

GROUPE DE LA BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT



**STRATEGIE POUR DES INFRASTRUCTURES
SANITAIRES DE QUALITE EN AFRIQUE 2021-2030**

VERSION REVISEE



Octobre 2021

Départements AHVP/AHHD

Document traduit

Contenu

Remerciements	ii
1. INTRODUCTION	1
2. ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'INVESTISSEMENT DANS LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES EN AFRIQUE	3
3. AVANTAGE COMPARATIF DE LA BAD EN MATIÈRE D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES	10
4. ENSEIGNEMENTS TIRÉS	12
5. OBJECTIFS ET APPROCHE STRATÉGIQUE.....	13
6. PRIORITÉS AU TITRE DES PILIERS STRATÉGIQUES	14
7. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE.....	19
Principes directeurs	19
Plan de mise en œuvre	20
8. RISQUES ET MESURES D'ATTÉNUATION.....	24
9. CONCLUSION.....	25

Figures

[No table of figures entries found.](#)

Encadré

Encadré 1 : Recours aux incitations pour stimuler les investissements de la diaspora dans le secteur de la santé en Inde

Annexes

Annexe 1 : Cadre de résultats de la SISQA

Annexe 2 : Plan d'action de la SISQA

Annexe 3 : Approche stratégique des partenariats à l'appui de l'infrastructure sanitaire en Afrique.

Annexe 4 : Soutien de la Banque à la riposte à la COVID-19 au Soudan du Sud

Annexe 5 : Méthodologie d'évaluation des déficits d'infrastructures sanitaires

Annexe 6 : Analyse des flux de financement dans l'infrastructure sanitaire en Afrique

Annexe 7 : Considérations sur la télémédecine provenant du centre médical de la banque

Acronymes

AHHD	Département Capital humain, jeunesse et développement des compétences
AIF	Forum pour l'investissement en Afrique
ALSF	Facilité africaine de soutien juridique
APD	Aide publique au développement
AT	Assistance technique
BAD	Banque africaine de développement
BIsD	Banque islamique de développement
CDC	Centres de contrôle et de prévention des maladies
CEA	Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies
CSU	Couverture santé universelle
DALY	Année de vie corrigée du facteur incapacité
DFI	Institution financière de développement
DSP	Document de stratégie pays
FAD	Fonds africain de développement
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
ICP	Indicateur clé de performance
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MNT	Maladie non transmissible
MT	Maladie transmissible
ODD	Objectif de développement durable de l'ONU
OMS	Organisation mondiale de la santé
P4H	Réseau mondial pour le financement de la santé et la protection sociale
PFR	Pays à faible revenu
PMR	Pays membre régional
PPP	Partenariat public-privé
S&E	Suivi et évaluation
SFI	Société financière internationale
SISQA	Stratégie pour des infrastructures sanitaires de qualité en Afrique
SSP	Soins de santé primaires
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USI	Unité de soins intensifs
EAH	Eau, assainissement et hygiène

Remerciements

La préparation de la Stratégie pour des infrastructures sanitaires de qualité en Afrique a été pilotée par le Département Capital humain, jeunesse et développement des compétences, et a bénéficié des contributions d'un groupe diversifié d'experts internes et externes. La Stratégie a été préparée par une équipe d'experts de la Banque dirigée par Martha PHIRI, Directrice du Département Capital humain, jeunesse et développement des compétences, sous la direction de Beth DUNFORD, Vice-présidente du Département Agriculture, capital humain et développement social. Une équipe technique soutenue par des consultants externes a réalisé une étude exploratoire des avantages comparatifs, qui sous-tend la SISQA, et a rédigé la stratégie. Cette équipe technique, dirigée par Babatunde Omilola (chef de division, Santé publique, nutrition et protection sociale), était composée de Fabrice Sergent (chef de projet), Peter Ogwang (co-chef de projet), Maïmouna Diop-Ly, Patience Kuruneri, Nana Kgosidintsi, Elizabeth Owiti et Arun Kumar. La Stratégie a également bénéficié des précieux commentaires d'Aissatou Ba-Okotié, Mukaila Ojelade, Hailu Mekonnen, Tapera Muzira, Hendrina Doroba, Sering Jallow et Tom Owiyo.

Les membres d'un groupe de travail interdépartemental, issus de différents départements de la BAD, ont examiné l'étude exploratoire et la première version de la Stratégie pour s'assurer de la pertinence des questions et de l'analyse et favoriser l'appropriation de la Stratégie par l'ensemble de la BAD. De nombreux collègues de la Banque africaine de développement ont apporté une contribution substantielle, par lesquels Charlotte Ako Eyong, Menako Asare-Bekoe, Adele Boadzo, Roza Bora, Oley Cole, Thierno Diarra, Ijeoma Emenanjo, Victoria Flatteau, Etambuyu Gundersen, Toussaint Houeninvo, Alex Mbaraga, Merman Nare, Edward Nsoke, Grace Obeda, Eline Okudzeto, Njeri Wabiri et Alex Yeanay.

Ont également apporté leurs contributions Penny Jackson (chef de division, assurance qualité), Debazou Yantio (chargé d'évaluation principal, BDEV), George Kararach (expert économiste, Afrique australe), Andoh Mensah (chef de division, climat du commerce et de l'investissement), Mike Salawou (chef de division, partenariats infrastructure), Rane O'Neil, Maimuna Nalubega, Jean-Jacques Nyirubutama, Rosemary Mokati-Sunkutu, Florence Zodwa, Patrick Kanyimbo et Lydie Ehouman.

La Stratégie a également bénéficié des commentaires et orientations de fond formulés par l'équipe de la haute Direction présidée par le Président de la Banque, ainsi que des contributions des Vice-présidents, des Directeurs généraux et des Directeurs sectoriels. Nous remercions tout particulièrement le Vice-président Solomon Quaynor, le Vice-président Rabah Arezki, le Vice-président Khaled Sherif, le Professeur Oyelaran-Oyeyinka, conseiller spécial du président, les DG Leila Mokaddem, Mohamed El-Azizi, Nnenna Nwabuo, la DG p.i. Josephine Ngure, le Directeur principal Ebrima Faal, Victoria Chisala, Karen Rot-Munstermann, Malinne Blomberg, Abdu Mukhtar, Amadou Oumarou, Soumik Paul et Alex Mubiru.

Nous tenons également à remercier les relecteurs externes et les participants aux consultations externes menées à ce jour, pour leurs commentaires perspicaces, et parmi eux Mohammed Ali Pate (Directeur mondial pour la santé, la population et la nutrition, Banque mondiale), Biju Mohandas (chargé d'investissements principal, SFI), Renee Awembeng (responsable mondial, relations avec la clientèle, Afreximbank), M. Saurabh Sinha (Commission économique pour l'Afrique), le Dr Amit Thakker (Africa Health Business) et le Dr Padmashree (Université Harvard). Nous remercions tous les experts du secteur privé qui ont formulé des suggestions importantes pour améliorer la qualité et la pertinence de la Stratégie.

Et enfin, un point non moins important, des idées ont été formulées lors d'une manifestation organisée en marge des Assemblées annuelles de la Banque en 2021. Nous souhaitons remercier le Dr Jim Yong Kim (Vice-président et associé de Global Infrastructure Partners et ancien président de la Banque mondiale), M. Ken Ofori-Atta (ministre des Finances et de la Planification économique du Ghana), M. Ali Kooli (ministre de l'Économie et des Finances de Tunisie), M. Ayman Benabderrahmane (ministre des Finances d'Algérie), Dr. Soonman Known (président du Korea Health Industry Development Institute) ; M. James P. Scriven (directeur général de l'IDB de la Banque interaméricaine de développement) ; Dr Matshidiso Moeti (directeur régional de l'OMS pour l'Afrique) ; Dr John Nkengasong (directeur du CDC Afrique) ; et M. Amadou Hott (ministre de l'Économie, de la Planification et de la Coopération internationale du Sénégal).

RÉSUMÉ

I. La présente Stratégie pour des infrastructures sanitaires de qualité en Afrique 2021-2030 (SISQA) répond à une demande des gouverneurs de la Banque africaine de développement (la BAD ou la Banque) invitant l'institution à définir son rôle dans la lutte contre les déficits d'infrastructures sanitaires en Afrique, en s'appuyant sur son expertise en matière de développement des infrastructures. Cette demande reconnaît que la santé joue un caractère central dans l'amélioration de la qualité de vie des Africains et l'opportunité de réaliser leur potentiel. Elle répond également à la demande croissante des pays membres régionaux (PMR), qui souhaitent que la Banque les aide à combler les lacunes en matière d'infrastructures sanitaires nationales, que la crise de la COVID-19 et d'autres crises sanitaires ont mises en évidence.

II. Les problèmes sanitaires sont pour l'Afrique une source de difficultés considérables. Malgré les progrès récents, la mortalité infantile et maternelle reste élevée dans de nombreux pays africains. L'Afrique, qui ne représente que 15 % de la population mondiale, compte 50 % des décès dus à des maladies transmissibles dans le monde. Les mauvais résultats en matière de santé reflètent le manque d'accès à des services de santé de qualité : un tiers des Africains vivent à plus de deux heures de route de services de santé, et de graves pénuries existent en termes de lits d'hôpital, d'équipements médicaux et de médicaments. Les coûts économiques des défis sanitaires sont lourds. Selon les estimations, les problèmes de santé feraient perdre à l'Afrique quelque 2 400 milliards d'USD de production chaque année.

III. Les crises sanitaires sont aujourd'hui une source majeure de chocs et de fragilité en Afrique. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence de graves lacunes dans les systèmes de santé nationaux, dont les capacités de surveillance et de dépistage ont été submergées. Si l'Afrique a réussi à contenir la pandémie dans un premier temps, les coûts sociaux et économiques ont été lourds, provoquant la première récession en Afrique depuis des décennies et plongeant des millions de gens dans la pauvreté. En raison de la lenteur de la distribution des vaccins, le virus est maintenant réurgent, laissant craindre l'émergence de nouveaux variants - une menace non seulement pour l'Afrique, mais pour le monde.

IV. Du fait de sa croissance démographique, l'Afrique a des besoins importants et variés en matière d'infrastructures sanitaires. Les pays les plus pauvres et les États fragiles sont confrontés aux taux les plus élevés de maladies transmissibles et à la charge globale de morbidité la plus élevée. D'autres pays sont confrontés à des défis croissants en matière de maladies non transmissibles, qui nécessitent une adaptation des services et des infrastructures. Sur le continent dans son ensemble, les infrastructures sanitaires sont non seulement réparties de façon inégale, avec des lacunes importantes dans la couverture des zones rurales, mais souvent de piètre qualité. En Afrique subsaharienne, la moitié seulement des établissements de soins de santé primaires ont accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates et un tiers seulement ont accès à un approvisionnement fiable en électricité.

V. L'Afrique est confrontée à des déficits importants en matière de financement des infrastructures sanitaires. Les 4,5 milliards d'USD investis chaque année dans les dépenses d'équipement par les gouvernements africains sont bien inférieurs aux 26 milliards d'USD d'investissements annuels estimés nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins en matière de santé au cours de la prochaine décennie. Si la COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'investir davantage, la crise a également laissé les pays africains face à des ressources très limitées et à un endettement croissant. Le soutien des bailleurs de fonds aux infrastructures sanitaires n'a cessé de diminuer ces dernières années, et le soutien disponible pour les nouvelles infrastructures secondaires et tertiaires est marqué par des déficits importants. Les pays africains auront donc besoin d'un soutien supplémentaire pour répondre aux besoins en matière d'infrastructures sanitaires, ainsi que d'une aide pour mobiliser des fonds provenant d'investissements privés, notamment des communautés de la diaspora.

VI. La BAD a le potentiel pour occuper un créneau essentiel en tant que financier des infrastructures sanitaires, en s'appuyant sur son expertise en matière de développement des infrastructures et en nouant des partenariats avec d'autres acteurs du développement pour soutenir les plans nationaux de renforcement des systèmes de santé. La Banque a une longue histoire de soutien dans le domaine de la santé et a intensifié son aide en réponse aux récentes crises sanitaires. Elle a la capacité de déployer un large éventail d'instruments de financement, notamment des opérations du secteur privé et des partenariats public-privé, pour aider à surmonter les obstacles à l'investissement privé dans le secteur de la santé et combler le déficit de financement global. La Banque peut proposer des investissements mixtes dans les infrastructures qui mettent en relation les établissements de santé et les structures d'énergie, d'eau et de TIC, de manière à permettre des prestations de services de santé de meilleure qualité et plus innovantes. La Stratégie définit également la manière dont la Banque développera et consolidera son avantage comparatif dans le domaine des infrastructures sanitaires.

VII. But. Cette Stratégie a pour but de garantir aux populations africaines un accès accru à des services de santé de qualité d'ici 2030, afin d'améliorer leur qualité de vie et de contribuer à la réalisation de l'ODD 3 et de l'objectif en matière de santé de l'Agenda 2063 de l'Union africaine.

VIII. Objectif. L'objectif de la Stratégie est de soutenir les PMR dans leurs efforts pour accélérer le développement d'infrastructures sanitaires de qualité en Afrique, afin que les personnes et les communautés reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans être exposés à des difficultés financières. La stratégie est spécifiquement axée sur quatre catégories d'infrastructures sanitaires qui correspondent à l'avantage comparatif de la Banque, tout en offrant la souplesse nécessaire pour répondre aux divers besoins des PMR.

- 1) **Infrastructures de soins de santé primaires** pour les populations mal desservies, avec des investissements dans les infrastructures de soutien, de façon que les structures soient reliées aux réseaux de services d'eau et d'assainissement, d'énergie, de transport et de communication.
- 2) **Structures de soins de santé secondaires et tertiaires.** Il s'agit de mettre en place de nouveaux établissements de soins de santé secondaires et tertiaires, ainsi que des établissements spécialisés dans la prise en charge du cancer, de la dialyse et de la douleur. Ces investissements seront particulièrement pertinents dans les pays où le fardeau des maladies non transmissibles augmente rapidement.
- 3) **Infrastructure de diagnostic,** impliquant différents modèles de prestation, notamment des collaborations public-privé, pour remédier aux goulets d'étranglement qui entravent le diagnostic efficace et effectif des maladies sur le continent.
- 4) **Connectivité pour des solutions sanitaires innovantes.** Il s'agit de développer les liaisons TIC, de faciliter les innovations en matière de prestation de services de santé, notamment les services mobiles et la télémédecine, et d'améliorer les systèmes d'information sanitaire.

IX. Les investissements de la Banque dans les infrastructures sanitaires incluront des travaux de connaissance, un dialogue sur les politiques et une assistance technique, en partenariat avec d'autres acteurs du secteur de la santé. Ce soutien sera axé sur des stratégies efficaces de financement de la santé, notamment l'extension de l'assurance maladie pour garantir l'accès des ménages à faibles revenus. Il garantira que les investissements de la Banque sont utilisés efficacement et qu'ils sont durables et accessibles sur une base équitable.

X. La Banque sélectionnera ses investissements dans les infrastructures sanitaires sur la base de critères stricts et de principes clairs. Les investissements proposés seront examinés pour vérifier qu'ils ciblent les domaines d'avantage comparatif de la Banque et sont ancrés sur des stratégies crédibles de renforcement des systèmes de santé nationaux, avec une division du travail claire par rapport aux autres partenaires de développement. Les investissements doivent être adaptés aux besoins des PMR, et mettre clairement l'accent sur le renforcement de la résilience aux futures urgences sanitaires et sur la promotion de solutions de financement de la santé durables et équitables.

XI. La Banque s'attachera à accroître ses investissements dans les infrastructures sanitaires pour soutenir cette stratégie, en utilisant une gamme d'instruments et en impliquant divers partenariats. Le portefeuille comprendra des projets d'investissement, des financements axés sur les résultats, des instruments de partage des risques visant à mobiliser les ressources du secteur privé, des prises de participation et titres de créances dans des entreprises privées, et la promotion de sources de financement innovantes, telles que les fonds de la diaspora.

XII. La Banque effectuera une revue à mi-parcours de la SISQA en 2025 afin de définir un plan d'exécution actualisé pour la période restante de la Stratégie. Cette revue à mi-parcours portera sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie, les défis rencontrés et les enseignements tirés de cette mise en œuvre. Sur la base de cette analyse, elle définira également les éventuels ajustements nécessaires à la mise en œuvre jusqu'à la fin de la Stratégie en 2030, afin de garantir un impact maximal sur le développement.

1. INTRODUCTION

1.1 Dans le communiqué final des Assemblées annuelles 2020 du Groupe de la Banque, les gouverneurs ont reconnu le rôle essentiel d'une infrastructure sanitaire de qualité pour le continent africain. Ils ont donc demandé à la Banque de structurer son rôle évolutif dans ce domaine, conformément à son avantage comparatif aux côtés d'autres partenaires de développement. En réponse à cette demande, la Banque a élaboré la présente Stratégie pour des infrastructures sanitaires de qualité en Afrique 2021-2030 (SISQA).

1.2 **L'importance de services de santé de qualité, à la fois comme objectif de développement à part entière et comme fondement de la réalisation d'une croissance inclusive et d'autres objectifs de développement, est largement reconnue.** Comme l'indique la stratégie proposée par la Banque pour améliorer la qualité de vie des populations africaines, l'accès à des soins de santé de qualité est essentiel pour que les populations africaines puissent s'épanouir et atteindre leur plein potentiel. La Banque s'est engagée à promouvoir l'accès à des services de santé de qualité, conformément à l'aspiration 1.3 de l'Agenda 2063 de l'Union africaine pour des citoyens en bonne santé et bien nourris, et à l'Objectif de développement durable n° 3 des Nations Unies sur la bonne santé et le bien-être. La résolution des problèmes de santé peut également apporter une contribution essentielle aux progrès réalisés dans le cadre des « High 5 »,¹ étant donné que la mauvaise santé sape la productivité économique dans tous les secteurs et que l'on estime que les maladies coûtent à l'Afrique 2 400 milliards d'USD par an.² Il a été estimé que si des interventions sanitaires connues étaient appliquées dans toute l'Afrique afin de réduire la charge de morbidité, la croissance du PIB pourrait être augmentée de 0,5 point de pourcentage par an sur le continent au cours des 20 prochaines années.³ En outre, les sorties de ressources de l'Afrique dues au tourisme médical sont en augmentation, les Nigériens dépensant au moins un milliard d'USD pour se faire soigner en dehors du continent,⁴ entre autres pays. Ce sont des ressources qui pourraient être redirigées vers le développement des services de santé en Afrique.

1.3 **La pandémie de COVID-19 et d'autres épidémies survenues ces dernières années ont mis en évidence des déficits majeurs dans les systèmes de santé nationaux et les infrastructures connexes à travers l'Afrique.** Seuls 51 % des établissements de santé primaire en Afrique subsaharienne ont accès à des services d'eau et d'assainissement de base,⁵ et l'Afrique ne compte que 1,3 lit d'hôpital pour 1 000 personnes (contre 2,1 en Amérique latine et 6,1 en Europe).⁶ Ces lacunes expliquent la vulnérabilité de l'Afrique aux crises sanitaires répétées et aux revers de développement qui en découlent. La gravité de la pandémie et la crise économique qu'elle a déclenchée ont créé une occasion unique de remédier aux déficits de longue date en matière d'infrastructures sanitaires et de services de santé. Toutefois, dans le sillage de la pandémie, les pays africains sont également confrontés à des ressources budgétaires fortement limitées et à des niveaux d'endettement croissants. L'accès au financement des infrastructures sanitaires constituera une contrainte importante pour le développement du système de santé dans les années à venir.

1.4 **Forte d'une longue histoire de soutien à la santé, la BAD a répondu aux récentes crises sanitaires en intensifiant son soutien aux infrastructures sanitaires.** La Banque a investi directement plus de 3,6 milliards d'USD dans des opérations sanitaires entre 1975 et 2020, le taux d'investissement ayant atteint un pic dans les années 1990. Cependant, après 2000, l'orientation stratégique de la Banque a changé et ses investissements dans la santé ont diminué. Ces dernières années, la Banque a été confrontée à une forte demande d'appui à la santé de la part des PMR, en particulier pendant les crises sanitaires. En conséquence, elle a approuvé 436 millions d'USD de financement pour la santé depuis 2017, notamment pour de nouvelles infrastructures sanitaires afin de soutenir la riposte à la COVID-19. Toutefois, cet engagement s'est fait de manière ponctuelle, sans plan stratégique clair ni concentration

suffisante sur les domaines d'avantage comparatif de la Banque, tels que les infrastructures sanitaires.

1.5 La SISQA définit un cadre stratégique pour l'engagement de la Banque dans le développement des infrastructures sanitaires. La Banque définit l'infrastructure sanitaire comme les structures physiques et les systèmes d'appui, notamment financiers, qui sont nécessaires pour fournir un continuum de services de promotion de la santé, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs adaptés aux besoins de la population cible. Elle comprend les établissements de soins de santé à tous les niveaux, les installations de diagnostic, les équipements et les technologies, ainsi que les infrastructures non cliniques qui sont essentielles au bon fonctionnement des services de santé (c'est-à-dire les services de distribution d'eau et d'assainissement, l'accès à l'électricité et la connectivité numérique). Toutefois, elle n'inclut pas les autres infrastructures qui soutiennent le secteur de la santé, notamment les établissements de formation de la main-d'œuvre, les infrastructures logistiques, les installations de recherche et développement et les installations de fabrication (qui sont au cœur de la stratégie du secteur pharmaceutique actuellement élaborée par la Banque).

1.6 La SISQA repose fermement sur l'avantage comparatif de la Banque – en particulier, son rôle de financeur d'infrastructures – aux côtés d'autres partenaires de développement spécialisés dans d'autres aspects du renforcement des systèmes de santé. Elle définit un créneau spécifique pour la Banque en s'attaquant aux goulets d'étranglement en matière d'infrastructures dans le cadre des plans nationaux de renforcement des systèmes de santé. Elle établit des critères clairs pour détecter les projets stratégiques qui correspondent à la fois à l'avantage comparatif de la Banque et aux divers besoins des PMR. Les critères précisent que les investissements de la Banque dans les infrastructures sanitaires doivent s'inscrire dans le cadre de stratégies crédibles de renforcement des systèmes de santé nationaux, afin de garantir que d'autres aspects du développement de services de santé de qualité, notamment les politiques de santé, les dispositions financières et le développement de la main-d'œuvre, soient poursuivis en parallèle. Cela permettra de minimiser le risque que la Banque investisse dans des installations sanitaires non fonctionnelles. La stratégie définit la gamme des instruments de financement que la Banque utilisera, notamment les opérations non souveraines et les instruments de partage des risques pour promouvoir les partenariats public-privé (PPP). La stratégie prévoit que les investissements de la Banque dans les infrastructures sanitaires s'accompagneront d'un dialogue sur les politiques et d'une assistance technique et de conseil en matière de connaissances pour aider les PMR à relever les défis du financement de la santé, à élaborer des stratégies innovantes pour étendre les services, à faire bon usage des technologies émergentes et à promouvoir l'harmonisation régionale en matière de technologies de santé et de qualifications du personnel. Elle définit un plan d'action pour renforcer l'avantage comparatif de la Banque en matière d'infrastructures sanitaires pendant toute la durée de la stratégie, en adoptant une approche « Une seule Banque » pour la mise en œuvre.

1.7 L'objectif de la stratégie est d'aider les PMR à accélérer le développement d'infrastructures sanitaires de qualité et à faire en sorte que toutes les personnes et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont elles ont besoin sans être exposées à des difficultés financières. La stratégie est étroitement alignée sur la stratégie décennale de la Banque et sur d'autres domaines prioritaires des High 5, en particulier « l'amélioration de la qualité de vie des populations africaines ». Elle explique comment les investissements dans les infrastructures de qualité peuvent contribuer aux autres priorités des High 5, et comment les investissements dans d'autres domaines d'infrastructure, notamment l'eau et l'assainissement, l'énergie, les transports et les TIC, peuvent contribuer au renforcement des systèmes de santé nationaux.

2. ARGUMENTAIRE EN FAVEUR DE L'INVESTISSEMENT DANS LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES EN AFRIQUE

Des besoins sanitaires importants et diversifiés en Afrique

2.1 La charge de morbidité en Afrique reste élevée et les besoins sanitaires non satisfaits sont importants. Alors que l'Afrique ne représente que 15 % de la population mondiale, elle supporte 24 % de la charge mondiale de morbidité et enregistre 50 % des décès par maladies transmissibles dans le monde.⁷ Malgré des progrès récents, la mortalité des moins de 5 ans (82/1 000 naissances vivantes) et la mortalité maternelle (533/100 000) restent élevées en Afrique subsaharienne et l'espérance de vie moyenne n'est que de 62 ans.⁸ En 2016, sur l'ensemble du continent, quelque 600 millions d'années de vie ont été perdues en raison d'un handicap ou d'une mauvaise santé.⁹

2.2 Les pays africains seront confrontés à des défis sanitaires croissants et de plus en plus diversifiés au cours de la prochaine décennie. En général, à mesure que les pays se développent, la charge des maladies transmissibles diminue, tandis que les maladies non transmissibles (MNT) augmentent. Les services et les infrastructures sanitaires doivent s'adapter en conséquence. Les pays africains étant à différents stades de cette trajectoire, leurs besoins sanitaires sont variés (voir figure 1). Au cours de la décennie à venir, 17 pays africains (Archétype A, voir la figure 1 ci-dessous) – pour la plupart des États fragiles et des pays les moins avancés – seront confrontés à la charge de morbidité globale la plus élevée. Cette situation sera due à la double charge que représentent les niveaux toujours élevés de maladies transmissibles – en particulier les troubles maternels et néonataux et les maladies groupées de l'enfance – et les taux croissants de MNT. En revanche, 13 pays africains (archétype C, voir la figure 1 ci-dessous) – un mélange de pays à revenu moyen inférieur et supérieur – seront confrontés à une charge de morbidité globale plus faible, mais devront adapter leurs services de santé à de nouveaux défis, liés principalement aux maladies non transmissibles (MNT). Il s'agit notamment des maladies cardiovasculaires (17 % de la charge de morbidité totale), des troubles mentaux et de la toxicomanie (12 %) et des troubles musculosquelettiques (9 %). En outre, un groupe de 24 pays africains (pays de l'archétype B, voir la figure 1 ci-dessous) – un mélange de pays à revenu faible et intermédiaire, dont neuf sont en situation de fragilité – sera confronté à une charge de morbidité moyenne, caractérisée par une baisse des niveaux de maladies transmissibles et une augmentation des niveaux de MNT. Au cours de la période 2021-2030, les besoins globaux en matière de santé en Afrique devraient augmenter de 23 %.

Figure 1 : Les divers besoins de santé de l’Afrique

Les pays africains peuvent être classés en trois groupes ou archétypes de charge de morbidité, sur la base des tendances prévues. ¹⁰ Ces archétypes sont tous confrontés à des défis sanitaires et des besoins en infrastructures différents : 97 % des pays du FAD appartiennent aux archétypes A et B, tandis que la plupart des pays de la BAD se trouvent dans l’archétype C.		
Archétype A	Archétype B	Archétype C
<p>Les maladies transmissibles représentent la plus grande part de la charge en 2030 (>50 %).</p> <p>Croissance rapide et simultanée des MNT et des blessures (+24 % et +46 % d’ici 2030).</p> <p>La charge totale de morbidité est la plus élevée, avec 68 667 DALY/100 000 habitants en 2030.</p>	<p>Augmentation constante des MNT (46 % et 42 % de la charge totale prévue en 2030 et 2016 respectivement).</p> <p>Baisse constante des maladies transmissibles</p> <p>(-51 % d’ici 2030) et diminution des blessures (-8 % d’ici 2030)</p> <p>Charge totale de morbidité de 32 462 DALY/100 000 personnes en 2030</p>	<p>Les maladies non transmissibles dominent la charge globale (74 %) et les maladies transmissibles diminuent (-45 %).</p> <p>Diminution des blessures (-8 %)</p> <p>Charge totale de morbidité de 24 045 DALY/100 000 personnes en 2030</p>
<p>Angola, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, République centrafricaine, R. D. du Congo, Érythrée, Guinée, Tchad, etc. Congo, Érythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mali, Mozambique, Nigéria, Sierra Leone, Soudan du Sud et Zimbabwe.</p> <p>Population : 660 millions d’ici 2030</p>	<p>Bénin, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Niger, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Somalie, Soudan, Tanzanie, Togo, Ouganda et Zambie.</p> <p>Population : 718 millions d’ici 2030</p>	<p>Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Djibouti, Égypte, Gabon, Libye, Maroc, Maurice, Namibie, Seychelles et Tunisie.</p> <p>Population : 310 millions d’ici 2030</p>

Les changements démographiques et les crises sanitaires sont à l’origine de défis croissants en matière de santé en Afrique.

2.3 L’évolution de la demande de services de santé en Afrique est déterminée par de multiples tendances liées les unes aux autres. La croissance et le vieillissement de la population entraîneront une augmentation du nombre total de personnes ayant besoin de soins de santé. En effet, d’ici 2030, la population africaine devrait passer à 1,68 milliard d’habitants (soit une augmentation de 42 % par rapport à 2015), et la population âgée de plus de 60 ans à 105 millions (soit une augmentation de 64 % par rapport à 2015).¹¹ La croissance des revenus, qui a été interrompue par la pandémie de COVID-19, mais qui devrait reprendre dans les années à venir,¹² rendra les services de santé plus abordables. En outre, la population urbaine de l’Afrique devrait atteindre 770 millions de personnes d’ici 2030 (soit une augmentation de près de 300 millions par rapport à 2015)¹³, ce qui entraînera un besoin accru d’infrastructures de prestation de services de santé dans les zones urbaines, ainsi que des facteurs de risque de MNT plus élevés, tels qu’une mauvaise alimentation et l’exposition à la pollution atmosphérique.

2.4 Les crises sanitaires sont devenues une source majeure de chocs et de fragilité en Afrique. Au cours des dernières décennies, la fréquence des crises sanitaires, telles que la maladie à virus Ebola, a augmenté. La dengue, le choléra, la fièvre de Lassa, la fièvre jaune et la méningite bactérienne, entre autres maladies, sont en recrudescence sur le continent.¹⁴ Depuis 2000, de multiples épidémies de fièvre jaune, de fièvre hémorragique de Marbourg, de peste bubonique, de rougeole, de choléra et d’Ebola ont été signalées. Depuis 2012, les épidémies d’Ebola sont devenues des épisodes annuels en République démocratique du Congo (RDC). En 2014, la Banque mondiale a estimé le manque à gagner en croissance économique dû à l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest à 33 milliards d’USD dans les trois pays les plus touchés.¹⁵

La COVID-19 a engendré de nouveaux défis

2.5 Plus récemment, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence de graves lacunes dans les systèmes de santé et l'accès aux vaccins en Afrique, ce qui pourrait avoir des implications mondiales. Si les pays africains ont connu des succès précoces pour contenir la pandémie, celle-ci a illustré la rapidité avec laquelle les capacités de surveillance et les infrastructures de diagnostic de l'Afrique peuvent être dépassées par une crise sanitaire. Bien que l'impact sanitaire direct de la COVID-19 en Afrique ait été jusqu'à présent relativement modeste, l'émergence de nouvelles souches du virus crée des risques importants que ces impacts s'amplifient dans les mois à venir. L'accès limité des pays africains aux réserves mondiales de vaccins accroît ces risques et indique que l'Afrique pourrait devenir une source de nouvelles souches virales. La pandémie de COVID-19 a également des répercussions indirectes importantes sur la santé, en raison de la perturbation des services de santé et de l'apparition de comorbidités. L'interruption de la distribution de moustiquaires et des services connexes pourrait entraîner une augmentation d'un tiers des cas de paludisme dans les pays à revenu faible et intermédiaire à forte charge de morbidité d'ici à 2025.¹⁶ Les programmes de vaccination de masse contre les maladies infantiles ont été suspendus dans au moins 25 pays africains, laissant des millions d'enfants sans protection contre des maladies telles que la rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune et la diphtérie.¹⁷ Il est également à craindre que des pathologies telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, la malnutrition et les infections bactériennes et respiratoires, qui constituent un défi majeur en Afrique, ne créent des comorbidités qui augmentent les risques d'infection par la COVID-19.¹⁸ Ces cas illustrent le fait qu'à mesure que la COVID-19 devient endémique, elle se combinera de plus en plus avec les défis biologiques et sociaux liés à d'autres maladies transmissibles, donnant lieu à une syndémie puissante qui accroît la charge globale de ces maladies.¹⁹

2.6 La pandémie de COVID-19 a également illustré davantage les chocs économiques et sociaux qui peuvent résulter des crises sanitaires. Les mesures prises pour contrôler la pandémie de COVID-19 ont provoqué la première récession en Afrique depuis plus de deux décennies, réduit les revenus de 150 millions de travailleurs et pourraient faire basculer 30 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté. Si l'économie africaine devait renouer avec la croissance en 2021,²⁰ cette reprise s'annonce fragile, en raison des vagues récurrentes de la pandémie et de l'accès limité aux vaccins, ce qui pourrait entraver les investissements dans des secteurs clés.²¹ La pandémie a également provoqué d'importantes perturbations en matière d'éducation et de développement des compétences en Afrique, entraînant ce que la Banque mondiale a qualifié de « pire crise de l'éducation et de l'apprentissage au niveau mondial en un siècle ». ²² Les personnes les plus touchées par les impacts économiques et sociaux de la pandémie sont celles qui ont un faible niveau d'éducation, moins d'actifs et qui dépendent d'emplois informels.²³ On peut en déduire que la pandémie a entraîné une aggravation des inégalités et de la marginalisation pour un grand nombre de personnes en Afrique.

Plusieurs facteurs entravent le développement des systèmes de santé

2.7 Un large éventail de facteurs, notamment l'insuffisance des infrastructures sanitaires, nuit au développement du secteur de la santé. Les systèmes de santé nationaux efficaces sont constitués de plusieurs éléments, notamment le personnel de santé, l'accès aux médicaments essentiels, la capacité de prestation de services, les systèmes d'information sanitaire, le financement, le leadership et la gouvernance²⁴. De nombreux pays africains sont confrontés à des contraintes dans tous ces domaines : les pays des archétypes A et B ne disposent que d'un cinquième du nombre minimum de médecins requis²⁵, et de nombreux pays n'ont à disposition que peu de médicaments prioritaires pour les femmes et les enfants²⁶. Les contraintes liées à la capacité des infrastructures sanitaires sont également importantes. L'Afrique ne compte actuellement que 1,3 lit d'hôpital pour 1 000 personnes (contre 6,1 en

Europe)²⁷ et seulement un lit de soins intensifs pour 100 000 personnes²⁸ (contre sept en Inde²⁹). Près de 30 % des Africains résident à plus de deux heures des services de santé essentiels³⁰. Seule la moitié des établissements de santé primaire d'Afrique subsaharienne dispose de services d'eau et d'assainissement de base³¹ et seulement un tiers a accès à une électricité fiable³². Comme l'a révélé la pandémie de COVID-19, les équipements de diagnostic sont insuffisants et mal entretenus sur le continent. En effet seuls deux pays africains étaient en mesure d'effectuer un diagnostic en laboratoire de la COVID-19 au début de la pandémie³³. Des contraintes plus importantes liées à la capacité de diagnostic sont illustrées par le fait que l'Afrique ne dispose que de 0,7 scanner d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 1 000 000 d'habitants (contre 4,8 en Chine et 37 aux États-Unis)³⁴, preuve du peu de préparation de nombreux laboratoires africains à effectuer des tests de diagnostic de base³⁵ et de la faible densité de personnel de laboratoire en Afrique³⁶.

Les contraintes liées aux infrastructures sanitaires sont importantes et iront en s'accroissant

2.8 Il est à prévoir, au cours de la prochaine décennie, une aggravation et une diversification des contraintes infrastructurelles sur l'ensemble du continent africain avec l'augmentation et l'évolution des défis sanitaires. Sur la base des trajectoires d'investissement actuelles et des projections des besoins sanitaires à l'horizon 2030, les pays de l'archétype A (voir figure 1) devraient disposer d'un nombre suffisant d'établissements de soins de santé primaires (même si l'accessibilité reste un problème), mais seulement d'un peu plus de la moitié du nombre de lits requis dans les installations de soins de santé secondaires et de scanners IRM, et de 15 % seulement de la capacité requise pour les unités de soins intensifs (USI). Les pays de l'archétype B se heurteront à des contraintes à tous les niveaux des services de santé, avec un peu moins des trois quarts de la capacité requise en matière de soins primaires, moins de la moitié du nombre de lits requis dans les établissements de santé secondaires, seulement 15 % de la capacité requise pour les unités de soins intensifs et 60 % des scanners IRM requis. Les pays de l'archétype C devraient disposer d'une capacité de soins primaires adéquate, mais de seulement 70 % du nombre de lits requis dans les établissements de santé secondaires, d'un quart de la capacité des unités de soins intensifs et d'un peu plus de 40 % des scanners IRM dont ils ont besoin³⁷. Il convient également de noter une sous-utilisation des infrastructures sanitaires dans de nombreux pays africains en raison de problèmes d'accessibilité et d'une faible couverture de l'assurance maladie. En conséquence, le risque de décès après une opération chirurgicale en Afrique est deux fois supérieur à la moyenne mondiale³⁸ et la précision de l'application des tests de diagnostic essentiels est inférieure à 50 %³⁹.

2.9 Les investissements dans les infrastructures sanitaires essentielles sont nettement inférieurs aux besoins prévus. Les dépenses courantes de santé des pays d'Afrique subsaharienne représentaient en moyenne 5,1 % du PIB en 2018 (contre 6,7 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique, et 8 % en Amérique latine et dans les Caraïbes), un chiffre qui a à peine évolué ces deux dernières décennies⁴⁰. Les dépenses publiques de santé ne représentent que 1,9 % du PIB de l'Afrique subsaharienne, un pourcentage nettement inférieur à l'objectif de 5 % suggéré par la CEA et faible par rapport à celui des régions Asie de l'Est et Pacifique (4,4 %) et Amérique latine et Caraïbes (4,1 %). Pour les pays des archétypes A et B, les dépenses publiques de santé ne représentent actuellement que 24 USD et 22 USD par habitant, respectivement⁴¹ alors que le niveau minimum⁴² requis pour la couverture universelle des services de santé de base est de 70 USD. En raison de ces insuffisances, les dépenses personnelles constituent environ 40 % des dépenses de santé en moyenne dans ces pays⁴³, ce qui pèse lourdement sur les revenus des familles, faisant des dépenses de santé catastrophiques, une cause majeure de précarité. Par ailleurs, seuls 6 % environ du total des dépenses publiques de santé en Afrique sont consacrés au développement des infrastructures sanitaires. En comparaison, de nombreux pays d'Asie et d'Amérique latine affectent plus de 20 % des

dépenses publiques de santé aux infrastructures⁴⁴. La combinaison d'un sous-investissement, d'une charge de morbidité élevée et croissante et d'une forte croissance démographique dénote un manque aigu d'infrastructures. Les 4,5 milliards d'USD⁴⁵ que les États africains consacrent actuellement aux dépenses d'équipement dans la santé publique sont bien en deçà des 26 milliards⁴⁶ d'USD d'investissements annuels estimés dans les nouvelles infrastructures sanitaires nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins en matière de santé au cours de la prochaine décennie. Ce montant s'ajoute aux investissements importants requis pour l'entretien et la modernisation des infrastructures sanitaires existantes.

Les déficits de financement se creusent et de nouvelles sources de financement seront nécessaires

2.10 La faiblesse des finances publiques en Afrique compliquera la mobilisation d'investissements pour les infrastructures sanitaires dans les années à venir. Les déficits budgétaires ont doublé avec une augmentation de 10 à 15 points de pourcentage du ratio moyen dette/PIB (pour atteindre 70 %) dans toute l'Afrique en raison des impacts économiques et des demandes de dépenses résultant de la pandémie⁴⁷. De nombreux pays africains resteront confrontés à des incertitudes économiques pendant un certain temps, compte tenu des effets persistants de la pandémie. Ainsi donc, les États africains ont désormais une capacité nettement moindre pour faire face aux déficits des infrastructures sanitaires à court et moyen termes.

Encadré 1 : Recours aux incitations pour stimuler les investissements de la diaspora dans le secteur de la santé en Inde

Depuis la fin des années 1980, la diaspora indienne a joué un rôle déterminant dans la croissance des infrastructures sanitaires en Inde grâce aux investissements directs étrangers⁴⁸. La diaspora a apporté son appui à la création de certains des meilleurs hôpitaux privés du pays, au développement de soins de santé spécialisés de haute qualité et à l'acquisition d'équipements médicaux et de technologies médicales modernes⁴⁹.

Le gouvernement indien a utilisé un certain nombre d'incitations politiques pour attirer les investissements de la diaspora, notamment :

- l'approbation automatique permettant aux hôpitaux et centres de diagnostic de recevoir jusqu'à 100 % de participation aux fonds propres de la part des investisseurs de la diaspora ;
- la levée des restrictions sur les actions participatives des investisseurs de la diaspora dans les petites industries du secteur de la santé ;
- une exonération de droits sur les produits importés par les promoteurs d'établissements de santé issus de la diaspora contre l'offre de traitements gratuits à au moins 25 % des patients.

En outre, les investissements de la diaspora indienne ont été favorisés par un ensemble plus large d'incitations applicables à tous les investisseurs privés dans le secteur de la santé, notamment l'exonération de la taxe sur les services d'éducation et de formation aux soins de santé, des exonérations fiscales pour les investisseurs des hôpitaux de plus de 50 lits et des abattements fiscaux pour ceux qui investissent dans les grands établissements implantés en milieu rural.

2.11 La mobilisation de fonds auprès du secteur privé, des institutions de financement du développement (IFD) et des groupes de la diaspora s'impose pour combler le déficit de financement des infrastructures sanitaires. Dans toute l'Afrique, seuls 10 à 20 %⁵⁰ des investissements dans les infrastructures de prestation de services de santé sont actuellement mobilisés par le secteur privé, en grande partie à cause des risques élevés qui y sont associés. Avec une couverture limitée de l'assurance maladie et la prédominance des dépenses personnelles dans le financement de la santé, les investisseurs éprouvent plus de difficultés à assurer la rentabilité financière de leurs investissements. Les investissements du secteur privé dans les infrastructures sanitaires ont donc été concentrés sur des hôpitaux existants à l'effet de les agrandir. Les partenaires de développement, notamment les fondations privées,

contribuent également au financement des infrastructures sanitaires, bien que l'aide sous forme de dons des pays de l'OCDE pour les dépenses d'équipement dans le secteur de la santé ait diminué de 6 % par an depuis 2014⁵¹. Cette aide est essentiellement axée vers les nouveaux investissements dans les soins de santé primaires. Les investissements externes dans de nouveaux établissements de santé secondaires et tertiaires ont été essentiellement assurés par les IFD, notamment la SFI et les IFD bilatérales. Des fondations comme la Fondation Bill et Melinda Gates devraient jouer un rôle croissant dans le financement des services de santé en Afrique, et seront des partenaires clés pour la Banque.

2.12 Il est également possible de mobiliser des fonds auprès des communautés et associations de la diaspora, soit directement ou au moyen d'instruments tels que les « obligations diaspora ». Depuis la fin des années 1980, l'Inde utilise des incitations fiscales et non fiscales (voir Encadré 1 ci-dessus) pour stimuler les investissements de la diaspora dans les services de santé, et neuf des quinze meilleurs hôpitaux indiens doivent leur existence à de tels investissements. Le Fonds fiduciaire de la diaspora éthiopienne a mobilisé à ce jour près de 8 millions d'USD et a soutenu des projets de soins de santé, notamment dans le contexte plus récent de la riposte à la pandémie de COVID-19. Les obligations sociales - qui rémunèrent les investisseurs sur la base de l'impact social - pourraient également constituer un mécanisme pour attirer les investissements dans le secteur de la santé, bien que les preuves de leur potentiel dans les pays en développement soient limitées à ce jour⁵². Jusqu'à présent, ces instruments ont été utilisés à petite échelle en Afrique, mais la Banque étudiera la possibilité de les reproduire à plus grande échelle.

L'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité

2.13 Pour que les services de santé soient abordables et accessibles, y compris aux communautés les plus pauvres, et que les infrastructures sanitaires soient utilisées efficacement, les pays africains devront investir dans l'assurance maladie et les innovations en matière de prestation de services de santé. L'assurance maladie apparaît comme un outil clé sur le continent africain pour promouvoir l'accès inclusif aux services de santé, avec le soutien des gouvernements et des partenaires de développement. Toutefois, les régimes nationaux d'assurance maladie n'en sont qu'à leurs débuts dans la plupart des pays, puisque seuls 30 % des pays de l'archétype A et la moitié des pays des archétypes B et C ont des taux de couverture supérieurs à 10 %⁵³. Les groupes pauvres et marginalisés sont souvent exclus des régimes d'assurance maladie. Une étude récente a montré que les femmes d'Afrique subsaharienne sans éducation formelle avaient 78 % de chances en moins d'être couvertes par une assurance maladie que celles ayant un niveau d'instruction plus élevé⁵⁴. Un exemple de régime d'assurance maladie qui a réussi à élargir l'accès aux services de santé est la « *Mutuelle* », le régime d'assurance maladie subventionné du Rwanda et lancé en 2004. Ce régime a fait l'objet de réformes en 2011 pour introduire des primes stratifiées liées au revenu, les ménages les plus pauvres bénéficiant d'une couverture gratuite, un modèle dont les autres pays africains peuvent s'inspirer et qu'ils peuvent adapter à leurs besoins. Des entreprises telles que MicroEnsure montrent également le potentiel des services d'assurance maladie pour les personnes vivant avec moins de 4 USD par jour, avec des primes payées grâce aux services bancaires par téléphone mobile. Dans le cadre de son travail dans ce domaine, la BAD a apporté un appui financier de plus de 450 millions d'USD à un régime social d'assurance maladie au Maroc sur les 15 dernières années, ainsi qu'un soutien à d'autres régimes de protection sociale en Côte d'Ivoire et au Sénégal. En plus de contribuer à élargir l'accès aux soins de santé, les régimes d'assurance maladie stimulent également la demande de services de santé, ce qui peut en retour améliorer l'utilisation des infrastructures sanitaires.

2.14 Pour permettre à tous les citoyens et à toutes les communautés de bénéficier des services de santé, il faudra également innover dans la prestation des services de santé, le secteur privé jouant un rôle important. Plusieurs acteurs offrent actuellement des services

de santé en Afrique, notamment des prestataires commerciaux, à but non lucratif et confessionnel. Si le gouvernement est indispensable en tant que régulateur et coordinateur du secteur, les acteurs privés seront essentiels à l'extension de la couverture. Divers modèles de partenariat public-privé sont en train d'émerger, depuis les prestataires commerciaux offrant des services de santé directement au public, jusqu'aux gouvernements achetant des services spécialisés, tels que les diagnostics, le transport ou l'élimination des déchets médicaux auprès des entreprises privées⁵⁵. Le secteur privé jouera également un rôle essentiel dans l'extension de l'offre de services de santé au dernier kilomètre grâce à des infrastructures numériques telles que les installations de téléphonie mobile et la télémédecine, et dans le financement des efforts visant à assurer l'accès à la santé pour tous sur le long terme. Par exemple, ThinkMD est une entreprise qui fournit des conseils en matière de santé en utilisant une technologie d'intelligence artificielle faisant intervenir des médecins et accessible par téléphone mobile. Un autre exemple est celui de M-SCAN, en Ouganda, qui fabrique, vend et entretient des sondes à ultrasons mobiles pouvant être utilisées dans des environnements à ressources limitées et éloignés pour aider à la détection précoce et à la prise en charge des facteurs de risque de mortalité maternelle et néonatale.

Il sera important d'instaurer une coopération régionale dans les services de santé spécialisés

2.15 L'expansion de l'accès aux services de santé spécialisés sera un élément important de la mise en place de systèmes de santé nationaux solides. Les établissements tertiaires spécialisés permettront d'augmenter le nombre de professionnels de la santé hautement qualifiés et de promouvoir l'excellence dans la prestation de services. De plus en plus, ces services spécialisés seront organisés sur une base sous-régionale, en s'appuyant sur la télémédecine et les services mobiles pour étendre leur portée.

2.16 L'investissement dans des centres d'excellence régionaux peut également contribuer à réduire le tourisme médical en dehors de l'Afrique. Actuellement, les Africains dépensent plus d'un milliard d'USD en services médicaux sur d'autres continents. Les centres d'excellence régionaux ont le potentiel de capter une partie des revenus du tourisme médical, ce qui permettra de protéger les réserves de change et de réinjecter les ressources dans les systèmes de santé africains. L'Afrique du Sud est un exemple de pays qui a développé des infrastructures sanitaires à même d'attirer les touristes médicaux de toute l'Afrique. Par exemple, le groupe Netcare propose une gamme de services de soins de santé spécialisés, et 85 % de ses patients sont originaires d'autres pays africains.

2.17 Les approches régionales en matière de politique et de réglementation sanitaires contribueront à promouvoir des réponses collaboratives et coordonnées aux défis sanitaires de l'Afrique. Les différences de politique et de réglementation sanitaires entre les pays africains entravent la circulation des travailleurs de la santé, la diffusion des technologies de la santé et les efforts visant à élaborer des solutions communes aux défis sanitaires de la région. Il est donc essentiel de s'efforcer d'améliorer l'harmonisation des politiques et réglementations sanitaires en Afrique et de développer la collaboration pour relever les défis communs.

2.18 La Banque soutient déjà la mise en place de centres d'excellence pour les services de santé spécialisés, et cet objectif sera maintenu. Comme exemple de notre action dans ce domaine, citons notre soutien à la première phase du projet de centre d'excellence pour les compétences et l'enseignement supérieur en sciences biomédicales. Ce projet soutient la création d'un réseau de centres d'excellence en Afrique de l'Est, notamment dans les domaines de la néphrologie et de l'urologie au Kenya, de l'oncologie en Ouganda, de la santé cardiovasculaire en Tanzanie, et du génie biomédical et de la santé en ligne au Rwanda. Ce projet vise à contribuer au développement d'une main-d'œuvre qualifiée dans le domaine des sciences biomédicales afin de répondre aux besoins du marché du travail de la Communauté

d’Afrique de l’Est (CAE) et de soutenir la mise en œuvre des protocoles du marché du travail régional. Il soutient également la normalisation des qualifications médicales dans toute la région, afin de favoriser la mobilité de la main-d’œuvre.

3. AVANTAGE COMPARATIF DE LA BAD EN MATIÈRE D’INFRASTRUCTURES SANITAIRES

3.1 L’avantage comparatif de la Banque en matière d’infrastructures sanitaires repose sur son expertise plus large en matière de développement des infrastructures. Au cours des dix dernières années, la Banque a consacré environ la moitié de ses ressources au développement des infrastructures par le biais d’engagements d’une valeur de 40 milliards d’USD, ce qui en fait le deuxième bailleur de fonds dans le domaine des infrastructures en Afrique. Grâce à ces opérations, la Banque a acquis une grande expertise en matière de développement de projets d’infrastructures et d’assistance technique en vue de faciliter toutes les étapes du processus d’investissement, ce qui s’applique directement aux investissements dans le secteur de la santé. En ce qui concerne les infrastructures sanitaires clinique, la Banque possède une expertise particulière dans la mise en place d’hôpitaux secondaires et tertiaires monospécialisés.

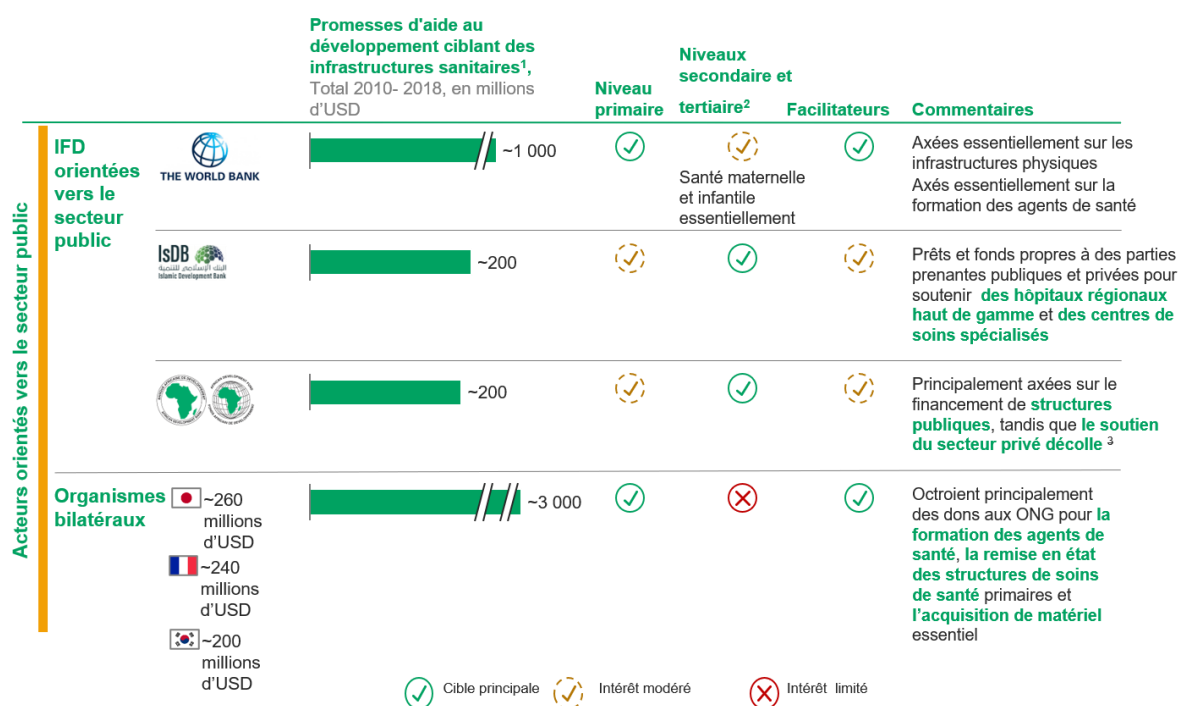
3.2 La Banque dispose de l’expertise nécessaire pour aider les PMR à attirer les investissements privés dans le développement des infrastructures. La Banque offre une expertise en matière de PPP dans le domaine des infrastructures et la capacité de déployer un ensemble d’instruments de financement, y compris des opérations non souveraines et des instruments de réduction des risques pour tirer parti des investissements du secteur privé. En septembre 2019, la Banque disposait d’un portefeuille de 1,5 milliard d’USD d’investissements dans des PPP d’infrastructures, grâce auxquels elle a acquis une expertise considérable en matière de cadres réglementaires des PPP et de conception des investissements. Grâce à ses opérations non souveraines, elle peut investir dans la prestation de services de santé privés dans des domaines tels que le diagnostic, le transport et l’élimination des déchets, qui sont souvent externalisés. L’expérience de la Banque en matière de financement des PME est également un facteur important, compte tenu du rôle des PME dans la fourniture de soins de santé privés. La Banque peut également mettre à profit l’expérience de son équipe chargée de l’industrialisation pour intégrer les nouvelles technologies dans ses investissements dans le domaine des infrastructures, afin de permettre de nouveaux modes de prestation des services de santé.

3.3 La Banque est particulièrement bien placée pour fournir des infrastructures sanitaires dans le cadre d’investissements dans d’autres infrastructures d’appui. Actuellement, seule la moitié des établissements de soins de santé primaires d’Afrique subsaharienne dispose d’eau potable et un tiers seulement ont un accès fiable à l’électricité. Cette situation représente une contrainte majeure pour la qualité des soins de santé qui peuvent être fournis par ces établissements. Elle entrave également la distribution de vaccins et de médicaments qui doivent être conservés sous chaîne du froid continue. La Banque peut regrouper ses investissements dans les infrastructures sanitaires en y incluant un soutien aux infrastructures d’eau et d’assainissement, d’énergie, de transport et de connectivité numérique - autant de domaines dans lesquels la Banque dispose déjà d’importants portefeuilles. Les infrastructures EAH jouent un rôle particulièrement important dans le contexte de la pandémie de COVID-19, car elles permettent de réduire le risque que les établissements de santé deviennent des vecteurs de transmission. Les investissements dans les infrastructures mixtes seront essentiels pour garantir la fourniture des services de santé « du dernier kilomètre » dans les zones reculées et à faible revenu. La Banque est également en mesure de soutenir la connectivité numérique des établissements de santé existants, afin d’améliorer les systèmes d’information sanitaire et la télémédecine.

3.4 La Banque peut jouer un rôle précieux dans la réduction des goulets d’étranglement dans le domaine des infrastructures sanitaires en travaillant aux côtés

d'autres partenaires au développement pour fournir un soutien de niche aux stratégies nationales de renforcement des systèmes de santé. Le renforcement des systèmes de santé est un défi multidimensionnel, et les investissements dans les infrastructures doivent s'accompagner d'investissements et du renforcement des capacités dans de nombreux domaines, notamment le personnel de santé, les médicaments essentiels, la capacité de prestation de services, le financement, le leadership et la gouvernance.⁵⁶ La Banque n'investira que dans des projets d'infrastructure sanitaire qui s'inscrivent dans des stratégies crédibles de renforcement des systèmes de santé nationaux, et dans lesquels elle soutient des interventions qui complètent celles d'autres partenaires de développement. Ce critère explicite sera appliqué pendant la sélection des projets afin de minimiser le risque d'investissement dans des structures qui ne seraient pas utilisées, faute d'équipement, de personnel ou de budgets renouvelables. Il garantira la durabilité des investissements de la Banque.

Figure 2 : Domaines d'intervention des partenaires au développement dans les infrastructures sanitaires en Afrique



3.5 L'offre de la Banque en matière d'infrastructures sanitaires de qualité complète les efforts d'autres partenaires au développement dans le secteur de la santé. La cartographie faite par la Banque des flux de financement du développement dans les infrastructures sanitaires africaines au cours de la période 2010-2018 (voir la figure 2 ci-dessus et l'annexe 5) révèle que l'accent est mis sur les infrastructures en briques et en mortier pour soutenir les installations de soins de santé primaires (par les agences de développement bilatérales et multilatérales) et les installations existantes de soins de santé secondaires sur (par des investisseurs privés et des organismes comme la SFI). En revanche, peu d'acteurs sont engagés à investir dans des installations de soins secondaires et tertiaires entièrement nouvelles, dans les installations existantes afin de moderniser ou d'étendre les infrastructures du secteur public, ainsi que dans la connectivité et les solutions de soins de santé innovantes. L'accent a également été mis de manière limitée sur un soutien complémentaire à l'élaboration de stratégies de renforcement et de financement des systèmes de santé et sous la garantie de l'alignement sur ces stratégies. Ce sont tous des domaines dans lesquels la Banque possède un avantage comparatif important ou émergent, et dans lesquels elle peut apporter une valeur ajoutée significative. En outre, la Banque est un acteur de premier plan dans la fourniture d'infrastructures et d'autres formes de soutien aux pays en situation de fragilité, comme l'illustre son récent soutien à la construction de la première usine de fabrication d'oxygène du

Soudan du Sud et à la réhabilitation de quatre établissements de santé en réponse aux demandes nées de la pandémie de COVID-19 (voir l'annexe 4 pour de plus amples informations).

3.6 La Banque s'appuiera sur sa vaste expérience en matière de combinaison de financements d'infrastructures et de soutien complémentaire pour promouvoir la durabilité des investissements et l'accès équitable. Les investissements de la Banque dans les projets d'infrastructure s'accompagnent d'un ensemble de mesures de soutien complémentaires (représentant généralement 15 à 25 % du financement⁵⁷), comme le dialogue sur les politiques, l'assistance technique et les produits de connaissance. Ce soutien complémentaire vise à créer un environnement propice à la réalisation des projets, à promouvoir une utilisation efficace et équitable des infrastructures et à garantir la pérennité des impacts. Par exemple, le dialogue sur les politiques de la Banque peut permettre de mobiliser des financements nationaux afin de pérenniser les infrastructures, son soutien en matière de connaissances peut contribuer à identifier et à promouvoir des approches visant à élargir l'accès aux services de santé, et son assistance technique peut aider à renforcer les capacités de gestion des PPP. Ces dernières années, la Banque a fourni des financements et une assistance technique pour aider à étendre la protection sociale en Côte d'Ivoire, au Maroc et au Sénégal, et la Facilité africaine de soutien juridique, hébergée par la Banque, a fourni des conseils aux gouvernements africains pour la négociation de transactions commerciales complexes et la structuration des contrats de PPP.

4. ENSEIGNEMENTS TIRÉS

4.1 La stratégie s'appuie sur un certain nombre d'enseignements tirés de l'expérience antérieure de la Banque dans ce secteur. Premièrement, il importe de noter que l'expérience de la Banque a montré que les projets intégrant le transport, l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement et les infrastructures économiques ont tendance à apporter de meilleurs résultats aux bénéficiaires, car ils permettent que l'ensemble des besoins et vecteurs d'impact durable soient pris en compte. Deuxièmement, l'un des principaux défis des précédents projets de la Banque dans le domaine de la santé a été celui de leur qualité à l'entrée. Il convient donc d'accorder une attention particulière à la phase préparatoire, notamment à la réalisation d'études de faisabilité et d'analyses économiques et sectorielles solides. Troisièmement, l'analyse des opérations de la Banque a mis en lumière l'importance de la réduction des impacts environnementaux négatifs, grâce à la réalisation et l'intégration des exigences en matière de conception découlant d'évaluations approfondies des impacts environnementaux et sociaux. Enfin, il est clair qu'il est particulièrement important de s'assurer de l'appropriation, de l'engagement et de l'implication des gouvernements partenaires, ce qui implique de veiller particulièrement à ce que les homologues s'engagent à financer la maintenance et les coûts récurrents afin de promouvoir la durabilité des projets.

4.2 Une série d'enseignements importants ressort également des expériences d'autres bailleurs de fonds dans le domaine des infrastructures sanitaires. Ces expériences laissent entendre qu'il est important de veiller à ce que des ressources et des partenariats adéquats soient mobilisés afin d'obtenir un impact durable à grande échelle. Pour y parvenir, il faudra financer un plus petit nombre de projets de grande envergure, développer le cofinancement et les partenariats du savoir avec des institutions multilatérales, mobiliser des financements auprès du secteur privé et veiller à ce que les gouvernements jouent le rôle de régulateurs, d'entités accordant les licences et de contrôleurs qualité dans le secteur de la santé. L'expérience passée met en lumière l'importance du renforcement de l'exécution et du suivi des projets grâce à la promotion d'une meilleure gouvernance dans le secteur de la santé. Cette promotion peut se faire en facilitant les efforts des pays membres visant à mobiliser le financement du secteur, façonner les réformes de la santé et mener le dialogue sur les politiques, en encourageant la participation de toutes les parties prenantes à la conception des programmes et en élaborant des systèmes robustes de gestion, de suivi et d'évaluation axés sur les résultats dans le secteur de la santé. Enfin, les enseignements tirés de l'expérience d'autres bailleurs de fonds soulignent qu'il importe de veiller à ce que des efforts soient déployés pour

renforcer les facteurs permettant une utilisation efficace des infrastructures sanitaires, notamment la capacité des ressources humaines et le financement des dépenses récurrentes.

4.3 Il est également utile de tirer des enseignements des innovations mondiales en matière de prestation de services de santé, qui peuvent être adaptées au contexte africain afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des investissements dans les infrastructures. L'un des principaux enseignements à tirer est que les technologies numériques ont commencé à modifier la manière dont les soins de santé sont dispensés et qu'elles ont le potentiel de provoquer des changements perturbateurs. À titre d'exemple, une meilleure connectivité entre les patients et les prestataires de soins peut garantir un accès meilleur et plus abordable aux soins pour un plus grand nombre de patients, notamment ceux qui vivent dans des zones reculées. Les progrès de la technologie médicale permettent d'améliorer la qualité et les résultats des soins et offrent un éventail plus large d'options de traitement. De nouveaux mécanismes de paiement des prestataires peuvent contribuer à promouvoir un accès équitable aux soins de santé en mettant au point des incitations à améliorer la prestation, la qualité et l'efficacité des services de santé. Enfin, il convient de souligner l'émergence des nouveaux modèles de prestation de services - tels que les services de santé en ligne et le regroupement des procédures des patients - qui peuvent contribuer à améliorer l'optimisation des ressources et l'efficacité.

5. OBJECTIFS ET APPROCHE STRATÉGIQUE

But et objectif

5.1 But Le but de la SISQA est de garantir aux populations africaines un accès accru à des services de santé de qualité d'ici à 2030, afin d'améliorer la qualité de vie des populations africaines et de promouvoir la réalisation de l'ODD 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et de l'objectif de l'Agenda 2063 de l'Union africaine sur la santé (veiller à ce que les citoyens africains soient en bonne santé et bien nourris). Une bonne santé est indispensable à la qualité de vie et constitue une base pour améliorer la productivité de la main-d'œuvre, la croissance inclusive et de nombreux autres objectifs de développement.

5.2 Objectif. L'objectif de cette stratégie est de soutenir les pays membres régionaux dans leurs efforts visant à accélérer le développement d'infrastructures sanitaires de qualité en Afrique, et de contribuer à leurs efforts visant à faire en sorte que tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont ils ont besoin, sans souffrir de difficultés financières. La réalisation de cet objectif sera essentielle aux efforts déployés pour atteindre l'objectif global de cette stratégie.

Piliers

5.3 Piliers. La SISQA est étroitement axée sur quatre catégories d'infrastructures sanitaires qui contribueront à la réalisation de l'objectif global de cette stratégie et correspondent à l'avantage comparatif de la Banque, tout en offrant la souplesse nécessaire pour répondre aux divers besoins des PMR dans les trois archétypes (voir la figure 1). Les détails du contenu de chaque pilier sont fournis à la section 6.

- i) **Pilier 1 : Infrastructures de soins de santé primaires.** Au titre de ce pilier, la Banque s'attaquera au déficit d'infrastructures du dernier kilomètre et réalisera des investissements mixtes dans les infrastructures. Il s'agira notamment de construire des établissements de santé pour les populations mal desservies et de soutenir les investissements dans les infrastructures afin de garantir l'accès des établissements à l'eau potable et à l'assainissement, à l'énergie et aux connexions informatiques, pour des services de santé de qualité.
- ii) **Pilier 2 : Structures de soins de santé secondaires et tertiaires.** La Banque investira dans le développement de structures de soins de santé secondaires et tertiaires, ainsi que de structures spécialisées dans la prise en charge du cancer, des dialyses et de la douleur.

Ces investissements seront particulièrement utiles dans les pays où la charge des maladies non transmissibles augmente rapidement. Les projets phares pourront inclure des centres d'excellence régionaux, conçus pour attirer les touristes de santé en Afrique. Ce pilier vise à combler un déficit manifeste dans les flux de financement de la santé en termes d'investissements dans de nouvelles structures sanitaires.

iii) **Pilier 3 : Infrastructures de diagnostic.** Ce pilier contribuera à combler les déficits majeurs de l'Afrique en matière d'infrastructures de diagnostic et pourrait inclure une gamme de modèles de prestation, y compris l'externalisation au secteur privé.

iv) **Pilier 4 : La connectivité pour des solutions de santé innovantes.** La Banque investira dans la connectivité par les TIC afin de soutenir les innovations dans le domaine de la prestation de services de santé, y compris par exemple les services mobiles, la télémédecine et d'autres solutions de santé numérique, ainsi que l'amélioration des systèmes d'information sanitaire.

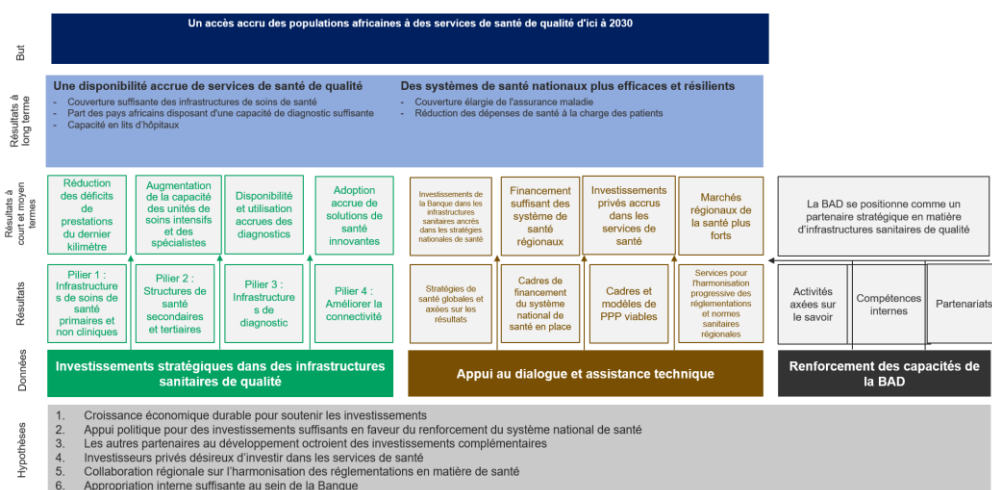
5.4 Activités axées sur le savoir, dialogue sur les politiques et assistance technique.

Tous les investissements dans les infrastructures sanitaires seront accompagnés d'un dialogue sur les politiques et d'une assistance technique (AT) afin d'aider les PMR à faire en sorte que les projets d'équipement soient ancrés dans des stratégies et des cadres de financement clairs et contribuent à des services de santé équitables et durables. La Banque élaborera un programme d'activités axées sur le savoir afin d'alimenter son dialogue sur les politiques et nouera des liens avec des partenaires externes capables d'offrir un appui technique spécialisé.

5.5 **Promotion de la collaboration régionale face aux défis sanitaires.** Cette stratégie soutiendra également les efforts visant à approfondir l'harmonisation des politiques et réglementations sanitaires en Afrique et à promouvoir des approches communes pour relever les défis sanitaires de la région.

5.6 **Antécédents.** Au cours des années 90, la Banque a investi environ 75 millions d'USD par an. En tenant compte de l'inflation, cela équivaldrait à 300 millions d'USD par an aux prix actuels, soit 5 % du portefeuille de prêts actuel de la Banque. Cependant, aucun objectif financier n'est inclus dans la SISQA, étant donné que le portefeuille est axé sur la demande.

Figure 3 : La théorie du changement



6. PRIORITÉS AU TITRE DES PILIERS STRATÉGIQUES

6.1 Cette section de la stratégie expose plus en détail la façon dont la Banque identifiera les investissements stratégiques dans chacun de ses quatre piliers stratégiques, et comment elle combinera les projets d'investissement avec le dialogue sur les politiques et l'appui technique.

Pilier 1 : Infrastructures de soins de santé primaires

6.2 La Banque financera l'extension des infrastructures de soins de santé primaires, en particulier dans les États fragiles et certains PFR, afin de réduire le déficit d'accès au dernier kilomètre. Ces structures permettront d'accroître l'accès équitable aux services de santé parmi les populations isolées et les groupes vulnérables et favoriseront également l'équité de genre. Les activités de diagnostic de la Banque indiquent que si, en moyenne, le rapport entre les structures de soins de santé primaires (SSP) et la population est globalement adéquat, il existe des écarts importants aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur de ceux-ci. Environ 30 % de la population africaine vit toujours à plus de deux heures de route des services de santé de base.⁵⁸ Les pays de l'archétype A ont les taux d'accès les plus faibles, malgré une densité globale de structures de SSP adéquate, en raison d'une répartition géographique sous-optimale.

6.3 La Banque combinera des investissements matériels dans les soins de santé primaires (SSP) avec un appui important aux infrastructures non cliniques. Parallèlement à l'appui à la construction de nouveaux établissements de soins de santé primaires, la Banque aidera les établissements de santé, nouveaux et existants, à se raccorder aux services d'eau et d'assainissement, d'électricité et numériques. Il s'agit d'un domaine dans lequel la Banque dispose d'un avantage comparatif évident, avec des résultats avérés, y compris dans des pays en situation de fragilité. Il permettra également de promouvoir une utilisation efficace des installations de soins de santé primaires par ces derniers et les aidera à assurer des services de grande qualité. L'amélioration de l'hygiène des installations les rendra plus sûres. Les connexions électriques leur permettront d'utiliser un large éventail de technologies de diagnostic et de traitement et d'offrir des services plus continus. Les connexions numériques favoriseront les flux d'information sanitaire et la collecte de données, pour une meilleure surveillance des maladies, et permettront la mise en œuvre de solutions numériques.

6.4 L'offre d'investissements mixtes dans les infrastructures à l'appui de la prestation de services au dernier kilomètre nécessitera une collaboration approfondie et efficace entre les unités opérationnelles de la Banque. L'équipe en charge de la SISQA devra établir de solides collaborations - y compris éventuellement des stratégies de prestation communes et des équipes pluridisciplinaires - avec les départements en charge de l'énergie, de l'eau et de l'assainissement, et de la connectivité numérique.

6.5 La Banque apportera son soutien ciblé à l'assurance maladie et à d'autres systèmes de protection sociale afin de favoriser l'accès des populations les plus pauvres et les plus marginalisées aux services de santé. Pour ces groupes de personnes, les obstacles financiers à l'accès aux services de santé - tels que le transport, le coût des médicaments et les frais à la charge des usagers - sont importants et posent des défis majeurs à la mise à disposition de ces services à tous, sans créer de difficultés financières. En conséquence, la Banque s'efforcera de promouvoir l'expansion de son soutien à ces dispositifs, en veillant tout particulièrement à ce que les personnes les plus difficiles à atteindre puissent y avoir recours.

6.6 La Banque étudiera le potentiel d'innovation rentable dans la prestation de SSP du dernier kilomètre. Il est possible de regrouper les soins de santé primaires avec des mini-pharmacies et de petits espaces de vente au détail pour permettre la viabilité financière. Les structures de SSP pourraient être appuyées par des centres d'appel et des solutions virtuelles, afin d'accéder à l'expertise de spécialistes. La Banque étudiera également les possibilités de soutenir les services de santé mobiles ainsi que l'utilisation de la technologie des drones pour approvisionner les structures de SSP en produits sanguins et autres produits de santé. Le secteur privé est considéré comme un partenaire important pour y parvenir.

Pilier 2 : Structures de soins de santé secondaires et tertiaires

6.7 La Banque mettra à profit son expérience approfondie et spécialisée pour rapprocher les acteurs privés et publics afin de développer et financer des infrastructures

de soins de santé secondaires et tertiaires innovantes et catalyser leur reproduction à travers l'Afrique. Les investissements potentiels dans le cadre de ce pilier sont les suivants :

- i) **Franchises hospitalières transnationales :** Financement de la construction ou de l'extension de franchises d'infrastructures privées pour la prestation de services de santé secondaires et tertiaires à fort volume et à faible coût, qui permettent de réaliser des économies d'échelle et de gérer la charge croissante des maladies non transmissibles.
- ii) **Hôpitaux monospécialisés à efficience élevée :** Cofinancement de la construction d'hôpitaux monospécialisés à haut volume et à faible coût, axés sur un seul problème de santé, comme la maternité ou les maladies cardiovasculaires. Le soutien de la Banque comprendrait une assistance technique pour élaborer des projets et des modèles de financement viables, y compris des PPP, et identifier des partenaires du secteur privé.
- iii) **Hôpitaux de référence à la pointe de la technologie :** Cofinancement de la création d'hôpitaux régionaux de recherche et d'enseignement multispécialisés qui fournissent des soins de haute qualité, appuient les essais cliniques et la formation du personnel de santé. La Banque aidera les PMR à accéder à l'expertise mondiale en matière de développement d'établissements de santé haut de gamme, et plaidera en faveur de politiques de soutien (par exemple, l'orientation des patients au niveau régional, l'harmonisation régionale des qualifications pour faciliter la mobilité du personnel qualifié).
- iv) **Hôpitaux secondaires et tertiaires multispécialisés :** Financement de la construction de structures de santé publique secondaires et tertiaires multispécialisées et d'infrastructures de soutien, axées sur la fourniture de traitements de haute qualité pour gérer la charge croissante des maladies non transmissibles.

6.8 La Banque déploiera un large éventail d'instruments de financement au titre de ce pilier. Parallèlement aux projets d'investissement traditionnels, elle peut offrir un financement axé sur les résultats pour soutenir un dialogue sur les politiques renforcé et accompagner les réformes gouvernementales. Les opérations du secteur privé, y compris les placements en emprunts et en actions et les instruments de partage des risques, peuvent être utilisés pour soutenir les PPP, parallèlement à l'assistance technique pour soutenir des cadres et des modèles de PPP viables, et à l'utilisation du pouvoir de mobilisation de la Banque en appui à la mise en relation avec des investisseurs potentiels. Les produits du savoir et l'assistance technique seront également importants pour optimiser la localisation et la conception des investissements.

Pilier 3 : Infrastructures de diagnostic

6.9 La Banque fournira un financement aux gouvernements pour mettre en place ou moderniser les infrastructures de diagnostic. Cet appui contribuera à combler les déficits de financement pour l'augmentation de la capacité de diagnostic afin de permettre à une plus grande partie de la population africaine d'avoir accès aux services de diagnostic et d'améliorer la précision des activités de diagnostic dans les PMR, pour un meilleur traitement et une meilleure surveillance des maladies. Actuellement, seuls 15 % de la population africaine ont accès à des services de diagnostic et jusqu'à 50 % des diagnostics essentiels sont erronés. Pour répondre à la demande prévue en 2030, la disponibilité des équipements et structures de diagnostic tels que l'IRM doit augmenter de plus de 100 %.

6.10 Au nombre des initiatives au titre du pilier 3 figurent :

- i) **Les diagnostics ambulatoires à haut volume.** Financement de l'expansion des diagnostics ambulatoires à volume élevé en s'associant à la plateforme de diagnostic existante d'Africa Health.

- ii) **La modernisation du matériel.** La Banque fournira un financement aux gouvernements pour la modernisation du matériel de diagnostic.

6.11 Le diagnostic est un domaine qui se prête bien à une participation du secteur privé. Il peut s'agir de modèles de sous-traitance simples ou de PPP plus complexes. La Banque peut fournir une combinaison de financements souverains et non souverains, ainsi qu'un appui technique au développement des PPP et des services de mise en relation. L'assistance technique pour l'alignement régional des normes pourrait permettre aux investisseurs privés de réaliser des économies d'échelle.

Pilier 4 : La connectivité pour des solutions de santé innovantes.

6.12 La Banque fournira une infrastructure de TIC pour permettre aux PMR d'introduire des approches innovantes dans la prestation des services de santé. Il peut s'agir de la connectivité par les TIC pour les établissements de santé existants et d'investissements pour mettre en place des plateformes de santé numérique nationales ou infranationales. Ces approches peuvent élargir considérablement l'accès aux soins ambulatoires tout en réduisant le besoin de nouvelles installations physiques. Il peut également s'agir d'investissements non souverains dans des entreprises proposant des innovations en matière de prestation de services de santé.

6.13 Au nombre des investissements potentiels, citons :

- i) **Une plateforme pour les soins ambulatoires virtuels** – La Banque identifiera des partenaires pour cofinancer/franchiser un écosystème « d'abord virtuel, et en personne seulement en cas de nécessité » pour les soins ambulatoires (primaires et spécialisés) afin d'aider à redéfinir les soins ambulatoires sur le continent. La plateforme fournira aux patients une expérience de bout en bout, soutenue par une technologie numérique et des appareils portables, complétés par un réseau de référence de praticiens de médecine générale, d'hôpitaux secondaires et tertiaires et de réseaux d'agents de santé communautaires.
- ii) **Appui aux plateformes pour les soins ambulatoires virtuels.** Il peut s'agir de plateformes constituées par des professionnels de la santé de la diaspora ainsi que du pays.

Activités de gestion des connaissances, dialogue sur les politiques et assistance technique

6.14 La Banque veillera à ce que tous ses investissements dans les infrastructures sanitaires aillent de pair avec le dialogue sur les politiques, l'assistance technique et le renforcement des capacités. Une telle démarche permettra d'améliorer les perspectives d'obtention d'un impact stratégique tout en minimisant les risques d'investissement dans des projets d'infrastructure de type « éléphant blanc » qui sont mal utilisés en raison du manque de financement ou de personnel. Selon les critères de sélectivité de cette stratégie, la Banque n'investira que dans des infrastructures sanitaires qui s'inscrivent dans des plans de renforcement des systèmes de santé nationaux et des cadres de financement crédibles. Cette condition préalable claire offre à la Banque une plateforme pour impliquer les PMR dans un dialogue politique sur le renforcement des systèmes de santé avant l'approbation du projet, dès le stade du document de stratégie pays (DSP) et de l'identification du projet. La Banque combinera également ses investissements, dans la mesure du possible, avec une assistance technique complémentaire. Cela peut se traduire par l'inclusion de mesures liées au financement de la santé dans les opérations d'appui programmatique ou par l'utilisation de financements axés sur les résultats qui conjuguent le financement des investissements avec des plateformes de dialogue sur les politiques.

6.15 Le dialogue sur les politiques et l'assistance technique de la Banque viseront essentiellement à aider les PMR à mettre en place les cadres politiques et institutionnels nécessaires pour garantir le financement durable et la protection sociale, assurer une supervision efficace du secteur de la santé, établir des normes pour les PPP et veiller à ce que les investissements dans les infrastructures se traduisent par des améliorations durables de la qualité des services de santé. Le financement de la santé fera l'objet d'une attention particulière. La Banque apportera aux PMR son appui à l'élaboration de stratégies de financement de leurs systèmes de santé nationaux et aux efforts visant à justifier la priorité accordée à la santé dans les plans nationaux. Il s'agira notamment d'étendre la protection sociale et les régimes nationaux d'assurance maladie en soutenant la conception et l'extension de ces régimes, en fixant et en planifiant les prestations afin d'atteindre les objectifs d'extension de la couverture, et en améliorant le ciblage de ces régimes sur les groupes pauvres et marginalisés. Il s'agira également de créer un environnement politique favorable aux investissements du secteur privé, y compris l'externalisation de services spécialisés (par exemple, les diagnostics, la gestion de la chaîne du froid et l'élimination des déchets médicaux) et la mise en place de PPP pour la prestation de services, en fonction du contexte de chaque pays. En ce qui concerne les PPP, la Banque aidera les PMR à élaborer des lois, des politiques et des réglementations en la matière, à créer des institutions dédiées aux PPP et à renforcer la capacité du secteur public à identifier, concevoir et mettre en œuvre des PPP. L'intégration régionale sera un autre thème clé, afin de faciliter le mouvement régional de personnel de santé qualifié et de créer des marchés régionaux de la santé plus vastes et plus efficaces.

6.16 Parmi les activités de gestion des connaissances destinées à soutenir le portefeuille d'infrastructures sanitaires figurent les suivantes :

- i) **Travaux analytiques.** La Banque mettra en œuvre un programme d'analyse sectorielle ciblée, afin d'évaluer les nouveaux défis en matière de santé et les besoins en infrastructures, d'explorer des options innovantes de prestation de services des approches innovantes en matière de prestation de services pour étendre l'accès aux services aux groupes pauvres et marginalisés, et de trouver des solutions aux problèmes de financement de la santé.
- ii) **Dialogue politique sur le financement de la santé, l'élargissement de l'accès aux services et les défis connexes.** La Banque œuvrera avec les PMR à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques permettant de relever des défis cruciaux tels que le financement durable des services de santé, l'amélioration de l'efficacité de la dépense et l'assurance que les groupes pauvres et marginalisés sont desservis, conformément au principe « ne laisser personne de côté ». En particulier, la Banque prévoit de mener le dialogue avec les PMR sur la protection sociale et les régimes d'assurance maladie, afin de s'assurer que les plus pauvres bénéficient de l'expansion des services de santé. Cela contribuera également à promouvoir la pleine utilisation des infrastructures sanitaires soutenues par la Banque et l'optimisation des ressources de ces opérations.
- iii) **Appui technique aux solutions de financement innovantes et à la préparation des projets.** La Banque puisera dans sa vaste expérience du financement des infrastructures pour aider les PMR à se doter de méthodes innovantes de financement des infrastructures sanitaires. Il s'agira notamment d'élaborer des cadres politiques pour les PPP et de fournir un appui technique pour la préparation des projets de PPP. L'harmonisation des normes sanitaires à l'échelle continentale ou sous-régionale constitue un défi connexe à relever, car elle permettra aux investisseurs privés de fournir des équipements médicaux et des services de santé de manière plus avantageuse sur les marchés régionaux.

6.17 La Banque entretiendra stratégiquement des partenariats et des réseaux (annexe 3) – Si la Banque peut offrir une expertise dans certains domaines du développement et du financement des infrastructures sanitaires, il existe également de nombreuses autres sources d'appui technique

en faveur des PMR. L'approche de la Banque consistera notamment à entretenir des liens avec d'autres partenaires et réseaux – tels que le réseau Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) et le Réseau mondial pour le financement de la santé et la protection sociale (P4H) – et à aider les PMR à identifier les sources d'appui technique adaptées à leurs besoins. La Banque entend également créer des partenariats de financement et de programmation avec d'autres bailleurs de fonds de la santé en Afrique, notamment les institutions de financement du développement et les fondations privées, telles que la Fondation Bill et Melinda Gates, Fondation MasterCard, Fondation Aliko Dangote et autres.

6.18 Promotion de l'harmonisation et de la collaboration régionales. La Banque contribuera à promouvoir l'harmonisation régionale en matière de politique et de réglementation sanitaires dans des domaines tels que les qualifications des personnels de santé, les protocoles de traitement et l'homologation des technologies de santé. Cette activité contribuera à promouvoir le partage des technologies de la santé dans la région afin de favoriser les investissements transfrontaliers dans le secteur de la santé et la circulation des professionnels de la santé dans le but d'adopter des approches communes pour relever les défis sanitaires tels que la santé maternelle et l'évolution de la pandémie de COVID-19. Afin de promouvoir la collaboration régionale en matière de santé, y compris dans les situations d'urgence, la Banque renforcera ses partenariats avec le CDC Afrique, l'OMS et les agences des Nations Unies et continuera à s'engager avec tous les partenaires clés au sein de la plateforme du programme Harmonisation pour la santé en Afrique.

7. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

La mise en œuvre du plan stratégique s'articule autour de la réalisation de produits, d'effets et d'indicateurs de résultats ciblés, tels que définis par le cadre de gestion des résultats (CGR). Le CGR regroupe toutes les activités liées aux interventions sectorielles dans les piliers définis. Dans le cadre de l'approche « Une seule Banque », une responsabilité conjointe pour la réalisation des objectifs et des résultats relatifs aux interventions des départements sera définie. Cette stratégie sert de plateforme unificatrice qui assure des synergies optimales entre les différents départements pour un impact maximal.

Principes directeurs

7.1 La Banque veillera également à ce que ses opérations dans le domaine des infrastructures sanitaires soient guidées par l'ensemble des principes suivants :

7.2 Sélectivité : La Banque appliquera des critères de sélectivité stricts à ses investissements, en mettant l'accent sur la fourniture d'un soutien dans les domaines où la Banque remplit les conditions suivantes :

- i) **Avantage comparatif** – La Banque n'apportera qu'un soutien qui correspond à son avantage comparatif existant et émergent (exposé dans la section 3), notamment : l'établissement de partenariats étroits avec les gouvernements pour contribuer au renforcement et à la réalisation des priorités nationales ; le soutien aux installations de soins primaires, la création d'hôpitaux monospécialisés et d'infrastructures non cliniques vitales pour les services de santé ; le soutien à la conception, à la mobilisation et à la mise en œuvre de montages financiers, la convocation de divers partenaires, la mise en place de PPP, l'atténuation des risques liés aux investissements privés, ainsi que le renforcement complémentaire des capacités et le soutien aux connaissances.
- ii) **Identification d'une demande et d'une appropriation locales claires** – La Banque ne soutiendra les interventions en matière d'infrastructures sanitaires que si celles-ci sont clairement mentionnées dans les stratégies nationales de renforcement du système de santé, et si la santé est considérée comme une priorité dans les documents de stratégie pays.

- iii) **Détermination d'une lacune manifeste dans le financement existant** – La Banque soutiendra les interventions qui ont été jugées comme présentant des lacunes dans le financement disponible auprès du gouvernement et d'autres partenaires de développement, contribuant ainsi à maximiser la rentabilité du soutien de la Banque.

7.3 Appropriation : Les interventions s'inscriront dans le cadre de stratégies nationales crédibles de renforcement du système de santé et des documents de stratégie pays convenus avec la Banque. Lorsque les stratégies nationales doivent être renforcées, la Banque apportera son soutien à ce renforcement avant de prendre des décisions concernant son appui. En procédant de la sorte, les parties prenantes des secteurs public et privé au niveau national s'approprieront pleinement les interventions en matière d'infrastructures sanitaires, ce qui contribuera à garantir un financement local continu pour l'entretien des infrastructures afin de promouvoir la résilience et la durabilité.

7.4 Souplesse et adaptabilité : La mise en œuvre intégrera suffisamment de souplesse afin de permettre la mise en place d'un appui sur mesure pour chaque PMR, en fonction de la diversité de leurs besoins en matière de santé. L'appui fourni par la Banque sera axé sur les besoins locaux et répondra aux défis sanitaires spécifiques auxquels chaque pays est confronté. Elle investira dans des études de diagnostic, le cas échéant, et fera preuve de souplesse pour s'adapter aux divers contextes nationaux.

7.5 Partenariats : La Banque poursuivra le renforcement de son partenariat et de ses alliances avec tous les acteurs clés impliqués dans le développement des systèmes de santé. Elle s'efforcera d'être une véritable force mobilisatrice dans la conception et l'application de solutions innovantes pour faire face aux situations les plus difficiles auxquelles sont confrontés les PMR, en particulier les États en transition, grâce à une répartition claire des tâches avec les autres partenaires.

7.6 Inclusivité : Les interventions de la Banque viseront à créer les conditions qui favorisent des solutions et un accès équitables à la santé au profit des communautés et des ménages les plus pauvres. Conformément au principe « ne laisser personne de côté », la Banque travaillera avec les PMR pour veiller à ce que les services de santé soient accessibles, sur une base équitable, aux groupes à faible revenu.

Plan de mise en œuvre

7.7 La Banque dispose déjà d'une réserve de projets à financer et commencera immédiatement, mais progressivement à augmenter ses investissements dans les infrastructures sanitaires. La Banque a reçu des propositions de nouveaux projets d'infrastructures sanitaires, stimulées par l'importance accrue qu'elle a accordée à ce domaine ces dernières années. Une première augmentation modeste de nos financements sera réalisée en soutenant ces projets et sera supervisée principalement par des experts en santé qui ont mené à bien la riposte de la Banque à la pandémie de COVID-19. Il est également probable qu'au cours des premières années de mise en œuvre de cette Stratégie, la demande n'augmentera que progressivement, étant donné que - le classement par ordre de priorité des infrastructures sanitaires dans les PMR se fera en fonction de la préparation des nouveaux DSP en réserve.

7.8 Pour soutenir cette augmentation progressive des investissements et la mise en œuvre de cette stratégie, la Banque a élaboré un plan d'action. Ce plan d'action (voir l'annexe 2) précise les actions à mener tout au long de la durée de vie de cette Stratégie pour mettre en œuvre chaque pilier et les priorités complémentaires en matière de travail de connaissance, de dialogue sur les politiques et d'assistance technique. Il définit également les départements chefs de file et partenaires responsables de la mise en œuvre de ces actions dans l'esprit de l'initiative « Une seule Banque ».

7.9 Un élément clé du plan d'action est constitué par les actions que nous mènerons pour jeter les bases de cette stratégie et commencer à la mettre en œuvre. Ces actions sont présentées ci-dessous et sont également détaillées dans la section 6 – « Soutien aux processus internes » – du plan d'action (annexe 2) :

- i) **Renforcement progressif des capacités internes.** La Banque dispose de capacités suffisantes pour gérer l'augmentation de son portefeuille d'infrastructures sanitaires prévue dans les années à venir. Cette capacité s'articule autour des experts en santé existants - qui ont géré avec succès les réponses à la pandémie de COVID-19 et aux récentes épidémies d'Ebola. L'équipe chargée de la santé travaillera en étroite collaboration avec d'autres experts en matière d'investissements dans les infrastructures et d'écosystèmes, dans le cadre du modèle de prestation « Une seule Banque ». Le cadre existant de l'équipe pays fournira une plateforme interdépartementale fiable pour la planification et la mise en œuvre du programme de travail de la SISQA dans le contexte du DSP. Les accords annuels sur le programme de travail avec les régions contribueront à garantir l'engagement à fournir le modèle « Une seule Banque », avec la nouvelle budgétisation co-efficiente et les indicateurs de performance clés communs qui favorisent la responsabilité partagée. L'expertise interne en matière d'infrastructures sanitaires sera progressivement consolidée dans le cadre de l'exercice de « redimensionnement » de la Banque, les ressources humaines étant adaptées aux nouvelles priorités. Une évaluation sera effectuée dans le cadre de la revue à mi-parcours pour déterminer si des ressources humaines supplémentaires sont nécessaires pour gérer le portefeuille à partir de ce moment-là.
- ii) **Renforcement des réseaux et coordination au sein de la Banque.** La Banque adoptera l'approche opérationnelle « Une seule Banque » pour la mise en œuvre de la SISQA, afin de s'assurer que toute l'expertise dont elle dispose soit mise au service des PMR. Elle identifiera les sources d'expertise dans les différents aspects du développement des infrastructures et du financement des projets à travers les départements et au sein des facilités de préparation des projets existantes. Elle réunira des équipes interdépartementales et établira un rythme régulier de travail conjoint et de collaboration sur le montage et la conception des projets. Le personnel en charge des ONS ayant l'expérience nécessaire pour traiter des projets d'infrastructure sanitaire de qualité sera mis à disposition pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie.
- iii) **Entretien des réseaux et des partenariats externes.** La Banque suivra un modèle de partenariat pour la mise en œuvre de la SISQA. Le portefeuille d'infrastructures sanitaires de la Banque est un créneau dans l'écosystème de la santé au sens large, qui nécessite l'établissement de relations et de réseaux solides. L'équipe chargée de la mise en œuvre de la SISQA établira des liens avec les principaux partenaires de développement, notamment le CDC Afrique, l'UNICEF et l'OMS, la Banque mondiale, les institutions de financement du développement (telles que l'IFC et le CDC) et les fondations privées (telles que la Fondation Bill et Melinda Gates), afin de faciliter l'échange de connaissances techniques et spécifiques aux pays. Il pourra s'agir d'entreprendre des travaux analytiques conjoints. Des partenariats seront également recherchés pour assurer un soutien à l'identification des investisseurs privés et au développement des projets. Au cours de l'évaluation et de la conception du projet, la Banque mènera des consultations étroites avec les partenaires de développement actifs dans le pays, en exploitant les plateformes existantes telles que HHA (Harmonisation pour la santé en Afrique) et le réseau P4H. La Banque mondiale sera un partenaire clé pour assurer une répartition efficace des tâches dans le soutien aux installations de soins de santé primaires et dans la conception d'investissements dans les soins de santé respectueux du climat.

- iv) **Conception d'un programme structuré de travail sur les connaissances.** Au cours de la première phase de mise en œuvre de la stratégie, la Banque concevra un programme structuré de travail analytique, sur la base des données disponibles sur l'évolution des besoins de santé et des lacunes des services en Afrique, afin de guider les priorités définies pour la collecte de données probantes. Elle synthétisera les connaissances et les données disponibles sur les stratégies efficaces pour combler les lacunes des services de santé, dans différents contextes nationaux africains, et recueillera les enseignements et les expériences. Elle mettra au point un programme de travail analytique pour combler les lacunes identifiées en matière de connaissances et de preuves. Ce travail s'appuiera sur l'analyse de la portée déjà entreprise pour éclairer cette stratégie, en évaluant l'évolution des besoins à la suite de la pandémie de COVID-19 et fournira une base pour le dialogue sur les politiques et l'assistance technique de la Banque.

- v) **Détermination des fournisseurs d'assistance technique.** Pour renforcer sa capacité à fournir une AT, en s'appuyant sur ses réseaux existants, la Banque établira des partenariats avec des institutions offrant une expertise technique dans des domaines clés et définira un éventail d'options pour répondre aux besoins techniques des PMR.

- vi) **Diffusion de la stratégie.** L'équipe de mise en œuvre déterminera les possibilités offertes par les événements et processus existants pour présenter la stratégie et l'offre de la Banque en matière d'infrastructures sanitaires aux gouvernements africains, aux communautés économiques régionales, aux autres partenaires de développement, aux entreprises de prestation de services de santé, aux institutions financières et aux autres parties prenantes. Pour accompagner le plan de communication, l'équipe réalisera une cartographie des parties prenantes. La communication sera axée sur la sensibilisation aux opportunités offertes par cette stratégie, tout en étant très claire sur les critères de focalisation et de sélectivité de la Banque.

7.10 Instruments de financement. La Banque aura recours à une série d'instruments de financement pour soutenir les PMR dans le développement des infrastructures sanitaires, à savoir :

- i) **Projets d'investissement classiques**, en mettant l'accent sur les projets de plus grande envergure, tout en conservant une certaine souplesse pour aider les pays FAD à fournir des soins de santé primaires au dernier kilomètre.

- ii) **Financement axé sur les résultats**, qui combine projet d'investissement et opérations d'appui programmatique (OAP), pour renforcer le dialogue politique sur les défis du financement du système de santé, y compris la protection sociale et l'assurance maladie.











- iii) **Partenariats public-privé (PPP)**, combinant un appui technique pour le développement de cadres et de modèles de PPP, ainsi que des instruments de partage des risques pour aider à la mobilisation des investissements privés.







- iv) **Opérations non souveraines**, y compris des prêts et des prises de participation dans des entreprises privées, en accordant un intérêt particulier aux entreprises capables d'offrir des investissements régionaux dans les services de santé et les équipements médicaux. L'assistance technique de la Banque comprendra un soutien à l'harmonisation régionale des normes de santé, afin d'aider les entreprises de santé viables à atteindre l'efficacité grâce à un déploiement à grande échelle.

- v) **Des options de financement innovantes, notamment des fonds d'investissement de la diaspora.** Il pourrait s'agir d'un mécanisme de financement dédié pour fournir un financement du déficit de viabilité pour une partie des coûts d'investissement des projets d'infrastructures sanitaires, ou de l'émission d'une obligation de la diaspora pour les infrastructures sanitaires, afin de mobiliser l'épargne de la diaspora. Ces actions seraient accompagnées d'un dialogue sur les politiques et d'une assistance technique aux PMR sur les mesures et initiatives politiques visant à attirer les fonds de la diaspora.

7.11 La SISQA sera assortie d'un plan de suivi solide. Un cadre de suivi de la stratégie est joint à l'annexe 1, et un travail important sera entrepris pour assurer le suivi de la mise en œuvre par la collecte de données auprès des projets et par une collaboration étroite avec les institutions nationales afin de suivre l'état des infrastructures de prestation de services de santé. Un rapport annuel sur la mise en œuvre de la stratégie sera préparé. Il couvrira le développement de la réserve de projets, les travaux analytiques, les approbations et les indicateurs de résultats. Une revue à mi-parcours qui interviendra en 2025 évaluera les résultats émergents afin d'éclairer un réexamen de la stratégie.

Figure 4 : Liens avec les autres stratégies de la Banque

Autres stratégies pertinentes		Synergies potentielles avec la SISQA
 Plan d'action pharmaceutique*		<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la capacité de l'Afrique à prévenir et à traiter les problèmes de santé de manière efficiente et dans les meilleurs délais.
 Stratégie en matière de genre*		<ul style="list-style-type: none"> Comblent les disparités de genre en matière d'accès à la santé (par exemple, en termes de financement, de technologie, de qualité des soins)
 Stratégie Nourrir l'Afrique		<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé nutritionnelle et l'infrastructure de la matière grise.
 Stratégie en matière de fragilité		<ul style="list-style-type: none"> Soutenir le développement d'infrastructures de prestation de services de santé résilients et efficaces dans les États fragiles.
 Stratégie en matière de gouvernance		<ul style="list-style-type: none"> Développer des projets d'infrastructure de prestation de services de santé qui trouvent le juste équilibre entre économie, efficacité et efficacité.
 Plan d'action sur le changement climatique		<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le développement d'infrastructures de prestation de services de santé résilients au climat et sobres en carbone afin d'atténuer les effets du changement climatique et de s'y adapter
 Stratégie EAH		<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les indicateurs clés de santé dans les projets d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Améliorer la connectivité des infrastructures de prestation de services de santé aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène.
 Stratégies en matière d'infrastructure (par ex. énergie, TI, urbanisation)		<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les indicateurs clés de santé dans les projets d'infrastructure. Améliorer la connectivité des infrastructures de prestation de services de santé aux services publics. Investir dans des solutions hors réseau pour connecter les SSP à l'électricité.
 Conception du cadre de PPP de la BAD		<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des PPP pour le développement des infrastructures de prestation de services de santé Tirer parti des connaissances sur le dispositif de préparation des projets.
 Développement du secteur privé		<ul style="list-style-type: none"> Encourager les acteurs du secteur privé à développer des partenariats avec les gouvernements nationaux (par exemple, pour les PPP).

 Plan d'action pour le développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> Investir dans des infrastructures de formation destinées au personnel de santé.
 Stratégie en matière d'industrialisation	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir le développement de l'infrastructure de prestation de services de santé avec la participation nécessaire du secteur manufacturier dans la chaîne de valeur (par exemple, l'équipement).
 Stratégie de développement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> Développer les capacités des autorités nationales à gérer les projets d'infrastructure de prestation de services de santé financés par la Banque.
 Cadre stratégique pour l'intégration régionale	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des politiques et des cadres transfrontaliers en vue de la mise en place de plateformes virtuelles de soins ambulatoires, de la création de centres d'excellence et de centres de diagnostic régionaux, de l'établissement d'orientations médicales, de la conception de protocoles de partage des données et de l'harmonisation des qualifications du personnel de santé.
 Stratégie pour l'emploi des jeunes en Afrique	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir l'accès et la formation des jeunes à la main-d'œuvre dans la chaîne de valeur médicale afin de combler les lacunes en matière d'emploi et de dotation de ces structures en personnel.
 Stratégie de gestion des connaissances*	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir la production de connaissances sur les défis et les possibilités de financement des infrastructures de prestation de services de santé.

* En cours d'élaboration ou en attente d'approbation

8. RISQUES ET MESURES D'ATTÉNUATION

8.1 Cette stratégie vise à produire des résultats à fort impact en faveur des populations africaines et à améliorer leur bien-être sur le long terme et de manière pérenne. Sept risques majeurs ont été identifiés, qui nécessitent un suivi et des mesures d'atténuation, comme indiqué ci-dessous.

Figure 5 : Risques et mesures d'atténuation

Risque	Mesure d'atténuation
La lenteur de la reprise économique après la pandémie et l'augmentation de l'endettement ont pour conséquence de priver les PMR des ressources nécessaires pour investir dans le développement des systèmes de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Appui financier de la Banque pour faciliter les investissements dans les infrastructures sanitaires. Assistance technique de la Banque sur les options de financement du système de santé. Solution de financement innovante pour aider à mobiliser les investissements privés dans les soins de santé, y compris de la diaspora africaine.
Manque de soutien politique pour l'investissement dans le renforcement du système de santé , ce qui se traduit par le manque de politiques et de stratégies crédibles et par la faible priorité accordée à la santé dans les budgets nationaux et par l'incapacité de combler le déficit de financement de 26 milliards d'USD pour les infrastructures sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> Faire de l'existence de plans crédibles de renforcement des systèmes nationaux de santé et de mécanismes de financement une condition préalable à l'appui de la Banque. Profiter des dialogues sur le DSP et les politiques de haut niveau en cours pour obtenir des engagements budgétaires accrus et renforcer la mobilisation du cofinancement des IFD, des donateurs bilatéraux, des fondations privées et autres. Investir dans la gestion des connaissances, pour soutenir le dialogue sur les politiques et encourager les changements de politique (en particulier, tirer parti des travaux existants sur l'optimisation des ressources, les déficits de financement, les mécanismes de financement innovants et la collaboration public-privé dans le domaine de la santé). Fournir des services consultatifs techniques aux PMR pour renforcer la mobilisation des recettes et la priorisation des dépenses de santé, et mettre en avant les innovations dans les services de santé. Déployer les instruments et plateformes pertinents de la Banque (par exemple, ALSF, AIF) pour aider les PMR à mobiliser des capitaux privés pour les infrastructures sanitaires.

<p>Adhésion mitigée des autres partenaires de développement, d'où des possibilités limitées d'approches harmonisées et de cofinancement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation au stade de la conception de la stratégie ▪ Communication active autour de l'offre de la Banque dans le domaine de la santé. ▪ Exploration proactive des opportunités de cofinancement dans les DSP et à toutes les étapes du cycle de projet. ▪ Encadrement des PMR pour une meilleure coordination et collaboration.
<p>Adhésion insuffisante du secteur privé en raison de la perception d'un risque d'investissement élevé, d'où un faible appétit pour l'investissement et un frein à l'innovation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir l'évolution de la réglementation au niveau national et régional afin de stimuler et de faciliter les investissements. ▪ Investir dans des projets modèles pour démontrer les résultats, et communiquer sur ces résultats. ▪ Mettre au point des modèles de PPP innovants. ▪ Promouvoir des instruments innovants et le partage des risques, afin de faciliter le financement du déficit de viabilité.
<p>Le manque d'appropriation et de capacité au niveau régional entraîne le peu de priorité accordée aux initiatives d'harmonisation des réglementations sanitaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la coordination avec le soutien de l'UA, des gouvernements nationaux et des CER, en utilisant également les partenariats avec HHA, P4H et CDC-Afrique. ▪ S'appuyer sur la collaboration de la Banque avec les CER pour répondre à la pandémie de COVID-19, et mettre à profit les enseignements tirés de la stratégie d'intégration régionale. ▪ Renforcer les capacités des PMR et des CER en matière d'harmonisation des réglementations sanitaires.
<p>L'absence d'appropriation du portefeuille de la santé au sein de la Banque a entraîné un sous-investissement et un manque de synergie avec les autres portefeuilles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecter les critères de sélectivité énoncés dans la stratégie et les directives de la Banque en la matière. ▪ Documenter, rendre compte et diffuser les résultats des projets d'infrastructure sanitaire. ▪ Définir des modalités de travail pour la mise en œuvre de la stratégie, conformément à l'approche « une seule Banque ». ▪ Concevoir des indicateurs clés de performance et des processus de responsabilisation communs.

9. CONCLUSION

9.1 La SISQA constitue un cadre stratégique clair pour un meilleur engagement de la Banque dans le domaine des infrastructures sanitaires. Elle fait suite à la forte demande de soutien émanant des PMR, rendue plus impérieuse par la pandémie de COVID-19. Alors que les investissements récents ont été réalisés en l'absence d'une stratégie claire, la SISQA est une stratégie étroitement focalisée, solidement ancrée dans l'avantage comparatif dont jouit la Banque et assortie de critères de sélectivité clairs pour identifier les projets à soutenir. En ce sens, la stratégie garantit que l'appui de la Banque aux infrastructures sanitaires ne sort pas du cadre de ses domaines d'expertise. Pour que les investissements de la Banque dans les infrastructures débouchent sur des améliorations durables des services de santé, la stratégie prévoit que les investissements doivent être inscrits dans des plans de renforcement des systèmes de santé nationaux et des cadres de financement crédibles, en collaboration avec d'autres partenaires de développement. La Banque mettra à profit toute sa gamme d'instruments de financement, y compris les ONS, pour encourager les investissements privés dans les infrastructures sanitaires. Tous les investissements seront accompagnés d'un dialogue sur les politiques et d'une assistance technique, axés sur le financement de la santé, le développement des PPP et l'intégration régionale, afin de contribuer à la promotion d'un environnement propice à l'utilisation effective des infrastructures.

Annexe 1 : Cadre des résultats de la SISQA

Suivi et évaluation

Pour mesurer l'impact des projets d'infrastructure sanitaire, la stratégie utilisera les systèmes existants de la Banque et encouragera un suivi accru au niveau de la Banque, des départements et des projets spécifiques. Le suivi et l'évaluation de cette stratégie sera dirigé par l'équipe chargée de la santé, mais une collaboration efficace entre les principaux départements de la Banque est nécessaire pour en assurer le succès. Le cycle de suivi et d'évaluation comprend des mécanismes de collecte de données pour les sources primaires et secondaires. Le processus est soutenu par un cadre détaillé de mesure des résultats (CMR). Ce cadre détaillé les mesures et les objectifs a trois niveaux : impact, résultats et produits, afin d'évaluer la contribution de la Banque aux résultats. En outre, un examen à mi-parcours est prévu en 2025, afin d'évaluer la mise en œuvre de la stratégie et d'informer sur les changements qui pourraient être nécessaires.

Tous les projets de santé de la SISQA respecteront strictement les nouvelles normes de bonnes pratiques en ce qui concerne les cadres de résultats des projets, les plans de suivi et la théorie du changement, ainsi que l'utilisation cohérente des rapports de suivi obligatoires et des RAP et RSE robustes, qui permettront de regrouper les résultats des projets au niveau de la stratégie. Une formation approfondie sur l'application efficace de ces outils est prévue pour le personnel actuel et nouveau du secteur de la santé. Les sources secondaires comprendront des bases de données telles que la base de données sur les ODD des Nations Unies, les indicateurs du développement dans le monde (WDI) et l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Les sources de données primaires comprendront les études analytiques de la BAD et les rapports de projets de la BAD. Pour les indicateurs qui mesurent les résultats dans les pays soutenus par la BAD, les bases de référence et les objectifs du CMR utilisent des chiffres continentaux qui seront révisés par des travaux analytiques dans les pays concernés au fur et à mesure de l'élaboration de la réserve d'opérations et seront mis à jour si nécessaire pendant la durée de la stratégie. La réserve indicative de travaux analytiques pour 2022 comprend l'analyse de certaines stratégies de financement du secteur de la santé dans les PMR. L'analyse des DSP et des stratégies/plans de renforcement des systèmes de santé se fera dans un premier temps pour les pays qui ont déjà manifesté leur intérêt envers les prêts pour les infrastructures sanitaires. Par la suite, ce sera une norme pour tous les pays qui manifestent leur intérêt.

Afin de renforcer sa capacité interne à mettre en œuvre son cadre de suivi et d'évaluation, AHHD collaborera étroitement avec ECST pour obtenir des statistiques pertinentes, ainsi qu'avec SNOQ2 et BDEV3 pour favoriser une mise en œuvre réussie du système de suivi et d'évaluation.

Cadre de résultats

Chaîne de résultats et description des indicateurs	UNITÉ DE MESURE	REFERENCE (date)	CIBLE À L'ACHÈVEMENT (2030)	MOYENS DE VÉRIFICATION	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES
■ IMPACT : Accès accru à des services de santé de qualité pour les populations africaines d'ici 2030					
<i>ODD 3.8.1 Indice CSU de couverture des services</i>	%	48,9 (2015)	100	Données ODD de l'ONU ; WDI	Tous les 5 ans
<i>ODD 3.8.2 Proportion de la population dont les dépenses de santé représentent plus de 10 % des dépenses totales des ménages.</i>	%	71,06 (2015)	Aucune cible arrêtée au niveau international	Observatoire mondial de la santé de l'OMS	Tous les 5 ans
■ EFFET 1 : Disponibilité accrue des services de santé de qualité					
1.1 Part de la population ayant accès aux services de santé essentiels à moins de deux heures du domicile ¹	% dans les pays soutenus par la BAD	70*	80*	Rapport mondial de suivi sur les soins de santé primaires de l'OMS/Observatoire de la santé mondiale	Tous les 2 ans
1.2 Capacité en lits d'hôpitaux	# lits pour 1 000 habitants dans les pays soutenus par la BAD	1,2*	2,0*	Rapport mondial de suivi sur les soins de santé primaires de l'OMS/Observatoire de la santé mondiale	Tous les 2 ans
■ EFFET 2 : Des systèmes de santé nationaux plus efficaces et plus résilients.					
2.1 Extension de la couverture de l'assurance maladie nationale	% de la population dans les pays soutenus par la BAD	0*	10*	Étude analytique de la BAD	Tous les 2 ans
2.2 Dépenses à la charge des patients en % des dépenses de santé récurrentes	%	38	35	Observatoire de la santé mondiale de l'OMS	Tous les 2 ans
2.3 Investissement privé mobilisé dans la santé	Valeur en \$ des contributions du secteur privé aux PPP soutenus par la BAD	0	À déterminer *	Rapports de projets de la BAD	Tous les 2 ans
■ PRODUIT 1 : Infrastructures sanitaires soutenues par la BAD					
1.1 Pays appuyés pour l'infrastructure de soins de santé primaires	# pays	0	20	Rapports de projets de la BAD	Annuel
1.2 Soutien à l'infrastructure de diagnostic	# installations de diagnostic	0	10	Rapports de projets de la BAD	Annuel

¹ Pays de l'archétype A à faible couverture

1.3 Lits d'hôpitaux livrés	# lits	0	23 000	Rapports de projets de la BAD	Annuel
1.4 Pays appuyés pour la téléphonie mobile, la télémédecine et autres services de santé innovants.	# pays	0	10	Rapports de projets de la BAD	Annuel
■ PRODUIT 2 : Dialogue sur les politiques, travaux de connaissance et assistance technique					
1.1 Nombre de produits de connaissance liés à la santé publiés	Nombre	0	15	Rapports de la BAD	Annuel
1.2 Nombre de pays soutenus dans leurs efforts visant à consolider leurs plans de renforcement des systèmes de santé, leurs cadres de financement, ou à élaborer des cadres et des modèles de PPP	Nombre	0	10	Rapports de la BAD	Annuel
1.3 Nombre de pays soutenus dans leurs efforts visant à s'aligner sur les normes sanitaires régionales	Nombre	0	5	Rapports de la BAD	Annuel

*S'agissant des indicateurs de résultats dans les pays soutenus par la BAD, les bases de référence et les objectifs seront calculés par un travail analytique dans les pays concernés, à mesure que la réserve d'opérations se constitue et seront, le cas échéant, mis à jour au cours de la durée de la Stratégie.

Annexe 2 : Plan d'action de la SISQA

	Produits livrables	Actions	Département principal et départements partenaires	Échéancier
Pilier 1 : Infrastructure de soins de santé primaires				
1,1	Financer l'expansion des infrastructures de soins de santé primaires, en particulier dans les États fragiles et certains PFR, afin de réduire l'écart d'accès au dernier kilomètre.	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des projets ; constitution d'une réserve de projets. • Vérification des plans stratégiques et des plans de financement du secteur de la santé, engagement dans les forums des partenaires de développement du secteur de la santé. • Aide aux établissements de santé, nouveaux et existants, pour le raccordement aux services d'eau et d'assainissement, aux réseaux électriques et aux services numériques. 	Départements AHHD, RDVP, PEVP, AHWS, PITD.3, PICU, RDTS, SNSC, AHGC, SNFI	2022-2030
1,2	Soutenir l'innovation rentable dans la prestation des soins de santé primaires sur le dernier tronçon, afin de faciliter un accès équitable.	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux établissements de soins de santé primaires en les dotant de centres d'appels et de solutions virtuelles, afin d'accéder à l'expertise de spécialistes • Soutien aux services de santé mobiles ainsi qu'au recours à la technologie des drones pour approvisionner les SSP en produits sanguins et autres produits de santé. 	Départements AHHD, PICU, PITD.3, RDVP	2023-2030
Pilier 2 : Installations de soins de santé secondaires et tertiaires				
2	Mise en place d'installations de soins de santé secondaires et tertiaires, ainsi que d'installations spécialisées dans le traitement du cancer, de la dialyse et de gestion de la douleur.	<ul style="list-style-type: none"> • Financement de la construction ou de l'extension de franchises d'infrastructures privées de prestation de services de santé secondaires et tertiaires à volume élevé et à faible coût. • Cofinancement de la construction d'hôpitaux monospécialisés à faible coût et à volume élevé, axés sur un seul problème de santé, comme la maternité ou les maladies cardiovasculaires. • Cofinancement de la création d'hôpitaux régionaux de recherche et d'enseignement multispécialités qui fournissent des soins de grande qualité, soutiennent les essais cliniques et la formation du personnel de santé. • Financement de la construction d'infrastructures sanitaires publiques secondaires et tertiaires multispécialités et d'infrastructures de soutien, axées sur la fourniture de traitements de grande qualité pour gérer la charge croissante des maladies non transmissibles. • Développement commercial pour identifier les partenaires et investisseurs du secteur privé au niveau national. 	Départements AHHD, PINS, PICU, SNSC, RDVP, AHGC, SNFI	2023-2030

		<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'instruments pour renforcer la participation du secteur privé. • Mise en place de services de conseil et d'assistance technique pour les investisseurs du secteur privé. 		
Pilier 3 : Infrastructure de diagnostic				
3	Plus grande disponibilité et utilisation des diagnostics.	<ul style="list-style-type: none"> • Financement de l'expansion des diagnostics ambulatoires à volume élevé en s'associant à la plateforme de diagnostic existante d'Africa Health. • Financement de la mise à niveau des équipements de diagnostic par les gouvernements. • Fourniture d'une combinaison de financements souverains et non souverains ainsi qu'un soutien technique pour la création de PPP et des services de mise en relation. 	Départements AHHD, PINS, PICU, RDVP, SNSC, AHGC, SNFI	2023-2030
Pilier 4 : Connectivité pour des services de santé innovants				
4	Adoption croissante de solutions de santé innovantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à la mise en place d'une infrastructure TIC pour permettre aux PMR d'introduire des approches innovantes dans la prestation des services de santé. 	Départements AHHD, PICU, PITD.3, SNSC, SNFI, RDVP	2024-2030
Travail de connaissance, dialogue sur les politiques et assistance technique				
5,1	<u>Travail de connaissance</u> - Soutien à la création de produits de connaissance pour faciliter l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes en matière d'infrastructures sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation de notes de diagnostic sectoriel • Travail d'information sur la collaboration public-privé dans le domaine de la santé, afin d'explorer les approches réussies et équitables. • Travail d'information sur les approches de l'assurance maladie adaptées aux groupes pauvres et marginalisés. • Travail d'information sur le rapport qualité-prix dans le domaine de la santé, ainsi que sur le dialogue sur les politiques et l'assistance technique fondés sur des données probantes. 	AHHD, ECVP, SNSP	2021-2030
5,2	<u>Dialogue sur les politiques</u> - Mener un dialogue de haut niveau sur les politiques afin de promouvoir le financement, l'utilisation et le fonctionnement efficaces des infrastructures sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitation du dialogue par le biais de la mission du DSP afin d'explorer les défis en matière de santé et d'identifier les priorités pertinentes. • Dialogue sur les politiques à mener pour soutenir l'élaboration de stratégies globales de financement de la santé, y compris des mesures visant à développer le financement public, à tirer parti des investissements du secteur privé et à collaborer avec d'autres acteurs. • Dialogue sur les politiques visant à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de régimes de protection sociale, en accordant une attention particulière aux groupes pauvres et marginalisés. 	Départements AHHD, ECGF, RDVP, SNSP	2022-2030

		<ul style="list-style-type: none"> Dialogue sur les politiques afin d'apporter des réponses régionales aux problèmes de santé, notamment en ce qui concerne la réglementation des travailleurs de la santé, les protocoles de traitement et l'octroi de licences pour les technologies de la santé. 		
5,3	Assistance technique (AT) - Soutenir une AT adaptée à la demande pour renforcer la capacité des institutions locales à gérer un secteur de la santé efficace et équitable.	<ul style="list-style-type: none"> Soutien de l'assistance technique pour aider au renforcement des systèmes de santé nationaux et des stratégies de financement de la santé. Soutien de l'assistance technique pour aider à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de protection sociale, avec un accent particulier sur les groupes pauvres et marginalisés. Soutien de l'assistance technique pour aider à l'exploration, la conception et la mise en œuvre de projets PPP efficaces et équitables. 	AHHD, ECAD, PICU	2022-2030
Soutien aux processus internes				
6,1	Renforcement progressif des capacités internes	<ul style="list-style-type: none"> Constitution de l'équipe de mise en œuvre de la stratégie d'infrastructure de prestation de services de santé, en attribuant les rôles, en identifiant les compétences supplémentaires nécessaires, en appliquant un système de gouvernance établi pour mettre en œuvre la stratégie, et en établissant une cadence de travail avec les autres divisions. L'équipe fera appel à des experts en infrastructure, en PPP et en investissement pour mettre en œuvre la stratégie. 	Front office d'AHVP, membres du groupe de travail de coordination de la SISQA, unité PPP de PICU, Facilité africaine de soutien juridique (ALSF)	2021-2023
6,2	Renforcer les réseaux et la coordination au sein de la Banque.	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une coopération avec d'autres départements de la BAD, et de stratégies internes pertinentes, afin de garantir la réalisation des objectifs transversaux de la stratégie d'infrastructure de prestation de services de santé. 	Front office AHVP	2021-2030
6,3	Culture de réseaux et de partenariats externes efficaces.	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation du pouvoir de rassemblement unique de la Banque pour mobiliser un large éventail de parties prenantes. Il s'agit notamment d'acteurs du secteur privé tels que les prestataires de services de santé internationaux et locaux, les jeunes entreprises du secteur de la santé, les organisations confessionnelles, les universités et les centres de recherche ; de cofinanciers tels que les IFD, les banques commerciales et les fonds d'investissement ; d'institutions publiques telles que les organismes gouvernementaux et les ONG ; et d'institutions multilatérales telles que l'OMS ou l'ONUDI. 	AHHD	2021-2030
6,4	Conception d'un programme structuré de travail sur les connaissances	<ul style="list-style-type: none"> Cartographie et évaluation des sources de données et des ressources de connaissances existantes concernant le renforcement et le financement du secteur de la santé, les PPP et d'autres questions. 	AHHD, ECVP	2022-2030

6,5	Identification des fournisseurs d'assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> Mise au point d'un programme structuré de travail sur les connaissances 	AHHD	2022-2030
6,6	Diffusion de la stratégie	<ul style="list-style-type: none"> Délimitation du champ d'action afin d'identifier les organisations susceptibles de s'associer à des prestataires d'assistance technique, et lancement de la mise en place de partenariats avec elles 	AHHD, PESC	2021-2023
Examen et évaluation				
7,1	Revue à mi-parcours de la mise en œuvre de la stratégie	<ul style="list-style-type: none"> Revue à mi-parcours des objectifs et des résultats, Ajustement de la stratégie en conséquence, demande d'approbation pour un financement supplémentaire, le cas échéant, Mise à l'échelle de la stratégie en orientant les investissements vers des projets réussis. 	AHHD, SNOQ, BDEV	2026
7,2	Fin de la mise en œuvre de la stratégie	<ul style="list-style-type: none"> Revue à long terme des objectifs et des résultats. Ajustement de la stratégie en fonction des enseignements tirés et du contexte existant. 	AHHD, SNOQ, BDEV	2030

Annexe 3 : Approche stratégique des partenariats à l'appui de l'infrastructure sanitaire en Afrique

Cette annexe présente une vue d'ensemble des processus et des approches qui seront utilisés pour faire en sorte que la Banque poursuive un programme ciblé de développement des partenariats stratégiques nécessaires à la réalisation des ambitions de la SISQA.

Une orientation stratégique intelligente et disciplinée

Les besoins de financement des infrastructures sanitaires en Afrique sont énormes, les investissements en capital dans le secteur se situant actuellement entre 5 et 6 milliards d'USD et le continent étant confronté à un déficit de financement de 26 milliards d'USD.

Compte tenu de ce déficit de financement, il est impératif que la BAD - en tant que première IFD du continent pour les infrastructures - joue un rôle plus important et plus catalytique à l'avenir. Alors que les énormes besoins de financement réduisent les risques de duplication, il est vital que la Banque identifie les domaines dans lesquels elle peut le mieux ajouter de la valeur aux efforts de ses PMR et d'autres partenaires de développement afin de maximiser la rentabilité et l'impact de son soutien. En s'appuyant sur les leçons apprises et sur les résultats de l'étude exploratoire, la Banque a donc travaillé intensivement à l'identification de ses rôles de niche dans le soutien aux infrastructures sanitaires en Afrique. Ces niches sont présentées ci-dessous :

- **Infrastructures de soins de santé primaires efficaces et largement utilisées** - Alors que les infrastructures actuelles de soins de santé primaires pourraient, en théorie, répondre à la demande attendue, les installations manquent d'accessibilité, en particulier dans les pays fragiles où les relations étroites de la Banque avec les gouvernements pourraient être mises à profit pour plaider en faveur d'infrastructures primaires adaptées. La Banque a également une grande expérience de l'appui aux infrastructures mixtes - notamment pour l'électricité, l'eau, l'assainissement et l'hygiène et la connectivité numérique - dans les établissements de soins primaires.
- **Nouveaux hôpitaux et hôpitaux monospécialisés** - On observe des lacunes importantes dans les nouvelles infrastructures de soins de santé secondaires et tertiaires, en particulier dans les institutions innovantes telles que les hôpitaux monospécialisés ; la BAD a l'avantage de posséder déjà une expérience dans la mise en place de telles infrastructures et la capacité de mobiliser des fonds publics pour combler les lacunes en matière de viabilité afin de réduire les risques liés à ces investissements importants.
- **Infrastructure de diagnostic** - L'infrastructure de diagnostic présente l'une des plus grandes lacunes qui ne peut être comblée sans le secteur privé et les mécanismes de PPP. La BAD peut tirer parti de ses solides relations avec les gouvernements et de son nouveau cadre de PPP pour aider les États membres à mettre en place les cadres et

mécanismes de PPP appropriés, ainsi qu'à faciliter l'engagement entre les secteurs public et privé.

- **Connectivité** - Par le passé, les investissements dans la connectivité pour les solutions innovantes en matière de soins de santé ont été très limités, en partie à cause de la nécessité de l'implication du secteur privé et de la facilitation des parties prenantes, qui sont les points forts de la BAD. L'institution est bien placée pour répondre à ce besoin en tant que Banque historique d'infrastructure, avec une compréhension unique de l'Afrique ainsi que des besoins des investisseurs, une gamme d'instruments de financement et d'expertise, pertinents pour l'infrastructure, un pouvoir de rassemblement significatif et un partenaire de confiance parmi les parties prenantes privées et publiques. La BAD peut jouer un rôle important en comblant le fossé entre les innovateurs privés, les gouvernements et les IFD en fournissant des financements concessionnels catalytiques et même des prises de participation dans des projets pilotes et des preuves de concept, ce qui réduit le risque d'investissements ultérieurs.

Établissement de partenariats stratégiques efficaces

Le processus d'élaboration et d'approbation des documents de stratégie nationale (DSP) avec les PMR sera au cœur de notre approche du développement de partenariats stratégiques. Le DSP sera un instrument clé pour l'engagement de premier niveau avec les parties prenantes nationales afin d'identifier les priorités en matière d'infrastructure sanitaire et de développer les fondements analytiques, politiques et stratégiques de nos opérations de santé.

La Banque utilisera la mission de diagnostic et de dialogue du DSP pour établir l'existence d'un Plan stratégique national crédible du secteur de la santé (NHSSP) et son cadre de financement, évaluer l'appropriation par le gouvernement et recenser les institutions et organisations nationales essentielles au fonctionnement du système de santé. La Banque pourra ainsi déterminer quelles sont les institutions et organisations qu'elle doit privilégier dans le cadre du développement de partenariats et adapter son engagement auprès de chacune d'entre elles.

La mission de dialogue du DSP permettra également à la Banque de cartographier les autres partenaires de développement et les acteurs internationaux actifs dans le secteur de la santé, et de les engager dans un dialogue sur la manière dont la Banque peut apporter une valeur ajoutée à leur travail dans le cadre de ses priorités stratégiques fondamentales en matière d'infrastructures sanitaires. Il s'agira notamment de comprendre où se situent les lacunes actuelles en matière de soutien dans le contexte du créneau de la Banque, tant en ce qui concerne les domaines d'infrastructure spécifiques qu'elle soutient que les types de financement et de soutien complémentaires (en termes de travail de connaissance, de dialogue sur les politiques et d'assistance technique) qu'elle fournit. Elle positionnera son financement de manière à jouer un rôle de catalyseur pour mobiliser des financements supplémentaires pour les infrastructures auprès d'autres IFD, de donateurs bilatéraux, du secteur privé, de fondations privées, de la diaspora africaine et autres.

Les éléments clés du dialogue et du travail de diagnostic sur le financement dans chaque PMR concerneront l'augmentation et l'utilisation plus efficace des allocations budgétaires pour la santé et l'exploration du potentiel d'investissement direct du secteur privé et des partenariats public-privé (PPP) pour ajouter de la valeur. Le soutien aux budgets gouvernementaux sera guidé par une analyse d'économie politique, afin d'identifier les approches de partenariat avec

le gouvernement qui peuvent renforcer son soutien et son leadership. L'exploration des opportunités de PPP impliquera de comprendre les rôles distincts des secteurs public et privé, où les PPP peuvent apporter le plus de valeur ajoutée et le rôle de la Banque pour les faciliter.

Une fois que la Banque aura identifié son créneau de soutien aux infrastructures sanitaires dans un PMR, elle cherchera également à identifier et à explorer des partenariats avec toute la gamme d'organisations consultatives et d'experts actifs sur ces questions d'infrastructures sanitaires au niveau régional et mondial, notamment l'OMS Afro, le CDC Afrique, l'UNICEF, les partenaires de l'HHA, le monde universitaire et d'autres. Cela permettra à la Banque d'exploiter de manière efficace et efficiente leurs idées dans le cadre du travail de connaissance, du dialogue sur les politiques et de l'assistance technique qu'elle soutiendra. Les partenariats exploités lors de la conception et de la mise en œuvre des opérations de réponse à la COVID-19 sont riches d'enseignements pour la Banque.

Annexe 4 : Soutien de la Banque à la riposte à la COVID-19 au Soudan du Sud



La Banque africaine de développement, à travers un don FAD de 3 millions d'UC (4,14 millions d'USD), finance l'« Assistance d'urgence pour soutenir la riposte à la COVID-19 en République du Soudan du Sud ». L'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en œuvre le projet, exécuté par le ministère de la Santé du Soudan du Sud.

En collaboration avec le ministère et l'OMS, le projet couvre trois grands volets visant à renforcer la préparation du Soudan du Sud à une pandémie :

- Soutien à la réponse d'urgence pour la prévention et la gestion des cas de COVID-19.
- Renforcement des capacités des systèmes de santé pour la préparation aux urgences.
- Gestion et coordination de projets.

À ce jour, le financement de la Banque a permis la réhabilitation ou la modernisation de quatre établissements de santé dans les villes de Yei, Nimule, Aweil et Wau. Le financement a également permis d'acheter 51 concentrateurs d'oxygène, 13 moniteurs de surveillance, 122 oxymètres de pouls, 71 appareils de mesure de la tension artérielle et 9 240 canules nasales qui ont été distribués à 17 établissements, ainsi que des médicaments essentiels, des fournitures pour le triage et suffisamment d'équipements de protection individuelle (EPI) pour équiper environ 3 900 agents de santé.

En outre, 406 agents de santé du pays - dont environ 25 % de femmes - ont suivi une formation sur la gestion des cas de COVID-19. Des outils de surveillance et de gestion des cas ont été mis au point pour faciliter les rapports au niveau des établissements. Quarante-travailleurs de la santé dans les sites sentinelles ont reçu une formation et des incitations pour adopter et utiliser les outils de surveillance de la pandémie.

L'aide de la Banque a permis d'établir dix sites sentinelles à l'extérieur de Juba pour renforcer les capacités de surveillance au niveau infranational. Deux véhicules destinés à soutenir les activités de surveillance de la COVID-19 ont été achetés. Un deuxième étage a été construit

dans un centre d'opérations d'urgence pour soutenir les activités de coordination. Les partenaires de mise en œuvre et d'exécution du projet signalent également que les fournitures de laboratoire supplémentaires désormais disponibles permettent aux autorités de décentraliser les tests de dépistage de la COVID-19 et d'autres maladies prioritaires.

Le projet a donné le jour à une centrale de production d'oxygène à l'hôpital universitaire de Juba, la première de ce type au Soudan du Sud. L'usine a une capacité de production d'oxygène de 2 500 litres par jour et la possibilité de remplir environ 72 bouteilles d'oxygène de type D par jour. Elle servira de centre de production et d'approvisionnement centralisé pour les sites éloignés. Le marché comprend 240 bouteilles d'oxygène à utiliser, ainsi que des pièces de rechange et un contrat de service de réparation pour quatre ans.



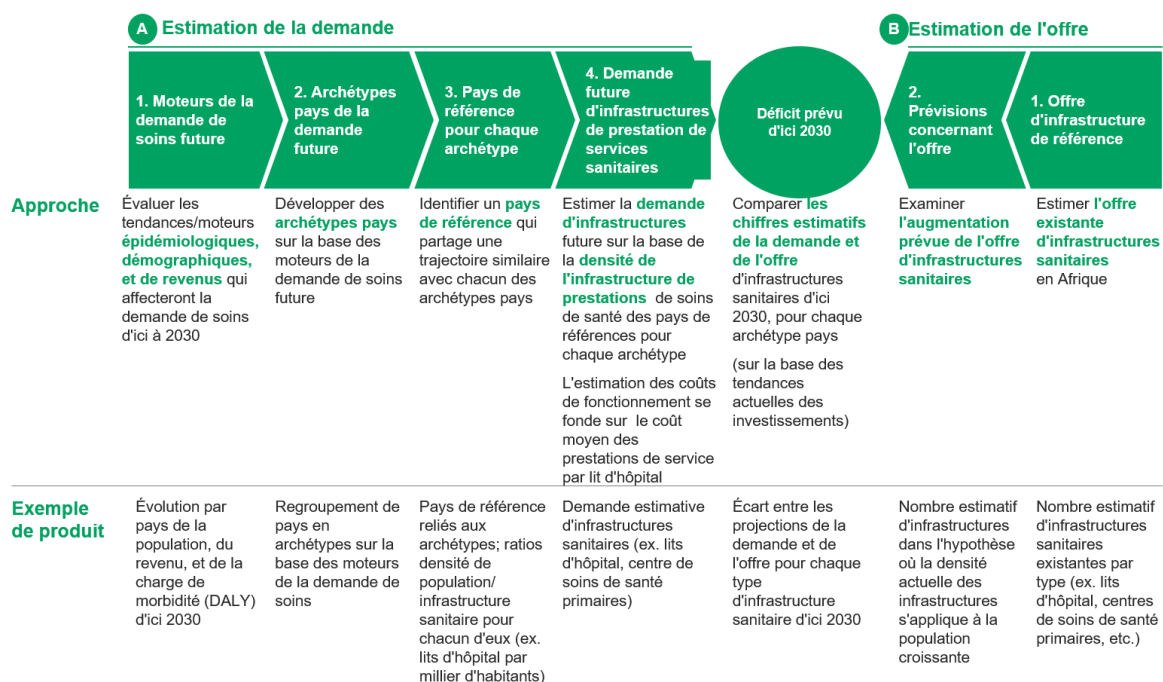
« L'installation de l'usine de production d'oxygène est une bonne nouvelle pour notre population et marque le début de la préparation du pays à l'oxygène en prévision de la troisième vague de COVID-19. Le Soudan du Sud n'importera plus d'oxygène des pays voisins, ce qui signifie que l'oxygène sera fourni aux établissements à temps et que davantage de vies seront sauvées », a déclaré l'honorable Elizabeth Acuei,

ministre de la Santé du Soudan du Sud. La ministre a ajouté que les autorités du pays ont prévu un budget pour le fonctionnement et la maintenance de l'usine d'oxygène. Le Responsable pays de la Banque africaine de développement pour le Soudan du Sud, Benedict Kanu, a déclaré que la fourniture de la station d'oxygène s'inscrit dans le cadre des efforts conjoints visant à mettre en place un système de santé solide et performant au Soudan du Sud.

« La pandémie de COVID-19 reste une menace majeure pour la population du Soudan du Sud et d'autres pays d'Afrique. La Banque continuera à œuvrer avec le gouvernement du Soudan du Sud et ses partenaires de développement comme l'OMS pour assurer une réponse rapide à la pandémie et aux futures urgences de santé publique afin de sauver des vies et des moyens de subsistance », a déclaré M. Kanu.

Annexe 5 : Méthodologie d'évaluation des lacunes en matière d'infrastructures sanitaires

La méthodologie appliquée pour estimer la demande de services de santé en 2030 repose sur (a) des archétypes pays définis par les tendances épidémiologiques et démographiques qui alimentent la demande de soins² et (b) la densité de population des infrastructures de pays de référence qui ont connu des trajectoires de charge de morbidité similaires, pour calculer les estimations relatives à chaque archétype pays. La méthodologie d'estimation de l'offre est basée sur l'offre actuelle d'infrastructures sanitaires, projetée à l'horizon 2030, dans l'hypothèse où la densité actuelle des infrastructures s'applique à la population croissante. Le tableau ci-dessous fournit des détails supplémentaires sur chacune des étapes de l'estimation de l'offre et de la demande d'infrastructures, ainsi que sur l'écart prévu d'ici 2030.



L'obtention de données dans les différents pays s'est révélée un défi et des adaptations ont dû être apportées pour obtenir les réponses les plus robustes possible. Les lacunes les plus importantes concernaient les infrastructures sanitaires existantes dans les différents pays. Malgré ces limitations et ajustements, les estimations présentées sont alignées sur les publications d'autres organisations de premier plan, notamment les résultats de la CEA et les référentiels de l'OMS.⁵⁹

Cette analyse a été réalisée pendant la pandémie de COVID-19. S'il est clair que la pandémie a eu et continuera d'avoir des effets considérables sur la charge de morbidité, il n'existe pas encore de données publiées sur la charge de morbidité au niveau des pays qui tiennent compte des chocs causés par la COVID-19. Nous convenons cependant que la COVID-19 aura probablement un impact sur les besoins en infrastructures sanitaires à l'avenir et a mis en évidence la nécessité de développer des infrastructures plus résilientes et adaptables.

La traduction des déficits d'infrastructures en termes de quantité (par exemple, le nombre de lits) en dépenses d'équipement (capex) est basée sur des coûts unitaires. L'hypothèse des dépenses d'équipement par lit a été déterminée sur la base de données de référence en Afrique, où des données étaient disponibles (Algérie, Tunisie, Maroc, Kenya et Afrique du Sud), ainsi que dans des pays aux économies comparables. Au sein d'un même pays, les dépenses d'investissement par lit varient fortement en fonction de la dynamique du marché, notamment de la quantité d'équipements

² Les données relatives à la charge de morbidité et à l'évolution épidémiologique proviennent de Fitch Solutions.

et de dispositifs importés utilisés, du fabricant et du type d'établissement (public ou privé). Par conséquent, des estimations plus précises des dépenses d'équipement ne seraient possibles qu'au niveau des projets, lors de l'évaluation de projets d'infrastructure spécifiques au fur et à mesure que la Banque mettra la Stratégie en œuvre.

Méthodologie

Dans le cadre de l'étude exploratoire pour développer cette stratégie, un effort a été fait pour estimer l'historique des flux de financement dans les infrastructures sanitaires en Afrique. La principale source de données utilisée est la base de données Activités d'aide SNPC (Système de notification des pays créanciers) de l'OCDE. Cette base de données regroupe des données sur l'aide publique au développement (APD), les autres flux officiels et les flux de financement du développement privés vers les infrastructures sanitaires de base (hôpitaux de district, cliniques, dispensaires et équipements médicaux) et les services médicaux (laboratoires, cliniques et hôpitaux spécialisés, ambulances, services dentaires et réadaptation médicale). Les données ne sont probablement pas exhaustives en ce qui concerne le financement total de chaque institution pour les infrastructures sanitaires, selon la nature du financement et la manière dont il est rapporté. D'autres sources de données ont été utilisées, notamment l'OMS, la SFI et la Banque mondiale, pour estimer les investissements annuels ciblant les infrastructures de prestation de services de santé en Afrique, et la répartition entre le financement public et privé. Les données sur les flux de financement des infrastructures sanitaires sur le continent sont limitées, et il est nécessaire de trianguler les estimations provenant de sources multiples. Les données et le suivi des flux de financement devront être améliorés en tant que bien de santé publique et pour permettre la présente Stratégie.

Constatations

Les dépenses d'équipement des gouvernements africains dans le domaine de la santé se situent à un niveau faible par rapport aux autres régions du monde et montrent des signes de déclin progressif. Dans l'ensemble, le financement des infrastructures sanitaires en Afrique a été faible, avec environ 5 à 6 milliards d'USD d'investissements annuels. La majeure partie (>80 %) de ces investissements a été consacrée aux infrastructures du secteur public, développées par les gouvernements et financées principalement par des emprunts. Bien qu'il n'existe pas d'objectif de l'OMS, de nombreux pays d'Asie et d'Amérique latine (par exemple, le Laos, le Vietnam, l'Inde ou la Bolivie) consacrent plus de 20 % des dépenses publiques de santé aux infrastructures, contre seulement 6 à 7 % en Afrique.⁶⁰ Ce niveau de financement a également diminué progressivement ces dernières années en Afrique. Compte tenu de l'ampleur des investissements supplémentaires nécessaires à l'avenir, il faudra s'attacher de plus en plus à tirer parti des innovations (voir l'annexe 4) pour développer des infrastructures rentables et de qualité.

Les investissements du secteur privé sont limités, mais en augmentation. Les projets du secteur privé ont représenté moins de 20 % de l'investissement global dans les infrastructures de prestation de services de santé. Cependant, ils sont en constante augmentation.

Par le passé, les investissements ciblaient un ensemble restreint de projets, en particulier les nouvelles infrastructures de soins primaires dans le secteur public et les extensions d'hôpitaux dans le secteur privé.³ Par conséquent, des lacunes considérables subsistent en matière de financement : hôpitaux secondaires et tertiaires entièrement nouveaux, modernisation des infrastructures du secteur public et facilitateurs essentiels tels que le financement, le cadre réglementaire, les données/le numérique et la formation du personnel de santé. Le tableau ci-dessous résume les flux financiers des investisseurs dans les infrastructures sanitaires en Afrique.

		Promesses d'aide au développement ciblant l'infrastructure sanitaire Total 2010- 2018, en millions d'USD		✔ Cible principale ⚠ Intérêt modéré ✘ Intérêt limité		
		Niveau primaire	Niveau secondaire et tertiaire	Facilitateurs	Commentaires	
Acteurs orientés vers le secteur public	IFD orientées vers le secteur public	~1 000	✔	✔	Cible principale : infrastructure physique primaire Cible principale : formation des agents de santé	
	THE WORLD BANK	~1 000	✔	✔	Cible principale : infrastructure physique primaire Cible principale : formation des agents de santé	
	ISDB	~200	⚠	✔	Prêts et participation à des parties prenantes du public et du privé pour soutenir des hôpitaux régionaux haut de gamme et des centres de soins spécialisés	
	World Islamic Development Bank	~200	⚠	✔	Finance principalement des structures publiques, mais l'appui au secteur privé s'accroît	
	Agences bilatérales	~260 Mn d'USD ~240 Mn d'USD ~200 Mn d'USD	✔	✘	Essentiellement l'octroi de prêts à des ONG pour la formation d'agents de santé, la réhabilitation de structures sanitaires et l'achat d'équipement essentiel	
	Agences multilatérales	N.D.	✔	✘	Octroi de prêts pour soutenir les soins de santé primaires : peu de composantes incluant des infrastructures sanitaires	
Acteurs orientés vers le secteur privé	Agences multilatérales	N.D.	✔	✘	Renforcement des systèmes sanitaires centré sur l'équipement de la chaîne logistique	
	Gavi	N.D.	⚠	✘	Renforcement des systèmes sanitaires centré sur les outils de diagnostic, les systèmes de surveillance, la gestion de la chaîne logistique et la formation des agents de santé	
	The Global Fund	N.A.	⚠	✘	Renforcement des systèmes sanitaires centré sur les outils de diagnostic, les systèmes de surveillance, la gestion de la chaîne logistique et la formation des agents de santé	
	Donateurs privés	~30	✔	✘	Dons à des universités et des ONG pour la construction d'hôpitaux régionaux et de centre de soins de santé primaires (assistance dans le domaine du savoir et programmes de prêt) et développement de PPP	
IFD orientées vers le secteur privé	~300	✘	✔	✘	Finance hôpitaux secondaires et cliniques, principalement de réaménagement, par des prêts et des prises de participations à des institutions du secteur privé	
Fonds de placement privés	Large paysage, avec les TPG ayant le portefeuille sanitaire le plus important (~ 1 Md d'USD pour l'Asie et l'Afrique)	✘	✔	✘	Les tickets pour les modèles de capital-investissement légers sont généralement inférieurs à 10 millions de dollars, tandis que les opérations de fusion et d'acquisition peuvent dépasser 200 millions de dollars, Essentiellement réaménagement car les investissements pour les projets de construction requièrent des fonds importants pour un rendement lent Accent mis sur les structures haut de gamme ciblant les populations ayant une forte capacité de paiement	

La plupart des financements destinés aux infrastructures du secteur public ont été fournis par des IFD (notamment la Banque mondiale, la Banque islamique de développement et la BAD) et des organismes d'aide bilatérale (notamment le Japon, la France et la Corée du Sud). Les agences multilatérales, dont l'UNICEF, l'OMS, GAVI et le Fonds mondial financent également des projets d'infrastructures sanitaires, principalement axés sur les infrastructures et les facilitateurs du niveau primaire, mais les montants spécifiques des investissements ne sont pas communiqués. La Fondation Bill et Melinda Gates a également financé des infrastructures sanitaires par le biais de subventions, en mettant l'accent sur les infrastructures du niveau primaire.

L'essentiel du financement des infrastructures du secteur privé a été assuré par des investisseurs privés commerciaux (en particulier des fonds de placement) et des IFD fortement axées sur le secteur privé. La Société financière internationale (SFI), qui détient le portefeuille le plus important, finance principalement des projets de construction d'hôpitaux et de cliniques secondaires, par le biais de prêts et de participations à des promoteurs du secteur privé. Les sociétés de placement financent principalement des installations haut de gamme qui ciblent les populations ayant une plus grande capacité de paiement, ainsi que des investissements dans des installations existantes, car les investissements dans la construction de nouvelles structures exigent davantage de capitaux et sont perçus comme ayant un profil de rendement plus long.

Annexe 7 : **Considérations sur la télémédecine provenant du centre médical de la Banque**

La télémédecine est disponible dans certaines institutions d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe depuis quelques années déjà, mais son adoption est très faible.

Certains problèmes sont communs à l'ensemble du continent.

- 1) Sensibilisation - elle est faible. Nos concitoyens ne sont « pas conscients » ou « pas adeptes » du concept de télémédecine.
- 2) Perception - la grande majorité de nos concitoyens, y compris ceux qui ont un niveau d'éducation élevé, ne considèrent pas la télémédecine comme une forme de pratique de la médecine ou comme une alternative adéquate. Ils ressentent le besoin d'être physiquement en contact avec le personnel médical, afin d'obtenir un diagnostic précis et le traitement adéquat.
- 3) Éducation et formation : il est nécessaire d'éduquer et de former à la fois les bénéficiaires des services (patients), les prestataires (personnel médical) et les institutions qui fournissent ces services.
- 4) Infrastructure : les infrastructures sanitaires, de sécurité et d'informatique doivent aller de pair pour la réussite du projet. Une grande partie de notre population n'a pas accès aux téléphones intelligents, ne bénéficie pas d'une couverture réseau ou ne dispose pas de la bande passante nécessaire aux consultations vidéo. Cette situation, compliquée par le coût élevé des services de télécommunication, constitue un obstacle majeur.
- 5) Vie privée et confidentialité : cet aspect est essentiel au succès de la télémédecine. Tant le patient que le médecin doivent être rassurés et accepter les questions de vie privée et de confidentialité soulevées par cette approche. Les règles américaines HIPPA et les règles européennes GDPR ne sont que des lignes directrices auxquelles nous devons pouvoir nous conformer pour utiliser cette approche avec succès. À l'heure des médias sociaux, un seul message mal orienté peut avoir de graves conséquences négatives.
- 6) Aspects financiers : Bien que les investissements initiaux en matière de médecine, d'informatique et de sécurité puissent être élevés, ils tendent à être rentables à long terme. Cela nécessite toutefois l'implication d'autres acteurs, tels que les compagnies d'assurance et la société civile.
- 7) Les questions juridiques : Les questions médico-légales sont un problème majeur qui doit être pris en compte. Les résultats négatifs et positifs de la télémédecine doivent être justifiables - par les équipes médicales comme par les équipes juridiques.
- 8) Accent mis sur les fondamentaux : Si l'idée générale de la SISQA est la voie à suivre, il est essentiel de disposer de bases solides. Nous devons tirer les leçons des résultats sanitaires obtenus dans les pays dotés de systèmes de soins de santé primaires solides, plutôt que de nous concentrer d'emblée sur les systèmes tertiaires. Par exemple, il est inutile de développer la capacité de pratiquer la chirurgie cardiothoracique si nous ne disposons pas des systèmes nécessaires pour surveiller la pression artérielle et d'autres paramètres cardiovasculaires de

base. Après tout, les patients qui subissent une chirurgie cardiothoracique auront besoin d'un système solide pour les gérer après l'opération.

Lorsque les ressources sont limitées, les efforts doivent viser à faire « le maximum pour la majorité de la population ».

Par conséquent, du point de vue de la SISQA, si nous nous concentrons d'abord sur les éléments de base d'une fondation solide (soins de santé primaires/médecine générale de qualité), de manière à pouvoir gérer les besoins fondamentaux en matière de santé de nos concitoyens, cela constituera une bonne base pour passer au niveau suivant (services tertiaires) – On ne construit pas un gratte-ciel sur des sables mouvants.

Notes

- ¹ Précisément « *Alimenter l'Afrique en énergie* », « *Nourrir l'Afrique* », « *Industrialiser l'Afrique* », « *Intégrer l'Afrique* » et « *Améliorer la qualité de vie des populations africaines* ».
- ² *Un lourd fardeau : le coût de la productivité de la maladie en Afrique*. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2019.
- ³ *Prioritizing Health: A Prescription for Prosperity*, McKinsey Global Institute, 8 juillet 2020.
- ⁴ *Implications of Outbound Medical Tourism on Public Health Care Development in Nigeria*. Orekoya, I.O. ET Oduyoye, O. O. 2018.
- ⁵ *EAH dans les établissements de santé : Rapport référentiel mondial 2019*, OMS et UNICEF, Genève, 2019.
- ⁶ Données de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS.
- ⁷ Les maladies infectieuses et parasitaires comprennent la tuberculose, les MST (dont le VIH/sida), les maladies diarrhéiques, la méningite, l'encéphalite, l'hépatite, les maladies parasitaires et vectorielles (dont le paludisme), les infections par des nématodes intestinaux et la lèpre. OMS : *A Heavy Burden*; OMS : *State of Health in Africa*, ISS Africa, Observatoire de la santé mondiale de l'OMS.
- ⁸ Données basées sur les Indicateurs du développement dans le monde, Banque mondiale
- ⁹ Données de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS.
- ¹⁰ Prévisions de DALY propres à Fitch Solutions, BAD.
- ¹¹ *Population 2030 Demographic challenges and opportunities for sustainable development planning*, Nations Unies, 2015.
- ¹² *Les Perspectives économiques pour l'Afrique 2021* prévoient une hausse du PIB de l'Afrique de 3,4 % en 2021 et de 4,6 % en 2022, après une baisse de 2,1 % en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19.
- ¹³ *Population 2030 Demographic challenges and opportunities for sustainable development planning*, Nations Unies, 2015.
- ¹⁴ CDC Afrique, 2020.
- ¹⁵ *The economic impact of the 2014 Ebola epidemic: short- and medium-term estimates for West Africa*, World Bank Working Paper, octobre 2014.
- ¹⁶ "Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study", Hogan, AB. et al., *The Lancet*, juillet 2020.
- ¹⁷ *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*, World Health Organization, avril 2021.
- ¹⁸ *Comorbidities and the COVID-19 pandemic dynamics in Africa*, Anjorin, A.A. et al., *Tropical Medicine and International Health*, octobre 2020.
- ¹⁹ *The COVID-19 syndemic is not global: context matters*", Mendenhall, E, "The Lancet, vol. 396, novembre 2020.
- ²⁰ *Les Perspectives économiques en Afrique 2021* prévoient que le PIB de l'Afrique augmentera de 3,4 % en 2021.
- ²¹ *Global Economic Prospects*, Groupe de la Banque mondiale, juin 2021.
- ²² *Urgent, effective action required to quell the impact of COVID-19 on education worldwide*, Banque mondiale, janvier 2021.
- ²³ *Impact de la COVID-19 sur les économies africaines : Une introduction*, Anyanwu, J.C. et Salami, A.O. *Revue africaine de développement*, 2021.
- ²⁴ Sur la base d'un cadre publié par l'Organisation mondiale de la santé en 2014.
- ²⁵ Données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
- ²⁶ *La faible disponibilité des médicaments essentiels pour les femmes et les enfants menace d'annuler les progrès accomplis dans la réalisation de l'Objectif de développement durable (ODD) 3 en Afrique*, Droti, B. et al, *BMJ Global Health*.
- ²⁷ *International cancer control portal, India country report*, International Cancer Control Partnership, 2020.
- ²⁸ Données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
- ²⁹ Selon une étude récente intitulée « *National estimates of critical care capacity in 54 African countries* » de Craig, J., Kalanxhi, E. et Hauck, S., 2020, le nombre moyen de lits d'unités de soins intensifs pour 100 000 personnes varie de 0,53 dans les pays à faible revenu à 8,59 dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.
- ³⁰ «Access to emergency hospital care provided by the public sector in sub-Saharan Africa in 2015: a geocoded inventory and spatial analysis», Ouma, P.O et al, *The Lancet*, janvier 2018.
- ³¹ *EAH dans les établissements de santé : Rapport référentiel mondial 2019*, Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2019.

-
- ³² *Rapport OMS/Banque mondiale intitulé « Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings »*. On a constaté qu'un établissement de santé sur 4 n'avait pas accès à l'électricité.
- ³³ *COVID-19 testing in Africa: Lessons learnt*, Ondo, P. et al, *The Lancet*, juillet 2020.
- ³⁴ Données tirées des rapports nationaux de l'OMS.
- ³⁵ Une étude de 2017 (*Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania*, Leslie, H.H. et al) a révélé que dans 10 pays - dont 7 en Afrique - seuls 14 % des hôpitaux et 1 % des centres de santé/cliniques atteignaient 100 % de préparation en ce qui concerne la capacité de diagnostic de base.
- ³⁶ Les rapports de l'OMS (*État de la santé dans la région africaine de l'OMS, 2018*) indiquent que la densité des agents des laboratoires d'analyses médicales dans la Région africaine de l'OMS varie, allant de 0,002 pour 1 000 personnes en Sierra Leone à 0,341 à Sao Tomé-et-Principe.
- ³⁷ Il s'agit d'estimations calculées par la Banque africaine de développement.
- ³⁸ Ces données sont tirées de *l'Initiative sur la performance des soins de santé primaires, 2020*.
- ³⁹ *Fournir des services de santé de qualité - Un impératif mondial pour une couverture sanitaire*, OMS, 2018.
- ⁴⁰ Indicateurs du développement dans le monde (dépenses courantes de santé, % du PIB).
- ⁴¹ Ces totaux ont été calculés par la Banque africaine de développement.
- ⁴² Il est basé sur le chiffre original de 44 USD, calculé en 2010 par le Groupe de travail sur le financement international innovant des systèmes de santé, ajusté en fonction de l'inflation.
- ⁴³ Ces totaux ont été calculés par la Banque africaine de développement.
- ⁴⁴ Ces données proviennent de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
- ⁴⁵ Ces données proviennent de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
- ⁴⁶ Il s'agit d'une estimation de la Banque africaine de développement.
- ⁴⁷ *Perspectives économiques en Afrique, 2021*, Banque africaine de développement, 2021.
- ⁴⁸ *Comparing the role of Diaspora in expansion of marketed healthcare in China and India: 1950s to present*, Zafar, S, Jawaharlal Nehru University, 2014.
- ⁴⁹ *South Asia Migration Report 2017: Recruitment, Remittances and Reintegration*, Rajan, S.I, Taylor et Francis, novembre 2016.
- ⁵⁰ Estimation basée sur plusieurs sources : rapports des médias, entretiens avec des experts, données de la Banque mondiale sur les dépenses d'équipement dans le secteur de la santé et l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
- ⁵¹ Base de données « *OECD Stat CRS Aid Activity* »
- ⁵² *Use of social impact bonds in financing health systems responses to non-communicable diseases: scoping review*, Hulse, E. et al. *BMJ Global Health*, 2021. Notons toutefois que dans le contexte de la COVID-19, la BAD a lancé en février 2020 l'obligation sociale la plus importante de l'époque pour un montant de 3 milliards d'USD.
- ⁵³ Données compilées par la Banque.
- ⁵⁴ *Mixed effects analysis of factors associated with health insurance coverage among women in sub-Saharan Africa*, Amu, H. et al, *PLOS ONE*, mars 2021.
- ⁵⁵ *Investir dans la santé en Afrique - Le secteur privé : Un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations*, SFI, Banque mondiale, 2008.
- ⁵⁶ Basé sur la conceptualisation des systèmes de santé de l'OMS, qui comporte six éléments constitutifs.
- ⁵⁷ La part des financements de la Banque en faveur des infrastructures qui est consacrée à des appuis complémentaires tels que la réforme des politiques, l'assistance technique et le travail de connaissance varie de 10 % en moyenne dans le secteur des transports, à 15 % dans le secteur de l'énergie et à 25 % dans le secteur de l'eau et de l'assainissement.
- ⁵⁸ "Access to emergency hospital care provided by the public sector in sub-Saharan Africa in 2015: a geocoded inventory and spatial analysis", Ouma, P.O et al, *The Lancet*, janvier 2018.
- ⁵⁹ L'OMS (Rapport 2018 sur l'état de la santé en Afrique) estime que 33 % des dépenses de santé publique devraient être consacrées aux infrastructures, tandis que la CEA (Soins de santé et croissance économique en Afrique 2019) évalue le déficit des dépenses de santé publique à 66 milliards d'USD, dont 33 % (220 milliards d'USD) pour les 10 prochaines années. Ce chiffre ne tient pas compte de la nécessité de combler le déficit d'infrastructures existant, d'où l'estimation plus élevée de 260 milliards d'USD.
- ⁶⁰ Sur la base de recherches dans la presse, d'entretiens avec des experts, de la SFI, la Banque mondiale, la base de données de l'Observatoire mondial de l'OMS et de l'État de santé de l'OMS.