. La figure 10 montre les gains d'efficacité qui peuvent être réalisés en mettant en œuvre différentes réformes, comme suit :

- **Achats groupés** : économies de 1,2 milliard de dollars en 2026, 4,3 milliards de dollars en 2030 et 9,7 milliards de dollars en 2050. Cela suppose que tous les pays recourent aux achats groupés pour 100 % de leurs budgets consacrés aux médicaments et aux fournitures médicales.
- **Achats d'autres biens et services** : économies de 242 millions de dollars en 2026, 741 millions de dollars en 2030 et 1,8 milliard de dollars en 2050.
- **Salaires des ressources humaines dans le domaine de la santé** : économies de 2,7 milliards de dollars en 2026, 7,5 milliards en 2030 et 16,8 milliards en 2050.
- **Renforcement des capacités en matière de ressources humaines pour la santé** : 51 millions de dollars en 2026, 123 millions de dollars en 2030 et 165 millions de dollars en 2050.
- **Intégration de la prestation de services** : économies de 492 milliards de dollars en 2026 à 983 millions de dollars en 2030 et 1,5 milliard de dollars en 2050. D'après la littérature, on suppose que l'intégration de la prestation de services nécessitera des investissements initiaux avant de pouvoir générer des gains d'efficacité.
- **Conversion des dépenses à la charge des patients en prépaiements** : économies de 1,7 milliard à 7,4 milliards de dollars
- **Gains d'efficacité totaux** : économies de 5,4 milliards de dollars en 2026, 21 milliards de dollars en 2030 et 44 milliards de dollars en 2050, soit des économies d'efficacité moyennes par habitant de 3,43 dollars en 2026, 12,31 dollars en 2030 et 17,84 dollars en 2050. Les économies moyennes par habitant pour la période 2026-2050 s'élèvent à **14,23 dollars**.

Figure 9 : Besoins, ressources et déficit de financement de la santé (Afrique), 2026-2050



**Figure10 : Gains d'efficacité par source (en milliards de dollars américains), 2026-2050**



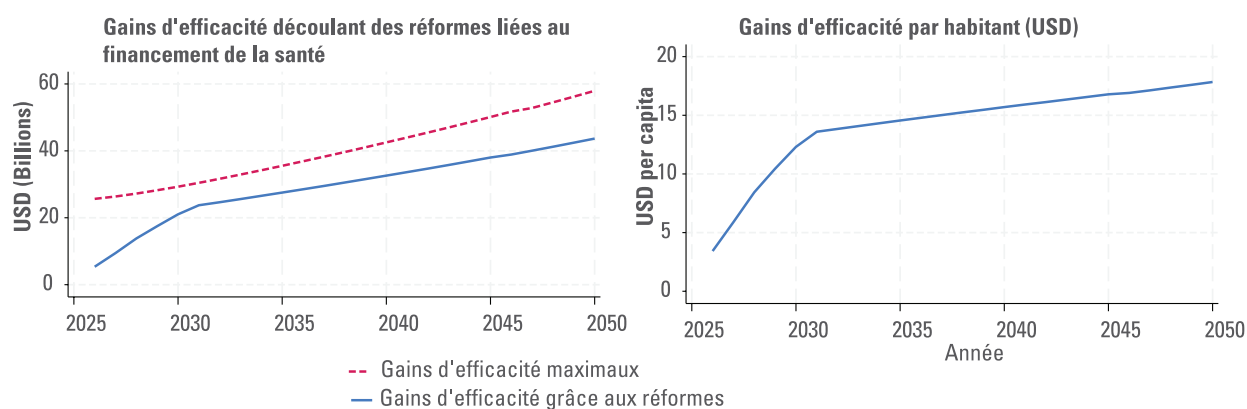
**Source des données :**

estimations basées sur diverses sources, notamment l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). *Financing Global Health*. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>.

La figure11 compare les gains d'efficacité estimés aux gains d'efficacité maximaux réalisables sur la base d'une estimation moyenne de 23 % d'inefficacité pour l'Afrique. Il existe un écart persistant entre les deux tendances sur l'ensemble de la période. Cela s'explique par l'absence d'estimations des gains d'efficacité résultant des réformes décrites au chapitre 5.

Le présent manuel a utilisé des estimations ponctuelles pour les variables au lieu de tenir compte de l'incertitude des estimations. Il est également important de considérer que certaines réformes généreront des gains d'efficacité du côté de la demande qui ne sont pas pris en compte dans la modélisation. Par exemple, il a été démontré que l'intégration de la prestation de services réduit les coûts de transport des patients et de productivité qui ne sont pas pris en compte dans cette analyse axée sur l'offre (Wroe et al., 2022).

**Figure11 : Comparaison des gains d'efficacité maximaux réalisables et des gains d'efficacité résultant de certaines réformes, 2026-2050**



## 6.4. Étude de cas par pays : la République démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) a été choisie comme étude de cas pour illustrer l'impact potentiel des réformes du financement de la santé proposées dans le présent manuel. La RDC est l'exemple type d'un système de santé vaste, fragile et à faible revenu, caractérisé par une forte fragmentation, une dépendance importante à l'égard des paiements directs et de l'aide extérieure, ainsi que par des inefficacités dans l'allocation des ressources et la prestation des services. Dans le même temps, le pays offre une opportunité de réforme intéressante : il existe une dynamique croissante pour relever ces défis structurels grâce à des réformes en cours alignées sur le programme de Lusaka, qui visent à améliorer la coordination, l'efficacité et l'appropriation nationale du financement et de la mise en œuvre des soins de santé. La RDC a lancé les réformes clés suivantes liées à l'Agenda de Lusaka : 1) renforcer la protection financière de la population et l'accès équitable aux soins de santé sous la direction du Conseil national présidentiel pour la couverture sanitaire universelle et 2) mettre en œuvre le principe « un plan, un budget, un rapport » et créer un forum des parties prenantes pour le promouvoir. Ces travaux progressent, la prochaine étape consistant à intégrer deux outils d'alignement actuellement testés dans plusieurs provinces en un seul outil (Contrat Unique, MOU). La RDC s'efforce également de définir un cadre juridique pour faire respecter l'alignement des donateurs 3) mise en œuvre de mécanismes innovants d' s de financement. Cette combinaison de contraintes systémiques et d'efforts de réforme actifs fait de la RDC un cas particulièrement pertinent et instructif pour démontrer comment les réformes recommandées peuvent se traduire par des gains d'efficacité tangibles et un renforcement des performances du système de santé.

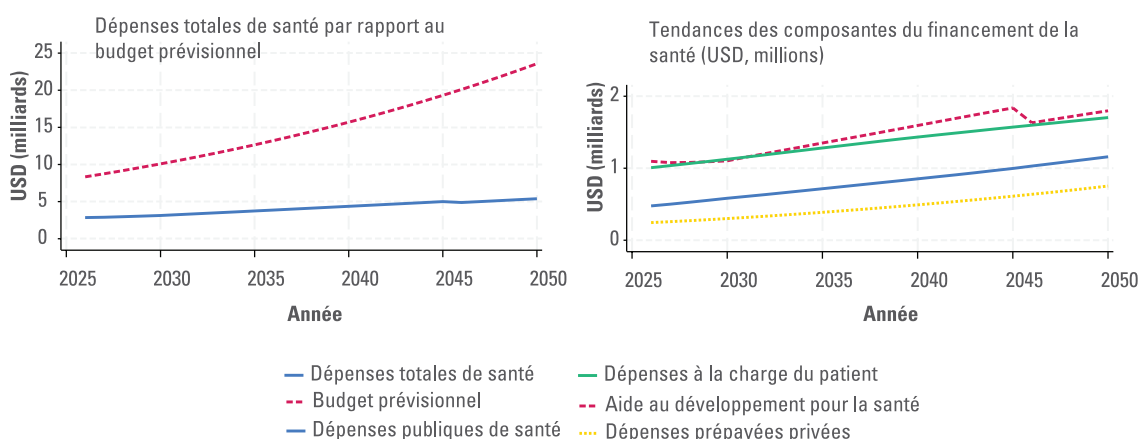
La RDC comptait 109 millions d'habitants en 2025. Sa population devrait atteindre 218 millions d'habitants en 2050. C'est un pays à faible revenu avec un PIB par habitant de 649,4 dollars (en dollars américains courants) en 2024. En 2024, l'économie de la RDC a connu une croissance de 6,5 %, tirée par une expansion de 12,8 % du secteur extractif (Banque mondiale, 2026a). Son budget national en 2025 s'élevait à 17,6 milliards de dollars (N'dimon, 2025). Le système de santé en RDC repose sur le financement privé (43 %), les ressources externes (37 %) et les dépenses publiques (16 %) (ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention, 2024). La part du budget de l'État consacrée à la santé était estimée à 9,86 % en 2023. Le financement public de la santé est principalement destiné aux salaires, qui absorbent 80 % du budget (ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention, 2024). Le PIB par habitant était estimé à 30 dollars en 2022 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2025).

Les défis suivants offrent des opportunités de réaliser des gains d'efficacité :

- **Les dépenses élevées à la charge des patients** renforcent la fragmentation du financement de la santé et affaiblissent la performance de la chaîne d'approvisionnement en contournant les systèmes d'achats groupés et de logistique coordonnée.
- **Ressources humaines pour la santé** : comme de nombreux pays africains, la RDC manque de personnel de santé. Cette situation est aggravée par un déséquilibre entre le personnel de première ligne et le personnel administratif ; le personnel infirmier et médical (47 %) est moins représenté que le personnel administratif (53 %) dans la main-d'œuvre (Mushagalusa et al., 2023). Il existe également des retards dans l'intégration des professionnels de santé dans le système de santé après l'obtention de leur diplôme (Ogunfolaji et al., 2023).
- **Médicaments et fournitures médicales** : les taux de rupture de stock des médicaments essentiels sont élevés, en raison des difficultés liées à la chaîne d'approvisionnement et de l'insuffisance des crédits budgétaires alloués aux médicaments et aux fournitures médicales (Michielsen & Criel, 2024).
- **Fragmentation** : le système de santé se caractérise par une fragmentation et une coordination limitée, en partie dues à la prolifération de secteurs privés à but lucratif mal réglementés et de programmes verticaux de lutte contre les maladies qui perturbent les soins de santé primaires complets (Bosongo et al., 2024).

On prévoit qu'en mettant en œuvre certaines des réformes suggérées, à savoir la conversion des dépenses à la charge des patients en prépaiements, l'amélioration de la gestion et du développement des ressources humaines pour la santé, la mise en commun des achats et les réformes connexes de la chaîne d'approvisionnement, l'intégration de la prestation de services et le principe « un plan, un budget, un rapport », la RDC pourrait générer 53 millions de dollars en 2026 et 436 millions de dollars en 2030, soit respectivement 0,45 et 3,31 dollars d'économies par habitant. De 2031 à 2050, les gains d'efficacité passeront de 499 millions de dollars à 812 millions de dollars, avec une moyenne estimée à 3,41 dollars par habitant pour cette période.

**Figure12 : Tendances prévues en matière de financement de la santé pour la République démocratique du Congo, 2026-2050**

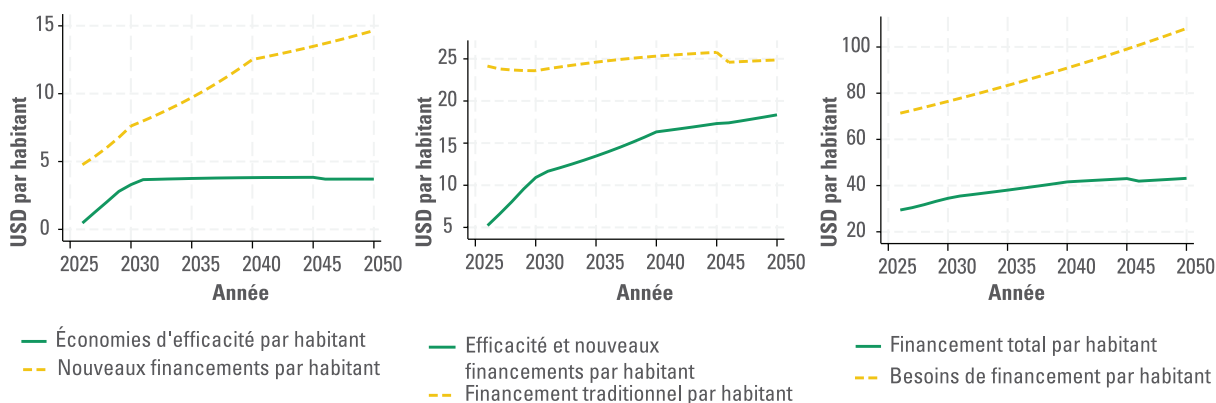


**Source**

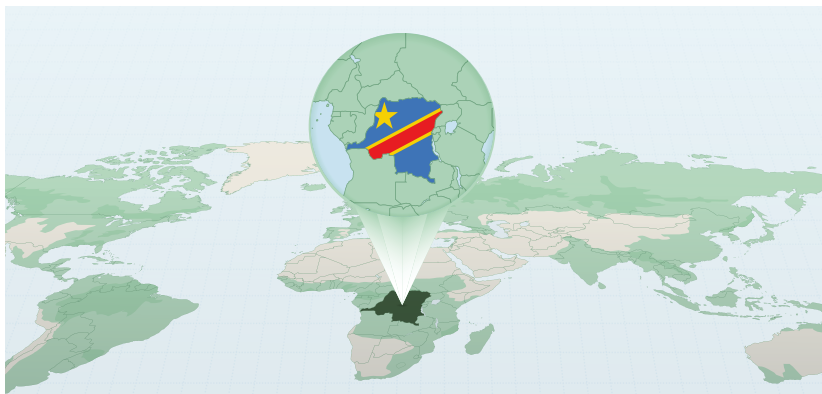
Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). *Financing Global Health*. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>.

Les gains d'efficacité ne suffiront pas à eux seuls à répondre aux besoins de financement de la santé en RDC. Le déficit de financement par habitant pour fournir les services de base essentiels est estimé à 45 dollars en 2026, passant à 83 dollars en 2050, avec un déficit moyen de 63 dollars par habitant pour la période 2025-2050. La RDC a donc introduit une contribution santé de 2,5 % basée sur le salaire brut, dont 0,5 % à la charge des travailleurs et 2 % à la charge des employeurs. Selon les projections du FSS (Fonds de solidarité santé), cette mesure générera 297 millions de dollars la première année (2026), avec une contribution de 10 % des travailleurs du secteur formel. La RDC introduit en outre une taxe de 2 % sur les produits d'importés afin de financer son programme de santé universel. Les recettes seront directement versées au Fonds national de promotion de la santé, qui gère l'achat de médicaments, la rénovation des hôpitaux et la modernisation des équipements à l'échelle nationale (Luabeya, 2025). Selon les estimations actuelles du Fonds national de promotion de la santé, cette taxe générera des recettes annuelles minimales de 153 millions de dollars et maximales de 256 millions de dollars en 2026. La figure 13 compare les gains d'efficacité par habitant et les nouveaux financements innovants par habitant (panneau supérieur gauche) et montre que, même si les gains d'efficacité seront importants, les deux nouvelles mesures de mobilisation des ressources nationales contribueront beaucoup plus au financement de la santé en RDC. Une comparaison dans le panneau supérieur droit indique que la contribution combinée des gains d'efficacité et des deux mesures de financement innovantes augmente avec le temps, tandis que le financement traditionnel reste essentiellement inchangé. Néanmoins, le déficit de financement persistera, comme le montre le panneau inférieur gauche, ce qui indique la nécessité d'étendre les mécanismes de financement innovants.

**Figure13 : Projections des gains d'efficacité et des financements innovants en RDC, 2026-2050**



**Sources des données :** diverses, notamment l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025). *Financing Global Health*. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>.



La RDC a la possibilité d'émettre une obligation santé garantie par les transferts de fonds. Ceux-ci ont été estimés à 3,3 milliards de dollars en 2023, contre 594 millions de dollars en 2016 (TheGlobalEconomy.com, 2026). Sur la base d'hypothèses prudentes, 3,3 milliards de dollars pourraient potentiellement soutenir une obligation santé de l'ordre de 300 à 400 millions de dollars. Il est également possible de renforcer le recouvrement des impôts, l'une des stratégies clés pour augmenter le financement traditionnel de la santé, car le ratio des recettes par rapport au PIB est passé de son niveau le plus élevé jamais atteint, soit 15,4 % en 2022, à 13,7 % en 2023 (Fonds monétaire international, 2024). Cette mesure pourrait s'accompagner d'une augmentation de la part des ressources publiques allouées à la santé et des réformes nécessaires en matière de gestion des finances publiques.

## 6.5. Conclusion

Dans l'ensemble, le chapitre 6 démontre que les réformes liées au financement de la santé peuvent générer des gains d'efficacité substantiels dans le cadre des niveaux de dépenses existants dans les systèmes de santé africains. L'analyse estime les gains d'efficacité totaux à environ 5,4 milliards de dollars en 2026, passant à 43,6 milliards de dollars d'ici 2050, soit environ 14,23 dollars par habitant. Les contributions les plus importantes proviennent des réformes des ressources humaines dans le domaine de la santé, de l'achat groupé et stratégique de médicaments et de fournitures, et de la réduction du recours aux dépenses à la charge des patients grâce au prépaiement et à la mise en commun, complétées par les gains résultant de l'intégration de la prestation de services et du renforcement de la gestion des finances publiques. Si ces gains ne comblent pas entièrement les déficits de financement de la santé prévus, ils représentent une source importante et réaliste d'espace budgétaire qui peut être réinvesti pour améliorer la couverture, l'efficacité et la protection financière.

L'étude de cas de la République démocratique du Congo (RDC) illustre cette dynamique dans un contexte très contraignant et fragmenté. Le financement de la santé dépendant fortement des dépenses à la charge des patients et de l'aide extérieure, la modélisation suggère que la mise en œuvre des réformes proposées pourrait générer des gains d'efficacité d'environ 53 millions de dollars en 2026, passant à 813 millions de dollars en 2050 (3,41 dollars par habitant en moyenne). Un financement innovant générerait 553 millions de dollars de recettes supplémentaires par an en 2026, pour atteindre 3,2 milliards de dollars en 2050, soit une moyenne de 11 dollars par habitant. Bien que substantiels, ces gains ne couvriraient qu'une partie du déficit de financement prévu, soulignant à la fois l'importance des réformes en matière d'efficacité et la nécessité de continuer à mobiliser des ressources nationales supplémentaires.

**Le financement de la santé dépendant fortement des dépenses à la charge des patients et de l'aide extérieure, la modélisation suggère que la mise en œuvre des réformes proposées pourrait générer des gains d'efficacité d'environ 53 millions de dollars en 2026, passant à 813 millions de dollars en 2050 (3,41 dollars par habitant en moyenne).**

## 7. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre efficace des réformes proposées dans le présent manuel nécessite une gouvernance claire, une appropriation nationale durable et une coordination solide entre les différents niveaux des systèmes de santé, de l'établissement au niveau national, et entre les MDA concernés. Africa CDC soutiendra la mise en œuvre grâce à un modèle de gouvernance structuré, renforcé par des catalyseurs transversaux et des responsabilités clairement définies pour chaque pays.

### 7.1. Gouvernance et coordination

Afin de coordonner et de soutenir les efforts de réforme à travers le continent, Africa CDC déploiera un modèle de gouvernance à trois niveaux aligné sur le programme pour la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS) et le programme de Lusaka.

#### 7.1.1. Coordination continentale

Au niveau continental, Africa CDC assurera la supervision stratégique et fournira des orientations politiques pour la mise en œuvre comme suit :

- Coordonner l'alignement des réformes sur les changements prévus dans le programme de Lusaka et les objectifs de l'AHSS.
- Fournir des orientations normatives et un soutien en matière de financement de la santé, de réformes visant à améliorer l'efficacité et de gestion des finances publiques.
- Faciliter l'examen par les pairs, l'apprentissage croisé et la responsabilité mutuelle entre les États membres.
- Servir d'interface entre les États membres, la Commission de l'Union africaine, les communautés économiques régionales et les partenaires mondiaux.

#### 7.1.2. Mise en œuvre régionale

Au niveau régional, les centres de coordination régionaux (CCR) d'Africa CDC joueront un rôle essentiel dans la mise en œuvre des réformes. Les CCR auront pour mission :

- Aider les États membres à adapter et à séquencer les réformes en fonction du contexte régional et du niveau de revenu.
- Faciliter l'apprentissage entre pairs et l'échange d'expériences pratiques de mise en œuvre.
- Fournir un appui technique aux réformes, notamment en matière de planification intégrée, d'achats groupés et d'intégration de la prestation de services.
- La mise en œuvre régionale garantira que la mise en œuvre reflète les défis et les opportunités communs aux sous-régions de l'UA, tout en évitant les approches uniformisées.

#### 7.1.3. Mise en œuvre nationale

Au niveau national, les réformes seront mises en œuvre à travers les feuilles de route du Programme de Lusaka, qui s'appuient sur les plans existants dans le secteur de la santé. Ces feuilles de route :

- Être régies par les mécanismes institutionnels et de responsabilité nationaux existants ;
- être gérées conjointement par le ministère de la Santé, les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes
- soutenues par les spécialistes de la gestion des finances publiques (PFM) d'Africa CDC, intégrés pour fournir une assistance technique pratique.

Les États membres devront réaliser des audits d'efficacité annuels afin de quantifier les économies réalisées grâce aux réformes et réinvestir explicitement ces ressources dans des domaines prioritaires, en particulier les soins de santé primaires et les services de santé essentiels. Les progrès réalisés dans la mise en œuvre seront régulière-

ment communiqués à Africa CDC et aux organes compétents de l'UA, afin de garantir la transparence, l'apprentissage et la responsabilité à tous les niveaux.

#### 7.1.4. Suivi, responsabilité et apprentissage

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre seront suivis à l'aide des mécanismes de suivi continentaux existants, en évitant les systèmes de reporting parallèles. Il s'agit notamment des mécanismes suivants :

- Le mécanisme de responsabilité et d'apprentissage de l'Union africaine (ALM).
- Le cadre de suivi et de responsabilité de l'Agenda de Lusaka.
- Le tableau de bord du financement de la santé en Afrique.

Ensemble, ces plateformes permettront de suivre systématiquement les réformes, de mesurer les gains d'efficacité et de documenter les progrès accomplis en matière de réduction de la fragmentation, d'amélioration de la mise en commun des ressources et de renforcement de la protection financière.

#### 7.1.5. Facteurs transversaux

La réussite de la mise en œuvre reposera sur un ensemble de facteurs transversaux coordonnés par Africa CDC :

- **Renforcement des capacités** : Africa CDC et ses partenaires soutiendront des programmes de formation structurés destinés aux responsables de la santé et des finances aux niveaux national et infranational, axés sur la planification intégrée, les achats stratégiques, l'analyse de l'efficacité et la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé.
- **Responsabilité et engagement de la société civile** : des mécanismes de contrôle dirigés par les citoyens seront encouragés afin de renforcer la transparence et la responsabilité dans les réformes de la prestation de services, en veillant à ce que les gains d'efficacité se traduisent par un meilleur accès et une meilleure qualité des soins.
- **Recherche et innovation** : la production de données probantes sera intégrée à la mise en œuvre par le biais de l'Observatoire de la recherche et des politiques d'Africa CDC, en collaboration avec des universités, des groupes de réflexion et des instituts de recherche à travers le continent. Cela favorisera l'apprentissage adaptatif, l'affinement des politiques et la diffusion des bonnes pratiques.

Ce cadre de mise en œuvre est conçu pour garantir que les réformes proposées dans le présent manuel sont non seulement techniquement solides, mais aussi politiquement réalisables, appropriées au niveau national et institutionnalisées de manière durable. En combinant la coordination continentale, l'exécution régionale et le leadership national, soutenus par une forte responsabilité et des données probantes, l'Afrique peut traduire la réforme du financement de la santé en gains tangibles en matière d'efficacité, d'équité et de sécurité sanitaire.

La mise en œuvre efficace des réformes proposées dans le présent manuel nécessite une gouvernance claire, une appropriation nationale durable et une coordination solide entre les différents niveaux des systèmes de santé, de l'établissement au niveau national, et entre les MDA concernés.

## 8. Conclusion : financer la sécurité et la souveraineté sanitaires de l'Afrique

Ce manuel a rassemblé les défis auxquels l'Afrique est confrontée en matière de financement de la santé et proposé des mesures et des réformes qui mèneront à la souveraineté et à la sécurité sanitaires de l'Afrique (AHSS). L'AHSS repose sur cinq piliers : (i) une architecture sanitaire mondiale réformée et inclusive ; (ii) un PPPR continental institutionnalisé ; (iii) un financement de la santé prévisible, innovant et mixte au niveau national ; (iv) la transformation numérique des systèmes de santé ; et (v) le renforcement de la fabrication locale de produits de santé.

Ce manuel montre que, bien que le principal défi de l'Afrique en matière de financement de la santé soit l'insuffisance des ressources, il existe des problèmes importants de désalignement structurel, de fragmentation et d'inefficacité dans la manière dont les ressources sont mobilisées, mises en commun et utilisées. À l'heure où le financement extérieur diminue et où les pressions budgétaires s'intensifient, la viabilité des systèmes de santé africains — et la capacité du continent à protéger ses populations contre les chocs sanitaires — dépendront de la manière dont ces faiblesses structurelles seront traitées avec détermination.

Le contexte macro-budgétaire est difficile. La dette publique extérieure de l'Afrique a fortement augmenté depuis 2008, atteignant environ 1 200 milliards de dollars américains en 2023, soit près de 60 % de la dette publique totale et 41,6 % du PIB. Dans le même temps, le continent est confronté à une croissance démographique rapide, la population devant passer de 1,4 milliard en 2025 à 2,5 milliards en 2050, ce qui exercera une pression soutenue sur les systèmes de santé et les budgets publics. Si l'économie africaine devrait connaître une croissance moyenne de 4,4 % entre 2022 et 2028, cette croissance sera insuffisante pour compenser l'augmentation des besoins, à moins que les systèmes de financement de la santé ne deviennent nettement plus efficaces et mieux adaptés aux réalités démographiques.

Les perspectives de financement renforcent cette conclusion. L'Afrique représente actuellement environ 22 % de la charge mondiale de morbidité, mais ne reçoit qu'environ 1 % des dépenses mondiales de santé. Les dépenses de santé sur le continent devraient passer d'environ 110 milliards de dollars américains en 2023 à 260 milliards de dollars américains d'ici 2050, mais la croissance par habitant restera modeste, autour de 1,6 à 1,7 % par an, car la croissance démographique rapide absorbe une grande partie de l'expansion globale. L'aide au développement dans le domaine de la santé, qui a atteint son niveau maximal pendant la période de la COVID-19, est déjà tombée à 13 milliards de dollars américains en 2025, bien en dessous des niveaux d'avant la pandémie, et devrait rester stable ou continuer à baisser. En revanche, les dépenses à la charge des ménages continuent d'augmenter en termes absolus, exposant ces derniers à des difficultés financières et annulant les progrès réalisés en matière de protection financière.

Dans ce contexte, le manuel démontre que l'efficacité est la première et la plus immédiate source de financement de la santé en Afrique. L'inefficacité est la plus grande source inexploitée d'espace budgétaire pour la santé sur le continent. Les budgets de santé des gouvernements sont dominés par les coûts récurrents, les ressources humaines absorbant environ 55 % et les achats environ 30 % des dépenses. Cependant, les faiblesses dans la gestion de la masse salariale, les systèmes d'approvisionnement, la planification et la gestion des finances publiques font que 20 à 40 % des dépenses totales de santé sont effectivement gaspillées en raison d'une mauvaise allocation, de doublons, de fuites et de fraudes. Dans certains contextes, les manquements à l'intégrité, tels que les travailleurs fantômes et la surévaluation des achats, représentent à eux seuls des pertes équivalentes à plusieurs points de pourcentage des dépenses nationales de santé. Dans le même temps, les ressources des bailleurs de fonds restent fragmentées et insuffisamment alignées sur les priorités nationales, ce qui dilue encore leur impact.

Le programme de réforme présenté dans ce manuel est donc à la fois urgent et réalisable. Le passage proposé à une approche « un plan, un budget, un rapport » s'attaque directement à la fragmentation qui nuit à l'efficacité et à la responsabilité. Des plans nationaux intégrés, chiffrés et pluriannuels constituent la base d'une budgétisation crédible, d'un alignement de l'aide extérieure et d'achats stratégiques. Les données et les modèles présentés dans ce manuel suggèrent que la planification intégrée et la rationalisation des investissements fragmentés pourraient permettre de réaliser des gains d'efficacité de 20 à 35 % des dépenses totales dans les systèmes fortement fragmentés, ce qui se traduirait par des dividendes fiscaux immédiats sans nécessiter de nouvelles sources de revenus.

Les mécanismes d'achat groupé, en particulier aux niveaux régional et continental, offrent des gains d'efficacité potentiellement importants. La modélisation et l'expérience internationale indiquent que des réductions de prix pouvant atteindre 30 à 33 % sont réalisables pour les médicaments et les produits de santé, parallèlement à une baisse des coûts de transaction et à une réduction de la corruption. De même, l'intégration de la prestation de services, notamment grâce au renforcement des soins de santé primaires, peut réduire les doublons, augmenter la

productivité et améliorer la continuité des soins, ce qui permet d'offrir davantage de services par visite et d'obtenir de meilleurs résultats sans augmentation proportionnelle des coûts.

La réduction de la dépendance à l'égard des dépenses à la charge des patients apparaît comme un impératif tant en termes d'équité que d'efficacité. Le manuel montre que le passage à des mécanismes de prépaiement et de mutualisation, y compris le financement par l'impôt et l'assurance, peut réduire les dépenses de santé catastrophiques de 20 à 45 % dans des systèmes bien conçus, tout en permettant des achats stratégiques et un meilleur contrôle des coûts. Les pays qui ont réduit les dépenses à la charge des patients à moins de 10 % du PIB affichent systématiquement une protection financière plus solide et une utilisation plus efficace des services.

Il est essentiel de noter que ces réformes se renforcent mutuellement et dépendent d'une gestion financière publique solide et de la numérisation. Les améliorations en matière de crédibilité budgétaire, de gestion de trésorerie, d'approvisionnement, de transparence et de systèmes numériques ne sont pas accessoires ; elles constituent les mécanismes grâce auxquels les gains d'efficacité prévus sont convertis en une marge de manœuvre budgétaire réelle et utilisable.

Toutefois, le manuel indique également clairement que les gains d'efficacité ne suffisent pas à eux seuls. Pour que la réforme soit durable, il faut une croissance régulière du financement public national, fondée sur des augmentations budgétaires annuelles qui reflètent les priorités en matière de santé. Sans cette base de croissance nationale, les gains d'efficacité risquent d'être temporaires plutôt que transformateurs. Des augmentations prévisibles des dépenses publiques de santé sont donc essentielles pour consolider les gains, étendre la couverture et répondre aux pressions démographiques et épidémiologiques.

Le manuel souligne également le rôle stratégique des mécanismes de financement innovants tels que la conversion de la dette, les prélèvements spéciaux et les taxes affectées, les obligations, le financement mixte et le financement basé sur les résultats, en particulier pour les investissements à forte intensité de capital tels que la fabrication locale, les infrastructures et les chaînes d'approvisionnement. Si les budgets publics doivent ancrer les dépenses récurrentes, le financement mixte peut contribuer à réduire les risques et à développer les investissements structurels qui renforcent la résilience et réduisent la dépendance à long terme vis-à-vis des importations.

L'aide extérieure alignée reste importante, mais son rôle doit évoluer. À mesure que les systèmes nationaux se renforcent, l'aide doit passer du remplacement des dépenses nationales à la catalyse des réformes, au soutien de la transition et au renforcement des systèmes nationaux. Correctement aligné, le financement extérieur peut accélérer les réformes en matière d'efficacité, soutenir le PPPR et attirer les investissements nationaux et privés, sans perpétuer la dépendance.

La modélisation présentée dans ce manuel indique que, si elles sont mises en œuvre collectivement, les réformes d'efficacité proposées pourraient générer en moyenne environ 14,23 dollars US par habitant. En outre, l'expérience de certains pays, comme la RDC, suggère que des mesures de financement nationales et innovantes pourraient entraîner des augmentations nettement plus importantes du nouveau financement par habitant.

Ce manuel a rassemblé les défis auxquels l'Afrique est confrontée en matière de financement de la santé et proposé des mesures et des réformes qui mèneront à la souveraineté et à la sécurité sanitaires de l'Afrique (AHSS)

# Annexe

## Méthodologie d'estimation des besoins de financement de la santé et des gains d'efficacité résultant des réformes (2026-2050)

### Introduction

La présente annexe décrit la méthodologie utilisée pour estimer les besoins annuels de financement de la santé pour la fourniture de services de santé essentiels en Afrique au cours de la période 2025-2050, sur la base des projections démographiques et d'un coût de référence par habitant. Les principales sources de données suivantes ont été utilisées 1) Les projections de financement de la santé de l'IHME utilisées au chapitre 4 (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025) 2) Les projections démographiques constituent la principale source de données (Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2024) 3) Les estimations des gains d'efficacité tirées de la littérature pour les réformes spécifiques pour lesquelles des données étaient disponibles.

### Méthodologie

Les étapes suivantes ont été suivies :

- Estimation des besoins budgétaires annuels totaux pour le continent africain pour la période 2026-2050.
- Estimation du déficit de ressources financières, en soustrayant les dépenses de santé totales annuelles pour l'Afrique du budget annuel estimé pour la période 2026-2050.
- Établissement du plafond de ce qui est pragmatiquement réalisable en termes d'économies d'efficacité sur la base de la littérature. À l'échelle mondiale, le gaspillage des dépenses de santé dû à l'inefficacité se situe entre 20 et 40 % (Organisation mondiale de la santé, 2010), tandis qu'une étude l'estime à 23 % pour les pays africains (Nabyonga-Orem et al., 2023).
- Estimer les gains d'efficacité pour chaque composante du THE, c'est-à-dire les dépenses publiques de santé, l'aide au développement pour la santé et les dépenses privées, en mettant l'accent sur les dépenses à la charge des patients. Les mesures suivantes ont été prises pour chaque source de financement :
  - Dépenses publiques
    - Estimation des dépenses publiques allouées aux salaires des agents de santé, à l'achat de médicaments et de fournitures médicales et à l'achat d'autres biens et services que les médicaments et les fournitures médicales, sur la base de la littérature
    - Estimation des gains d'efficacité résultant des réformes visant à améliorer l'efficacité des ressources humaines pour la santé, des achats groupés et d'autres réformes liées aux marchés publics, respectivement, sur la base des estimations tirées de la littérature
    - Simulation des gains d'efficacité résultant des achats groupés sur la base de scénarios d'adoption réalisables du mécanisme d'achat groupé africain par les États membres de l'Union africaine
  - Aide au développement dans le domaine de la santé
    - Estimation de la proportion de l'aide au développement allouée aux activités de renforcement des capacités en ressources humaines pour la santé à l'aide des données IHME ADS
    - Utilisation des estimations issues de la littérature pour calculer les gains d'efficacité liés aux budgets de renforcement des capacités des donateurs à partir des données IHME ADS
  - Dépenses à la charge des patients
    - Estimation de la valeur des économies réalisées grâce à la réduction des dépenses à la charge des patients et à l'augmentation des prépaiements

Il a été supposé que les gains d'efficacité liés à l'approvisionnement groupé ne seraient réalisés qu'à partir des dépenses de santé publiques, car les produits achetés à l'aide de l'aide au développement pour la santé, tels que

les vaccins, les antirétroviraux, les médicaments et les diagnostics contre le paludisme et la tuberculose, sont déjà achetés dans le cadre de mécanismes d'approvisionnement groupé. Il a également été supposé que la lutte contre la corruption, une intervention prévue dans le cadre du renforcement de la gestion des finances publiques dans ce manuel, était intégrée dans les réformes des ressources humaines pour la santé et des achats.

Les gains d'efficacité sont modélisés comme des améliorations structurelles ponctuelles et progressives qui sont réalisées sur une période de cinq ans, de 2026 à 2030, puis maintenues de 2032 à 2050, les économies augmentant par la suite uniquement en fonction de la croissance des dépenses totales de santé. Par conséquent, les gains d'efficacité sont plus faibles au début et atteignent leur maximum réalisable en 2030. Les détails des méthodes sont présentés à l'annexe 1.

## Cadre conceptuel

Les besoins totaux de financement de la santé ont été estimés en multipliant la population prévue par le coût par habitant des services de santé essentiels, ajusté en fonction de l'inflation et des services. Un coût de base par habitant de 112,22 dollars américains par personne et par an a été utilisé comme coût de référence en 2026 pour la fourniture d'un ensemble de services de santé essentiels. Pour arriver à ce chiffre, nous avons utilisé les estimations d'un rapport de la Banque mondiale de 2025. Ce rapport recommande des dépenses de santé par habitant comprises entre 75 et 105 dollars pour les pays à faible revenu et entre 115 et 140 dollars pour les pays à revenu intermédiaire inférieur. Nous avons utilisé les valeurs médianes de ces fourchettes, soit 90 dollars pour les pays à faible revenu et 127,5 dollars pour les pays à revenu intermédiaire inférieur. Ces valeurs ont été attribuées à tous les États membres de l'UA en fonction de leur niveau de revenu, puis une valeur moyenne a été calculée.

**Tableau A1 : Paramètres du modèle**

| Variable                                                                                                     | Mesure      | Valeur | Source                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dépenses de santé par habitant                                                                               | Dollars     | 112    | Estimations basées sur Kumar et al. (2025)                                                                                                                                                                                                                                              |
| Niveau moyen d'inefficacité dans le secteur de la santé en Afrique                                           | Pourcentage | 23     | Nabyonga-Orem et al., (2023)                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Pourcentage des dépenses publiques de santé consacrées aux médicaments                                       | Pourcentage | 25     | (Wirtz et al. 2017)                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pourcentage du budget public consacré aux salaires                                                           | Pourcentage | 55     | (Toure et al., 2023)                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pourcentage des budgets publics consacrés à d'autres achats que les médicaments et les fournitures médicales | Pourcentage | 10     | Hypothèse raisonnable et prudente basée sur une proportion résiduelle du budget de 20 %.                                                                                                                                                                                                |
| Pourcentage de l'ADS alloué aux ressources humaines pour la santé (renforcement des capacités)               | Pourcentage | 4      | Estimation calculée à partir des données de financement de la santé de l'IHME <a href="https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/development-assistance-health-database-1990-2021">https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/development-assistance-health-database-1990-2021</a> |
| Gains d'efficacité globaux réalisables sur THE                                                               | Pourcentage | 23     | Nabyonga-Orem et al., (2023)                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Économies sur les coûts unitaires lorsque l'approvisionnement groupé en produits de base est utilisé         | Pourcentage | 33     | Dubois et al., (2021)                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Pourcentage des budgets publics alloués à d'autres achats que les médicaments et les fournitures médicales   | Pourcentage | 15     | (IC à 5 %-30 %)                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Pourcentage des budgets publics alloués aux ressources humaines pour la santé (salaires)                     | Pourcentage | 26     | Kurowski et al., (2001)                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Variable                                                                                       | Mesure      | Valeur | Source                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pourcentage des ADS alloués aux ressources humaines pour la santé (renforcement des capacités) | Pourcentage | 26     | Kurowski et al., (2001)                                                                                                      |
| Gains d'efficacité grâce à l'intégration des prestations de services                           | Pourcentage | 10     | Fourchette de 10 % à 15 %, la proportion prudente est retenue. L'accent est mis sur les soins ambulatoires.                  |
| Gains d'efficacité liés à la conversion des paiements à la sortie d'hôpital en prépaiement     | Pourcentage | 10     | OMS, Financement public de la santé en Afrique : d'Abuja aux ODD. Fourchette de 10 % à 40 %, la valeur prudente est utilisée |
| Taux d'inflation annuel                                                                        | Pourcentage | 1,50   |                                                                                                                              |
| Croissance annuelle des services et démographique                                              | Pourcentage | 0,25   |                                                                                                                              |
| Année de référence                                                                             | Année       | 2025   |                                                                                                                              |
| Année de fin                                                                                   | Année       | 2050   |                                                                                                                              |

**Source :** diverses

**Tableau A2 : Mise en œuvre progressive des gains d'efficacité**

| Gains d'efficacité                                             | économies d'efficacité (%) | Source                                                                                               | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Approvisionnement groupé en matières premières                 | 3                          | Dubois et al., (2021)                                                                                | 10   | 15   | 20   | 25   | 30   |
| Approvisionnement en autres biens et services                  | 15                         | (5 %-30 % CI)                                                                                        | 5    | 7    | 9    | 11   | 13   |
| Ressources humaines pour la santé (salaires)                   | 26                         | Kurowski et al., (2001)                                                                              | 10   | 14   | 18   | 20   | 24   |
| Ressources humaines pour la santé (renforcement des capacités) | 26                         | Kurowski et al., (2001)                                                                              | 10   | 14   | 18   | 20   | 24   |
| Intégration de la prestation de services                       | 10                         | Fourchette de 10 % à 15 %, une proportion prudente est adoptée. L'accent est mis sur la ADS          | -    | -    | 0    | 5    | 8    |
| Conversion de l'OOP en prépaiement                             | 20                         | Fourchette de 10 % à 40 % (Organisation mondiale de la santé, 2016) Une valeur prudente est utilisée | 5    | 10   | 15   | 18   | 19   |

**Source :** diverses

Les projections démographiques pour l'Afrique pour la période 2026-2050 ont été utilisées. Le coût de base par habitant a été ajusté chaque année en fonction de l'inflation et des facteurs de croissance des services et de la prestation de services. L'ajustement en fonction de l'inflation vise à refléter la hausse des coûts des intrants, notamment les salaires, les médicaments et les autres dépenses de fonctionnement du système de santé. L'ajustement en fonction de la croissance réelle de la demande de services de santé est de tenir compte de l'augmentation de l'utilisation et de la complexité des soins de santé au fil du temps, re-

flétant l'évolution démographique, la transition épidémiologique, l'extension de la couverture des services et l'amélioration de la qualité des soins.

Le taux d'inflation annuel est appliqué pour tenir compte de l'augmentation du coût des intrants du secteur de la santé.

$$\text{Inflation Factor}_t = (1 + i)^{(t - t_0)}$$

où est le taux d'inflation annuel supposé, est l'année d'estimation et  $t_0$  est l'année de référence (2025). Un taux d'inflation annuel de 1,5 % a été utilisé. Un facteur de croissance démographique et des services a été appliqué afin de refléter les changements démographiques, la transition épidémiologique, l'expansion des ensembles de services essentiels et les améliorations de la qualité.

$$\text{Service Factor}_t = (1 + s)^{(t - t_0)}$$

où est la croissance annuelle supposée de la complexité et de la demande des services. Une valeur de 0,25 a été utilisée pour . Le coût ajusté par habitant pour chaque année a été calculé comme suit :

$$\text{Adjusted Cost}_t = \$112 \times \text{Inflation Factor}_t \times \text{Service Factor}_t$$

Les besoins annuels totaux de financement de la santé ont été calculés comme suit :

$$\text{Total Financing Requirement}_t = \text{Population}_t \times \text{Adjusted Cost}_t$$

## Projection des importations pour la RDC

Afin d'estimer la contribution de la taxe à l'importation de 2 % sur les marchandises en RDC, nous avons projeté les importations à l'aide d'une approche de croissance composée par étapes, en utilisant une formule standard comme indiqué ci-dessous :

$$X_t = X_{2026} (1 + g_1)^t$$

$$X_t = X_{2031} (1 + g_2)^t$$

$$X_t = X_{2041} (1 + g_3)^t$$

où  $X_t$  représente les importations de l'année et  $g_1$ ,  $g_2$  et  $g_3$  sont les taux de croissance pour les trois phases différentes. L'année 2026 a été choisie comme période de référence pour la première phase, 2031 pour la deuxième phase et 2041 pour la troisième phase. Les taux de croissance pour les trois phases sont indiqués dans le *tableau A* de l' *3*.

**Tableau A3 : Taux de croissance des importations de marchandises pour la République démocratique du Congo pour la période 2026-2050**

| Période   | Hypothèse de croissance |
|-----------|-------------------------|
| 2026-2030 | 16                      |
| 2031-2040 | 8                       |
| 2041-2050 | 4                       |

**Source :** Estimations des auteurs

## 0.4. Résultats

Les résultats détaillés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau A4 : Résultats de la modélisation des gains d'efficacité sanitaire pour l'Afrique, 2026-2050

| Variable                                                                                                                  | Année  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                           | 2026   | 2027   | 2028   | 2029   | 2030   | 2031   | 2032   | 2033   | 2034   | 2035   | 2036   | 2037   |
| Population totale de l'Afrique (en milliards)                                                                             | 1,57   | 1,60   | 1,64   | 1,67   | 1,71   | 1,75   | 1,78   | 1,82   | 1,85   | 1,89   | 1,93   | 1,97   |
| Budget total pour les soins de santé de base - Afrique (en milliards de dollars)                                          | 178,97 | 186,21 | 193,65 | 201,32 | 209,23 | 217,38 | 225,79 | 234,44 | 243,35 | 252,54 | 261,99 | 271,71 |
| Prévisions THE - Afrique, (en milliards de dollars)                                                                       | 114,58 | 118,43 | 122,72 | 127,35 | 132,36 | 137,65 | 143,08 | 148,71 | 154,49 | 160,38 | 166,34 | 172,38 |
| Dépenses publiques prévues en matière de santé (en milliards de dollars)                                                  | 48,44  | 50,33  | 52,36  | 54,55  | 56,98  | 59,43  | 61,95  | 64,58  | 67,28  | 70,03  | 72,80  | 75,60  |
| ADS prévu (en milliards de dollars)                                                                                       | 12,80  | 12,57  | 12,59  | 12,67  | 12,81  | 13,13  | 13,43  | 13,72  | 14,00  | 14,29  | 14,57  | 14,85  |
| Prévisions THE - Réduction de l'inefficacité en Afrique (en milliards de dollars)                                         | 88,23  | 91,19  | 94,49  | 98,06  | 101,92 | 105,99 | 110,17 | 114,50 | 118,96 | 123,49 | 128,08 | 132,73 |
| Déficit de financement (en milliards de dollars)                                                                          | 64,40  | 67,78  | 70,93  | 73,96  | 76,87  | 79,73  | 82,71  | 85,74  | 88,86  | 92,16  | 95,66  | 99,34  |
| Dépenses publiques de santé consacrées aux médicaments (en milliards de dollars)                                          | 12,11  | 12,58  | 13,09  | 13,64  | 14,24  | 14,86  | 15,49  | 16,14  | 16,82  | 17,51  | 18,20  | 18,90  |
| Dépenses publiques consacrées aux salaires des professionnels de santé (en milliards de dollars)                          | 26,64  | 27,68  | 28,80  | 30,01  | 31,34  | 32,69  | 34,07  | 35,52  | 37,00  | 38,52  | 40,04  | 41,58  |
| Dépenses publiques consacrées à d'autres achats que les médicaments (en milliards de dollars)                             | 4,84   | 5,03   | 5,24   | 5,46   | 5,70   | 5,94   | 6,19   | 6,46   | 6,73   | 7,00   | 7,28   | 7,56   |
| ADS alloués aux ressources humaines pour l' s en matière de santé (renforcement des capacités), (en milliards de dollars) | 0,51   | 0,50   | 0      | 0,51   | 0,51   | 0,53   | 0,54   | 0,55   | 0,56   | 0,57   | 0,58   | 0,59   |

| Variable                                                                                  | Année       |             |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                                                           | 2026        | 2027        | 2028         | 2029         | 2030         | 2031         | 2032         | 2033         | 2034         | 2035         | 2036         | 2037         |
| Dépenses publiques prévues (en milliards de dollars)                                      | 33,94       | 35,13       | 36,35        | 37,62        | 38,93        | 40,27        | 41,63        | 43,02        | 44,44        | 45,87        | 47,31        | 48,76        |
| Gains d'efficacité                                                                        |             |             |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| Achats groupés de produits de base (en milliards de dollars)                              | 1,21        | 1,89        | 2,62         | 3,41         | 4,27         | 4,90         | 5,11         | 5,33         | 5,55         | 5,78         | 6,01         | 6,24         |
| Achats hors budget médicaments (en milliards de dollars)                                  | 0,24        | 0,35        | 0,47         | 0,60         | 0,74         | 0,89         | 0,93         | 0,97         | 1,01         | 1,05         | 1,09         | 1,13         |
| Ressources humaines pour la santé (salaires), (en milliards de dollars)                   | 2,66        | 3,88        | 5,18         | 6,0          | 7,52         | 8,50         | 8,86         | 9,23         | 9,62         | 10,01        | 10,41        | 10,81        |
| Ressources humaines pour la santé (renforcement des capacités), (en milliards de dollars) | 0,05        | 0,07        | 0,09         | 0,10         | 0,12         | 0,14         | 0,14         | 0,14         | 0,15         | 0,15         | 0,15         | 0,15         |
| Intégration de la prestation de services (en milliards de dollars)                        | -0,49       | -           | -            | 0,61         | 0,98         | 1,26         | 1,29         | 1,32         | 1,34         | 1,37         | 1,40         | 1,43         |
| Conversion de l'OOP en prépaiement (en milliards de dollars)                              | 1,70        | 3,51        | 5,45         | 6,77         | 7,40         | 8,05         | 8,33         | 8,60         | 8,89         | 9,17         | 9,46         | 9,75         |
| <b>Gains d'efficacité totaux</b>                                                          | <b>5,37</b> | <b>9,46</b> | <b>13,82</b> | <b>17,49</b> | <b>21,04</b> | <b>23,74</b> | <b>24,65</b> | <b>25,59</b> | <b>26,56</b> | <b>27,54</b> | <b>28,52</b> | <b>29,51</b> |

| Variable                                                                             | Année  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                                      | 2038   | 2039   | 2040   | 2041   | 2042   | 2043   | 2044   | 2045   | 2046   | 2047   | 2048   | 2049   | 2050   |
| Population totale de l'Afrique (en milliards)                                        | 2,0    | 2,04   | 2,08   | 2,11   | 2,15   | 2,19   | 2,23   | 2,26   | 2,30   | 2,34   | 2,37   | 2,41   | 2,45   |
| Budget total consacré aux soins de santé de base - Afrique (en milliards de dollars) | 281,70 | 291,97 | 302,52 | 313,36 | 324,49 | 335,92 | 347,64 | 359,66 | 371,97 | 384,59 | 397,53 | 410,78 | 424,34 |

| Variable                                                                                         | Année  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                                                  | 2038   | 2039   | 2040   | 2041   | 2042   | 2043   | 2044   | 2045   | 2046   | 2047   | 2048   | 2049   | 2050   |
| Prévisions THE - Afrique, (en milliards de dollars)                                              | 178,58 | 184,89 | 191,30 | 197,77 | 204,30 | 211,05 | 217,92 | 224,93 | 229,68 | 236,93 | 244,35 | 251,95 | 259,67 |
| Dépenses publiques prévues en matière de santé (en milliards de dollars)                         | 78,50  | 81,45  | 84,42  | 87,44  | 90,46  | 93,61  | 96,81  | 100,09 | 103,43 | 106,83 | 110,34 | 113,94 | 117,57 |
| ADS prévu (en milliards de dollars)                                                              | 15,13  | 15,41  | 15,68  | 15,95  | 16,21  | 16,48  | 16,73  | 16,99  | 14,89  | 15,12  | 15,34  | 15,57  | 15,78  |
|                                                                                                  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Prévisions THE - Afrique moins inefficacités, (milliards, \$)                                    | 137,50 | 142,37 | 147,30 | 152,28 | 157,31 | 162,51 | 167,80 | 173,20 | 176,86 | 182,43 | 188,15 | 194,00 | 199,95 |
| Déficit de financement (en milliards de dollars)                                                 | 103,13 | 107,08 | 111,23 | 115,60 | 120,19 | 124,87 | 129,72 | 134,73 | 142,29 | 147,66 | 153,18 | 158,83 | 164,67 |
|                                                                                                  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Dépenses publiques de santé consacrées aux médicaments (en milliards de dollars)                 | 19,62  | 20,36  | 21,11  | 21,86  | 22,62  | 23,40  | 24,20  | 25,02  | 25,86  | 26,71  | 27,59  | 28,49  | 29,39  |
| Dépenses publiques consacrées aux salaires des professionnels de santé (en milliards de dollars) | 43,17  | 44,80  | 46,43  | 48,09  | 49,75  | 51,49  | 53,25  | 55,05  | 56,89  | 58,76  | 60,69  | 62,67  | 64,66  |
| Dépenses publiques consacrées à d'autres achats que les médicaments (en milliards de dollars)    | 7,85   | 8,14   | 8,44   | 8,74   | 9,05   | 9,36   | 9,68   | 10,01  | 10,34  | 10,68  | 11,03  | 11,39  | 11,76  |

|                                                                                                                         | Année        |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Variable                                                                                                                | 2038         | 2039         | 2040         | 2041         | 2042         | 2043         | 2044         | 2045         | 2046         | 2047         | 2048         | 2049         | 2050         |
| ADS alloués aux res-<br>sources humaines pour<br>la santé (renforcement<br>des capacités), (en<br>milliards de dollars) | 0,61         | 0,62         | 0,63         | 0,64         | 0,65         | 0,66         | 0,67         | 0,68         | 0,60         | 0,60         | 0,61         | 0,62         | 0,63         |
| Dépenses publiques<br>prévues (en milliards de<br>dollars)                                                              | 50,21        | 51,68        | 53,16        | 54,63        | 56,10        | 57,61        | 59,14        | 60,67        | 62,20        | 63,76        | 65,35        | 66,95        | 68,58        |
| Gains d'efficacité                                                                                                      |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| Achats groupés de<br>matières premières (en<br>milliards de dollars)                                                    | 6,48         | 6,72         | 6,97         | 7,21         | 7,46         | 7,72         | 7,99         | 8,26         | 8,53         | 8,81         | 9,10         | 9,40         | 9,70         |
| Achats hors budget mé-<br>dicaments (en milliards<br>de dollars)                                                        | 1,18         | 1,22         | 1,27         | 1,31         | 1,36         | 1,40         | 1,45         | 1,50         | 1,55         | 1,60         | 1,66         | 1,71         | 1,76         |
| Ressources humaines<br>pour la santé (salaires),<br>(en milliards de dollars)                                           | 11,23        | 11,65        | 12,07        | 12,50        | 12,94        | 13,39        | 13,84        | 14,31        | 14,79        | 15,28        | 15,78        | 16,29        | 16,81        |
| Ressources humaines<br>pour la santé (renforce-<br>ment des capacités), (en<br>milliards de dollars)                    | 0,16         | 0,16         | 0,16         | 0,17         | 0,17         | 0,17         | 0,17         | 0,18         | 0,15         | 0,16         | 0,16         | 0,16         | 0,16         |
| Intégration de la pres-<br>tation de services (en<br>milliards de dollars)                                              | 1,45         | 1,48         | 1,50         | 1,53         | 1,56         | 1,58         | 1,61         | 1,63         | 1,43         | 1,45         | 1,47         | 1,49         | 1,52         |
| Conversion de l'OOP<br>en prépaiement (en<br>milliards de dollars)                                                      | 10,04        | 10,34        | 10,63        | 10,93        | 11,22        | 11,52        | 11,83        | 12,13        | 12,44        | 12,75        | 13,07        | 13,39        | 13,72        |
| <b>Gains d'efficacité<br/>totaux</b>                                                                                    | <b>30,53</b> | <b>31,56</b> | <b>32,60</b> | <b>33,65</b> | <b>34,70</b> | <b>35,79</b> | <b>36,89</b> | <b>38,01</b> | <b>38,90</b> | <b>40,06</b> | <b>41,24</b> | <b>42,45</b> | <b>43,67</b> |

## Références

- Abubakar, I., Dalglish, S. L., Angell, B., Sanuade, O., Abimbola, S., Adamu, A. L., Adetifa, I. M. O., Colbourn, T., Ogunlesi, A. O., Onwujekwe, O., Owoaje, E. T., Okeke, I. N., Adeyemo, A., Aliyu, G., Aliyu, M. H., Aliyu, S. H., Ameh, E. A., Archibong, B., Ezech, A., . . . Zanna, F. H. (2022). Commission Lancet Nigeria : investir dans la santé et l'avenir de la nation. *The Lancet*, 399(10330), 1155–1200. 10.1016/S0140-6736(21)02488-0
- Adeoye, M. I., Obi, F. A., & Adrion, E. R. (2024). Points de vue des parties prenantes sur la gouvernance et la responsabilité du Fonds nigérian pour la fourniture de soins de santé de base. *Politique et planification en matière de santé*, 39(10), 1032-1040. 10.1093/heapol/czae082
- Afrexim Bank. (2024). *État des lieux du fardeau de la dette en Afrique : dynamique de la dette et vulnérabilité croissante en 2024*.
- Agradi, M. (2023). Les flux de transferts de fonds ont-ils une incidence sur la pauvreté énergétique ? *Énergie appliquée*, 335, 120668. 10.1016/j.apenergy.2023.120668
- Agyepong, I. A., Sewankambo, N., Binagwaho, A., Coll-Seck, A. M., Corrah, T., Ezech, A., Fekadu, A., Kilonzo, N., Lamptey, P., Masiye, F., Mayosi, B., Mboup, S., Muyembe, J., Pate, M., Sidibe, M., Simons, B., Tlou, S., Gheorghe, A., Legido-Quigley, H., . . . Piot, P. (2017). La voie vers une vie plus longue et plus saine pour tous les Africains d'ici 2030 : la Commission Lancet sur l'avenir de la santé en Afrique subsaharienne. *The Lancet*, 390(10114), 2803–2859. 10.1016/S0140-6736(17)31509-X
- Agyepong, I., Spicer, N., Ooms, G., Jahn, A., Bärnighausen, T., Beiersmann, C., Brown Amoakoh, H., Fink, G., Guo, Y., Hennig, L., Kifle Habtemariam, M., Kouyaté, B. A., Loewenson, R., Micah, A., Moon, S., Moshabela, M., Myhre, S. L., Ottersen, T., Patcharanarumol, W., . . . Heymann, D. (2023). Commission Lancet sur les synergies entre la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire et la promotion de la santé. *The Lancet*, 401(10392), 1964–2012. 10.1016/S0140-6736(22)01930-4
- Akhni, E., Kiendrebeogo, J. A., Idrissi Azouzi, A., Adam, Z., Makoutode, C. P., Mayaka Manitu, S., Njoumeme, Z., Gamble Kelley, A., & Meessen, B. (2018). Nos « systèmes de couverture sanitaire universelle » sont-ils des systèmes d'apprentissage ? Mise à l'essai d'un outil et d'un processus d'évaluation dans six pays africains. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 78. 10.1186/s12961-018-0340-y
- Akokuwebe, M. E., Osuafor, G. N., Likoko, S., & Idemudia, E. S. (2023). Satisfactions à l'égard des services de santé et exclusion médicale chez les jeunes migrants de la province de Gauteng en Afrique du Sud : analyse transversale de l'enquête GCRO (2017-2018). *Plos One*, 18(11), e0293958. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293958>
- Angwenyi, V., Aantjes, C., Bunders-Aelen, J., Criel, B., & Lazarus, J. V. (2020). Le contexte importe : étude qualitative des aspects pratiques et des dilemmes liés à la prestation de soins chroniques intégrés dans les établissements de soins primaires et secondaires d'un district rural du Malawi. *BMC Family Practice*, 21(1), 101. 10.1186/s12875-020-01174-1
- Asante, K. T., Kumi, E., & Kodom, M. (2024). Crise économique post-COVID, relations entre les citoyens et l'État, et controverse sur la taxe sur les transactions électroniques (E-levy) au Ghana. *World Development Perspectives*, 35, 100621. 10.1016/j.wdp.2024.100621
- Atun, R., Silva, S., Ncube, M., & Vassall, A. (2016). Financement innovant pour la lutte contre le VIH en Afrique subsaharienne. *Journal of Global Health*, 6(1), 010407. 10.7189/jogh.06.010407
- Atwoli, L., Erhabor, G. E., Gbakima, A. A., Haileamlak, A., Ntumba, J. K., Kigera, J., Laybourn-Langton, L., Mash, R., Muhia, J., Mulaudzi, F. M., Ofori-Adjei, D., Okonofua, F., Rashidian, A., El-Adawy, M., Sidibé, S., Snouber, A., Tumwine, J., Yassien, M. S., Yonga, P., . . . Zielinski, C. (2022). Conférence COP27 sur le changement climatique : des mesures urgentes s'imposent pour l'Afrique et le monde. *The Lancet Digital Health*, 4(12), e858–e860. 10.1016/S2589-7500(20)30270-3
- Barasa, E., Mathauer, I., Kabia, E., Ezumah, N., Mbau, R., Honda, A., Dkhimi, F., Onwujekwe, O., Phuong, H. T., & Hanson, K. (2021). Comment les prestataires de soins de santé réagissent-ils aux multiples flux de financement ? Un cadre conceptuel et des options pour les harmoniser. *Health Policy and Planning*, 36(6), 861–868. 10.1093/heapol/czab003
- Barton, I., Berger, R., & Clark, M. (2022). *Le pourquoi des achats groupés : une évaluation des avantages et des inconvénients*. 2022 : Management Sciences for Health, Arlington VA. <https://msh.org/resources/the-positives-and-pitfalls-of-pooled-procurement/wp-content/uploads/2022/02/The-Why-of-Pooled-Procurement-FINAL.pdf>
- Berlacher, M., Mercer, T., Apondi, E. O., Mwangi, W., Were, E., & McHenry, M. S. (2020). Intégrer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les soins généraux de santé maternelle et infantile dans l'ouest du Kenya. 10.1016/j.ijma.429
- Bertone, M. P., Jowett, M., Dale, E., & Witter, S. (2019). Le financement de la santé dans les contextes fragiles et touchés par des conflits : que savons-nous, sept ans après ? *Social Science & Medicine*, 232, 209–219. 10.1016/j.socscimed.2019.04.019
- Bosongo, S., Belrhiti, Z., Chenge, F., Criel, B., Coppie, Y., & Marchal, B. (2024). Le rôle de l'administration

provinciale de la santé dans le soutien aux équipes de gestion sanitaire des districts en République démocratique du Congo : élaboration d'une théorie initiale du programme dans le cadre d'une évaluation réaliste. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 29. 10.1186/s12961-024-01115-9

Boutin, D., Petitfour, L., Allard, Y., Kountoubéré, S., & Ridde, V. (2025). *Évaluation complète de l'impact de l'assurance maladie communautaire obligatoire au Burkina Faso*. *Social Science & Medicine*, 371, 117870. 10.1016/j.socscimed.2025.117870

Brikci, N. (2024). Mécanismes innovants de financement national de la santé en Afrique : examen des données disponibles. *Journal of Health Services Research & Policy*, 29(2), 132–140. 10.1177/13558196231181081

Chireshe, R., Manyangadze, T., & Naidoo, K. (2024). Modèles de soins chroniques intégrés pour les personnes atteintes à la fois du VIH et de maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne : une revue exploratoire. *PLoS One*, 19(3), e0299904. 10.1371/journal.pone.0299904

Cooper, C. M., Wille, J., Shire, S., Makoko, S., Tsega, A., Schuster, A., Hausi, H., Gibson, H., & Tappis, H. (2020). Prestation intégrée de services de planification familiale et de vaccination dans les établissements de santé et les sites communautaires des districts de Dowa et Ntchisi au Malawi : une évaluation de processus à méthodes mixtes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4530. 10.3390/ijerph17124530

CSDH. (2008). *Réduire les inégalités en une génération : l'équité en matière de santé grâce à l'action sur les déterminants sociaux*. *Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Danielle Yugbaré Belemsaga, Anne Goujon, Aristide Bado, Seni Kouanda, Els Duysburgh, Marleen Temmerman et Olivier Degomme. (2018). Intégration des soins post-partum dans les services de santé infantile et de vaccination au Burkina Faso : résultats d'une étude transversale. *Reproductive Health*, 15(1), 1–17. 10.1186/s12978-018-0602-8

Dieleman, J. L., Cowling, K., Agyepong, I. A., Alkenbrack, S., Bollyky, T. J., Bump, J. B., Chen, C. S., Grépin, K. A., Haakenstad, A., Harle, A. C., Kates, J., Lavado, R. F., Micah, A. E., Ottersen, T., Tandon, A., Tsakalos, G., Wu, J., Zhao, Y., Zlavog, B. S., & Murray, C. J. L. (2019). Le G20 et l'aide au développement dans le domaine de la santé : tendances historiques et questions cruciales pour éclairer une nouvelle ère. *The Lancet*, 394(10193), 173–183. 10.1016/S0140-6736(19)31333-9

Dominic Nkhoma. (2025). *Cadre pour relier et mettre en œuvre les réformes du Plan stratégique pour le secteur de la santé (HSSP) III au niveau des établissements de santé au Malawi*. Lilongwe :

Dovie, D. B. K. (2015). L'environnement en Afrique : un paysage biogéographique et culturel sous pression. Dans J. D. Wright (Ed.), *Encyclopédie internationale des sciences sociales et comportementales (deuxième édition)* (pp. 292-299). Elsevier. 10.1016/B978-0-08-097086-8.10113-8

Drama, B. G. H., Soro, K., & Senou, M. M. (2025). Répartition sectorielle des investissements publics : optimisation de l'efficacité des systèmes éducatifs et sanitaires dans les économies en développement. *Social Sciences & Humanities Open*, 12, 102300. 10.1016/j.ssaho.2025.102300

Dubois, P., Lefouili, Y., & Straub, S. (2021). Achat groupé de médicaments dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *European Economic Review*, 132, 103655. 10.1016/j.euroecorev.2021.103655

Dulli, L. S., Eichleay, M., Rademacher, K., Sortijas, S., & Nsengiyumva, T. (2016). Répondre aux besoins des femmes en matière de planification familiale après l'accouchement grâce à des services intégrés de planification familiale et de vaccination : résultats d'un essai contrôlé randomisé par grappes au Rwanda. *Global Health Science and Practice*, 4(1), 73–86. 10.9745/GHSP-D-15-00291

Duran, A., Kutzin, J., & Menabde, N. (2014). Les défis de la couverture universelle nécessitent des approches systémiques en matière de santé ; le cas de l'Inde. *Health Policy*, 114(2), 269–277. 10.1016/j.healthpol.2013.11.009

Dzau, V. J., Laitner, M. H., & Shambaugh, E. L. (2024). Impératifs stratégiques pour la santé aux États-Unis : une feuille de route pour la nouvelle administration présidentielle. *The Lancet (édition britannique)*, 404(10469), 2371–2379. 10.1016/S0140-6736(24)02189-5

Engidaw, M., Alemu, M. B., Muche, G. A., & Yitayal, M. (2023). Préférences professionnelles en milieu rural des étudiants en médecine diplômés en Éthiopie — une expérience de choix discret (DCE). *BMC Medical Education*, 23(1), 155. 10.1186/s12909-023-04133-3

Gouvernement fédéral du Nigeria. (2013). *Intégration de la gouvernance des soins de santé primaires (SSP sous un même toit) : manuel de mise en œuvre*. Agence nationale de développement des soins de santé primaires.

Garcia-Diaz, R., Prasad Sapkota, V., & Flores, G. (2024). Persistance des dépenses de santé catastrophiques à la charge des patients : mesure à partir de données

provenant de trois pays africains - Malawi, Tanzanie et Ouganda. *Social Science & Medicine*, 357, 117156. 10.1016/j.socscimed.2024.117156

Glassman, A., Giedion, U., & Smith, P. C. (2017). *Ce qui est inclus, ce qui est exclu : concevoir des prestations pour une couverture sanitaire universelle*. Centre pour le développement mondial.

Glenngård, A. H., & Maina, T. M. (2007). Inverser la tendance à la mise en œuvre insuffisante des politiques dans le secteur de la santé au Kenya ? – une étude sur l'allocation budgétaire et les dépenses en matière de santé par rapport aux priorités fixées. *Health Research Policy and Systems*, 5(1), 3. 10.1186/1478-4505-5-3

Réseau collaboratif sur la charge mondiale de morbidité. (2025). *Dépenses mondiales de santé 1995-2022*. Réseau collaboratif sur la charge mondiale de morbidité. Dépenses mondiales de santé 1995-2022. Seattle, États-Unis d'Amérique : Institut pour la mesure et l'évaluation de la santé (IHME).

Gouvernement du Malawi. (2017). *Cartographie des ressources du secteur de la santé, exercice 2017/18 – exercice 2019/20*. [https://p4h.world/app/uploads/2023/02/Resource20Mapping20FY2017\\_1820E2809320FY202019\\_20.x80726.pdf#:~:text=Resource%20mapping%20tracks%20the%20budgets,the%20national%20annual%20budgeting%20process](https://p4h.world/app/uploads/2023/02/Resource20Mapping20FY2017_1820E2809320FY202019_20.x80726.pdf#:~:text=Resource%20mapping%20tracks%20the%20budgets,the%20national%20annual%20budgeting%20process). Consulté le 29/12/2025, à l'adresse [https://p4h.world/app/uploads/2023/02/Resource20Mapping20FY2017\\_1820E2809320FY202019\\_20.x80726.pdf#:~:text=Resource%20mapping%20tracks%20the%20budgets,the%20national%20annual%20budgeting%20process](https://p4h.world/app/uploads/2023/02/Resource20Mapping20FY2017_1820E2809320FY202019_20.x80726.pdf#:~:text=Resource%20mapping%20tracks%20the%20budgets,the%20national%20annual%20budgeting%20process).

Griffiths, U. K., Asman, J., Adjagba, A., Yo, M., Oguta, J. O., & Cho, C. (2020). Postes budgétaires consacrés à la vaccination dans 33 pays africains. *Health Policy and Planning*, 35(7), 753–764. 10.1093/heapol/czaa040

Guthrie, T., & Webb, D. (2019). *Cofinancement intersectoriel* :

*Financement entre secteurs pour la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : leçons apprises*. PNUD.

Hajji, O., El Abbadi, B., & Akhnif, E. H. (2025). Examen systématique des fonctions de financement de la couverture sanitaire universelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire : réformes, défis et enseignements tirés. *Public Health Reviews*, volume 46 - 2025 <https://www.ssph-journal.org/journals/public-health-reviews/articles/10.3389/phrs.2025.1607745>

Hallett, T. B., Mangal, T. D., Tamuri, A. U., Arinaminpathy, N., Cambiano, V., Chalkley, M., Collins, J. H., Cooper, J., Gillman, M. S., Giordano, M., Graham, M. M., Graham, W., Hawryluk, I., Janoušková, E., Jewell, B. L., Lin, I. L., Manning Smith, R., Manthalu, G., Mnjoye, E., ... Phillips, A. N. (2025). Estimations de l'utilisation des

ressources dans le système de santé public et effet du renforcement des services de santé au Malawi entre 2015 et 2019 : une étude de modélisation (*Thanzi La Onse*). *The Lancet Global Health*, 13(1), e28–e37. 10.1016/S2214-109X(24)00413-3

Hamon, J. K., Kambanje, M., Pryor, S., Kaponda, A. S., Mwale, E., Webster, J., Burchett, H. E. D., & Mayhew, S. H. (2022). Prestation intégrée de services de planification familiale et de vaccination infantile : analyse des boucles causales de la réactivité des services au Malawi. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100159. 10.1016/j.ssmqr.2022.100159

Hamon, J. K., Kambanje, M., Pryor, S., Kaponda, A. S., Mwale, E., Burchett, H. E. D., Mayhew, S. H., & Webster, J. (2022). Prestation intégrée de services de planification familiale et de vaccination infantile : une évaluation mixte de la réactivité des services. *BMC Health Services Research*, 22(1), 572–7. 10.1186/s12913-022-07983-7

Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., ... Wurie, H. (2022). Commission Lancet Global Health sur le financement des soins de santé primaires : mettre les personnes au centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), e715–e772. 10.1016/S2214-109X(22)00005-5

Harrison, S. R., & Jordan, A. M. (2022). Intégration des soins des maladies chroniques dans les services de soins primaires en Afrique subsaharienne : synthèse d'un cadre « optimal » et nouveau modèle conceptuel. *Family Medicine and Community Health*, 10(3), e001703. 10.1136/fmch-2022-001703

Hawkins, L., Kasekamp, K., van Ginneken, E., & Habicht, T. (2023). Gouvernance des agences d'achat de services de santé : étude comparative des agences d'achat nationales dans 10 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale. *Health Policy OPEN*, 5, 100111. 10.1016/j.hpopen.2023.100111

Humphrey, J., Nagel, E., Carlucci, J. G., Edmonds, A., Kinikar, A., Anderson, K., Leroy, V., Machado, D., Yin, D. E., Tulio Luque, M., Amorissani-Folquet, M., Mbewe, S., Suwanlerk, T., Munyaneza, A., Patel, R. C., Musick, B., Abuogi, L., & Wools-Kaloustian, K. (2023). Intégration des soins liés au VIH dans les services de santé maternelle et infantile au sein du consortium mondial leDEA. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1066297. 10.3389/fgwh.2023.1066297

Hussien, M., Azage, M., & Bayou, N. B. (2022). *Étude à méthodes mixtes sur les tendances en matière d'adhésion à l'assurance maladie communautaire et les défis sous-jacents dans deux districts du nord-est de l'Éthiopie : un indicateur de sa durabilité*. *Plos One*, 17(8), e0266583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266583>

Ighodalo Ehikioya, B., Omankhanlen, A. E., Osagie Osu-  
ma, G., & Iwiyisi Inua, O. (2020). Relations dynamiques  
entre la dette publique extérieure et la croissance  
économique dans les pays africains : malédiction ou  
bénédiction ? *Journal of Open Innovation: Technology,  
Market, and Complexity*, 6(3), 88. 10.3390/joitmc6030088

Institut pour la mesure et l'évaluation de la santé  
(IHME). (2024). *Résultats GBD*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Institut pour la mesure et l'évaluation de la santé  
(IHME). (2025). *Financer la santé mondiale*. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>. Consulté le 20/12/2025, à  
l'adresse <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Fonds monétaire international. (2024). *République  
démocratique du Congo. Questions choisies. Rapport  
du FMI sur le pays n° 24/227*. Washington D.C : FMI. <https://www.imf.org/-/media/files/publications/cr/2024/english/1codea2024002-print-pdf.pdf>

Fonds monétaire international. (2026). *PIB, prix cou-  
rants*. [https://www.imf.org/external/datamapper/  
NGDPD@WEQ/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/AFO](https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEQ/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/AFO).  
Consulté le 14/01/2026, à l'adresse [https://www.imf.org/  
external/datamapper/NGDPD@WEQ/OEMDC/ADVEC/  
WEOWORLD/AFO](https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEQ/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/AFO)

Kachapila, M., Kigozi, J., & Oppong, R. (2023). Explorer  
les rôles des acteurs dans les achats stratégiques  
pour les soins de santé en Afrique — une revue ex-  
ploratoire. *Politique et planification de la santé*, 38(1),  
97–108. 10.1093/heapol/czac093

Kaseya, J. (2025). Le programme africain pour la sé-  
curité et la souveraineté sanitaires : une nouvelle voie  
à suivre. *The Lancet*, 406(10518), 2394–2396. 10.1016/  
S0140-6736(25)02315-3

Kayode-Anglade, S., & Spio-Garbrah, N. (2012). Les  
obligations de la diaspora : quelques leçons pour les  
pays africains. *Africa Economic Brief*, 3(13)

Kengne, A. P., June-Rose Mchiza, Z., Amoah, A. G. B.,  
& Mbanya, J. (2013). Les maladies cardiovasculaires  
et le diabète, défis économiques et développementaux  
en Afrique. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(3),  
302–313. 10.1016/j.pcad.2013.10.011

Kessy, A. T., & Shayo, H. E. (2022). L'engagement de  
la diaspora tanzanienne : la nécessité d'un change-  
ment de paradigme dans les politiques d'engagement  
et d'investissement de la diaspora. *Recherche sur la  
mondialisation*, 5, 100095. 10.1016/j.resglo.2022.100095

King, A., & Ramlogan-Dobson, C. (2015). L'Afrique est-  
elle réellement en développement ? *World Develop-  
ment*, 66, 598–613. 10.1016/j.worlddev.2014.09.023

Kivuyo, S., Birungi, J., Okebe, J., Wang, D., Ramaiya,  
K., Ainan, S., Tumuhairwe, F., Ouma, S., Namakoola, I.,

Garrib, A., van Widenfelt, E., Mutungi, G., Jaoude, G.  
A., Batura, N., Musinguzi, J., Ssali, M. N., Etukoit, B. M.,  
Mugisha, K., Shimwela, M., . . . Willitts, J. (2023). Prise  
en charge intégrée du VIH, du diabète et de l'hyperten-  
sion en Afrique subsaharienne (INTE-AFRICA) : un  
essai pragmatique randomisé par grappes et contrôlé.  
*The Lancet*, 402(10409), 1241–1250. 10.1016/S0140-  
6736(23)01573-8

Kodongo, O., Mukoki, P., & Ojah, K. (2023). Dévelop-  
pement du marché obligataire et réduction du déficit  
d'infrastructures : le cas de l'Afrique subsaharienne.  
*Economic Modelling*, 121, 106230. 10.1016/j.econ-  
mod.2023.106230

Kolesar, R. J., Bogetoft, P., Chea, V., Erreygers, G., &  
Pheakdey, S. (2022). Faire progresser la couverture  
sanitaire universelle à l'ère de la COVID-19 : évaluation  
de l'efficacité technique des services de santé pu-  
blique et de la répartition des coûts appliquée au Cam-  
bodge. *Health Economics Review*, 12(1), 10. 10.1186/  
s13561-021-00354-8

Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Van Lerber-  
ghe, W. (2010). La contribution des soins primaires à la  
santé et aux systèmes de santé dans les pays à revenu  
faible et intermédiaire : examen critique des princi-  
pales initiatives en matière de soins primaires. *Social  
Science & Medicine* (1982), 70(6), 904–911. 10.1016/j.  
socscimed.2009.11.025

Lagziel, T., Quiroga, L. H., Ross, E., Khoo, K. H.,  
Shamoun, F., Asif, M., Caffrey, J. A., & Hultman, C. S.  
(2024). L'impact de différentes comorbidités sur les  
résultats cliniques et l'utilisation des ressources chez  
les patients gravement brûlés et chirurgicaux : une  
analyse basée sur la population des déterminants  
sociaux de la santé. *Burns*, 50(4), 823–828. 10.1016/j.  
burns.2024.03.003

Latino, L. R., Pica-Ciamarra, U., & Wisser, D. (2020).  
Afrique : la révolution de l'élevage s'urbanise. *Global  
Food Security*, 26, 100399. 10.1016/j.gfs.2020.100399

Lê, G., Morgan, R., Bestall, J., Featherstone, I., Veale,  
T., & Ensor, T. (2016). L'intégration des services peut-  
elle fonctionner pour la couverture sanitaire univer-  
selle ? Données provenant du monde entier. *Health  
Policy (Amsterdam)*, 120(4), 406–419. 10.1016/j.  
healthpol.2016.02.007

Luabeya, R. (2025). *La République démocratique du  
Congo va financer la couverture sanitaire univer-  
selle grâce à une nouvelle taxe à l'importation de  
2 %*. [https://bankable.africa/en/news/1707-1452-dr-  
congo-to-fund-universal-healthcare-with-new-2-im-  
port-tax#:~:text=experience%20of%20Jumi-,DR%20  
Congo%20to%20Fund%20Universal%20Healthcare%20  
with%20New%202%25%20Import,workers%20and%20  
2%25%20by%20employers](https://bankable.africa/en/news/1707-1452-dr-congo-to-fund-universal-healthcare-with-new-2-im-port-tax#:~:text=experience%20of%20Jumi-,DR%20Congo%20to%20Fund%20Universal%20Healthcare%20with%20New%202%25%20Import,workers%20and%202%25%20by%20employers). Consulté le 19/01/2026,  
sur [https://bankable.africa/en/news/1707-1452-dr-  
congo-to-fund-universal-healthcare-with-new-2-im-](https://bankable.africa/en/news/1707-1452-dr-congo-to-fund-universal-healthcare-with-new-2-im-)

[port-tax#:~:text=expérience%20de%20Jumi.-,DR%20Congo%20to%20Fund%20Universal%20Healthcare%20with%20New%202%25%20Import,workers%20and%202%25%20by%20employers.](#)

Luyten, E., & Tubeuf, S. (2025). Équité dans le financement des soins de santé : examen des données disponibles. *Health Policy*, 152, 105218. 10.1016/j.healthpol.2024.105218

Malakoane, B., Heunis, J. C., Chikobvu, P., Kigozi, N. G., & Kruger, W. H. (2020). Les défis du système de santé publique dans l'État libre, en Afrique du Sud : une évaluation de la situation pour éclairer le renforcement du système de santé. *BMC Health Services Research*, 20(1), 58. 10.1186/s12913-019-4862-y

Markatou, M., Kennedy, O., Brachmann, M., Mukhopadhyay, R., Dharia, A., & Talal, A. H. (2023). Déterminants sociaux de la santé chez les personnes souffrant de troubles liés à l'usage d'opioïdes : améliorer la collecte, l'intégration et l'utilisation des données grâce à une collaboration interdomaines et à des flux de travail reproductibles, centrés sur les données et de type « notebook ». *Frontiers in Medicine*, 10, 1076794. 10.3389/fmed.2023.1076794

Martínez Álvarez, M., Borghi, J., Acharya, A., & Vassall, A. (2016). L'aide au développement dans le domaine de la santé est-elle fongible ? Résultats d'une étude de cas utilisant des méthodes mixtes en Tanzanie. *Social Science & Medicine*, 159, 161–169. 10.1016/j.socscimed.2016.05.006

Masis, L., Gichaga, A., Zerayacob, T., Lu, C., & Perry, H. B. (2021). Les agents de santé communautaires à l'aube d'une nouvelle ère : 4. Financement des programmes. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 107. 10.1186/s12961-021-00751-9

Masiye, F., Kaonga, O., & Kirigia, J. M. (2016). La politique de suppression des frais d'utilisation offre-t-elle une protection financière contre les paiements catastrophiques liés aux soins de santé ? Preuves provenant de Zambie. *Plos One*, 11(1), e0146508. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146508>

Mcintyre, D., Meheus, F., & Røttingen, J. (2017). Quel niveau de dépenses publiques nationales de santé devrions-nous viser pour parvenir à une couverture sanitaire universelle ? *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 125–137. 10.1017/S1744133116000414

Meda, I. B., Kouanda, S., Dumont, A., & Ridde, V. (2020). Effet d'un mode de paiement prospectif pour les établissements de santé sur les dépenses médicales directes dans un contexte de faibles ressources : une étude appariée avant-après. *Health Policy and Planning*, 35(7), 775–783. 10.1093/heapol/czaa039

Michielsen, J., & Criel, B. (2024). L'assurance maladie communautaire peut-elle vraiment répondre aux at-

tentes en matière de soins de santé équitables et de qualité ? *Sciences sociales et médecine*, 345, 115741. 10.1016/j.socscimed.2023.115741

Mihret, M. S., Azene, Z. N., Kebede, A. A., Mengistu, B. A., Eriku, G. A., Asaye, M. M., Chanie, W. F., & Taye, B. T. (2022). Facteurs de risque d'abandon de l'accouchement en établissement chez les mères séropositives ayant pris rendez-vous pour des soins prénatals dans l'année suivant l'accouchement en Éthiopie : une étude cas-témoins. *Archives of Public Health = Archives Belges De Santé Publique*, 80(1), 69–10. 10.1186/s13690-022-00819-0

Ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention. (2024). *Rapport sur les comptes de la santé 2021*. <https://p4h.world/en/documents/report-on-health-accounts-2021/>. Consulté le 09/01/2026, sur <https://p4h.world/en/documents/report-on-health-accounts-2021/>

Mitchell, G. K., Burridge, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J., & Jackson, C. L. (2015). Examen systématique des modèles intégrés de soins de santé dispensés à l'interface primaire-secondaire : quelle est leur efficacité et quels sont les facteurs qui la déterminent ? *Australian Journal of Primary Health*, 21(4), 391–408. 10.1017/PY14172

Mohan, S., Mangal, T. D., Colbourn, T., Chalkley, M., Chimwaza, C., Collins, J. H., Graham, M. M., Janoušková, E., Jewell, B., Kadewere, G., Li Lin, I., Manthalu, G., Mfutso-Bengo, J., Mnjowe, E., Molaro, M., Nkhoma, D., Revill, P., She, B., Manning Smith, R., . . . Hallett, T. B. (2024). Facteurs associés à la disponibilité des consommables médicaux dans les établissements de niveau 1 au Malawi : analyse secondaire d'un recensement des établissements. *The Lancet Global Health*, 12(6), e1027–e1037. 10.1016/S2214-109X(24)00095-0

Montás, M. C., Klasa, K., van Ginneken, E., & Greer, S. L. (2022). Achats stratégiques et résilience des systèmes de santé : leçons tirées de la COVID-19 dans certains pays européens. *Health Policy*, 126(9), 853–864. 10.1016/j.healthpol.2022.06.005

Moucheraud, C., Hing, M., Seleman, J., Phiri, K., Chibwana, F., Kahn, D., Schooley, A., Moses, A., & Hoffman, R. (2020). Expériences de soins intégrés et dépenses à la charge des patients : enquête transversale auprès d'adultes recevant un traitement contre le VIH et l'hypertension dans le cadre du programme « » au Malawi. *BMJ Open*, 10(2), e032652. 10.1136/bmjopen-2019-032652

Mukwena, N. V., & Manyisa, Z. M. (2022). Facteurs influençant la préparation à la mise en œuvre du régime national d'assurance maladie dans un hôpital sélectionné de la province de Gauteng, en Afrique du Sud. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1006. 10.1186/s12913-022-08367-7

- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Mortalité mondiale, invalidité et contribution des facteurs de risque : étude sur la charge mondiale de morbidité. *The Lancet*, 349(9063), 1436–1442. 10.1016/S0140-6736(96)07495-8
- Musango, L., Orem, J. N., Elovainio, R., & Kirigia, J. (2012). Passer de l'idée à l'action - développer des systèmes de financement de la santé vers une couverture universelle en Afrique. *BMC International Health and Human Rights*, 12(1), 30. 10.1186/1472-698X-12-30
- Mushagalusa, C. R., Mayeri, D. G., Kasongo, B., Cikomola, A., Makali, S. L., Ngaboyeka, A., Chishagala, L., Mwembo, A., Mukalay, A., & Bisimwa, G. B. (2023). Profil des professionnels de santé dans un contexte d'instabilité : étude transversale de quatre zones de santé rurales dans l'est de la République démocratique du Congo (enseignements tirés). *Ressources humaines pour la santé*, 21(1), 32. 10.1186/s12960-023-00816-6
- N'dimon, C. (2025). *La RDC dévoile un budget de 20,3 milliards de dollars pour 2026, axé sur la sécurité et la reconstruction de l'Est*. [https://www.ecofinagency.com/news-finances/1609-48726-drc-unveils-20-3-billion-budget-for-2026-targets-security-and-rebuilding-the-east#:~:text=DRC%20Unveils%20\\$20.3%20Billion%20Budget,%2D2028%20Government%20Action%20Program.%22](https://www.ecofinagency.com/news-finances/1609-48726-drc-unveils-20-3-billion-budget-for-2026-targets-security-and-rebuilding-the-east#:~:text=DRC%20Unveils%20$20.3%20Billion%20Budget,%2D2028%20Government%20Action%20Program.%22). Consulté le 11/01/2026, sur <https://www.ecofinagency.com/news-finances/1609-48726-drc-unveils-20-3-billion-budget-for-2026-targets-security-and-rebuilding-the-east#:~:text=La RDC dévoile un budget de 20,3 milliards de dollars, Programme d'action gouvernemental 2028>.
- Nabyonga-Orem, J., Christmal, C., Addai, K. F., Mwinga, K., Aidam, K., Nachinab, G., Namuli, S., & Asamani, J. A. (2023). L'état et les principaux moteurs de l'efficacité des systèmes de santé en Afrique : revue systématique et méta-analyse. *Journal of Global Health*, 13, 04131. 10.7189/jogh.13.04131
- Nakiire, L., Masiira, B., Kihembo, C., Katushabe, E., Natseri, N., Nabukenya, I., Komakech, I., Makumbi, I., Charles, O., Adatu, F., Nanyunja, M., Nsubuga, P., Woldetsadik, S. F., Tusiime, P., Yahaya, A. A., Fall, I. S., & Wondimagegnehu, A. (2019). Expériences des professionnels de santé concernant l'intensification de la formation sur la surveillance et la réponse intégrées aux maladies (IDSR) en Ouganda, 2016 : étude qualitative transversale. *BMC Health Services Research*, 19(1), 117. 10.1186/s12913-019-3923-6
- Ndayishimiye, C., Sowada, C., & Dubas-Jakóbczyk, K. (2025). Réformes du paiement des prestataires de soins de santé dans les États africains du Commonwealth — une revue exploratoire. *Frontiers in Public Health*, volume 13 - 2025 <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1446497>
- Negera, G., Merga, H., & Gudeta, T. (2021). Perception des professionnels de santé concernant les performances en matière d'approvisionnement en produits pharmaceutiques dans les établissements de santé publics du sud-ouest de l'Éthiopie. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 14(1), 58. 10.1186/s40545-021-00344-5
- Nelson, A. R., Cooper, C. M., Kamara, S., Taylor, N. D., Zikeh, T., Kanneh-Kesselly, C., Fields, R., Hossain, I., Oseni, L., Getahun, B. S., Fiedler, A., Schuster, A., & Tappis, H. (2019). Mise en œuvre de services intégrés de vaccination et de planification familiale dans les zones rurales du Libéria : enseignements tirés de l'évaluation de la qualité et de l'utilisation des services. *Global Health, Science and Practice*, 7(3), 418–434. 10.9745/GHSP-D-19-00012
- Nkengasong, J., Djoudalbaye, B., & Maiyegun, O. (2017). Une nouvelle politique de santé publique pour la sécurité sanitaire en Afrique. *The Lancet Global Health*, 5(11), e1064–e1065. 10.1016/S2214-109X(17)30363-7
- Nyawira, L., Tsofa, B., Musiega, A., Munywoki, J., Njuguna, R. G., Hanson, K., Mulwa, A., Molyneux, S., Maina, I., Normand, C., Jemutai, J., & Barasa, E. (2022). Gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé : implications pour l'efficacité des systèmes de santé au Kenya. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1046. 10.1186/s12913-022-08432-1
- Obi, U. S., Ogbuoji, O., Mao, W., Shahid, M., Onwujekwe, O., & Yamey, G. (2021). Progrès malgré les coupes budgétaires : étude de cas qualitative au Nigeria sur le maintien des progrès vers la couverture sanitaire universelle après la perte de l'aide des bailleurs de fonds. *Health Policy and Planning*, 36(7), 1045–1057. 10.1093/heapol/czab051
- Ogbuabor, D. C., & Onwujekwe, O. E. (2019). Aligner le système de gestion des finances publiques et les politiques de soins de santé gratuits : les enseignements d'un programme de soins de santé maternelle et infantile gratuits au Nigeria. *Health Economics Review*, 9(1), 17. 10.1186/s13561-019-0235-9
- Ogunfolaji, O., Ghaith, H. S., Djoutsop, O. M., Wafo, C. K., Wafo, D. P., Negida, A., & Kanmounye, U. S. (2023). Plaidoyer pour des structures de responsabilité plus solides dans la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Workforce 2030. *International Journal of Public Health*, volume 68 - 2023 <https://www.ssph-journal.org/journals/international-journal-of-public-health/articles/10.3389/ijph.2023.1605603>
- Okoroafor, S. C., Ahmat, A., Osobor, M., Nyoni, J., Bassey, J., & Alemu, W. (2022). Évaluation des besoins en personnel des centres de soins de santé primaires dans l'État de Cross River, au Nigeria : une étude des indicateurs de charge de travail pour évaluer les besoins en personnel. *Human Resources for Health*, 19(1), 108. 10.1186/s12960-021-00648-2
- Olaniran, A., Briggs, J., Pradhan, A., Bogue, E., Schreiber, B., Dini, H. S., Hurkchand, H., & Ballard, M.

(2022). Ruptures de stock de médicaments essentiels chez les agents de santé communautaires (ASC) dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) : revue systématique de la littérature sur l'ampleur, les raisons et les conséquences. *Ressources humaines pour la santé*, 20(1), 58. 10.1186/s12960-022-00755-8

Onwujekwe, O. E., Uzochukwu, B. S. C., Obikeze, E. N., Okoronkwo, I., Ochonma, O. G., Onoka, C. A., Madubuko, G., & Okoli, C. (2010). Étude des déterminants des dépenses à la charge des patients et des stratégies pour faire face aux paiements des soins de santé dans le sud-est du Nigeria. *BMC Health Services Research*, 10(1), 67. 10.1186/1472-6963-10-67

Pfeiffer, J., Montoya, P., Baptista, A. J., Karagianis, M., Pugas, M. d. M., Micek, M., Johnson, W., Sherr, K., Gimbel, S., Baird, S., Lambdin, B., & Gloyd, S. (2010). Intégration des services liés au VIH/SIDA dans les soins de santé primaires en Afrique : leçons apprises pour le renforcement du système de santé au Mozambique - une étude de cas. *Journal of the International AIDS Society*, 13(1), 3. 10.1186/1758-2652-13-3

Piabuo, S. M., & Tieguhong, J. C. (2017). Dépenses de santé et croissance économique - revue de la littérature et analyse entre la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEMAC) et certains pays africains. *Health Economics Review*, 7(1), 23. 10.1186/s13561-017-0159-1

Piatti-Fünfkirchen, M., & Schneider, P. (2018). De l'obstacle au catalyseur : le rôle de la gestion des finances publiques dans la prestation des services de santé en Tanzanie et en Zambie. *Health Systems & Reform*, 4(4), 336–345. 10.1080/23288604.2018.1513266

Pierre, O. S., & Diaby, O. (2025). Les mécanismes de préparation du budget-programme peuvent-ils améliorer l'allocation des ressources publiques ? Exemples tirés des ministères camerounais. *Évaluation et planification des programmes*, 112, 102668. 10.1016/j.evalproplan.2025.102668

Pinzón-Flórez, C. E., Fernández-Niño, J. A., Ruiz-Rodríguez, M., Idrovo, Á J., & Arredondo López, A. A. (2015). Déterminants de la performance des systèmes de santé en matière de santé maternelle et infantile : une approche globale. *Plos One*, 10(3), e0120747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120747>

Prakash, A., K C, S., Chalkidou, K., Dema, N., Teerawatatananon, Y., & Dabak, S. V. (2025). Mettre en commun les ressources pour améliorer la santé : exploration de l'approvisionnement groupé pour les technologies de la santé à l'échelle mondiale et application potentielle en Asie. *SSM - Health Systems*, 5, 100103. 10.1016/j.ssmhs.2025.100103

Ravishankar, N., Mathauer, I., Barroy, H., Vilcu, I., Chaitkin, M., Offosse, M. J., Co, P. A., Nakyanzi, A., Mbuthia, B., Lourenço, S., Mardani, H., & Kutzin, J.

(2024). Concilier la décentralisation avec le financement de la santé et la gestion des finances publiques : défis et options politiques pour le secteur de la santé. *BMJ Global Health*, 9(5), e015216. 10.1136/bmjgh-2024-015216

Roszkó-Wójtowicz, E., Przybysz, K., & Stanimir, A. (2025). Vieillesse inégale : la qualité de vie des seniors dans l'UE avant et après la COVID-19. Une approche multidimensionnelle. *Frontiers in Public Health*, 13, 1506006. 10.3389/fpubh.2025.1506006

Sandhu, S., Xu, J., Blanchard, L., Eisenson, H., Crowder, C., Munoz, V. S., Drake, C., & Bettger, J. P. (2021). Un modèle de navigateur de ressources communautaires : utilisation d'étudiants bénévoles pour intégrer les soins de santé et l'aide sociale dans un centre de santé communautaire. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 2. 10.5334/ijic.5501

Saxenian, H., Hecht, R., Kaddar, M., Schmitt, S., Ryckman, T., & Cornejo, S. (2015). Surmonter les défis du financement durable de la vaccination : premières expériences des pays sortant du programme GAVI. *Health Policy and Planning*, 30(2), 197–205. 10.1093/heapol/czu003

Sharma, M., & Lakhan, R. (2025). Chapitre 11 - Systèmes de santé mondiaux. Dans M. Sharma, & R. Lakhan (Eds.), *Approches efficaces des questions de santé mondiale* (pp. 237–256). Academic Press. 10.1016/B978-0-443-29098-5.00002-3

Sidze, E. M., Pradhan, J., Beekink, E., Maina, T. M., & Maina, B. W. (2013). Financement de la santé reproductive au Kenya : analyse des engagements nationaux, de l'aide des bailleurs de fonds et du processus de suivi des ressources. *Reproductive Health Matters*, 21(42), 139–150. 10.1016/S0968-8080(13)42738-6

Siita, S., Cox, S. E., & Hanson, K. (2019). Le système de capitation a-t-il une incidence sur la satisfaction des patients et la prévalence des paiements directs chez les assurés ? Une analyse du score de propension à partir des données de l'enquête démographique et sanitaire du Ghana. *BMC Health Services Research*, 19(1), 732. 10.1186/s12913-019-4581-4

Sriram, S., Adhikari, S., & Saud, B. (2025). Reconfigurer les achats de soins de santé pour une couverture sanitaire universelle : enseignements tirés du Népal et pertinents pour les pays à revenu faible et intermédiaire. *Frontiers in Public Health*, volume 13 - 2025. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1609219>

Sun, D., Ahn, H., Lievens, T., & Zeng, W. (2017). Évaluation des performances des systèmes de santé nationaux entre 2004 et 2011 : analyse de 173 pays. *Plos One*, 12(3), e0173346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173346>

Suntai, Z. (2021). Consommation de substances chez les femmes enceintes : examen de l'achèvement du traitement selon la race et l'origine ethnique. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108437. 10.1016/j.jsat.2021.108437

Tan, V., Chen, C., & Merchant, R. A. (2022). Association entre les déterminants sociaux de la santé et la fragilité, les troubles cognitifs et l'auto-évaluation de la santé chez les personnes âgées. *PloS One*, 17(11), e0277290. 10.1371/journal.pone.0277290

Tan-Torres Edejer, T., Garg, C., Hernandez, P., Van de Maele, N., & Indikadahena, C. (2008). Coûts, structures et tendances des soins de santé. Dans H. K. (. Heggengougen (Ed.), *Encyclopédie internationale de la santé publique* (pp. 153–160). Academic Press. 10.1016/B978-012373960-5.00163-5

Le Fonds mondial. (2025). *Collaboration Debt2Health grâce à l'innovation financière*. [https://www.theglobalfund.org/media/3k1gvfom/publication\\_debt2health\\_overview\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/3k1gvfom/publication_debt2health_overview_en.pdf). Consulté le 18/01/2026, sur

TheGlobalEconomy.com. (2026). *République démocratique du Congo : transferts de fonds*. <https://www.theglobaleconomy.com/Democratic-Republic-of-the-Congo/Remittances/#:~:text=Remittances%2C%20million%20USD,to%20or%20from%20nonresident%20households>. Consulté le 19/01/2026, sur

ThinkGlobalHealth. (2025). *L'état du financement mondial de la santé : août 2025*. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/state-global-health-funding-august-2025>. Consulté le 30/12/2025, sur <https://www.thinkglobalhealth.org/article/state-global-health-funding-august-2025>

Toure, H., Aranguren Garcia, M., Bustamante Izquierdo, J. P., Coulibaly, S., Nganda, B., & Zurn, P. (2023). Dépenses de santé : combien est-il dépensé pour la rémunération des professionnels de santé ? Une analyse de 33 pays africains à revenu faible et intermédiaire. *Human Resources for Health*, 21(1), 96–y. 10.1186/s12960-023-00872-y

Tsofa, B., Molyneux, S., Gilson, L., & Goodman, C. (2017). Comment la décentralisation affecte-t-elle la planification et la gestion financière du secteur de la santé ? Étude de cas sur les premiers effets de la décentralisation dans le comté de Kilifi, au Kenya. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 151. 10.1186/s12939-017-0649-0

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. (2024). *Perspectives démographiques mondiales 2024, édition en ligne*. <https://population.un.org/wpp/downloads?folder=Standard%20Projections&group=Most%20used>. <https://population.un.org/wpp/downloads?folder=Standard%20Projections&group=Most%20used>

Vance, G., Janowitz, B., Chen, M., Boyer, B., Kasonde, P., Asare, G., Kafulubiti, B., & Stanback, J. (2014). Intégrer les messages de planification familiale dans les services de vaccination : un essai randomisé par grappes au Ghana et en Zambie. *Health Policy and Planning*, 29(3), 359–366. 10.1093/heapol/czt022

Vearey, J., Luginaah, I., Magitta, N. F., Shilla, D. J., & Oni, T. (2019). La santé urbaine en Afrique : une priorité mondiale essentielle en matière de santé publique. *BMC Public Health*, 19(1), 340. 10.1186/s12889-019-6674-8

Verguet, S., Feldhaus, I., Jiang Kwete, X., Aqil, A., Atun, R., Bishai, D., Cecchini, M., Guerra Junior, A. A., Habtemariam, M. K., Jbaily, A., Karanfil, O., Kruk, M. E., Haneuse, S., Norheim, O. F., Smith, P. C., Tolla, M. T., Zewdu, S., & Bump, J. (2019). Recherche sur la modélisation des systèmes de santé : vers une perspective globale du système de santé pour identifier les investissements rentables dans le renforcement des systèmes de santé. *BMJ Global Health*, 4(2), e001311. 10.1136/bmjgh-2018-001311

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (1992). *Équité dans le financement des soins de santé : quelques comparaisons internationales*. *Journal of Health Economics*, 11(4), 361–387. 10.1016/0167-6296(92)90012-P

Watkins, D. A., Danforth, K., Ahmed, S., Chisholm, D., Cieza, A., Iunes, R., Kumar, A., Kutzin, J., Luong, J., Meessen, B., Meheus, F., Metitiri, O., Muthee, T., Qamruddin, J., Savedoff, W., Schack, M., & Shibui, Y. (2025). Politiques de financement visant à soutenir l'amélioration de la prévention, du contrôle et de la gestion des maladies non transmissibles et des troubles mentaux. *The Lancet Global Health*, 13(11), e1973–e1982. 10.1016/S2214-109X(25)00347-X

Williamson, A., Forman, R., Azzopardi-Muscat, N., Battista, R., Colombo, F., Glassman, A., Marimont, J. F., Javorcik, B., O'Neill, J., McGuire, A., McKee, M., Monti, M., O'Donnell, G., Wenham, C., Yates, R., Davies, S., & Mossialos, E. (2022). Une gouvernance post-pandémique efficace doit se concentrer sur les défis communs. *The Lancet*, 399(10340), 1999–2001. 10.1016/S0140-6736(22)00891-1

Winkler, A. S., Brux, C. M., Carabin, H., das Neves, C., G., Häsler, B., Zinsstag, J., Fèvre, E. M., Okello, A., Laing, G., Harrison, W. E., Pöntinen, A., K., Huber, A., Ruckert, A., Natterson-Horowitz, B., Abela, B., Aenishaenslin, C., Heymann, D. L., Rødland, E. K., Berthe, F. C. J., . . . Amuasi, J. H. (2025). The *Lancet* One Health Commission : exploiter notre interconnexion pour des systèmes socio-écologiques équitables, durables, et sains. *The Lancet*, 406(10502), 501–570. 10.1016/S0140-6736(25)00627-0

Wirtz, V. J., Hogerzeil, H. V., Gray, A. L., Bigdeli, M., de Joncheere, C., P., Ewen, M. A., Gyansa-Lutterodt, M., Jing, S., Luiza, V. L., Mbindyo, R. M., Möller, H.,

Moucheraud, C., Pécol, B., Răgo, L., Rashidian, A., Ross-Degnan, D., Stephens, P. N., Teerawattananon, Y., 't Hoen, E., F.M., . . . Reich, M. R. (2017). Médicaments essentiels pour une couverture sanitaire universelle. *The Lancet*, 389(10067), 403–476. 10.1016/S0140-6736(16)31599-9

Banque mondiale. (2026a). *République démocratique du Congo*. <https://www.worldbank.org/ext/en/country/drc#tab-economy>. Consulté le 11/01/2026, sur <https://www.worldbank.org/ext/en/country/drc#tab-economy>

Banque mondiale. (2026b). *Indicateurs du développement mondial*. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>. Consulté le 19/01/2026, à l'adresse

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : la voie vers la couverture universelle*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/18e28fe3-d767-417f-811a-fd5f639a9ee4/content>

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Financement public de la santé en Afrique : d'Abuja aux ODD*. Organisation mondiale de la santé.

Wroe, E. B., Kalanga, N., Dunbar, E. L., Nazimera, L., Price, N. F., Shah, A., Dullie, L., Mailosi, B., Gonani, G., Ndarama, E. P. L., Talama, G. C., Bukhman, G., Kerr, L., Connolly, E., & Kachimanga, C. (2020). Élargir l'accès aux soins des maladies non transmissibles dans les zones rurales du Malawi : résultats d'une cohorte rétrospective dans un modèle intégré MNT-VIH. *BMJ Open*, 10(10), e036836. 10.1136/bmjopen-2020-036836

Wroe, E. B., Kalanga, N., Mailosi, B., Mwalwanda, S., Kachimanga, C., Nyangulu, K., Dunbar, E., Kerr, L., Nazimera, L., & Dullie, L. (2015). Tirer parti des plateformes

VIH pour mettre en place des soins primaires complets dans les zones rurales du Malawi : la clinique intégrée de soins chroniques. *Healthcare*, 3(4), 270–276. 10.1016/j.hjdsi.2015.08.002

Wroe, E. B., Mailosi, B., Price, N., Kachimanga, C., Shah, A., Kalanga, N., Dunbar, E. L., Nazimera, L., Gizaw, M., Boudreaux, C., Dullie, L., Neba, L., & McBain, R. K. (2022). Évaluation économique des services intégrés pour les maladies non transmissibles et le VIH : coûts et résultats pour les clients dans les zones rurales du Malawi. *BMJ Open*, 12(11), e063701. 10.1136/bmjopen-2022-063701

Yazbeck, A. S., Soucat, A. L., Tandon, A., Cashin, C., Kutzin, J., Watson, J., Thomson, S., Nguyen, S. N., & Evetovits, T. (2023). Une mauvaise idée à laquelle on s'accroche, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire : l'assurance maladie contributive. *Social Science & Medicine*, 320, 115168. 10.1016/j.socscimed.2022.115168

Yeboah, E., Sarfo, I., Zhu, Q., Kwang, C., Puplampu, D. A., Nikoi, E., Arthur, I. K., Owusu, A. B., Fynn, I. E. M., El Rhadiouini, C., Okrah, A., Jaffry, A. H., Siddique, F., Aftab, R., Boyetey, D., Siaw, W., & Batasuma, S. (2025). Traçabilité et prévisions d' s des modèles projetés des systèmes d'utilisation des terres et de la variabilité climatique en Afrique (1993-2053). *Land use Policy*, 157, 107680. 10.1016/j.landusepol.2025.107680





**AfricaCDC**  
Centres for Disease Control  
and Prevention

Centres africains de contrôle et de prévention des  
maladies,  
Ring Road, 16/17, place Haile Garment Lafto,  
Sous-ville de Nifas Silk-Lafto,  
P.O Box 200050 Addis-Abeba,  
Tél : +251(0) 112175100/75200

Africa CDC est une agence de santé continentale  
autonome de l'Union africaine créée pour soutenir  
les initiatives de santé publique des États membres  
et renforcer la capacité de leurs institutions de santé  
publique à détecter, prévenir, contrôler et répondre  
rapidement et efficacement aux menaces de maladie.



**Protection de la Santé de l'Afrique**

[www.africacdc.org](http://www.africacdc.org)

X f y @ [africacdc](https://www.africacdc.org)