

Investir dans la santé en Afrique

Le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations



Investir dans la santé en Afrique

Le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations



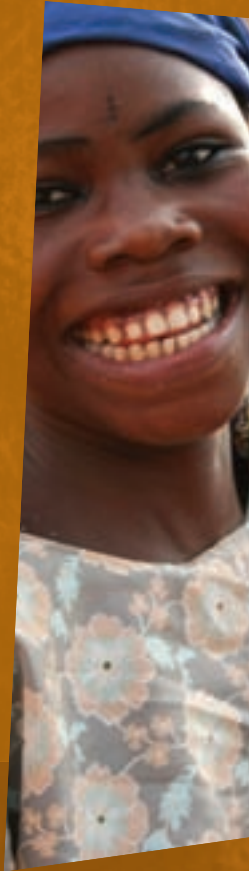
Table des matières

Message du vice-président exécutif et directeur général	iii
Remerciements	v
Résumé analytique	vii
Délimitation et démarche du projet	xi
Introduction	1
Section I : Rôle et évolution probable du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne	5
Section II : Comment mobiliser le secteur privé dans le domaine de la santé	17
Section III : Pourquoi faut-il investir dans le secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne	35
Conclusion	51
Annexe 1 : Exemples de modèles économiques gagnants dans les services de soins de santé	56
Annexe 2 : Exemples de modèles économiques gagnants dans les systèmes de mutualisation des risques	68
Annexe 3 : Exemples de modèles économiques gagnants dans le domaine des produits de santé (fabrication et innovation)	75
Annexe 4 : Exemples de modèles économiques gagnants dans la distribution et le commerce de détail	88
Annexe 5 : Exemples de modèles économiques gagnants dans le domaine de la formation médicale	98
Annexe 6 : Méthodologie d'évaluation du marché	105
Glossaire	111
Notes	117
Bibliographie	121
Remerciements	130

Investir dans la santé en Afrique

Le secteur privé : un partenaire pour améliorer
les conditions de vie des populations





Ce rapport expose différentes voies possibles pour mobiliser et appuyer un secteur privé bien géré et convenablement réglementé afin d'améliorer la santé en Afrique subsaharienne. Nous espérons que les États, les bailleurs de fonds, les investisseurs et les organisations non gouvernementales et les prestataires de services de santé y trouveront un complément utile aux stratégies habituelles fondées sur le secteur public.

Message du vice-président exécutif et directeur général

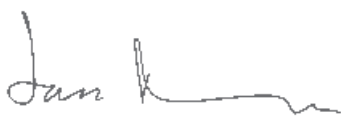
L'Afrique subsaharienne abrite environ 11 % de la population de la planète mais supporte 24 % de la charge de morbidité mondiale en coûts humains et financiers. Près de la moitié des enfants du monde qui meurent avant l'âge de cinq ans habitent en Afrique.

Les problèmes sanitaires de l'Afrique sont immenses mais pas insolubles. De formidables possibilités existent d'exploiter le secteur privé pour améliorer l'accès des populations d'Afrique à des produits et des services de santé de meilleure qualité.

Dans une région où les ressources publiques sont limitées, le secteur privé joue déjà un rôle très actif. En Afrique, environ 60 % du financement de la santé viennent de sources privées, et environ 50 % du total des dépenses de santé vont à des prestataires privés. En outre, l'immense majorité des pauvres de la région utilisent des services de santé privés, que ce soit en milieu rural ou urbain. Une femme pauvre dont l'enfant est malade a autant de probabilités d'aller le faire soigner dans un centre de santé privé que dans un établissement public.

Ce rapport expose un certain nombre de voies possibles pour développer, mobiliser et appuyer un secteur privé bien géré et convenablement réglementé afin d'améliorer la santé dans la région. Nous espérons que les États, les bailleurs de fonds, les investisseurs, les organisations non gouvernementales et les prestataires de services de santé y trouveront un complément utile aux stratégies habituelles fondées sur le secteur public. Nous attendons avec impatience de nouer des partenariats avec des entreprises africaines, des banques et des investisseurs, ainsi qu'avec des experts gouvernementaux et d'autres parties prenantes du secteur de la santé. Malgré la dimension des problèmes sanitaires de l'Afrique, je suis certain que beaucoup peut être fait en quelques années.

Je tiens à remercier les partenaires et les collègues qui ont permis la publication de ce rapport. Leurs contributions diverses illustrent admirablement le pouvoir de la coopération.



Lars H. Thunell

Vice-président exécutif et directeur général

Nombreux sont ceux à qui nous devons rendre hommage pour l'aide apportée à la rédaction de ce rapport. Nous sommes également reconnaissants à toutes les personnes nous ayant fait part de leurs avis sur les multiples aspects que nous avons examinés pour construire une représentation de cette problématique complexe.



Remerciements

Nombreux sont ceux à qui nous devons rendre hommage pour l'aide apportée à la rédaction de ce rapport. Nous remercions en premier lieu la Fondation Bill & Melinda Gates, qui a assuré une part importante du financement nécessaire à l'accomplissement de ce travail. Leur appui s'est transformé en un partenariat intellectuel et un engagement mutuel à améliorer la qualité des services de santé en Afrique subsaharienne. Nous leur sommes extrêmement reconnaissants de la confiance qu'ils nous ont témoignée en finançant ce travail et de leur mobilisation à chaque étape du processus.

Nos remerciements vont également au cabinet de conseil en gestion McKinsey & Company. Durant six mois, leur équipe a sillonné l'Afrique subsaharienne pour recueillir des informations et nous aider à comprendre les difficultés et les opportunités associées au secteur privé de la santé. L'étude indépendante réalisée par McKinsey & Company a constitué une base factuelle essentielle à ce rapport, et nous leur savons gré du temps et du dévouement qu'ils y ont mis.

Un comité directeur composé de responsables de la santé, en particulier en Afrique, a été créé pour superviser ce travail. En dehors des agents de l'IFC, il a compté parmi ses membres :

- le docteur Tadataka Yamada, *président du Programme pour la santé mondiale de la Fondation Bill & Melinda Gates*
- Eyitayo Lambo, *ancien ministre de la Santé de la République du Nigéria*
- le docteur Jack Shevel, *fondateur et ancien directeur général du groupe sud-africain Netcare*

Pendant toute la durée du projet, ce comité a apporté des contributions importantes et aidé l'IFC à construire sa stratégie pour la santé en Afrique. Nous exprimons toute notre gratitude à ses membres pour le temps qu'ils ont consacré au projet et leur mobilisation tout au long de notre travail.

Nous avons également bénéficié du concours d'un Conseil consultatif technique composé d'un panel de spécialistes des secteurs public et privé, du développement international et du monde universitaire. Leur apport a été inestimable et nous les remercions pour leur engagement et leurs nombreuses contributions grâce auxquels ce rapport a pu voir le jour.

Nous remercions aussi tous nos collègues de la Banque mondiale qui nous ont apporté des conseils et des éclairages irremplaçables. Enfin, nous sommes reconnaissants à toutes les personnes nous ayant fait part de leurs avis sur les multiples aspects que nous avons examinés pour construire une représentation de cette problématique complexe. Leur aide nous a été extrêmement précieuse. On trouvera leurs noms, avec ceux des membres du Conseil consultatif technique, à la fin de ce rapport dans la section Remerciements.



Guy Ellena
Directeur du département Santé et éducation

Alors que l'Afrique subsaharienne compte 11 % de la population du globe, elle supporte 24 % de la charge de morbidité mondiale et représente moins de 1 % des dépenses mondiales de santé.

Elle souffre aussi d'une grave pénurie de personnel médical qualifié, avec seulement 3 % du personnel de santé mondial.



Dans sa grande majorité, l'Afrique subsaharienne reste la région la plus mal lotie du monde sur le plan des services de santé. Malgré l'aide étrangère versée depuis des dizaines d'années, rares sont les pays de la région à pouvoir consacrer ne serait-ce que les 34 à 40 dollars par habitant et par an qui constituent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le minimum nécessaire pour assurer des soins de base à une population¹. Malgré les milliards de dollars d'aide internationale injectés en Afrique subsaharienne, on arrive à l'incroyable constat qu'en dépit de la pauvreté ambiante, la moitié des dépenses de santé sont des paiements directs des ménages. Par ailleurs, la région manque d'infrastructures, d'équipements et de personnel qualifié pour pouvoir fournir un niveau minimum de produits et de services de santé.

La présente étude, menée par l'IFC assistée du cabinet McKinsey & Company, évalue entre 25 et 30 milliards de dollars le montant des nouveaux investissements dont l'Afrique subsaharienne aura besoin dans les dix années à venir pour financer les hôpitaux, les centres de santé, les entrepôts et les autres équipements nécessaires pour satisfaire la demande croissante de services de santé de cette région.

Ce rapport de l'IFC met en évidence le rôle central que le secteur privé peut jouer pour répondre au besoin d'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de santé en Afrique subsaharienne. Il montre également comment les États et les bailleurs de fonds peuvent infléchir leurs politiques pour permettre au secteur privé de participer de plus en plus activement à la réduction du déficit actuel de l'Afrique en matière de soins de santé.

Avant toute chose, il faut savoir que de nombreux acteurs de la santé publique sont opposés *par principe* à l'implication du secteur privé dans la fourniture de services de santé. Certes, le rôle des prestataires privés soulève certaines

interrogations légitimes. Le secteur privé en Afrique subsaharienne est composite et fragmenté, d'où une qualité parfois inégale. En outre, l'absence de cadres de réglementation et d'accréditation, s'ajoutant à un grand manque d'information des patients, peut parfois permettre à une minorité de personnes sans scrupules d'être favorisées par rapport aux prestataires responsables, au détriment de la réputation de tous.

Toutefois, la réalité est que des sociétés commerciales, des organisations à but non lucratif et des entreprises sociales — qu'il s'agisse d'assureurs, de prestataires ou de fabricants — occupent déjà une place importante et grandissante dans le secteur de la santé puisqu'ils ne représentent pas moins de 50 % de l'offre de santé dans la région.

Un déficit qui s'accroît

Alors que l'Afrique subsaharienne compte 11 % de la population mondiale, elle supporte 24 % de la charge de morbidité mondiale et représente moins de 1 % des dépenses mondiales de santé². Quelques initiatives remarquables ont été lancées sous l'impulsion de donateurs extérieurs, qui ont permis d'injecter des milliards de dollars dans la lutte contre les trois grands fléaux de la région, à savoir le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Mais pour l'essentiel, l'Afrique subsaharienne ne dispose pas des infrastructures ni des équipements nécessaires pour fournir un niveau minimum de services et de produits de santé. Elle souffre aussi d'une grave pénurie de personnel médical qualifié, avec seulement 3 % du personnel de santé mondial³.

D'autre part, les progrès économiques de l'Afrique subsaharienne vont très probablement générer une demande croissante de services de santé dans tous les secteurs de la société. Selon les estimations de cette étude, le marché de la santé sera multiplié par plus de deux d'ici 2016, pour atteindre 35 milliards de dollars.

Un réservoir de solutions complémentaires

Bien que le secteur privé n'ait pas partout la même taille, il est étonnamment développé et constitue une composante importante et diversifiée des systèmes de santé de la région. Sur un total de 16,7 milliards de dollars de dépenses de santé en 2005⁴, 60 % environ⁵ ont été financés par des parties privées — principalement sous la forme de paiements directs des ménages — et environ 50 %⁶ ont bénéficié à des prestataires privés⁷.

La partie structurée du secteur privé comprend des entités non publiques telles que des sociétés commerciales, des organisations à but non lucratif et des entreprises sociales. Certains professionnels de santé du secteur public fournissent aussi des services à titre privé, de façon officielle ou non, et il existe un secteur informel de la santé composé de guérisseurs, de sages-femmes et de vendeurs de médicaments.

On croit souvent que le secteur privé est utilisé uniquement par les riches, alors que c'est plutôt le contraire. Dans les faits, les prestataires privés, qu'ils aient une vocation commerciale ou sociale, comblent un besoin médical important chez les populations pauvres et rurales mal desservies par le secteur public.

En outre, le secteur privé fournit fréquemment des services ou des produits qui pourraient ne pas être disponibles autrement, par exemple des procédures et des équipements médicaux modernes. Souvent, il offre aussi des services de meilleure qualité. Tous ces avantages réunis ont de bonnes chances d'améliorer les perspectives sanitaires de la région.

Comment mobiliser davantage le secteur privé pour améliorer l'accès aux soins de santé ?

De l'ensemble des entretiens conduits auprès de tous les segments du secteur de la santé en Afrique subsaharienne, cinq principaux impératifs se sont dégagés. Ensemble, ils forment un programme d'action qui peut permettre de développer de façon judicieuse le secteur privé de la santé dans la région.

Développer et faire appliquer des normes de qualité : quelques mesures d'amélioration de la réglementation pourraient déjà avoir des effets positifs importants et immédiats. Les organismes de réglementation publics et privés ont besoin

d'un appui financier et technique pour être capables d'élaborer et de faire appliquer des normes de qualité transparentes et appropriées.

Favoriser les systèmes de mutualisation des risques : les systèmes de mutualisation des risques — par exemple les caisses nationales à financement public⁸, les assurances commerciales ou les mutuelles communautaires à but non lucratif — représentent un énorme potentiel à développer pour améliorer le financement de la santé dans la région et encourager ainsi l'émergence de prestataires privés plus performants et mieux organisés.

Mobiliser des fonds publics et privés en faveur du secteur privé : les bailleurs de fonds peuvent contribuer à renforcer les capacités de l'Afrique subsaharienne dans le domaine de la santé en affectant directement une partie de leur aide au financement d'entités privées, tout en aidant les autorités locales à développer leurs compétences en matière de passation des marchés et à gérer leurs contrats avec le secteur privé. Les employeurs peuvent stimuler l'offre de santé privée en soustrayant la fourniture des services de santé dispensés à leurs employés.

Modifier les politiques et les réglementations locales pour favoriser le rôle du secteur privé : il est possible de modifier les réglementations publiques qui sont involontairement défavorables à l'initiative privée dans le secteur de la santé. En particulier, les pays doivent s'employer à simplifier les formalités administratives qui limitent l'entrée sur le marché, à libéraliser les réglementations sur les ressources humaines qui ont des effets pervers sur le nombre de professionnels de santé actifs, et à diminuer les droits de douane et les autres obstacles à l'importation qui freinent l'accès aux produits de santé ou qui les rendent plus chers.

Améliorer l'accès au capital : en Afrique subsaharienne, les entrepreneurs et les sociétés commerciales ont du mal à obtenir des financements auprès des institutions établies. Trois mesures pourraient remédier à cette situation : i) sensibiliser les banques locales au véritable profil de risque du secteur de la santé ; ii) utiliser le support des institutions financières internationales pour encourager les institutions financières locales à prêter aux entreprises de santé, notamment aux petites et moyennes entreprises (PME) ; et iii) mettre au point des instruments de financement

sous forme de prise de participation pour les entreprises de ce secteur.

Pourquoi faut-il investir dans les services de santé ?

Les conditions sont peu propices à l'investissement en Afrique subsaharienne, et les entreprises tout comme leurs commanditaires éventuels se heurtent depuis longtemps à cette dure réalité, mais de nombreux signes donnent à penser que la situation évolue dans le bon sens. La stabilité politique s'est améliorée avec le recul marqué des conflits armés. La croissance économique a été forte sur une grande partie du continent au cours des cinq dernières années, et l'inflation est en baisse. Des réformes commencent aussi à être engagées. En 2007, selon le rapport de la Banque mondiale *Doing Business*, l'Afrique est arrivée troisième pour le rythme des réformes économiques (derrière le groupe Europe de l'Est et Asie centrale et les pays de l'OCDE).

Des opportunités d'investissement de plus en plus nombreuses dans le secteur de la santé

L'amélioration de l'environnement macro-économique que l'Afrique devrait connaître au cours de la prochaine décennie va creuser encore davantage le déficit de l'offre de santé du fait de la nouvelle demande générée par l'augmentation des revenus. Les meilleures opportunités d'investissement concerneront la construction et la modernisation des actifs physiques du secteur. Entre 550 000 et 650 000 lits d'hôpital devront être ajoutés au parc existant. On aura besoin de 90 000 médecins, environ 500 000 infirmiers ou infirmières et 300 000 agents de santé communautaires de plus que le nombre des futurs diplômés des écoles de médecine et des établissements de formation qui existent aujourd'hui. La demande sera forte également pour des circuits de distribution et de vente au détail plus performants et des installations de production de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales. On estime que 25 à 30 milliards de dollars de nouveaux investissements seront nécessaires pour répondre à la demande d'ici 2016 — dont 11 à 20 milliards de dollars viendront probablement du secteur privé.

Un large éventail d'opportunités d'investissement existe dans tous les segments du secteur de la santé en Afrique subsaharienne (elles sont présentées en détail dans les annexes à



ce rapport). Ces investissements peuvent être extrêmement rentables et avoir un formidable impact sur le développement.

La fourniture de soins de santé représente approximativement la moitié des opportunités d'investissement, le reste se répartissant entre la distribution et le commerce de détail, la fabrication de produits pharmaceutiques et médicaux, les assurances et la formation médicale. Ces investissements financeront le renforcement des capacités, de nouvelles entreprises, et la rénovation des actifs existants. Environ la moitié d'entre eux devraient être réalisés par des entités commerciales, et les autres à parts égales par des entreprises sociales et des organisations non gouvernementales (ONG).

L'immense majorité des opportunités d'investissement à court terme viendront aider des PME. Un quart seulement des investissements devraient porter sur des projets d'un montant supérieur à 3 millions de dollars. Ce rapport met également en évidence les possibilités d'investissement qui existent dans les entreprises sociales, lesquelles, bien que moins rentables d'un point de vue financier, sont susceptibles de jouer

un rôle majeur dans le développement de l'Afrique subsaharienne.

Des ouvertures importantes pour toutes les catégories d'investisseurs

Les très nombreuses opportunités offertes par le secteur de la santé sur le plan des profits financiers et du développement en Afrique subsaharienne nécessiteront une large participation de toute la communauté des investisseurs.

Les investisseurs privés à la recherche de profits rencontreront un secteur en pleine expansion offrant aussi des possibilités de regroupement.

Les business angels trouveront à appuyer des entreprises sociales innovantes qui leur apporteront des bénéfices importants tout en remédiant à certaines des carences les plus criantes de l'offre de santé dans la région.

Les investisseurs à double optique financière et sociale, tels que les fondations et les organismes de financement du développement peuvent apporter leur concours en fournissant un « capital patient »

permettant d'obtenir à la fois des bénéfices à long terme et un impact important sur le développement.

Les bailleurs de fonds peuvent apporter une contribution majeure en finançant des entreprises qui, sans être financièrement viables, sont susceptibles de jouer un rôle déterminant dans le développement d'un secteur privé de la santé de haute qualité.

En conclusion, le secteur privé, constitué d'entreprises tant commerciales que sociales, contribue déjà de façon essentielle à améliorer la santé des populations d'Afrique subsaharienne et continuera de le faire. Les bailleurs de fonds, les pouvoirs publics et les investisseurs peuvent aujourd'hui choisir parmi tout un ensemble d'opportunités pour aider au développement d'un secteur privé de la santé à la fois responsable, viable et dynamique dans cette région du monde.

À terme toutefois, la vigueur du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne reposera sur la volonté, la créativité et l'intégrité des Africains eux-mêmes.

L'IFC a commandé le présent rapport dans le but de mettre en évidence le rôle du secteur privé dans le financement et la fourniture de services de santé en Afrique subsaharienne et d'élaborer un plan d'action pour améliorer l'offre disponible.

Dans un souci de clarté, nous insistons sur le fait que ce document ne prône pas la privatisation du financement et de la fourniture des produits et des services de santé en Afrique subsaharienne. Son propos est de souligner le rôle que le secteur privé — une composante souvent négligée des systèmes de santé africains — joue déjà, et de montrer comment ce secteur pourrait être davantage mobilisé et exploité dans l'optique d'améliorer sa viabilité et les bénéfices qu'il apporte pour la santé des populations.

Délimitation du projet

Pour les besoins de la présente étude, le terme « offre de santé » recouvre :

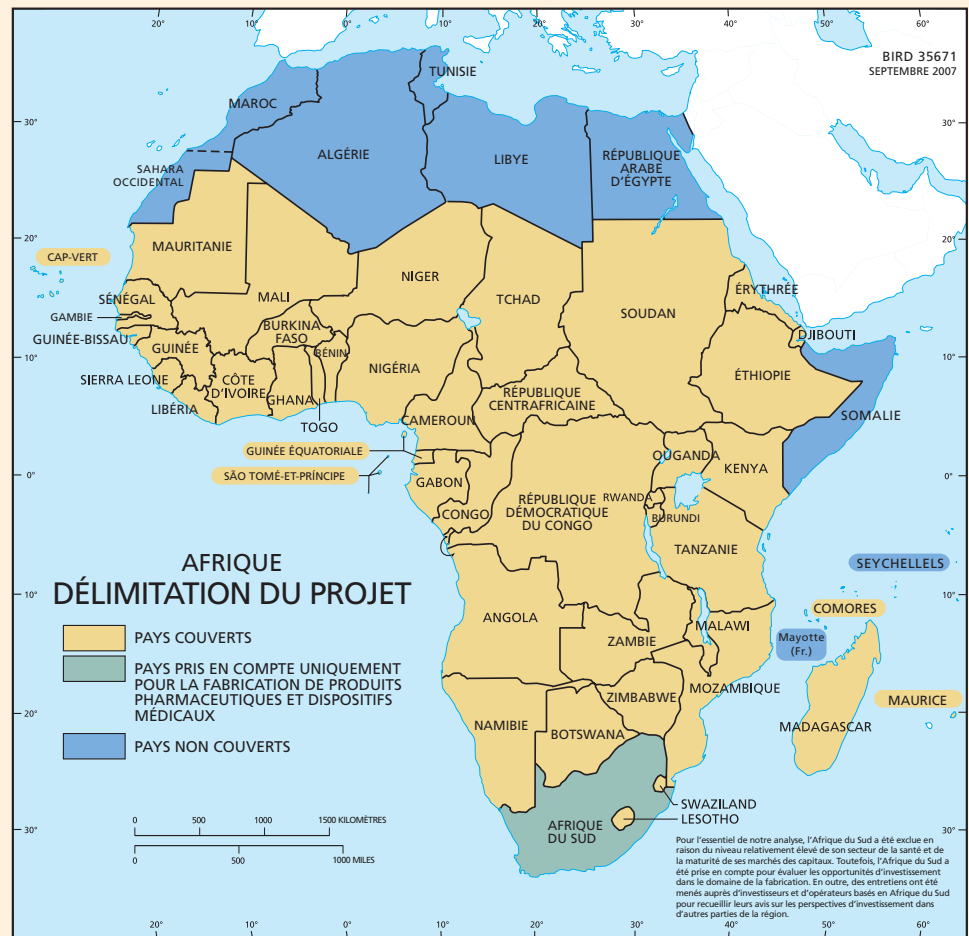
- les soins de santé primaires ;
- les soins de santé secondaires et tertiaires ;
- les services de santé publique, notamment la vaccination, l'assainissement et la planification familiale ;
- les programmes de santé, notamment contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ;
- le financement de la santé ;
- la production pharmaceutique ;
- la production de fournitures et d'équipements médicaux ;
- la distribution et le commerce de détail de produits pharmaceutiques et d'équipements ; et
- la formation médicale.

Le terme « secteur privé » comprend ici :

- les entreprises commerciales ;
- les entreprises sociales, — souvent décrites ailleurs comme des entreprises à but non lucratif ;
- les organismes à but non lucratif, comprenant les ONG et les organisations professionnelles ; et
- les individus et groupes d'individus agissant à titre privé.

Sur le plan géographique, l'étude couvre l'Afrique subsaharienne, et plus précisément les 45 pays suivants :

- Angola
- Bénin
- Botswana
- Burkina Faso
- Burundi
- Cameroun
- Cap-Vert
- Comores
- Congo
- Côte d'Ivoire
- Djibouti
- Guinée équatoriale
- Érythrée
- Éthiopie
- Gabon
- Gambie
- Ghana
- Guinée
- Guinée-Bissau
- Kenya
- Lesotho
- Libéria
- Madagascar
- Malawi
- Mali
- Mauritanie
- Maurice
- Mozambique
- Namibie
- Niger
- Nigéria
- Ouganda
- République centrafricaine
- République démocratique du Congo
- Rwanda
- São Tomé-et-Príncipe
- Sénégal
- Sierra Leone
- Soudan
- Swaziland
- Tanzanie
- Tchad
- Togo
- Zambie
- Zimbabwe



Pour l'essentiel de notre analyse, l'Afrique du Sud a été exclue en raison du niveau relativement élevé de son secteur de la santé et de la maturité de ses marchés des capitaux. Toutefois, l'Afrique du Sud a été prise en compte pour évaluer les opportunités d'investissement dans le domaine de la fabrication. En outre, des entretiens ont été menés auprès d'investisseurs et d'opérateurs basés en Afrique du Sud pour recueillir leurs avis sur les perspectives d'investissement dans d'autres parties de la région.

Démarche du projet

L'objet de cette étude était de faire un état des lieux du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne en passant la littérature en revue et en rencontrant un large éventail de parties concernées. Une équipe de consultants du cabinet McKinsey & Company a réalisé près de 400 entretiens avec des représentants d'entreprises de santé privées, des hauts fonctionnaires et des responsables gouvernementaux, des organismes d'aide au développement et des institutions de financement, ainsi qu'avec des spécialistes et des opérateurs du secteur de la santé en dehors de la région. La liste complète des personnes

interviewées figure à la section Remerciements, à la fin de ce rapport.

Compte tenu de l'étendue géographique du projet, les visites en personne et les analyses plus détaillées ont été limitées à neuf pays : le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Sénégal, la Tanzanie, et l'Afrique du Sud (uniquement sur le sujet de la fabrication de produits pharmaceutiques et d'équipements médicaux).

Ces pays ont été sélectionnés parce qu'ils reflétaient la diversité des environnements rencontrés en Afrique subsaharienne. Les principaux critères utilisés pour choisir ces pays ont été des facteurs sociodémographiques comme la taille de la population, le produit intérieur brut (PIB) par habitant, et la langue, ainsi que des indicateurs de santé, notamment l'espérance de vie, les dépenses de santé, et la contribution du secteur privé à l'offre de santé. D'autres éléments ont été pris en compte, à savoir des mesures du climat de l'investissement telles que l'investissement direct étranger et la facilité de faire des affaires (telle qu'évaluée dans le rapport *Doing Business* de la Banque mondiale).

Au Sénégal, l'Institut Santé Service forme des infirmiers, des laborantins et des médecins assistants ... ; Vidagas, fournisseur commercial de fioul domestique, assure gratuitement la distribution de vaccins à des centres de santé ruraux au Mozambique ... ; un patient atteint de tuberculose reçoit un traitement administré et payé par Hygeia, un HMO nigérian ... ; et en Tanzanie, une mère et son enfant dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action fabriquée par une entreprise locale, A-Z Textile Mills.



L'ampleur de la crise sanitaire à laquelle l'Afrique subsaharienne est confrontée est largement reconnue. De nombreuses études nous ont alerté sur la propagation du VIH/SIDA, le fléau insidieux du paludisme et la persistance de maladies parasitaires débilitantes. Et de plus en plus d'Africains souffrent d'affections dites « liées au style de vie », comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires⁹. La crise sanitaire du continent est aggravée par la fragilité de ses systèmes de santé, qui ne sont pas armés pour affronter ces difficultés. La maladie mine ainsi l'énergie, la créativité et la productivité des 670 millions d'habitants¹⁰ de la région. Chaque année, le paludisme entraîne à lui seul une perte de salaires évaluée à 12 milliards de dollars sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne¹¹, et pour prendre un exemple, l'espérance de vie au Swaziland ne dépasse pas 30 ans, alors qu'elle est de 81 ans en Suisse¹².

Depuis des années, les plus grands esprits de la planète ont été mis à contribution et des sommes colossales ont été dépensées pour tenter de mettre fin à cette situation scandaleuse, en vain : malgré les progrès accomplis, l'Afrique subsaharienne n'est pas en voie d'atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire concernant la santé. Aussi dure soit-elle, la vérité est que l'aide étrangère ne peut pas faire plus pour améliorer le niveau de santé général des populations d'Afrique.

La raison en est simple. L'immense majorité du financement de la santé vient des ménages africains (à travers les impôts et taxes ou les paiements directs), et l'immense majorité des produits et des services de santé sont aussi fournis par des entreprises africaines. Fondamentalement, les systèmes de santé en Afrique sont administrés *par* les Africains *pour* les Africains. Par conséquent, et à cause aussi de l'état déplorable des finances publiques dans la plupart des pays d'Afrique, beaucoup de ces systèmes sont dominés par le

secteur privé. De fait, l'offre de santé en Afrique subsaharienne est principalement associée à des initiatives privées. Près des deux tiers des dépenses totales de santé, et au moins la moitié de l'offre de santé dans la région, sont imputables au secteur privé¹³. Dans beaucoup de pays, ces chiffres sont plus élevés et le seraient encore plus si l'on disposait d'évaluations plus fiables des activités du secteur informel.

Le présent rapport démontre que le secteur privé joue actuellement, et continuera à jouer, un rôle vital dans le financement et la fourniture des services de santé en Afrique subsaharienne, et qu'il est indispensable de mobiliser l'esprit d'initiative du secteur privé pour améliorer l'accès aux soins dans la région. Pour cela, de nouveaux modes de collaboration entre les acteurs publics et privés doivent être inventés, les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes doivent revoir leurs modalités d'intervention, et des stratégies adaptées aux réalités locales doivent être élaborées.

Un déficit persistant dans le secteur de la santé

L'Afrique subsaharienne supporte beaucoup plus que sa part des problèmes sanitaires mondiaux. Elle représente 11 % de la population mondiale mais 24 % de la charge de morbidité mondiale, avec pourtant moins de 1 % des dépenses mondiales de santé¹⁴. Face à ce déséquilibre, plusieurs grandes initiatives internationales d'aide financière ont été lancées. En 2002, le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé pour mobiliser les ressources mondiales à l'encontre de ces trois maladies qui ravagent l'Afrique subsaharienne. Sur les 7 milliards de dollars prévus au budget du Fonds pour ses cinq premières années, près de la moitié doivent aller à l'Afrique. Le niveau général de l'aide à la région a également augmenté. Au cours de la dernière décennie, les bailleurs de fonds



bilatéraux et multilatéraux ont fourni ensemble quelque 8 milliards de dollars d'aide¹⁵ à l'Afrique subsaharienne. Et pendant le sommet du G8 de Gleneagles, en 2005, les chefs d'État se sont engagés à doubler l'aide étrangère d'ici 2010, avec 25 milliards de dollars supplémentaires pour l'Afrique¹⁶. Globalement, environ 10 % des dépenses de santé de l'Afrique sont financées directement par les bailleurs de fonds¹⁷.

Mais malgré l'afflux d'aide financière extérieure, la plupart des pays de la région dépendent beaucoup moins pour la santé que le montant de 34 à 40 dollars par habitant qui est recommandé par l'OMS pour assurer des services de santé essentiels¹⁸. L'Afrique subsaharienne dépend des paiements directs de ses ménages, dont une majorité vit dans un très grand dénuement, pour financer environ la moitié de ses dépenses de santé¹⁹. Par ailleurs, les pays de la région, en règle générale, ne possèdent pas les infrastructures et les installations nécessaires pour fournir un niveau minimum de produits et de services de santé.

Même avec l'augmentation prévue des dépenses publiques et de l'aide externe, l'Afrique subsaharienne ne sera pas capable de financer les soins de base avant des années.

L'immense déficit de l'Afrique en matière de services de santé n'est pas seulement une question d'argent : la région manque aussi cruellement de personnel médical qualifié. L'Afrique subsaharienne ne compte que 3 % des professionnels de santé du monde, mais en fournit pourtant aux pays développés²⁰. En 2002, jusqu'à 30 % des personnels infirmiers sénégalais et ghanéens²¹ travaillaient en dehors de l'Afrique subsaharienne.

Il faut trouver des solutions complémentaires

Face à l'ampleur des problèmes auxquels l'Afrique subsaharienne est confrontée en matière de soins de santé, il a fallu réévaluer les stratégies employées jusqu'ici pour y remédier. Les États, les organismes

multilatéraux et les institutions de financement du développement de toute la région ont commencé à accepter l'idée que la participation et le développement du secteur privé devaient être une pièce importante du puzzle.

Cette idée n'a en réalité rien de révolutionnaire. D'autres pays se sont déjà servis du secteur privé pour améliorer l'offre de santé. En Bolivie par exemple²², les pouvoirs publics ont mis en place un réseau de centres de soins primaires à but non lucratif (ProSalud) pour atteindre des objectifs de santé publique. ProSalud, fondé en 1985, dessert 500 000 patients des zones urbaines et suburbaines. De nouveaux établissements sont créés en consultation avec les autorités. En 1994, ProSalud a pu étendre notablement ses activités avec l'adoption de la « Loi sur la participation populaire », qui a levé certaines restrictions concernant les contrats pouvant être passés par des administrations publiques à des organisations non gouvernementales pour fournir des services de santé. En Inde, le secteur privé de la santé s'est développé dans un environnement plus désordonné et insuffisamment réglementé, et souvent pour pallier les carences du secteur public. Dans ce pays, le secteur privé assure aujourd'hui plus de 80 % des services de soins ambulatoires et 60 % des soins en hospitalisation²³. Même en Chine, le vice-ministre des Finances a déclaré que la Chine allait encourager les investissements de tous les secteurs de la société, y compris le secteur privé, pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan quinquennal pour la santé. Ce Plan²⁴ prévoit que toute la population ait accès à un réseau médical de base d'ici 2010.

En Afrique subsaharienne, il existe déjà un secteur privé qui contribue beaucoup aux progrès sanitaires obtenus. Contrairement à ce que l'on croit généralement, sa clientèle ne se limite pas aux citadins des classes moyennes et supérieures mais inclut aussi la population des zones rurales reculées et des quartiers les plus pauvres de nombreuses villes. Bien que l'importance du secteur privé varie d'un pays à l'autre, il constitue dans beaucoup de régions un élément indispensable du système de santé, venant compléter et parfois renforcer directement le secteur public.

Toutefois, les solutions du marché ne peuvent résoudre à elles seules tous les problèmes de santé de l'Afrique subsaharienne. Le secteur privé est

composite et fragmenté, ce qui peut rendre la qualité variable et la supervision difficile. À court terme, une croissance rapide du secteur privé risque même d'exacerber la pénurie de personnel médical qualifié travaillant dans le secteur public car la médecine privée, plus rémunératrice, va attirer de nombreux agents de santé fonctionnaires. À terme pourtant, l'existence d'emplois mieux payés contribuera à enrayer la « fuite des cerveaux » plus insidieuse qui voit les professionnels de santé quitter leur pays. Néanmoins, un secteur privé correctement géré et réglementé peut augmenter le niveau de qualité et l'efficacité des services, et soulager le secteur public d'une partie de son fardeau financier.

Pour mettre les forces du marché au service de la santé en Afrique subsaharienne, il est indispensable que le secteur public et les autres parties prenantes s'engagent et prennent davantage les choses en main. Investir dans le secteur privé de la santé peut aboutir à des augmentations durables des financements et des infrastructures sanitaires sur le long terme. Mais il faut inventer de nouvelles manières de tirer parti au mieux des capacités et des ressources du secteur privé par des investissements, des partenariats et la supervision du secteur public.

Le présent rapport vise à engager le processus d'élaboration de ces nouvelles approches et a deux objectifs principaux :

- souligner l'importance du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne, en donnant aux responsables politiques, aux donateurs et aux autres parties prenantes des idées pour le mobiliser et favoriser son développement, afin de compléter les systèmes de santé publics excessivement sollicités ;
- identifier les opportunités dont pourraient profiter les investisseurs afin qu'ils participent à la croissance prévue des dépenses de santé en Afrique subsaharienne au cours de la prochaine décennie.

Sans vouloir minimiser le rôle des gouvernements nationaux dans l'offre de santé, ce rapport veut montrer que la santé des habitants de la région serait améliorée si le secteur privé y était plus structuré, intégré, réglementé et mieux exploité.

... en Afrique subsaharienne, le secteur privé de la santé est étonnamment développé et constitue une composante majeure et diversifiée des systèmes de santé de la région. Sur un total de 16,7 milliards de dollars de dépenses de santé en 2005, environ 60 % ont été financés par des parties privées (principalement sous la forme de paiements directs des ménages). Environ la moitié du total des dépenses a bénéficié à des prestataires privés.



Section I : **Rôle et évolution probable du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne**

Le dynamisme du secteur privé et sa contribution positive au secteur de la santé en Afrique subsaharienne sont très encourageants. Dans toute la région, on peut voir des exemples de participation du secteur privé, qui complètent et renforcent le secteur public, et améliorent la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'offre de santé.

Le secteur privé ne suscite pas partout les mêmes réactions parmi les bailleurs de fonds, les ministères de la Santé et les autres responsables politiques. Certains connaissent mal le secteur, et certains sont idéologiquement opposés à sa participation au système de santé, estimant que le financement et la fourniture des services de santé doivent rester strictement du ressort du secteur public. Beaucoup d'autres reconnaissent son potentiel mais se méfient de ses motivations mercantiles et craignent à juste titre que le niveau de qualité ne soit pas homogène et qu'il soit difficile de réglementer un ensemble d'entités disparates.

Le secteur privé joue déjà un rôle majeur dans le financement et la fourniture de services de santé dans toute l'Afrique subsaharienne. Il est clair également que tous les scénarios futurs sur le secteur de la santé de la région feront une large place à l'initiative privée. Dans beaucoup de pays, la demande de services de santé devrait connaître une forte hausse et, si un environnement approprié est créé, le secteur privé, en tant que composante d'un système pluriel, peut contribuer notablement à améliorer ces services en termes de choix, de couverture, de qualité et d'accès.

Cette section fait le point sur le rôle joué aujourd'hui par le secteur privé en Afrique subsaharienne dans le domaine de la santé, et examine son potentiel de croissance.

Le secteur privé joue déjà un rôle important dans le domaine de la santé en Afrique subsaharienne

Bien que le secteur privé de la santé n'ait pas partout la même taille en Afrique subsaharienne, il est étonnamment développé et constitue une composante majeure et diversifiée des systèmes de santé de la région. Il est présent dans tous les maillons de la chaîne de valeur de la santé, notamment la fourniture, le financement, la fabrication, la distribution et le commerce de détail. Sur un total de 16,7 milliards de dollars de dépenses de santé en 2005²⁵, environ 60 %²⁶ ont été financés par des parties privées (principalement sous la forme de paiements directs des ménages). Environ la moitié du total des dépenses a bénéficié à des prestataires privés²⁷.

La part du marché des services de santé détenue par le secteur privé varie beaucoup selon les pays et les régions en fonction d'un ensemble de facteurs politiques, historiques et économiques. Dans certains pays, notamment l'Ouganda et le Ghana, elle dépasse les 60 %, tandis que dans d'autres, comme la Namibie, elle est inférieure à 10 %. La figure 1.1 montre la répartition de la consommation de soins entre le secteur privé et le secteur public pour des enfants malades, d'après les déclarations des familles.

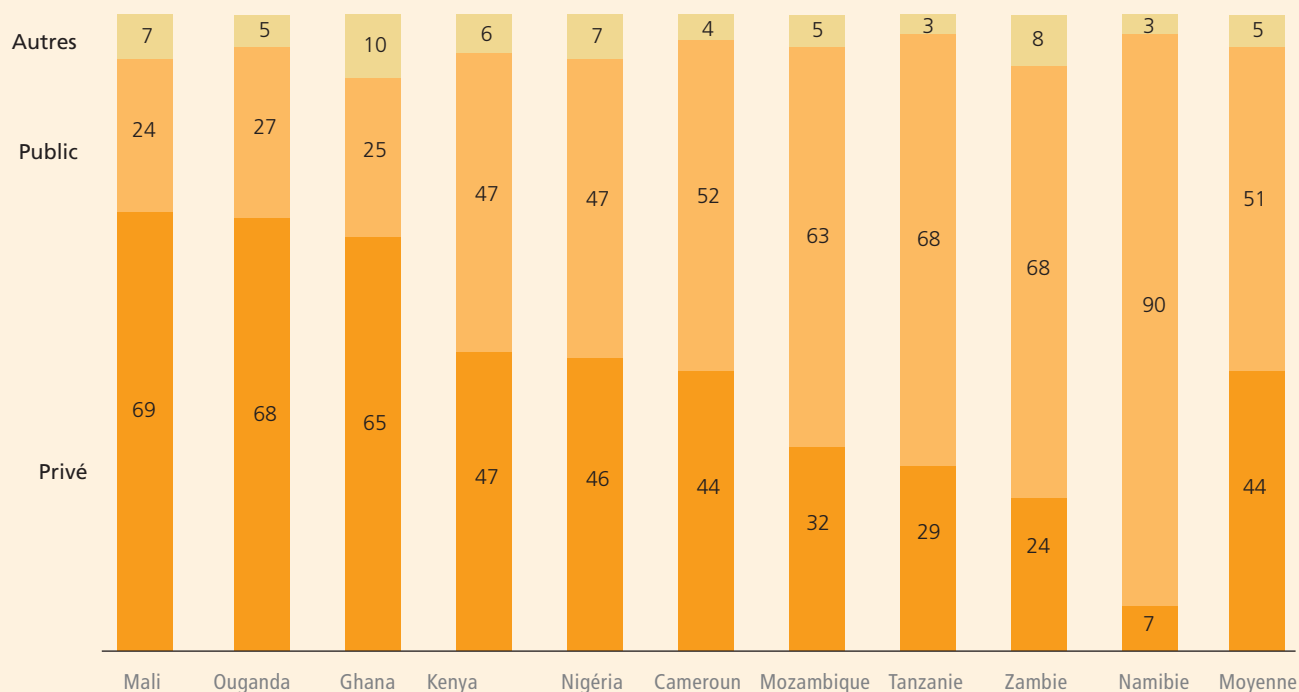
La partie structurée du secteur privé est composée de différents types d'entités comprenant des sociétés commerciales, des organisations à but non lucratif et des entreprises « sociales » (ne recherchant pas le profit). Ces trois catégories se distinguent l'une de l'autre selon trois critères : leur objectif financier, leurs sources de financement et l'origine de leur capital, et les tarifs appliqués. Ces différences sont résumées à la figure 1.2.

Il existe en outre un secteur informel de la santé très développé, qui comprend des guérisseurs traditionnels, des sages-femmes et des vendeurs de médicaments. Bien qu'il ne constitue pas le sujet principal de ce rapport, le secteur informel

Figure 1.1

Origine des soins dispensés en dehors du domicile à des enfants malades appartenant au quintile le plus pauvre, 1990-2001*

Pourcentage de consultations



* Données des enquêtes DHS pour l'année la plus récente disponible

Source : Marek, 2005

représente une part importante, bien que peu documentée, des services de santé dispensés, en particulier au sein des populations rurales et pauvres. En Zambie par exemple, les 40 000 guérisseurs traditionnels qui y exerceraient recueillent approximativement 60 % des dépenses totales de santé des ménages²⁸, soit environ 13 % du total des dépenses de santé de toutes origines dans ce pays. Dans une étude réalisée sur les pratiques de soins des populations rurales au Nigéria, on a constaté qu'elles se rendaient chez les guérisseurs traditionnels en première consultation dans 12 % des cas²⁹. Les estimations données dans ce rapport sur la participation du secteur privé aux services de santé sont fondées sur les comptes nationaux de la santé et comprennent au moins une part — sans doute sous-estimée — de ce secteur informel.

Enfin, les professionnels de santé fonctionnaires qui travaillent aussi dans le secteur privé sont une composante importante tant du secteur structuré que du secteur informel de la santé. Au Mozambique par exemple, la grande majorité des 850 médecins du secteur public exercent aussi des

activités à temps partiel dans des établissements privés³⁰.

Globalement, en ce qui concerne les dépenses allant au secteur privé pour l'ensemble de la région, les prestataires de type commercial en recueillent 65 %, les entreprises sociales 15 %, les organisations à but non lucratif 10 % et les guérisseurs traditionnels 10 % (figure 1.3)³¹.

La participation du secteur privé suscite des inquiétudes

Pendant la réalisation de cette étude, beaucoup d'acteurs publics de la santé nous ont fait clairement comprendre qu'ils étaient opposés par principe à la participation du secteur privé — en particulier d'entreprises commerciales — aux systèmes de santé.

Même ceux qui ne manifestaient pas d'opposition de principe critiquaient souvent l'impact social négatif que le secteur privé pouvait avoir sur les produits et services de santé. Ils donnaient des exemples de mauvaise qualité, de gaspillage et de pratiques professionnelles contraires à l'éthique.

Figure 1.2

Caractéristiques des différentes catégories d'entités privées

	Objectif financier	Financement/capital	Tarifs des services/produits
Entreprises commerciales	Obtenir un retour sur investissement	Taux du marché	Prix du marché
Entreprises sociales	Démarche entrepreneuriale sans recherche du profit maximum Bénéfices réinvestis dans l'entreprise	Ensemble de capitaux aux taux du marché, de capitaux à des taux inférieurs au marché, ou combinaison de dons et de capitaux aux taux du marché	Ensemble de prix du marché, de prix subventionnés, ou combinaison de plein tarif/gratuité
Organisations à but non lucratif/ONG/organisations confessionnelles	Tributaires de l'aide de donateurs pour mener à bien leurs missions sociales	Dons et subventions	Contribution minimale demandée aux bénéficiaires, ou gratuité

En Afrique subsaharienne, le secteur privé est composite et fragmenté, ce qui peut entraîner une qualité inégale et parfois médiocre — même avec les meilleures intentions du monde. Dans ce contexte, s'ajoutant à l'absence d'accréditation et à un grand manque d'information des patients (parfois illettrés), il arrive qu'une minorité de personnes sans scrupules soient favorisées par rapport aux prestataires responsables.

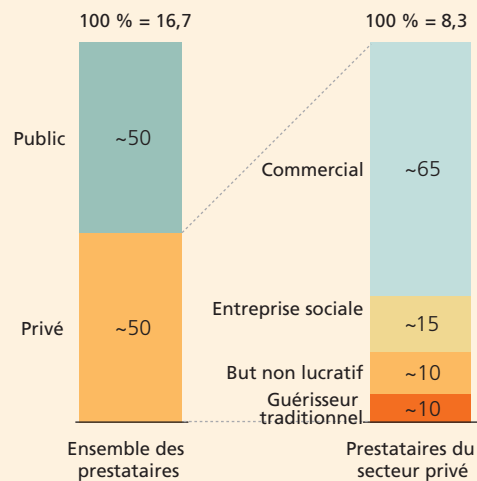
Bien que beaucoup de prestataires privés soient honnêtes et bien intentionnés, on voit trop d'exemples où la recherche de profits excessifs conduit à des pratiques professionnelles déontologiquement inacceptables, comme l'absence de prise en charge, l'activité abusive, la collusion, les fausses facturations, les prix abusifs et l'exercice illégal d'une activité³². Les agissements d'une minorité indélicat ne font que renforcer la profonde méfiance des pouvoirs publics à l'égard du secteur privé de la santé. Et tout comme leurs homologues du secteur public, même les prestataires privés responsables du secteur privé ne parviennent pas toujours à assurer un niveau de service convenable^{33,34}.

Les médicaments de qualité inférieure (souvent parce que fabriqués dans de petites unités de production, ne disposant pas des compétences, des procédés et des technologies nécessaires pour obtenir une meilleure qualité) et les médicaments contrefaits (souvent liés à la criminalité organisée) constituent un autre fléau dans la région. On trouve trop souvent des médicaments dans lesquels la quantité de principe actif est insuffisante, voire qui n'en contiennent pas du tout. À titre d'exemple, dans une étude réalisée sur 27 médicaments figurant dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS et vendus dans des pharmacies de Lagos et

Figure 1.3

Répartition approximative des dépenses de santé entre les catégories de prestataires, 2005*

%, milliards de dollars



* Les données pour l'Afrique subsaharienne (sauf l'Afrique du Sud) sont extrapolées à partir des données disponibles les plus récentes (1995-2002) des comptes nationaux de la santé pour l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie, la Zambie, le Zimbabwe, et d'autres données disponibles pour 13 autres pays.

Source : comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; littérature existante ; étude McKinsy.

Abuja, 48 % des échantillons n'étaient pas conformes aux normes de la pharmacopée pour la quantité de principe actif. Pour certains médicaments (le métronidazole et le pyrazinamide), aucun échantillon ne satisfaisait la norme³⁵. De même, une étude de l'OMS sur la qualité des antipaludéens dans sept pays d'Afrique subsaharienne est arrivée à la conclusion que la majorité des médicaments vendus dans le secteur privé (pharmacies, magasins vendant des médicaments, vendeurs de rue) ne présentaient pas la qualité voulue. Plus précisément, 47 % des comprimés de chloroquine n'étaient pas conformes sur le plan du contenu, et 71 % des comprimés de sulfadoxine/pyriméthamine échouaient aux essais de dissolution³⁶.

En Afrique subsaharienne, toutes les populations, y compris dans les revenus moyens et supérieurs, souffrent de la qualité fréquemment médiocre des produits et des services de santé locaux. Toutefois, comme c'est souvent le cas partout dans le monde, les pauvres payent plus cher le prix des abus du secteur privé. Les populations rurales ou à faible revenu, dépourvues de l'instruction, de l'argent ou du choix qui leur permettraient d'accéder plus facilement à des prestataires de meilleure qualité, sont les plus lourdement touchées par les travers du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne.

Les populations pauvres et les populations rurales sont celles qui font le plus appel aux prestataires privés informels, en particulier aux revendeurs de médicaments non agréés, tandis que les citoyens des classes moyennes et supérieures bénéficient plus souvent de services et d'équipements médicaux de meilleure qualité. Une étude réalisée sur 1 594 habitants de quatre zones rurales situées dans le Sud-Est du Nigéria a ainsi montré que 58 % des personnes du quartile de revenu inférieur avaient affaire soit à des guérisseurs traditionnels, soit à des revendeurs de médicaments, contre 42 % des personnes du quartile supérieur^{37,38}. Et dans une étude sur les traitements vendus par des commerçants ruraux au Kenya³⁹, seulement 3,7 % des enfants recevaient une dose convenable de chloroquine contre la fièvre.

Le secteur privé peut aussi être un véritable casse-tête pour les pouvoirs publics. Comme si la « fuite des cerveaux » n'était déjà pas assez problématique, la ponction exercée sur les professionnels de santé qualifiés par des entités privées aussi bien commerciales qu'à but non lucratif constitue un enjeu majeur pour les

responsables de la santé, qui manquent de personnel dans les établissements publics⁴⁰.

Bien exploité, le secteur privé peut avoir un impact positif sur la santé

Malgré les interrogations légitimes que suscite la participation du secteur privé aux services de santé, l'ampleur même des problèmes sanitaires de la région a conduit à une prise de conscience grandissante, y compris parmi les États concernés, que la mobilisation et le développement du secteur privé devaient être une pièce maîtresse de leur stratégie d'amélioration des services de santé. En desservant de larges segments de la population, en augmentant l'accès aux soins, en élargissant la gamme de services et de produits disponibles et en améliorant la qualité des services, le secteur privé peut avoir un impact positif sur la santé et la qualité de la vie en Afrique subsaharienne.

Le secteur privé dessert les populations pauvres

Toutes les études montrent que le secteur privé a pour clients des ménages de toutes les catégories de revenus, y compris dans les populations pauvres et rurales. En Éthiopie, au Kenya, au Nigéria et en Ouganda, plus de 40 % des ménages du quintile économique inférieur utilisent les services de soins de prestataires commerciaux privés (figure 1.4). Par ailleurs, un pourcentage important des soins sont fournis par des guérisseurs traditionnels et d'autres agents de santé informels. Sur le plan géographique, le secteur privé couvre largement les populations rurales. D'après les enquêtes menées auprès des usagers, plus de 50 % de la population rurale nigériane et ougandaise a recours à des prestataires commerciaux privés (figure 1.5).

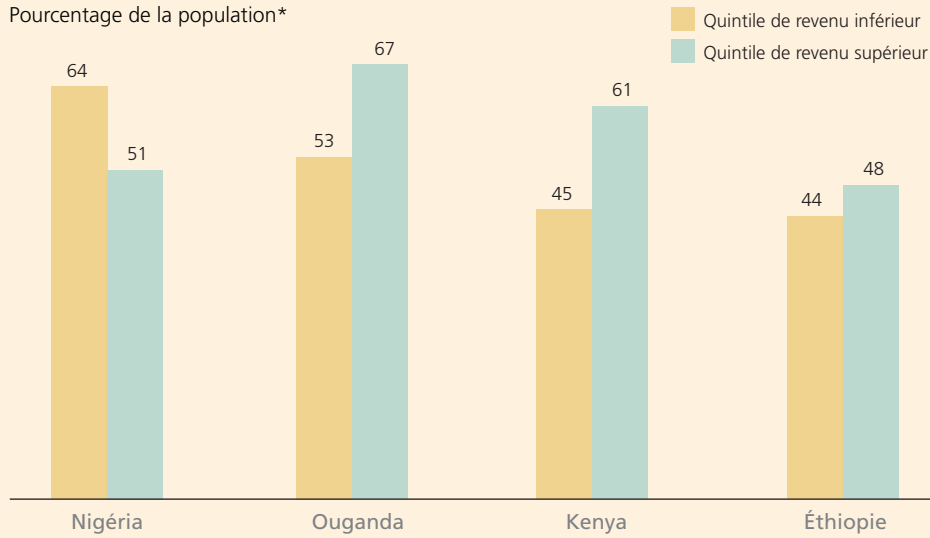
Si l'on inclut les services fournis par les organisations confessionnelles et les autres organismes à but non lucratif, la couverture des populations pauvres et rurales est encore plus importante. Par exemple, la Christian Health Association of Nigeria représente des institutions médicales religieuses réparties dans tout le pays, qui desservent environ 40 % de la population, ciblant les taudis des villes et les zones rurales pauvres. Elle collabore avec les pouvoirs publics nationaux et locaux pour fournir des produits et des services médicaux à faible coût.

Contre toute attente, les dépenses publiques de santé profitent davantage aux riches qu'aux pauvres dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne.

Figure 1.4

Population utilisant les services de prestataires commerciaux privés pratiquant une médecine moderne

Pourcentage de la population*



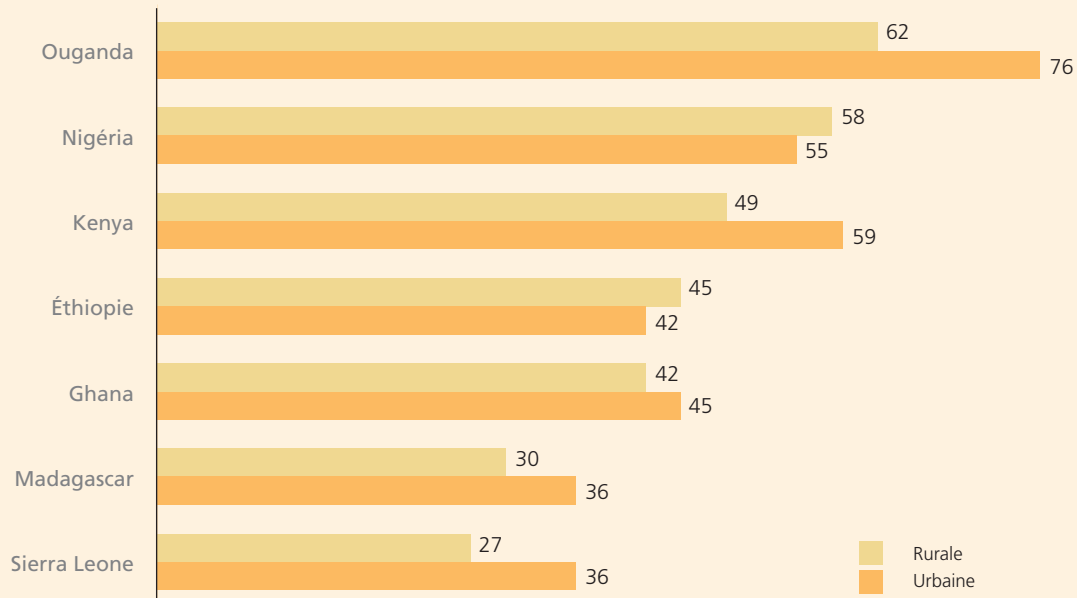
* Données relatives à l'utilisation et non aux dépenses (année d'enquête disponible la plus récente entre 1995 et 2006) ; données non disponibles pour tous les pays.

Source : indicateurs de développement de l'Afrique, Banque mondiale 2006.

Figure 1.5

Population utilisant des prestataires commerciaux privés pratiquant une médecine moderne

Pourcentage de population*



* Données relatives à l'utilisation et non aux dépenses (année d'enquête disponible la plus récente entre 1995 et 2004) ; données non disponibles pour tous les pays.

Source : indicateurs de développement de l'Afrique, Banque mondiale 2006.

Ainsi, en Mauritanie, 72 % des subventions versées aux hôpitaux bénéficient aux 40 % d'habitants les plus riches. La figure 1.6 montre qu'au Ghana, un tiers des dépenses publiques de santé profite au quintile le plus riche, tandis que 12 % seulement vont au quintile le plus pauvre. Les chiffres sont identiques pour la Tanzanie.

Le même schéma se retrouve pour la répartition des dépenses gouvernementales entre les zones rurales et urbaines. En 2002, alors que plus de trois Rwandais sur quatre vivaient en milieu rural, plus de 80 % des dépenses publiques de santé étaient affectées à des établissements urbains.

Le fait que les populations urbaines à revenu plus élevé bénéficient de façon disproportionnée des dépenses publiques de santé peut s'expliquer en partie par le coût élevé que représente le fonctionnement des hôpitaux spécialisés et des établissements de formation, généralement implantés dans les centres urbains où les plus hauts revenus sont concentrés. L'activité politique des populations urbaines plus aisées contribue également à en faire les principaux bénéficiaires des dépenses publiques de santé.

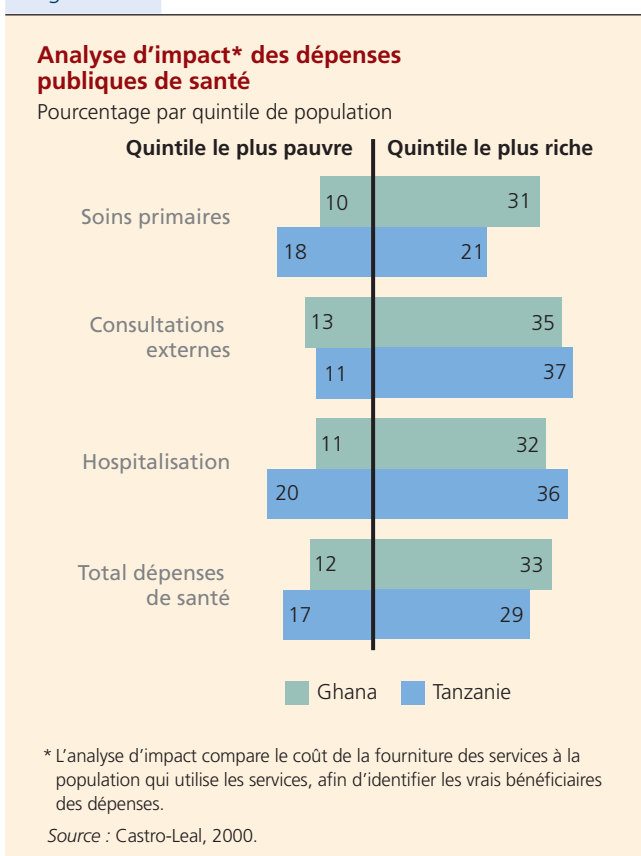
Compte tenu de la concentration des services publics de santé dans les centres urbains, les prestataires du secteur privé (qu'il s'agisse d'entreprises commerciales ou sociales) comblent un important besoin médical au moyen de stratégies qui parviennent très bien à toucher les patients des zones rurales sous-médicalisées.

Le secteur privé peut améliorer l'offre de santé pour les patients du privé et du public

Le secteur privé fournit souvent des services ou des produits qui ne seraient pas disponibles autrement. Au Mozambique par exemple, le ministère de la Santé a récemment acheté son premier appareil d'IRM. Auparavant, seuls des établissements privés possédaient ce type d'équipement. Aujourd'hui encore, la chirurgie cardiaque n'est pratiquée au Mozambique qu'à l'Instituto Do Coração, un établissement de cardiologie et de chirurgie cardiaque à but non lucratif. Et au Mozambique à nouveau, Village Reach, une organisation à but non lucratif ayant pour mission d'améliorer la couverture et la qualité des systèmes de santé par des moyens durables, assure la logistique du dernier kilomètre pour amener les vaccins jusqu'aux centres de santé publics ruraux dépourvus d'infrastructures de distribution. Au Sénégal, la seule assurance maladie largement disponible en dehors de l'Institut de prévoyance maladie (IPM) des employeurs est fournie par le biais de mécanismes de financement communautaires où les adhésions sont volontaires et où la communauté participe à la conception et à la gestion du régime.

Même pour les services où le secteur public prédomine, le secteur privé peut atténuer les restrictions de moyens qui limitent souvent les capacités. Au Ghana, les écoles publiques de soins infirmiers ne peuvent accepter que 40 à 50 % des demandes recevables, malgré un déficit important des effectifs de la profession. Les initiatives privées devraient aider à résorber ce déficit. Malgré le coût de la formation, facturée environ 2 500 dollars par an et près de 50 % plus chère que dans les établissements publics, les programmes privés ont de bonnes chances d'avoir beaucoup d'inscriptions. Les diplômés peuvent compter trouver immédiatement des emplois rémunérés environ 4 000 dollars par an — ce qui est suffisant pour rendre les frais de scolarité abordables. En Tanzanie, la Bugando Medical School, une école de médecine entièrement privée gérée par l'Église catholique, forme 30 docteurs par an. Bugando, l'Université

Figure 1.6



Hubert Kairuki Memorial (établissement commercial) et une autre école de médecine privée représentent plus de la moitié⁴¹ des nouveaux médecins diplômés en Tanzanie.

Le secteur public a aussi la possibilité d'accroître ses capacités en sous-traitant soit une fonction particulière, soit un ensemble de services à des acteurs compétents du secteur privé. Pour illustrer cette démarche, on cite souvent l'exemple des services de nutrition au Sénégal et à Madagascar dans les années 90. Administrés par des ONG, les programmes en question ont assuré des services de surveillance mensuelle de la croissance, organisé des réunions hebdomadaires d'éducation à la nutrition, fourni des compléments nutritionnels aux enfants malnutris, et orienté des patients vers des services de soins. Ils ont touché plus de 450 000 femmes et enfants dans chaque pays et, en moins de 18 mois, le pourcentage d'enfants sénégalais de six à onze mois souffrant d'une grave malnutrition est passé de 6 % à zéro. À Madagascar, les résultats ont été également remarquables puisque le pourcentage d'enfants malnutris est tombé de 30 à 10 %⁴².

Le secteur privé peut avoir une influence positive sur la qualité des services

Même si les craintes exprimées par les responsables du secteur public au sujet de la médecine privée sont légitimes dans beaucoup de cas, les services proposés par les prestataires publics sont souvent loin de satisfaire des critères acceptables⁴³. Malgré les écarts très importants que l'on peut rencontrer, le secteur privé offre différents avantages : le niveau de qualité est souvent comparable à celui du secteur public, les patients se tournent plus volontiers vers lui, et dans certains cas notables, il tire la qualité vers le haut.

Les patients préfèrent les prestataires privés à leurs homologues du public pour toutes sortes de raisons. Ils pensent que les professionnels de santé exerçant dans un cadre privé ont plus d'autonomie et de souplesse, ce qui leur permet de répondre plus complètement aux besoins et aux demandes des patients. Cet avantage perçu peut prendre de nombreuses formes différentes, notamment une plus grande accessibilité, des possibilités de paiement plus souples, une continuité des soins, des mesures de la qualité perçue (par exemple la propreté, la commodité, le temps d'attente et la gentillesse) et la disponibilité de médecins et de produits pharmaceutiques^{44, 45, 46, 47}.

Dans beaucoup de grandes villes, le secteur

privé exploite fréquemment des établissements spécialisés où il soigne en majorité les classes moyennes et supérieures. Ayant besoin d'attirer et de retenir une clientèle exigeante et instruite, les prestataires privés doivent offrir un niveau élevé de services. À Lagos, l'hôpital Lagoon est un établissement privé tertiaire de ce type, équipé de matériel moderne pour des patients des classes moyennes et supérieures qui auraient aussi la solution d'aller se faire soigner à l'étranger. Ces structures peuvent servir de référence nationale pour les prestataires des secteurs public et privé, et relever les attentes et profiter à la population dans son ensemble.

Au-delà de ces centres haut de gamme, les établissements privés fréquentés par les classes moyennes et populaires peuvent faire mieux que le secteur public sur des aspects importants pour les patients, expliquant en partie qu'ils y aient souvent recours. L'hôpital R-Jolad qui s'est ouvert à 1982 à Lagos, au Nigéria, est un bon exemple d'établissement complet autonome, dont le propriétaire est un médecin, et qui s'est donné pour mission de « servir les masses ».

Dans 18 pays d'Afrique subsaharienne, les personnes interrogées étaient sensiblement plus satisfaites des soins en hospitalisation dispensés dans les hôpitaux privés sur le plan des compétences, des équipements et des médicaments (figure 1.7). Et

L'hôpital R-Jolad

Chaque jour, dans une rue animée de Lagos, plus de 200 hommes, femmes et enfants passent la porte de l'hôpital R-Jolad. Parti d'un petit cabinet médical privé créé en 1982, R-Jolad s'est développé au fil des ans pour devenir un hôpital complet de 150 lits. Le Dr. Oladipo a fondé R-Jolad dans le but de servir les masses et a instauré une tarification par tranches qui facture aux patients ce qu'ils sont capables de payer, parfois pas plus d'un dollar par consultation. Cette caractéristique est importante dans la mesure où la moitié des patients de l'hôpital gagnent moins de 2 dollars par jour. Néanmoins, d'après les patients, le fait que les prix soient abordables n'est pas la seule raison qui les amène à choisir R-Jolad lorsqu'ils sont malades. Selon eux, « on ne perd pas de temps », « ils sont gentils et ont des bons médecins », « ils ont des médicaments fiables ».

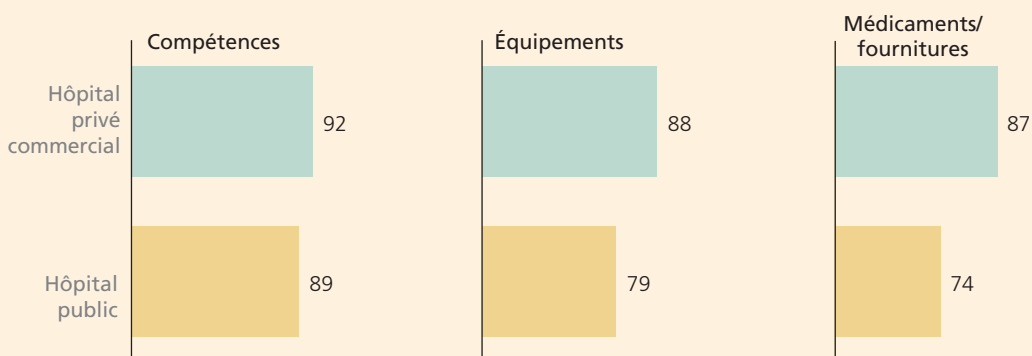
Financièrement parlant, l'hôpital a eu de bonnes et de mauvaises années, mais a toujours été autosuffisant, et le Dr. Oladipo « tient à continuer comme ça ». Du fait de son succès, on lui demande souvent s'il compte se développer encore ou ouvrir un nouvel établissement, mais il explique qu'avoir accès à un financement abordable est un obstacle majeur : « je ne vois pas où trouver l'argent ».

Source : étude McKinsey ; entretiens dans les pays.

Figure 1.7

Appréciation « bonne » ou « très bonne » donnée par les patients sur les soins en hospitalisation selon le type d'hôpital

Pourcentage de personnes interrogées*



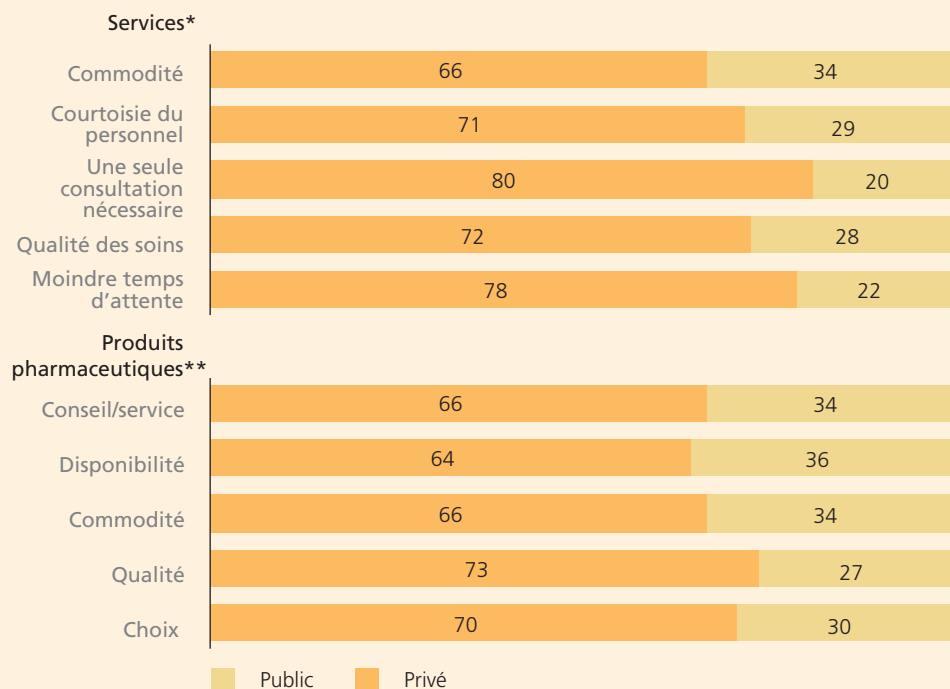
* D'après des enquêtes réalisées dans 18 pays d'Afrique subsaharienne : Afrique du Sud, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Sénégal, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe ; pondérées en fonction de la population.

Source : Enquêtes OMS sur la santé dans le monde

Figure 1.8

Préférence donnée aux établissements/prestataires publics ou privés sur certains aspects par les paysans tanzaniens

Pourcentage de personnes interrogées, n=129



* Le privé comprend des établissements privés modernes de type commercial ou à but non lucratif.

** Le privé comprend des pharmacies ou officines de type commercial ou à but non lucratif ainsi que des vendeurs individuels ; le public comprend les établissements et les officines du secteur public.

Source : enquête McKinsey/TechnoServe réalisée en milieu rural en Tanzanie.

dans une enquête réalisée auprès de paysans tanzaniens, plus des deux tiers des personnes interrogées préféraient les prestataires et les pharmacies privées, citant la commodité, la courtoisie du personnel et la qualité des soins, entre autres avantages (figure 1.8).

Beaucoup de ces avantages perçus par les patients ne se traduisent pas nécessairement par un niveau de soins plus élevé ou de meilleurs résultats sanitaires, mais le secteur privé a le potentiel pour obtenir les deux grâce à l'amélioration de l'accès aux soins et de la disponibilité des produits pharmaceutiques et des fournitures médicales. Au Ghana par exemple, sur un échantillon de 39 médicaments utilisés pour traiter des maladies aiguës ou chroniques, la disponibilité était inférieure à 50 % pour 27 d'entre eux dans le secteur public, et pour seulement six d'entre eux dans le commerce de détail privé⁴⁸.

Se procurer localement des médicaments génériques peut réduire les délais d'approvisionnement longs et coûteux souvent associés à l'achat de produits pharmaceutiques. Ainsi, au Mozambique, il se passe neuf mois en moyenne entre le moment où un marché public

international est passé et celui où les médicaments arrivent dans le pays. Au contraire, en travaillant avec des fournisseurs locaux, Affordable Medicines for Africa (AFMA) est en mesure d'honorer une commande en 28 jours dans toute l'Afrique. L'une des raisons pour lesquelles AFMA parvient à diminuer autant les délais d'approvisionnement est que ses partenaires fabricants sont disposés à livrer des volumes moins importants par rapport à ce que la plupart des grands fournisseurs étrangers acceptent généralement. Grâce à ces délais d'approvisionnement réduits, les produits sont moins vite obsolètes et les coûts de stockage sont diminués.

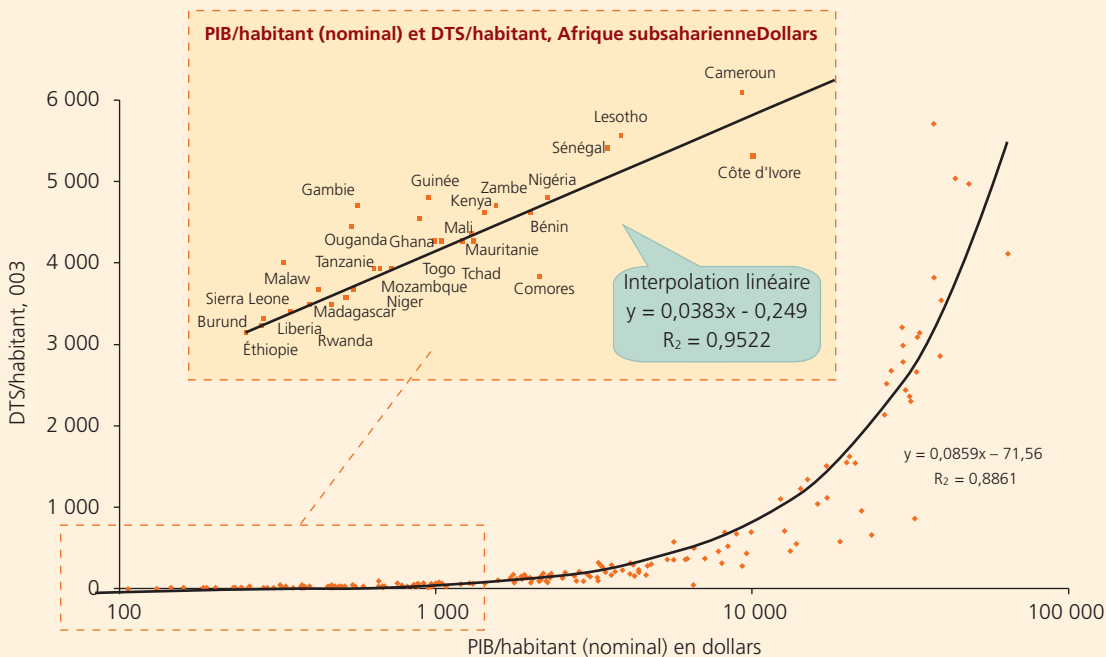
Le secteur privé de la santé va beaucoup se développer sur certains marchés

La croissance économique de l'Afrique subsaharienne, on le sait, a plutôt été marquée jusqu'ici par la stagnation. Au cours des 20 dernières années, la croissance du PIB par habitant en termes réels dans la région n'a pas dépassé 0,2 % par an en moyenne⁴⁹, soit environ 30 fois moins que le taux

Figure 1.9

Évolution du PIB/habitant (nominal) et des dépenses totales de santé (DTS)/habitant, dans le monde

Dollars

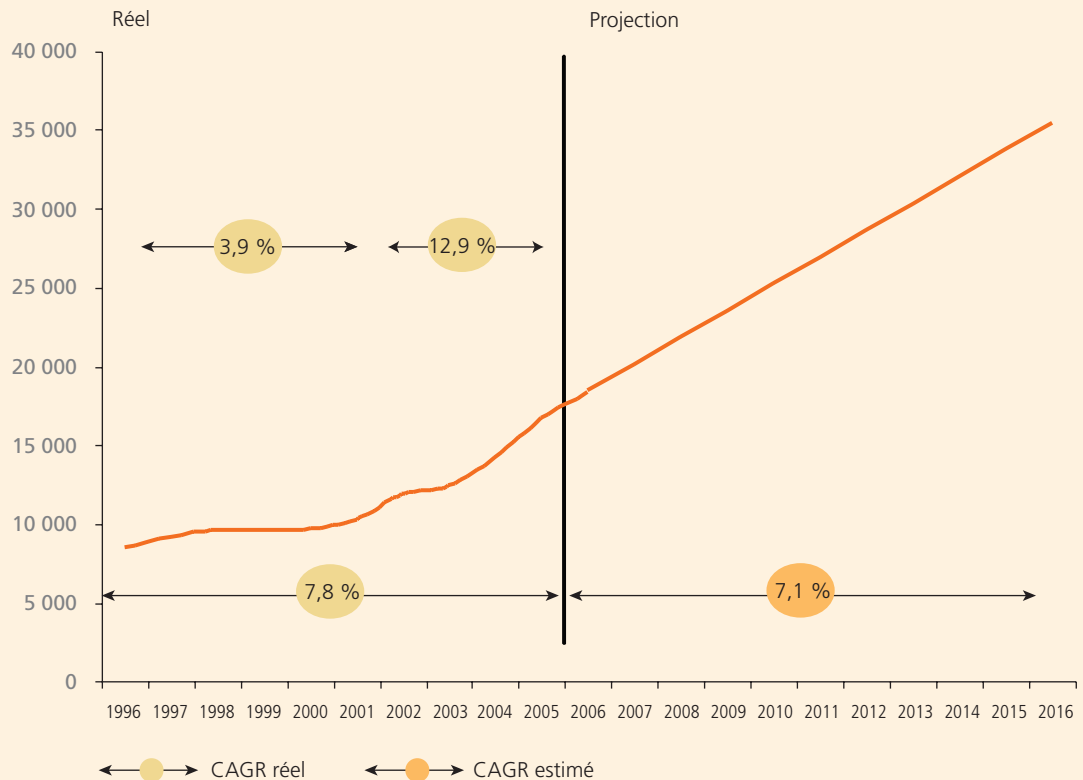


Source : OMS ; étude McKinsey.

Figure 1.10

Dépenses totales de santé (DTS), Afrique subsaharienne ; chiffres réels pour 1996-2005, projections à partir de 2005

Millions de dollars



Note : l'annexe 6 expose en détail la méthode utilisée pour estimer les dépenses de santé futures.

Source : OMS ; Global Insights ; étude McKinsey.

de croissance de l'Asie⁵⁰. Les dépenses de santé ont progressé tout aussi mollement.

La situation commence néanmoins à changer. Depuis 2001, le PIB global de l'Afrique a augmenté de 5 % par an, un chiffre supérieur à la moyenne mondiale qui est de 4,2 %. Selon le FMI, ce rythme de croissance devrait se maintenir pendant au moins les cinq prochaines années pour atteindre 5,6 %. Dans certains grands centres de population comme le Nigéria, et dans des régions sortant de conflit comme l'Angola et la République démocratique du Congo, le PIB par habitant a augmenté de plus de 5 % par an durant chacune des cinq dernières années^{51,52}.

Selon les tendances observées au plan international, cette croissance du PIB va générer une plus forte demande dans le secteur de la santé et une augmentation des dépenses par habitant

consacrées aux produits et services de santé (figure 1.9).

D'après les projections des taux de croissance économique et démographique, les dépenses de santé en Afrique subsaharienne devraient augmenter pour passer de 16,7 milliards de dollars en 2005 à 35 milliards de dollars en 2016 (voir l'annexe 6 pour plus de détails), soit un taux de croissance annuel de 7,1 % (figure 1.10).

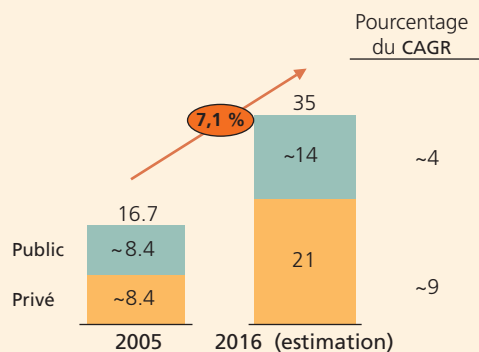
Le présent rapport estime aussi qu'il faudra environ 25 à 30 milliards de dollars d'investissements supplémentaires pour financer les actifs physiques (hôpitaux, centres de santé, entrepôts de distribution, etc.) nécessaires à la satisfaction de ce surcroît de demande au cours des dix prochaines années.

Les États d'Afrique subsaharienne voudront-ils et pourront-ils fournir cet effort ? Peut-être, mais

Figure 1.11

Répartition des dépenses totales de santé (DTS) entre les secteurs privé et public, Afrique subsaharienne ; valeurs réelles pour 2005, estimations pour 2016

Pourcentage, milliards de dollars



Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

l'expérience du passé montre que le secteur privé a un rôle majeur à jouer. En 2000, 53 chefs d'États de la région se sont engagés à affecter 15 % de leurs budgets nationaux à la santé. Cet engagement a été réaffirmé dans la Déclaration de Gaborone énoncée lors de la réunion de la Conférence des ministres africains de la Santé en octobre 2005 au Botswana. Cependant, d'après les chiffres les plus récents de 2003, un seul pays (le Libéria) a atteint ce niveau de dépenses, tandis que 33 autres n'en sont même pas encore à 10 %.

Dans certains pays où l'environnement est favorable à la participation du secteur privé sur le marché de la santé, ce rapport estime que les structures privées sont potentiellement capables de prendre en charge entre 45 et 70 % de l'augmentation de capacité nécessaire. Ce chiffre n'a rien de surprenant. Comme il a été dit plus haut, sur d'autres marchés tels que l'Inde, le développement du secteur de la santé a été pour une bonne part le fait d'initiatives privées, et en Chine, les pouvoirs publics ont ouvertement reconnu le besoin d'investissements privés pour aider le secteur public à renforcer les capacités nationales en matière de services de santé.

Globalement, on s'attend à ce que le secteur privé grossisse plus vite que le secteur public dans les dix ans à venir (figure 1.11) et ait besoin d'un volume d'investissements compris entre 11 et 20 milliards de dollars pendant la même période pour faire face à cette croissance.

Pour les entreprises de santé à la recherche de marchés pour se développer, et pour les investisseurs souhaitant investir dans des entreprises de santé, ces 11 à 20 milliards de dollars de croissance du marché privé de la santé représentent une formidable ouverture. Ces opportunités d'investissement, avec leur problématique particulière, sont développées à la section III de ce rapport.

Les responsables des politiques de santé vont devoir admettre cette réalité que les entreprises privées ont un rôle important à jouer en matière de santé. Pour beaucoup d'entre eux, la participation du secteur privé dans ce domaine suscite des inquiétudes, et les autorités gouvernementales ainsi que les dirigeants doivent veiller à ce que le secteur soit convenablement réglementé, de manière à obtenir de bons résultats sanitaires.

De la même façon, les États qui ont besoin du secteur privé pour financer la croissance prévue de la demande de services de santé doivent créer un environnement favorable à l'investissement privé.

Conclusion

Le secteur privé a un rôle bénéfique à jouer dans les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne en améliorant l'accès aux soins, la qualité et l'efficacité des produits et des services. Les États, les bailleurs de fonds et le reste de la communauté internationale doivent repenser la place occupée par les acteurs privés dans le secteur de la santé, et faire du secteur privé une pièce maîtresse de leurs stratégies globales d'amélioration des soins de santé.

La section suivante de ce rapport montre comment les inquiétudes légitimes suscitées par la participation du secteur privé au marché de la santé peuvent être atténuées par des mesures de surveillance et de réglementation appropriées. Elle examine également les implications de cette évolution pour les pouvoirs publics et les décideurs.



Pour que le secteur privé puisse réaliser son potentiel d'amélioration de l'accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne, cinq grands impératifs ont été identifiés. Ils forment ensemble un programme d'action que les responsables politiques, les organismes de réglementation, les donateurs et les autres parties prenantes doivent reprendre à leur compte pour améliorer l'offre de santé dans cette région du monde.

Section II : Comment mobiliser le secteur privé dans le domaine de la santé

À condition d'être bien réglementées, les entreprises du secteur privé peuvent favoriser l'efficacité et la qualité d'une part en se faisant concurrence entre elles, et d'autre part en complétant l'offre des prestataires publics et en leur opposant une concurrence. Même ceux qui s'inquiètent de la participation du secteur privé dans ce domaine reconnaissent de plus en plus le rôle important qu'il peut jouer dans l'ensemble du système de santé.

Pour que le secteur privé puisse effectivement contribuer à l'amélioration et au développement de l'offre de santé en Afrique subsaharienne, il est toutefois indispensable d'analyser franchement ses travers et d'y remédier. Les consommateurs et les patients doivent avoir confiance dans le prix, la qualité et la valeur des soins et des produits qu'ils achètent au secteur privé.

Réglementation et surveillance sont donc au cœur du problème. Aux États-Unis, la fourniture des soins de santé est ainsi entièrement réglementée. Pour les produits pharmaceutiques, la Food and Drug Administration aux États-Unis et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) assurent des niveaux élevés de surveillance qui ont été un facteur de réussite important de l'industrie pharmaceutique multinationale. En Colombie, une grande réforme de la santé a été introduite avec la Loi n°100, qui instaure une couverture maladie universelle pour les services de santé publics et privés. Dans le cadre de cette réforme, le ministère colombien de la Santé a mis en place un système d'autorisation puis le Système d'accréditation unifié afin d'améliorer la qualité et de réglementer l'activité médicale privée en plein développement.

Quelques mesures préliminaires visant à améliorer et cibler la réglementation pourraient déjà avoir des effets positifs importants et immédiats sur le secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne. Si, en plus de renforcer la surveillance, les États pouvaient prendre d'autres mesures pour stimuler le développement

d'entreprises ayant des pratiques de haute qualité, le secteur privé pourrait s'étoffer, être mieux structuré, moins fragmenté et de meilleure qualité, et favoriser ainsi une amélioration des résultats sanitaires au sein d'un modèle mixte public-privé.

Les entretiens conduits dans le cadre de cette étude ont permis de faire émerger de nombreuses idées, formulées notamment par des représentants du secteur privé, sur ce que les autorités gouvernementales, les conseillers en politique publique, les bailleurs de fonds et les autres acteurs pourraient faire pour encourager le développement d'un secteur privé de la santé responsable.

De cette longue liste d'idées sont ressortis cinq grands impératifs, formant ensemble un programme d'action que les responsables politiques, les organismes de réglementation, les donateurs et les autres parties prenantes doivent reprendre à leur compte pour améliorer l'offre de santé en Afrique subsaharienne, y compris par le biais du secteur privé. Ces priorités sont les suivantes :

1. Mettre en place les mécanismes nécessaires pour élaborer et faire appliquer des normes de qualité dans le domaine de la fabrication et de la distribution des produits et des services de santé.
2. Maximiser le nombre de personnes couvertes par des systèmes de mutualisation des risques.
3. Affecter au secteur privé de la santé une partie du budget public et des fonds des donateurs.
4. Adopter des réglementations locales plus favorables au secteur privé de la santé.
5. Améliorer l'accès au capital, notamment en augmentant la capacité des institutions financières locales à soutenir des entreprises privées dans le secteur de la santé.

Pour produire des résultats, ce programme d'action doit être ciblé sur l'échelon local avec des stratégies d'intervention spécifiquement adaptées aux contextes locaux. La suite de cette section explique chacun de ces impératifs de façon plus détaillée.

1. Élaborer et faire appliquer des normes de qualité

La qualité des produits et services de santé en Afrique subsaharienne est extrêmement variable et souvent insuffisante. Les médicaments contrefaits ou de mauvaise qualité, les prestataires peu ou non qualifiés, l'hygiène défectueuse des installations et le manque de fournitures et de matériel sont des problèmes courants, tant dans le secteur privé que dans le secteur public.

Les raisons de ces faiblesses sont nombreuses et variées : le manque de ressources, une formation insuffisante, la corruption, et des normes réglementaires techniquement inadaptées, opaques, et mal contrôlées ou mal appliquées. Comme partout, l'asymétrie d'information entre prestataires et patients met les consommateurs à la merci des prestataires incompetents ou malhonnêtes. En Afrique subsaharienne, ce manque d'information est aggravé par l'accès limité aux produits et services de santé qui concerne une bonne partie des populations les plus vulnérables.

Au-delà de ses conséquences évidentes sur la santé de la population, l'absence de normes de qualité transparentes et effectivement appliquées constitue un obstacle majeur au développement d'un secteur privé de la santé plus structuré et de meilleure qualité. Les prestataires de bonne réputation se rendent compte qu'ils ne parviennent pas toujours à rentrer dans leurs frais s'ils veulent fournir des produits et des services de haute qualité dans un marché où prospèrent des concurrents sans scrupules ou moins compétents. Les investisseurs ne veulent pas être associés à des projets dans lesquels des produits ou des services de santé de qualité inférieure pourraient être proposés.

Pour un grand nombre des entrepreneurs et des exploitants que nous avons interrogés, il est indispensable d'avoir des normes de qualité plus claires — et plus clairement appliquées, et d'accréditer des prestataires de qualité pour permettre l'émergence d'un secteur privé de la santé plus dynamique et viable en Afrique subsaharienne.

Il faut donc améliorer les normes de qualité. Facile à dire, beaucoup moins facile à faire ! Une quantité d'idées ont été expérimentées à cet effet, dans différents contextes^{53,54}, mais très peu ont été systématiquement évaluées puis reproduites à plus grande échelle. Une étude a été réalisée sur les actions menées auprès des revendeurs de médicaments antipaludéens. Elle constitue un bon point de départ et donne des idées intéressantes

sur les différentes interventions pouvant améliorer la qualité (voir la figure 2.1).

Les pays qui veulent renforcer la contribution du secteur privé à l'offre de santé doivent rechercher de nouveaux moyens de réglementer le secteur de la santé tout en essayant de favoriser les initiatives qui vont dans le sens d'une plus grande transparence et qui donnent aux patients davantage la possibilité de s'exprimer. Toutes les parties prenantes doivent réfléchir à de nouveaux modes d'appui financier ou technique permettant de soutenir et d'encadrer les mesures prises pour améliorer la qualité des produits et des services de santé, tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

Les interventions les plus utiles tourneront probablement autour des institutions et des incitations locales, et toutes les parties concernées doivent s'efforcer de partir de ce qui fonctionne déjà dans le contexte local (souvent sur un mode collaboratif et non dirigé par l'État). Les mesures suggérées ci-dessous donnent une idée générale des besoins, mais la situation locale doit être systématiquement analysée dans ses moindres détails pour éviter que le surcroît d'intervention de la puissance publique ne se traduise simplement par un renforcement de la bureaucratie et des coûts de transaction.

Dans le domaine des *produits pharmaceutiques et médicaux*, les différentes parties concernées pourront participer à l'amélioration de la qualité en aidant à :

- **Renforcer les autorités nationales de réglementation des médicaments.** Toutes les parties concernées doivent réfléchir aux moyens financiers et techniques qui permettraient de renforcer les capacités des autorités nationales de réglementation des médicaments. Ces organismes peuvent amener des améliorations sensibles de la qualité. Au Nigéria par exemple, l'agence nationale de réglementation des médicaments, la NAFDAC, indique avoir fait passer le pourcentage de produits contrefaits de 40 à 17 % entre 2001 et 2006⁵⁵. Il faut aussi favoriser l'introduction de bonnes pratiques de fabrication (BPF), la mise en place et la certification de laboratoires d'essais de bioéquivalence, et la définition et le maintien de normes pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments⁵⁶.
- **Développer la collaboration régionale, la reconnaissance mutuelle et l'harmonisation des normes.** L'existence de normes et de procédures régionales pour la délivrance des autorisations de

Figure 2.1

Interventions pouvant améliorer la qualité des produits et services de santé en Afrique subsaharienne*

	Problèmes à résoudre	Actions possibles
Création d'un environnement favorable	<ul style="list-style-type: none"> Les réglementations publiques ne sont peut-être pas adaptées, pas correctement appliquées ou ont des conséquences imprévues et doivent être analysées et réformées Le manque d'accès à des financements peut être un obstacle majeur pour investir dans la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Modification des politiques et des réglementations (ex. : modernisation des normes, décentralisation des organes de surveillance/application) Facilités de crédit pour les exploitants d'établissements
Assurance qualité	<ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de l'autorité publique n'est souvent pas suffisant pour assurer un niveau de qualité élevé L'implication de la communauté et l'autoréglementation des prestataires peuvent combler une partie des besoins de capacités dans le domaine du contrôle et de la supervision 	<ul style="list-style-type: none"> Franchisage et accréditation des établissements Comptes à rendre à la communauté (ex. : implication d'associations locales) Participation d'associations de prestataires Contrôle et supervision publics Distribution de médicaments préemballés et achats groupés
Formation et renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> La formation préalable des prestataires de soins de santé (du secteur structuré et informel) peut être absente, inadaptée ou insuffisante, conduisant à des résultats négatifs Les mesures prises pour corriger ces problèmes peuvent favoriser l'amélioration de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Formations classiques (ex. : ateliers, cours) Formations par les pairs et sur le tas Utilisation d'outils d'aide professionnelle et de matériels de formation
Création d'une demande	<ul style="list-style-type: none"> L'asymétrie d'information est un problème qui se pose dans tout le secteur de la santé En utilisant des techniques axées sur le marché et en informant le public, on peut amener les consommateurs à exiger des produits/services de haute qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Formations classiques (ex. : ateliers, cours) Formations par les pairs et sur le tas Utilisation d'outils d'aide professionnelle et de matériels de formation

* Schéma élaboré à partir d'une analyse de la littérature sur les tactiques employées pour améliorer la qualité des services fournis par les vendeurs de médicaments antipaludéens en Afrique subsaharienne.

Source : Goodman, non publié.

mise sur le marché facilite l'entrée de fabricants plus importants proposant des produits de meilleure qualité et permet à des établissements comme les laboratoires de bioéquivalence d'être exploités au niveau régional. Certains efforts dans ce sens ont été engagés par les ministères de la Santé de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)⁵⁷, mais l'absence de centres d'excellence reconnus par tous rend la tâche particulièrement difficile. La communauté internationale peut apporter un concours financier et technique pour rassembler les organismes de réglementation à l'échelon régional autour d'un programme d'harmonisation.

- **Renforcer les inspections et l'application des réglementations existantes.** La plupart des pays ont instauré des mesures pour garantir la qualité des biens proposés au public, mais dans beaucoup de cas, les réglementations en question ne font l'objet d'aucun contrôle⁵⁸. Différents moyens seraient possibles pour améliorer la situation, à savoir : la création

d'organes d'inspection indépendants ou semi-indépendants ; pour les inspecteurs, une meilleure formation et des mesures d'incitation ; des inspections surprises (plutôt que planifiées) et la poursuite des contrôles après la phase initiale d'agrément ou d'accréditation ; la publication des résultats des inspections ; et la création de mécanismes permettant de signaler les abus de façon anonyme^{59, 60, 61}. Parce que les pauvres y ont beaucoup recours, il faut s'attaquer en priorité aux vendeurs de médicaments du secteur informel et aux médicaments contrefaits pour obtenir un impact maximum sur le développement.

- **Informers les patients et les prestataires.** Les autorités gouvernementales et la communauté internationale des donateurs peuvent soutenir et développer les initiatives visant à informer les patients — ainsi que les employés des hôpitaux, des centres de santé et des pharmacies — sur les moyens d'éviter les médicaments contrefaits et sur le danger que représentent les vendeurs de

médicaments informels opérant en dehors de toute réglementation. Par exemple, des campagnes d'information des consommateurs menées en Zambie auprès des populations rurales entre 2000 et 2001 sur le bon dosage de la chloroquine ont permis d'obtenir une amélioration de 60 % du dosage de cet antipaludéen⁶². D'autres mesures, concernant notamment le conditionnement, l'emploi d'un nom de marque et l'étiquetage (par exemple l'utilisation de médicaments préemballés) peuvent aider les patients et les prestataires de soins de santé à identifier les produits contrefaits risquant de présenter une qualité inférieure.

Il sera particulièrement difficile d'améliorer la qualité générale des *établissements prestataires de soins médicaux* du fait du caractère fragmenté, éparpillé et essentiellement local de la fourniture des services de soins. Des efforts soutenus et un contrôle réglementaire renforcé seront nécessaires à cet égard. La qualité des services de soins ne pourra pas progresser sans une volonté collective et des patients mieux armés. La communauté internationale peut apporter une aide tant financière que technique pour mettre en place et développer des actions au niveau local et régional afin de :

- **Élaborer des normes de qualité et développer les capacités réglementaires**, par exemple en organisant des forums régionaux pour échanger les bonnes pratiques, évaluer les actions entreprises pour améliorer la qualité et tirer les leçons des échecs. L'élaboration des normes de qualité ne relève pas nécessairement des organismes de réglementation publics. Au Nigéria, c'est ainsi le secteur privé qui s'occupe de créer la SQHN (Society for Quality Healthcare in Nigeria), un organisme chargé de définir des normes de qualité et des critères de référence pour les HMO.
- **Renforcer les inspections et l'application des réglementations existantes**. Comme il a été indiqué plus haut pour les produits pharmaceutiques et médicaux, il arrive souvent que les réglementations en vigueur ne fassent l'objet d'aucun contrôle. Des mesures comme la création d'organes d'inspection indépendants ou semi-indépendants, l'amélioration de la formation et des incitations pour les inspecteurs, et la réalisation d'inspections surprises sont aussi valables pour les services de santé. Il peut également être intéressant d'encourager l'implication des associations professionnelles en procédant à des examens par les pairs et des

rapports par les pairs, de publier les résultats des inspections et de créer des mécanismes permettant de signaler les abus de façon anonyme^{63, 64, 65}.

- **Compiler et publier les données sur les performances cliniques** tant pour les établissements privés que publics. L'Afrique subsaharienne est encore loin de posséder les infrastructures informatiques et la base de données cliniques nécessaires pour établir des palmarès de performances comme il en existe, avec des résultats mitigés, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Néanmoins, le fait d'avoir un minimum d'informations sur les performances cliniques des établissements et d'avoir accès aux résultats des diverses actions qualitatives engagées dans la région et de pouvoir en tirer les conséquences, pourrait avoir un effet stimulant sur le plan de la qualité.
- **Assurer une formation et un appui technique aux prestataires**, notamment aux hôpitaux, aux centres de santé et aux pharmacies, pour les aider à améliorer la qualité des soins cliniques et satisfaire aux normes définies dans ce domaine. De la formation doit être dispensée au secteur privé structuré mais aussi informel. La qualité des écoles de médecine est inégale, et les enseignements post-diplômes et les formations continues mis en place par les pouvoirs publics ne sont souvent pas proposés aux prestataires privés⁶⁶. Pour le secteur informel, un complément de formation est encore plus indispensable. Tout d'abord, les acteurs du marché informel ont moins de chances d'avoir un niveau de formation suffisant, et leur clientèle pauvre est désavantagée sur le plan de l'instruction et du pouvoir d'achat ; elle est donc particulièrement vulnérable. Bien que l'utilité de certaines interventions prête à discussion, quelques programmes ont obtenu des résultats notables. Dans le district rural de Kilifi, au Kenya, où un travail d'information a été mené à titre d'essai auprès des commerçants et des habitants, on a constaté une amélioration du dosage des antipaludéens chez les jeunes enfants⁶⁷.
- **Favoriser l'implication des populations locales dans les établissements prestataires**, par exemple en instituant dans les hôpitaux privés des conseils de direction ou de surveillance de la qualité composés de membres de la communauté locale.
- **Encourager le franchisage des organismes prestataires de haute qualité** et mettre en place

des contrats de performances avec les prestataires de services pour obtenir des niveaux de qualité plus standard dans des réseaux plus étendus.

- **Donner aux patients et aux familles des moyens légaux pour obtenir réparation** en cas de préjudice causé aux patients. Le principe est intéressant pour responsabiliser les prestataires. L'Inde a expérimenté cette méthode avec sa Loi sur la protection des consommateurs de 1986, qui a abouti à quelques améliorations de la qualité avec toutefois des résultats relativement mitigés dans l'ensemble⁶⁸. Comme seulement un petit pourcentage de la population sera suffisamment instruite et fortunée pour y avoir recours, et que l'existence d'un système judiciaire solide est une condition préalable à l'efficacité de ce mécanisme, il est peu probable que l'idée puisse réellement améliorer la qualité des services et produits de santé en Afrique subsaharienne, au moins sur le court terme.

2. Augmenter la population couverte par des systèmes de mutualisation des risques

Les systèmes de mutualisation des risques — qu'il s'agisse de caisses nationales à financement public⁶⁹, d'assurances commerciales ou de mutuelles communautaires à but non lucratif — sont essentiels pour obtenir des améliorations durables de l'offre de santé en Afrique subsaharienne.

La mutualisation des risques est considérée un peu partout comme une méthode de financement de la santé plus efficace et plus équitable que les paiements directs auxquels ont actuellement recours une majorité d'habitants de l'Afrique subsaharienne. En outre, ce type de dispositif — qui peut recruter des organismes prestataires pour la fourniture des soins — est très intéressant en ce qu'il encourage le développement de prestataires privés mieux organisés et de meilleure qualité.

Pour les bailleurs de fonds, les systèmes de mutualisation des risques offrent un moyen d'aider les couches les plus pauvres de la population (par exemple en subventionnant la couverture pour ces groupes) et de favoriser en même temps des améliorations durables de l'offre de santé en permettant au secteur privé de soigner les patients qui ont les moyens de payer ses services.

Par exemple, le Health Insurance Fund est une ONG néerlandaise financée par le ministère néerlandais de la Coopération au développement. Dans le cadre d'un programme pilote qu'il commence à reproduire dans d'autres pays, il s'est

donné pour objectif d'étendre la couverture de santé à 115 000 habitants du Nigéria, en privilégiant les habitants de Lagos et de l'État rural du Kwara qui travaillent dans le secteur informel. Ces paysans, ces vendeuses de marché, et leurs familles, ne pourraient sans doute pas avoir autrement une couverture de santé. Le Nigéria est le premier pays à bénéficier de ce programme, qui va bientôt être étendu à d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

Le développement et la réglementation de marchés de l'assurance est un processus complexe, et l'instauration de caisses nationales n'est pas forcément à la portée de tous les pays. Par ailleurs, il n'existe pas de cohésion sociale nationale forte dans certaines parties de l'Afrique, ce qui n'incite pas les groupes à adhérer à des systèmes de mutualisation des risques. Toutefois, en mettant en place des mécanismes de financement de la santé cohérents, les autorités locales, les bailleurs de fonds et les conseillers techniques internationaux peuvent contribuer ensemble à augmenter notablement le nombre de personnes couvertes par des systèmes de mutualisation des risques, et améliorer ainsi l'accès aux soins de santé.

La mutualisation des risques – un excellent mode de financement de la santé

Aujourd'hui, les paiements directs représentent environ la moitié des dépenses totales de santé en Afrique subsaharienne, et même plus de 75 % dans certains pays comme le Burundi, la Guinée et la République démocratique du Congo⁷⁰. La méthode du paiement direct a beaucoup d'inconvénients : c'est la forme la plus inéquitable de financement de la santé, les pauvres payent une part démesurée de leur revenu, et il n'y a pas de possibilité d'interfinancement entre riches et pauvres ou entre les personnes en bonne et en mauvaise santé.

Du point de vue de la santé publique, le paiement direct n'encourage pas le recours à des services de soins pour la détection et le traitement précoces des maladies. Pour les patients, il n'assure pas une protection financière contre le coût d'une maladie grave, et le paiement a lieu au moment des soins — alors même que, parce qu'il est malade, le patient est le moins apte à payer.

La prédominance du paiement direct est également un obstacle important au développement d'un secteur privé structuré de meilleure qualité. Pour les prestataires, les paiements directs sont imprévisibles ; ils compliquent donc la planification et la prévision de l'activité, augmentent les risques et diminuent

l'appétit des investisseurs. Pour les investisseurs, les paiements directs vont généralement à des prestataires de taille modeste, mal organisés, de qualité souvent inférieure, et non pas aux prestataires bien établis et plus intéressants en termes de financement.

Les systèmes de mutualisation des risques sont largement reconnus comme étant très supérieurs à la méthode du paiement direct⁷¹. Pour la population générale, ils assurent une protection contre les risques financiers et peuvent contribuer à promouvoir une certaine équité par le biais des interfinancements. Le moment du paiement est dissocié de celui des soins, ce qui augmente la capacité du patient à payer. Assez naturellement, il semble que les systèmes de mutualisation des risques encouragent l'utilisation des services et concourent à une meilleure santé de la population. La figure 2.2 décrit un programme d'assurance récemment mis en œuvre pour les femmes enceintes en Mauritanie, et démontre l'effet positif que la mutualisation des risques peut avoir sur l'utilisation des services et les résultats sanitaires.

En plus de profiter au patient, l'augmentation du nombre de vies couvertes par les systèmes de mutualisation des risques est susceptible de

stimuler le développement d'un réseau de prestataires de services plus structuré et de meilleure qualité.

Les systèmes de mutualisation des risques comprennent souvent des fonctions organisées de passation de marchés qui achètent des services de soins pour le compte des individus couverts. Pour les assureurs privés, ces groupes achètent généralement les services de soins auprès de prestataires privés. De tels contrats, s'ils sont correctement structurés et gérés de façon professionnelle et s'ils couvrent une grande population, peuvent aboutir à une meilleure surveillance de la qualité, favoriser l'efficacité et, élément important, permettre des économies d'échelle et encourager le développement de réseaux de prestataires organisés.

Cette dynamique de passation de gros marchés favorisant le développement de réseaux de prestataires organisés s'applique autant aux assurances maladies financées par l'État qu'au marché privé. Mais cet avantage de la mutualisation des risques ne peut pas se concrétiser lorsque le régime national d'assurance maladie limite la prise en charge aux seuls prestataires publics. Par ailleurs, en excluant les prestataires privés, on risque de perpétuer le manque d'accès aux soins dont

Figure 2.2

Mauritanie : une couverture forfaitaire pour les soins obstétriques

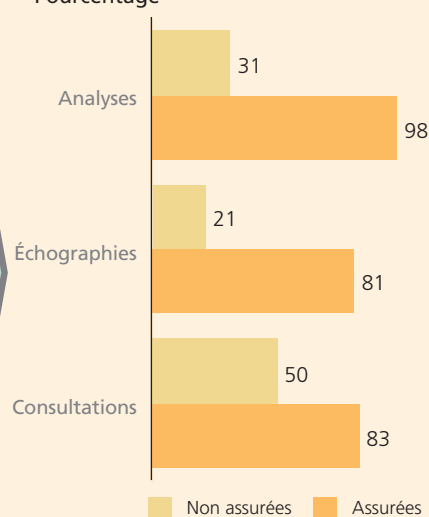
Pour un forfait d'environ 15 dollars, les patientes bénéficient de soins prénatals et postnatals, comprenant:

- Consultations médicales
- Tests de diagnostic
- Pharmacie
- Information
- Soins d'urgence nécessaires
- Premières vaccinations

La mortalité maternelle était de 747 (pour 100 000 naissances) pour les patientes non assurées, et de 100 pour les patientes assurées

Présence aux rendez-vous

Pourcentage



Note : programme expérimenté tout d'abord dans deux régions (Sebkhha et El Mina) en novembre 2002 et déployé depuis dans d'autres zones ; les taux d'adhésion pendant la période pilote ont dépassé les 60 %.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

souffrent les populations rurales dans les zones où le secteur public est souvent absent. À cet égard, l'exemple de la caisse nationale d'assurance maladie des fonctionnaires tanzaniens est éloquent. Les syndicats, au départ favorables, font aujourd'hui remonter les plaintes des enseignants des zones rurales : les cotisations d'assurance maladie sont prélevées automatiquement sur leur paye alors qu'ils ne peuvent pas bénéficier des prestations du fait de l'absence de prestataires publics de qualité acceptable dans leur secteur.

L'Afrique a besoin d'aide pour développer ses systèmes de mutualisation des risques

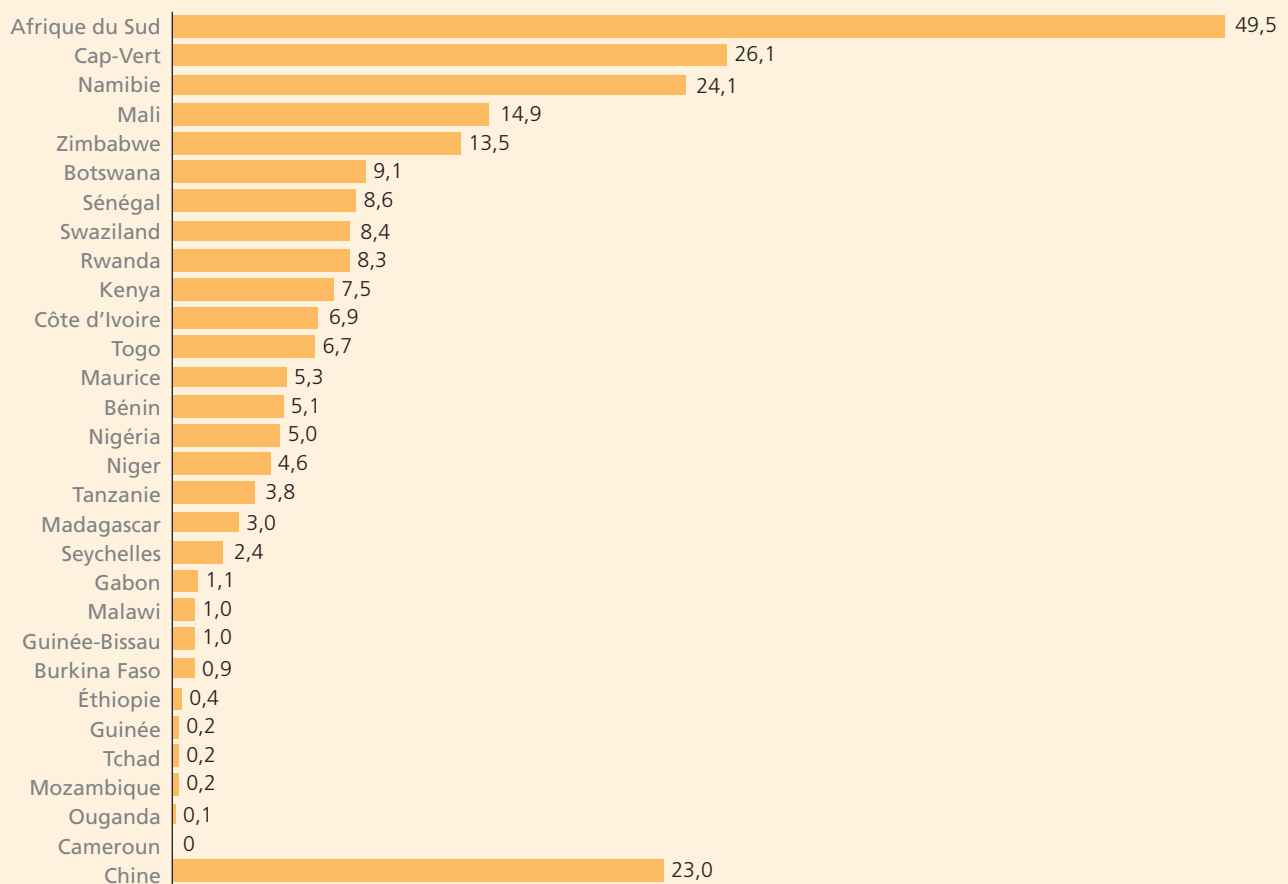
De nombreuses formes de mutualisation des risques existent déjà en Afrique subsaharienne,

mais elles ne couvrent qu'un très petit pourcentage de la population. Selon une étude réalisée sur 12 pays majoritairement d'Afrique de l'Ouest⁷², seulement 2 % de la population ont adhéré à un régime d'assurance communautaire. La figure 2.3 ci-dessous montre comment la mutualisation des risques — qu'elle prenne la forme d'un régime de sécurité sociale gouvernemental ou d'une assurance privée — ne représente aujourd'hui qu'un petit pourcentage des dépenses totales de santé dans plus de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne. La mutualisation des risques est peu répandue dans la quasi-totalité des pays de la région, même en comparaison avec d'autres marchés de la santé encore au stade du développement (comme la Chine).

Figure 2.3

Dépenses de soins dans le cadre d'un régime de sécurité sociale* ou d'une assurance privée prépayée**, 2003

Pourcentage des dépenses totales



* Régimes obligatoires gérés par l'État.

** Régimes d'assurance privée, régimes d'assurance sociale privée, régimes d'assurance commerciaux et à but non lucratif (mutuelles), HMO et autres agents économiques gérant des prestations médicales et paramédicales prépayées.

Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.

Modèles de mutualisation des risques en Afrique subsaharienne

	Principales caractéristiques	Exemples en Afrique subsaharienne	Exemples en dehors de l'Afrique subsaharienne
Régimes d'assurance sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Régime public financé par les recettes générales • Veut assurer une couverture universelle mais les montants alloués dans le budget général ne sont souvent pas suffisants pour y parvenir • Malgré la supériorité théorique de ce modèle sur les autres du point de vue de l'équité, ces régimes sont souvent mal gérés et inefficaces, surtout quand les soins sont dispensés uniquement par des prestataires publics 	<ul style="list-style-type: none"> • Ghana (2004) : le National Health Insurance Scheme (créé en 2004) est un mélange de régime financé par l'État et de sécurité sociale • Financé par des taxes sur les consommateurs et les retraités • Couvre actuellement environ 38 % de la population mais vise les 100 % • Mis en œuvre via des mutuelles communautaires publiques et privées et des régimes privés 	<ul style="list-style-type: none"> • Royaume-Uni • Nouvelle-Zélande • Suède
Assurances de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds d'assurance para-étatique ou indépendant, à but non lucratif, financé principalement par des cotisations obligatoires prélevées sur les salaires • Couverture liée à la population cotisante (employés du secteur structuré) bien qu'on puisse essayer de l'étendre à d'autres (ex. : chômeurs, employés du secteur informel), ce qui s'avère souvent difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Kenya : le système a été créé au départ en 1966 en tant que régime universel financé par l'État, mais a été profondément réformé en 1998 pour devenir un régime d'assurance sociale associant une couverture obligatoire de tous les employés et l'adhésion volontaire pour les autres ; nombre d'adhérents actuel : env. 1,6 million • De nombreux régimes ont été votés récemment, notamment en Tanzanie (1999) et au Nigéria (2006). • Nigéria (2005) : déployé actuellement pour les fonctionnaires, pour arriver, à terme, à une couverture universelle • L'Ouganda est en train d'élaborer un régime d'assurance sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Courant dans l'Union européenne (ex. : Allemagne, France) et en Amérique latine (ex. : Argentine) • République de Corée
Assurances privées	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement des assurances volontaires commerciales financées par des cotisations individuelles ou d'employeurs indépendantes des revenus, ou avec le concours de donateurs • Peut assurer une couverture principale ou exister parallèlement à des régimes publics • La concurrence entraîne des gains d'efficacité mais l'antisélection par les assureurs et le fait que les cotisations soient uniquement privées limitent souvent l'accès aux populations riches et en bonne santé • Variante : au lieu d'acheter une couverture auprès d'assureurs privés externes, les grands employeurs peuvent constituer leur propre groupe de risques et s'auto-assurer 	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des pays ont un très petit nombre d'assureurs privés qui couvrent les populations riches ou étrangères • Ces assurances sont plus répandues en Namibie et au Zimbabwe, bien qu'elles couvrent encore un pourcentage relativement faible de la population (Zimbabwe : 6 % en 2002) • Courantes aussi en Afrique du Sud 	<ul style="list-style-type: none"> • Chili, Singapour, États-Unis, Uruguay
Assurances de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement des systèmes de mutualisation des risques à prépaiement, sans but lucratif, à adhésion volontaire ou imposée par l'employeur • Composantes clés : solidarité et contrôle des adhérents • Peut prendre différentes formes, y compris la micro-assurance • Bien qu'offrant une couverture à des populations généralement non assurées, le petit nombre d'adhérents et leur faible revenu limitent la protection fournie et la viabilité du régime 	<ul style="list-style-type: none"> • En progression dans une bonne partie de l'Afrique occidentale, centrale et orientale ; couverture encore < 5 % de la population • Dans certaines parties de l'Afrique de l'Est (ex. : Rwanda, Tanzanie), ces assurances ont la particularité d'être mises en place par les autorités gouvernementales au lieu des communautés 	<ul style="list-style-type: none"> • Courantes en Asie (ex. : Philippines) et en Amérique latine (ex. : Mexique) • Précurseur des régimes d'assurance sociale en Allemagne, au Japon et en République de Corée

Source : Gottret, 2006 ; Atim, 1998 ; Ndiaye, 2007 ; entretiens dans les pays.

De plus en plus d'États envisagent de mettre en place des régimes nationaux d'assurance maladie mais, comme le montrent les exemples du Kenya et de l'Ouganda, ils rencontrent d'énormes difficultés (voir l'encadré). Dans ces deux pays, les pouvoirs publics ont dû faire face à une opposition importante à l'introduction de ce type de régime. À chaque fois, les différents segments de la société opposés à cette idée se retrouvaient sur un point : le fait que le secteur privé ne participe pas au régime.

En dehors des caisses nationales, les régimes privés — qu'il s'agisse d'assurances commerciales ou de mutuelles communautaires — auront du mal à se développer sans une aide, notamment technique, pour créer les conditions propices à leur expansion.

Le nombre de régimes d'assurance maladie communautaires a considérablement augmenté ces dernières années. En Afrique de l'Ouest par exemple, où l'on en trouve une majorité, il y avait 76 régimes opérationnels en 1997 et 626 en 2006⁷³. Néanmoins, ce sont souvent de petites structures à la viabilité incertaine. Certains pays ont créé des organismes publics, comme la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat au Sénégal, chargés d'organiser et d'aider ces régimes afin d'assurer leur pérennité. Le Mali a un établissement technique privé (l'UTM) qui met au point des outils pour former la population aux systèmes communautaires de mutualisation des risques et qui assure des formations afin d'aider à la création de tels régimes. Toutefois, son financement n'est pas garanti puisqu'il s'agit d'une ONG.

Il faut également vaincre les barrières culturelles qui n'incitent pas les Africains à épargner en prévision de leurs besoins de santé futurs, et développer leur confiance envers les entités chargées de gérer les fonds, qu'elles soient publiques ou privées. Tant en Ouganda qu'au Kenya, l'opposition aux régimes nationaux d'assurance maladie était due notamment à un manque de confiance et aux craintes de corruption dans la gestion du fonds. La confiance dans un mécanisme censé payer pour des risques à venir est particulièrement difficile à instaurer en Afrique subsaharienne du fait de sa diversité ethnique, de la faible cohésion sociale nationale et des faibles niveaux de solidarité/identification entre groupes sociaux, ainsi que des dissensions et des conflits civils qui règnent dans certaines régions.

D'autre part, il est nécessaire de disposer de données de meilleure qualité concernant la population, la santé et les coûts pour pouvoir évaluer les risques, fixer les cotisations, suivre les résultats et recruter des prestataires. Dans beaucoup de pays, il n'existe pas de registres d'état-civil ou

Ces dernières années, un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne ont cherché à mettre en place des régimes nationaux ou sociaux d'assurance maladie et essuyé l'opposition de différents groupes d'intérêt sur des aspects précis des régimes envisagés :

- En Ouganda, les autorités sont en train de créer un régime social d'assurance maladie. Bien qu'ils soient favorables au principe d'une mutualisation des risques et de la fourniture d'une couverture de santé à la population, un ensemble d'associations d'employeurs, de compagnies d'assurances et de prestataires privés se sont associés pour faire campagne contre la proposition du Gouvernement qui prévoit de gérer et d'administrer le régime. Le Gouvernement a donc décidé d'examiner les solutions possibles dans lesquelles les acteurs du secteur privé joueraient un rôle dans la gestion du fonds.
- Le Gouvernement kényan doit lui aussi se battre contre les syndicats de fonctionnaires qui ne sont pas d'accord pour que leurs allocations médicales servent à cotiser au régime d'assurance sociale. Un large éventail d'associations professionnelles et de syndicats de salariés et de fonctionnaires ont soulevé d'autres interrogations. En dehors des craintes de sous-représentation, de corruption et d'inefficacité, et des discussions sur le niveau des cotisations, les parties concernées ont exprimé leur désaccord sur le manque de participation du secteur privé du côté à la fois des assureurs et des prestataires, même si le Gouvernement a garanti que les bénéficiaires du régime seraient libres d'avoir recours à des prestataires privés accrédités (en étant remboursés aux tarifs inférieurs du secteur public et des missions) et que les assureurs auraient la possibilité de fournir une couverture complémentaire aux personnes intéressées.

de registres de décès, et les statistiques de santé ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre des analyses actuarielles. Dans un système reposant entièrement sur des prestataires publics, il n'y a pas de transparence sur le coût des services, mais pour acheter — et non simplement subventionner — des services de santé, il faut savoir combien on va devoir payer.

Les réglementations qui traitent les HMO sur le même plan qu'une assurance automobile ou qu'une assurance-vie, ou même qu'une assurance maladie remboursant les dépenses des patients, constituent un frein majeur au développement de ce type de régimes. Dans la mesure où les HMO fournissent eux-mêmes les services aux assurés, ils contrôlent souvent beaucoup mieux les coûts que les assureurs traditionnels — pourtant, dans beaucoup de pays, ils sont classés avec les autres assureurs et doivent avoir le même capital minimum. Pour un certain nombre d'assureurs, de responsables de HMO et d'entrepreneurs interrogés dans le cadre de ce rapport, le capital minimum constituait une barrière importante à l'entrée sur le marché en Afrique subsaharienne.

Enfin, tout ce que les pouvoirs publics et les parties prenantes extérieures peuvent faire pour contribuer directement au développement de réseaux organisés de prestataires privés de haute qualité favoriserait l'émergence de grands systèmes privés de mutualisation des risques. La fragmentation extrême des prestataires privés qui existe aujourd'hui limite en soi l'entrée de grandes entreprises de mutualisation des risques. Pour être performantes, ces entreprises doivent gagner en efficacité sur leurs achats de services, ce qui est difficile à réaliser tant que les prestataires n'auront pas commencé à se regrouper en réseaux.

Programme d'action

Il y a beaucoup de choses que les autorités locales, les bailleurs de fonds et la communauté internationale peuvent faire pour augmenter le pourcentage de la population couverte par des systèmes de mutualisation des risques en Afrique subsaharienne.

Les pouvoirs publics peuvent :

- élaborer des systèmes de financement de la santé cohérents offrant la meilleure combinaison de mécanismes de mutualisation des risques (régimes nationaux et régimes communautaires et privés) ;
- permettre la participation du secteur privé aux régimes nationaux d'assurance maladie, à la fois en passant des marchés auprès de prestataires de soins privés et en sous-traitant une partie des activités administratives ou de gestion de fonds au secteur privé ;
- développer les capacités nécessaires pour promouvoir, mettre en œuvre et surveiller les systèmes communautaires de mutualisation des risques ;
- instaurer des mesures d'incitation pour encourager la population à souscrire une assurance privée ou communautaire si nécessaire dans le cadre d'un système de financement de la santé cohérent ;
- établir des données démographiques et sanitaires et les mettre à la disposition du secteur privé ;
- définir un montant de capital minimum spécifique aux activités de santé pour les assureurs de type HMO ;
- créer des entités chargées d'aider au développement et à l'extension des régimes d'assurance communautaires.

Les bailleurs de fonds peuvent :

- aiguiller une partie de leur aide vers des organismes de mutualisation des risques privés,

publics ou communautaires, par exemple sous la forme de cotisations subventionnées permettant d'étendre la couverture aux ménages les plus pauvres.

La communauté internationale peut :

- aider les États à élaborer les cadres réglementaires souvent complexes qui sont nécessaires pour que les systèmes privés de mutualisation des risques puissent fonctionner correctement ;
- aider les bailleurs de fonds à trouver des modes d'assistance susceptibles d'aider à vaincre les barrières culturelles qui freinent le développement de l'épargne et de l'assurance et d'encourager les adhésions individuelles à des systèmes de mutualisation des risques ;
- développer la recherche sur le terrain pour étudier les effets des différents régimes sur les résultats sanitaires, l'efficacité du système de santé et la qualité, afin d'identifier les bonnes pratiques et de tirer les leçons des échecs.

3. Affecter au secteur privé de la santé une partie du budget public et des fonds des donateurs

La mutualisation des risques n'est qu'un moyen parmi d'autres par lequel le secteur public et les bailleurs de fonds peuvent mettre le secteur privé à contribution pour améliorer l'accès et la qualité des soins. D'autres mécanismes possibles, expliqués ci-après, consistent à affecter au secteur privé une partie des deniers publics ou des capitaux des donateurs pour assurer un minimum de revenu stable grâce auquel les entreprises privées pourront se développer.

Pouvoirs publics

Dans le monde entier, les gouvernements réfléchissent de plus en plus à la façon dont ils pourraient exploiter les capacités du secteur privé pour répondre aux besoins de la population, et cela est vrai aujourd'hui dans le domaine de la santé comme dans les infrastructures plus traditionnelles comme le transport et l'énergie. Les données — toutefois peu nombreuses — dont on dispose semblent montrer que ce type de mécanismes peut avoir un impact positif. Dans une étude de 2005⁷⁴ sur les contrats passés avec le secteur privé dans les pays en développement (dont un d'Afrique subsaharienne), le secteur privé a été plus performant sur le plan de la qualité et de la couverture, et a souvent fourni des services moins chers que les services publics équivalents.

Les secteurs public et privé peuvent travailler ensemble de nombreuses façons différentes, récapitulées à la figure 2.4. Bien qu'actuellement, très peu de ces idées aient été expérimentées dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne, certains exemples intéressants sont présentés — comme celui du Lesotho — qui pourraient servir de modèles (voir l'encadré de la page 28).

De nombreux facteurs expliquent que le secteur privé ne soit pas plus impliqué dans les priorités de santé publique en Afrique subsaharienne.

- Beaucoup d'États n'ont pas les moyens ou la capacité de recruter, facturer, superviser, évaluer ou gérer correctement des sous-traitants du secteur privé.
- Bon nombre de dirigeants politiques ne voient pas ce que peut apporter le partenariat avec le secteur privé, ou sont opposés par principe à la participation d'acteurs privés au secteur de la santé.

- Dans certains pays, les capacités du secteur privé sont limitées, et là où le marché privé est peu développé, les prix sont souvent élevés du fait de l'absence de concurrence.
- Les lois et réglementations existantes peuvent rendre difficiles la réduction du corps des fonctionnaires et leur remplacement par des prestataires privés — même là où il serait beaucoup plus économique de faire appel à des entreprises privées pour des services tels que le nettoyage, la sécurité, le transport ou la restauration.

Ces obstacles ne seront pas faciles à surmonter, mais les pouvoirs publics pourraient s'y attaquer immédiatement en réfléchissant à leur attitude vis-à-vis de la participation des entreprises privées au secteur de la santé, et en indiquant d'une part les domaines où ils souhaiteraient les mettre à contribution, et d'autre part ce qu'ils comptent faire pour encourager leur participation dans ces

Figure 2.4

Interactions potentielles entre les secteurs public et privé de la santé

Type	Description et exemples
Achats	<ul style="list-style-type: none"> • Achat de fournitures ou d'équipement auprès de sources externes privées (ex. : ONG, centres de santé privés, etc.)
Transfert de fonds	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds transférés au secteur privé en échange de la fourniture d'un épisode de soins concret, équivalant à un subventionnement de la fourniture du service (ex. : dons à des ONG pour des soins à des malades du VIH/SIDA, bons pour des consultations maternelles)
Sous-traitance de services internes	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur privé fournit un ensemble défini de services à des établissements publics, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> – services d'appui non cliniques (ex. : nettoyage, maintenance, hôtellerie/ restauration, transport, sécurité, blanchisserie, etc.) – services cliniques auxiliaires (ex. : analyses médicales, radiologie) – services cliniques principaux (ex. : chirurgie, procréation) – administration déléguée
Sous-traitance de services externes	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur privé fournit un ensemble défini de services pour le secteur public dans des locaux privés (ex. : programmes de vaccination, programmes de nutrition, campagnes d'information des consommateurs)
Contrats de gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur privé assure des fonctions de gestion (ex. : recrutement et personnel, services généraux, formation permanente) pour des établissements publics
Location	<ul style="list-style-type: none"> • Exploitation et gestion temporaires d'établissements publics par des acteurs privés qui supportent tous les risques et conservent tous les bénéfices, mais n'ont pas la propriété des installations
Concession	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur privé fait des dépenses d'équipement pour des installations nouvelles ou existantes et transfère la propriété au secteur public après un délai défini (ex. : construction-exploitation-transfert)
Cession/privatisation	<ul style="list-style-type: none"> • Vente d'un établissement public au secteur privé (ex. : construction-propriété-exploitation-transfert) qui en reprend l'exploitation et la propriété

Source : adapté de Marek, 2003 ; USAID, 2006 ; Loevinson, 2003 ; Harding, 2003.

Au Lesotho, une initiative en cours à l'hôpital Queen Elizabeth montre les possibilités de collaboration entre secteur public et secteur privé. Le Groupe des services-conseils de l'IFC travaille avec le Gouvernement du Lesotho pour sous-traiter au secteur privé la construction et la gestion d'un hôpital de 400 lits et de deux centres de santé associés. En Afrique subsaharienne (hors Afrique du Sud), le secteur privé n'a jamais été très tenté de répondre aux appels d'offres portant sur la gestion d'établissements publics, pour deux raisons : la taille de l'établissement n'est pas toujours suffisante pour garantir l'intérêt financier de l'opération, et 2) les pouvoirs publics peuvent ne pas payer les services rendus. Avec l'hôpital Queen Elizabeth, ces deux risques ont été éliminés. Le chiffre d'affaires annuel de l'établissement devrait se situer entre 18 et 20 millions de dollars, ce qui a attiré plusieurs opérateurs d'Afrique du Sud. Et par ailleurs, le Gouvernement du Lesotho bénéficie d'une garantie partielle des risques souverains de la Banque mondiale, qui assure le règlement des prestataires privés au moyen d'un système de paiement unitaire sur 17 ans.

domaines. Une telle transparence aiderait les entités privées — et leurs investisseurs — à faire porter leurs efforts en priorité sur les pays et les domaines dans lesquels les autorités gouvernementales sont disposées à travailler en partenariat avec eux pour développer l'offre de santé.

Bailleurs de fonds

Bien que la plupart des ressources des donateurs affectées à la santé en Afrique subsaharienne soient versées au secteur public plutôt qu'au secteur privé (comme on le voit sur la figure 2.5), la répartition varie beaucoup d'un pays à l'autre.

Outre les écarts nationaux sur le plan des secteurs bénéficiaires, on observe d'autres différences dans l'affectation des fonds, qui sont étroitement liées à la taille des donateurs. Les grands bailleurs de fonds, notamment les principaux organismes multilatéraux et bilatéraux et les institutions de financement, injectent généralement l'essentiel de leur aide au secteur public, afin d'appuyer les budgets des ministères des Finances et de la Santé dans tel ou tel pays d'Afrique subsaharienne. Deux exceptions notables sont le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), qui alloue des sommes importantes au secteur privé pour la distribution de médicaments antirétroviraux, et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), qui permet aux entreprises privées de solliciter ses fonds. Une autre exception est constituée par les gouvernements jugés trop corrompus, incompetents ou négligents

pour gérer l'aide internationale. Dans ces cas, on sait que des bailleurs de fonds versent une plus grande part de leur argent au secteur privé (habituellement par le canal des ONG).

D'un autre côté, les plus petits donateurs, parmi lesquels on trouve surtout des fondations privées et des organisations confessionnelles, consacrent la majorité (sinon la totalité) de leurs fonds au secteur privé. Toutefois, ils ont tendance à aider directement des organismes prestataires (le plus souvent à but non lucratif) au lieu d'améliorer la capacité des pauvres à payer des services de santé, par exemple en subventionnant leur adhésion à une assurance ou à un autre système de mutualisation des risques.

En dehors du sous-secteur de la distribution, les entreprises commerciales participent rarement aux activités financées par les bailleurs de fonds. Il n'y a que dans la distribution que l'on voit couramment des entreprises commerciales jouer un rôle important dans ce type d'activités. Par exemple, Fuel en Afrique du Sud, Universat Logistics Company au Sénégal et Shely's Pharmaceuticals, Ltd. au Kenya, distribuent aux usagers des médicaments, des moustiquaires imprégnées d'insecticide contre le paludisme, et des préservatifs, pour le compte de donateurs et d'organismes multilatéraux, contre une petite marge.

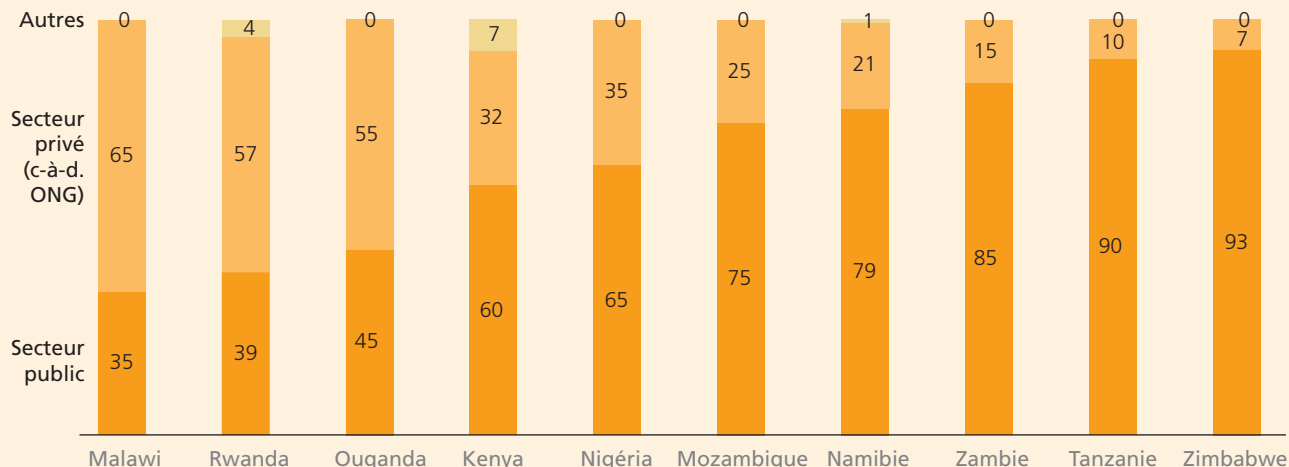
Compte tenu du fait que certains pays sont considérés comme ayant quasiment atteint leur capacité d'absorption d'aide externe supplémentaire, et que le secteur privé est capable de dispenser des services de santé de haute qualité d'une manière efficace et équitable, la communauté internationale devrait réfléchir à la possibilité de :

- affecter spécifiquement une plus grande part de son aide à des acteurs privés, en particulier ceux qui augmentent la capacité des pauvres à payer pour les services de santé, et ce faisant favorisent le développement de prestataires de haute qualité ;
- combiner l'aide extérieure à des financements commerciaux afin de permettre la création et l'expansion d'entités privées plus viables, notamment d'entreprises sociales dans le secteur de la santé ;
- aider les autorités locales à améliorer leurs capacités à gérer la passation des marchés et les contrats avec le secteur privé ;
- trouver des moyens de réduire les risques pour les acteurs privés prêts à conclure des contrats avec les pouvoirs publics (comme dans l'exemple du Lesotho).

Figure 2.5

Bénéficiaires des fonds des donateurs extérieurs

Pourcentage du total



Source : comptes nationaux de la santé 1997-2002 (année disponible la plus récente) ; étude McKinsey.

Employeurs

Le secteur structuré de l'économie étant encore peu développé en Afrique subsaharienne, les employeurs jouent généralement un rôle très limité dans les dépenses totales de santé, allant de 2 % au Kenya à 11 % en Zambie. Là où les employeurs participent au système de santé, leur implication peut être à la fois directe (ils peuvent par exemple exploiter leurs propres centres de santé) et indirecte (ils peuvent acheter des services de soins pour leurs employés). De plus en plus d'entreprises ayant pris conscience de leur responsabilité sociale, certaines ont commencé à participer encore davantage. Ainsi, au Ghana, AngloGold finance et met en œuvre un programme de lutte contre le paludisme pour ses propres employés et les communautés dans lesquelles ils vivent⁷⁵. Plusieurs initiatives du même type sont en cours en Afrique subsaharienne, par exemple le programme de lutte contre le paludisme de BHP Billiton au Mozambique⁷⁶ et le programme de surveillance et de traitement du VIH/SIDA de Coca Cola⁷⁷, également au Mozambique. Là où des employeurs privés participent à l'offre de santé, le secteur privé de la santé reçoit la grande majorité des fonds dépensés (figure 2.6).

Ainsi, les employeurs, notamment les multinationales, peuvent manifestement contribuer au développement du secteur privé de la santé à l'échelon local en sous-traitant la fourniture des services de soins pour leurs

employés. Par exemple, Shell Nigeria, qui avait l'habitude de gérer ses propres centres de santé, commence à sous-traiter ces services à un réseau local de prise en charge intégrée, ce qui va aider à renforcer les capacités locales et bénéficiera à l'ensemble de la communauté dans les alentours.

4. Veiller à ce que les politiques et les réglementations locales acceptent et favorisent le rôle du secteur privé

Les politiques et les réglementations locales peuvent freiner le développement du secteur privé de la santé de bien des manières et souvent involontairement. Il peut donc être très utile de les modifier lorsqu'on cherche à mobiliser davantage un secteur privé de la santé socialement responsable.

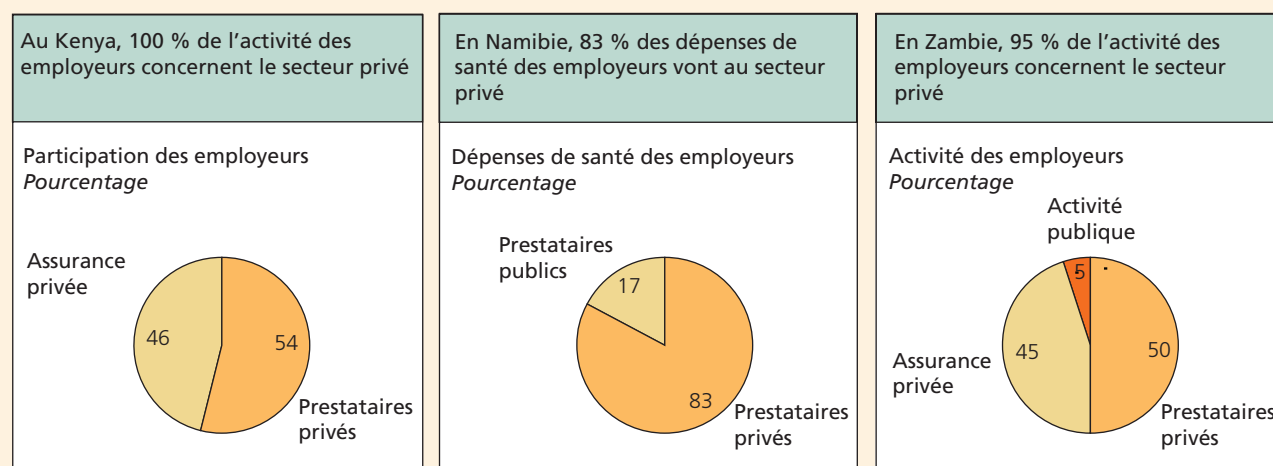
On trouvera ci-dessous certaines des possibilités de réforme les plus fréquemment rencontrées, qui permettraient aux États soit de se désengager, soit de créer activement un environnement propice à la participation du secteur privé.

Procédures réglementaires lourdes et contraignantes

Comme en fait longuement état le rapport *Doing Business* publié chaque année par la Banque mondiale, des procédures d'immatriculation coûteuses, lentes et inutilement complexes peuvent être dissuasives pour qui veut se lancer dans une

Figure 2.6

Exemples de dépenses et d'activité des employeurs en matière de santé dans plusieurs pays



Source : comptes nationaux de la santé ; étude McKinsey.

activité, quelle qu'elle soit, et empêcher la croissance des entreprises existantes. Au cours de nos entretiens avec des entreprises de la santé, différents problèmes spécifiques ont aussi été évoqués concernant la création d'entreprises de santé solides et l'accès à des médicaments de qualité. En dehors de régler les questions de l'acceptation et de l'application de normes de qualité et celle du capital minimum requis pour créer un HMO (toutes deux déjà expliquées dans cette section), les pouvoirs publics doivent s'employer à :

- libéraliser la réglementation sur la propriété des chaînes de pharmacies pour permettre le développement des chaînes et la concurrence des prix. Au Sénégal par exemple, les pharmaciens ne peuvent posséder qu'une seule officine car la loi exige qu'ils soient présents en permanence dans leur magasin. De même, le développement des laboratoires d'analyses médicales est limité par le fait que seuls les biologistes diplômés peuvent détenir des fonds dans ce type d'entreprises ;
- établir des programmes de reconnaissance régionale des qualifications, qui favoriseront la mobilité des prestataires et des agents de santé entre pays voisins — et permettront le retour de professionnels nationaux formés à l'étranger ;
- simplifier les procédures administratives pour la création d'organismes à but non lucratif prestataires de services de santé dans un pays donné ;
- élaborer des exigences communes au niveau

régional en matière d'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Par exemple, les organismes de réglementation des produits alimentaires et pharmaceutiques du Ghana et du Nigéria ont commencé à coopérer de façon officieuse, de manière que lorsqu'un médicament reçoit son autorisation de mise sur le marché dans l'un des pays, la procédure d'autorisation engagée dans l'autre pays en tient compte.

Politiques des ressources humaines pour la santé

Le secteur de la santé en Afrique subsaharienne traverse une véritable crise des ressources humaines, qui représente un obstacle majeur au développement de l'offre de soins dans la région, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. La pénurie de personnel dans le secteur public de la santé explique pour beaucoup la réticence des hauts fonctionnaires à favoriser le développement des prestataires privés, lesquels risqueraient d'aller puiser dans les précieux effectifs de la fonction publique.

Le Mozambique est ici un cas d'espèce. Avec seulement 850 médecins pour une population de 19 millions d'habitants, on comprend que les responsables du ministère de la Santé voient d'un mauvais œil les opérateurs privés commerciaux et à but non lucratif qui privent le secteur public de professionnels qualifiés. De même, certains bailleurs de fonds, soucieux d'accélérer la prise en charge des malades du VIH/SIDA, se concurrencent les uns les autres pour attirer le

personnel médical vers leurs programmes en leur offrant des allocations supplémentaires et des avantages plus intéressants.

Il n'est donc pas surprenant que, dans beaucoup d'États, la réglementation oblige les médecins, ou au moins certains médecins, ainsi que le personnel infirmier et les pharmaciens, à n'exercer que dans le public. Il est clair également que l'exercice mixte (public et privé) par les professionnels de santé n'est pas exempt de risques. Les craintes les plus évidentes qu'il peut susciter sont notamment le détournement de ressources publiques rares (ex. : l'utilisation d'installations et de médicaments), la soustraction de patients au secteur public⁷⁸, la baisse de qualité des soins et l'augmentation des délais d'attente dans le secteur public.

En revanche, autoriser l'exercice libéral à temps partiel ou après la journée de travail peut avoir des avantages. Le temps d'attente peut être diminué dans le secteur public, dans la mesure où les patients prêts à payer peuvent être soignés en fin de journée ; permettre aux professionnels de santé de compléter leurs revenus peut éviter au secteur public de voir partir des personnels soignants qualifiés, et le fait d'officialiser l'exercice mixte peut contribuer à faire reculer la pratique des paiements « sous le manteau » courante dans la médecine publique de bien des pays.

En Tanzanie, 10 à 15 % des diplômés de médecine émigrent ou abandonnent la pratique médicale, tandis que les personnels infirmiers ont souvent un deuxième emploi en dehors de la santé (généralement dans l'agriculture) pour augmenter leur revenu. Ces chiffres montrent qu'il serait plus profitable d'autoriser les agents de santé à compléter leurs revenus en travaillant aussi sur le marché privé de la santé, que de leur interdire d'exercer leur métier en dehors de la fonction publique.

Ainsi, aussi bien intentionnées soient-elles, les réglementations qui limitent la capacité des professionnels de santé à participer au secteur privé peuvent avoir comme effet pervers d'exacerber la pénurie de ressources humaines que connaît le secteur de la santé, sans avoir d'effets positifs manifestes sur le secteur public. Cela étant dit, les pouvoirs publics semblent ne pas avoir beaucoup les moyens de faire appliquer ces réglementations, et un grand nombre de professionnels travaillent activement dans les deux secteurs, en dépit des réglementations qui le leur interdisent. En Tanzanie par exemple, 60 à 80 % des médecins fonctionnaires travaillent au noir⁷⁹, et en Zambie, bien que les jeunes médecins travaillant dans la fonction publique ne soient pas

autorisés à travailler aussi dans le secteur privé, chacun sait que beaucoup d'entre eux le font⁸⁰.

Les pouvoirs publics devraient envisager de :

- revoir leurs politiques de personnel pour les professions de santé — en particulier celles qui restreignent la participation des prestataires au secteur privé, dans l'optique de supprimer ou de modifier celles qui ont des conséquences imprévues et négatives. Lorsque la politique publique prévoit une « soupape » de participation au secteur privé et une surveillance des détournements de fonds publics, les deux secteurs public et privé ont des chances d'y gagner en termes de disponibilité des ressources humaines. Ainsi, le principe d'autoriser les médecins fonctionnaires à avoir une pratique privée, peut-être même en utilisant des équipements publics en échange d'une redevance, aidera à garder ces médecins dans le pays et dans le secteur de la santé ;
- mobiliser le secteur privé pour combler les besoins en ressources humaines en autorisant, et dans la mesure du possible en encourageant les formations privées pour les professionnels de santé, y compris les gestionnaires du secteur de la santé. À Dakar par exemple, sur les 250 infirmiers et infirmières diplômés chaque année, 150 sortent de l'une des 13 écoles de soins infirmiers privées de la ville.

Droits de douane et autres obstacles aux échanges

Les politiques publiques qui restreignent l'accès aux fournitures médicales ou qui renchérissent leur coût sont un souci majeur autant pour les entreprises privées que pour les patients. Des procédures douanières contraignantes sont souvent la cause d'importants retards d'acheminement qui augmentent les coûts pour les consommateurs. Dans certains pays, les droits de douane et les prélèvements à l'importation sur les produits médicaux sont beaucoup plus élevés que ceux appliqués aux autres catégories de produits. Au Kenya, les commissions des importateurs, les redevances portuaires, les droits de formalités en douane et les droits de déclaration d'importation représentent en général 21 % du prix de vente final d'un médicament. De même, les coûts d'importation hors fret représentent une part importante des prix de vente du secteur privé en Éthiopie (10 %) et au Ghana (12 %)⁸¹. Bien que ces taxes augmentent les recettes publiques et puissent encourager la production locale, elles

relèvent aussi le prix des médicaments, restreignant ainsi l'accès aux traitements et aux fournitures dont les patients ont besoin.

D'autres réglementations que les douanes peuvent augmenter les coûts de fonctionnement des entreprises privées et compliquer l'accès à des produits abordables. Au Sénégal, les marges fixées pour les pharmaciens (23 % du prix des produits) n'incitent pas ceux-ci à remplacer les médicaments de marque par des génériques moins chers.

Par ailleurs, les différences de réglementation entre les pays concernant le transport et la vente des produits médicaux peuvent perturber les schémas établis de distribution et de vente. C'est dans les pays les plus pauvres que cette situation a le plus de conséquences sur la disponibilité des produits, les producteurs n'ayant pas forcément envie d'aller vendre sur des marchés qu'ils ne jugent pas suffisamment rentables lorsque les opérations d'importation sont particulièrement compliquées.

En théorie, beaucoup de ces réglementations sont censées favoriser les producteurs locaux. Mais si l'on y regarde de plus près, ces barrières commerciales ne procurent aucun avantage. Au Nigéria et au Ghana, si les obstacles à l'importation sur certains produits protègent peut-être l'industrie pharmaceutique locale à court terme, à plus longue échéance, ils n'encouragent pas à améliorer la qualité dans la mesure où ils réduisent la concurrence avec les sociétés étrangères. En République démocratique du Congo, les droits de douane sur les produits finis et les principes actifs pharmaceutiques sont les mêmes, mais les taxes sur les matériaux de conditionnement sont supérieures. Or, comme on trouve sur place peu de matériaux utilisables pour le conditionnement des médicaments, le taux réel des taxes pour les produits locaux est plus élevé que pour les produits importés.

En Afrique du Sud, les règles de passation des marchés publics, conçues pour favoriser l'industrie locale, produisent souvent l'effet contraire. Sur un total de dix points, quatre sont attribués aux fournisseurs locaux, mais ces points ne sont pas pondérés en fonction de la contribution locale à la valeur ajoutée. Ainsi, une petite filiale d'une entreprise étrangère ayant recours aussi peu que possible aux ressources locales peut obtenir le même nombre de points qu'un grand fabricant local qui apporte beaucoup à l'économie nationale en termes de valeur ajoutée.

Les pouvoirs publics devraient examiner la possibilité de :

- adopter un point de vue plus nuancé sur les barrières à l'importation. Par exemple, un État qui veut appuyer le développement de l'industrie pharmaceutique locale doit prendre aussi en compte les conséquences que la moindre concurrence des produits importés va avoir en aval sur le secteur de la santé. Dans certains cas, les autorités auraient intérêt à diminuer les obstacles mis à l'importation de produits de santé, en particulier ceux pour lesquels les acteurs locaux n'ont pas la capacité ou le potentiel pour être compétitifs en termes de coûts ;
- chercher à accélérer les formalités douanières et les autres opérations de traitement du fret pour les produits de santé.

5. Améliorer la capacité des institutions financières locales à appuyer les entreprises de santé

Le caractère fragmenté du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne (évoqué plus haut dans ce rapport) est notamment dû au fait que les entrepreneurs et les acteurs économiques ont du mal à obtenir des financements auprès des institutions financières établies pour développer leurs activités ou en lancer de nouvelles. Ce manque d'accès à des financements formels n'est pas spécifique au secteur privé de la santé. Moins de 25 % de la population des pays en développement ont accès à des services financiers formels (contre 90 % dans les pays industrialisés)⁸².

En Afrique subsaharienne, les entreprises du secteur de la santé sont souvent des petites et moyennes entreprises (PME), pour lesquelles le problème de l'accès au capital est encore plus aigu. Selon le *Rapport sur le développement dans le monde 2005* de la Banque mondiale, les petites entreprises obtiennent 5 % de leurs financements par des banques, contre 22 % pour les grandes firmes.

La situation vient en partie du manque d'expérience et de savoir-faire des prêteurs. Bien que quelques investisseurs aient réussi dans le secteur — comme au Kenya, où des banques locales ont prêté plus de 30 millions de dollars au secteur de la santé en 2006 et recherchent activement de nouveaux investissements⁸³, le fait que les banques aient un savoir-faire limité en matière de prêts aux PME et une mauvaise connaissance du secteur de la santé en général les

amène à avoir une perception du risque plus grande que la réalité lorsqu'elles évaluent les prêts à des entreprises de santé. S'ajoute à cela l'incapacité dans laquelle beaucoup d'entreprises de santé se trouvent de fournir le type d'informations financières qu'exigent les prêteurs du secteur structuré. L'opacité qui caractérise ainsi ces entreprises contribue à créer la perception que les PME sont des emprunteurs à haut risque.

L'accès limité à des financements ou leur coût élevé ont maintenu le secteur de la santé dans l'état de fragmentation que l'on connaît en Afrique subsaharienne, qui contribue au manque de performances du secteur par l'absence d'économies d'échelle en matière d'achats, d'équipements, de personnel, de marketing, de distribution et d'administration.

Pour résoudre le problème, les banques centrales et les États de la région pourraient envisager de rendre obligatoire le développement des prêts bancaires aux PME. Au Nigéria, la banque centrale impose à toutes les banques nigérianes de consacrer 10 % de leurs bénéfices après impôt à des prises de participation et à la promotion de PME. Toutefois, les interventions de ce type doivent être soigneusement préparées et suivies pour éviter d'introduire involontairement dans le système financier des distorsions et des incitations défavorables.

La communauté internationale peut agir de différentes façons pour améliorer l'accès des entreprises du secteur de la santé à des capitaux, sous forme de prêts ou de prises de participation, en Afrique subsaharienne. Elle peut par exemple :

- **Informers les banques locales sur le secteur de la santé.** Les parties concernées telles que les institutions de financement du développement (IFD), les bailleurs de fonds bilatéraux, les ONG et les banques centrales doivent investir dans des programmes d'information, d'assistance technique et de formation pour les institutions financières locales, ou tout du moins veiller à ce que les programmes actuels ciblés sur le secteur financier aient une composante d'assistance technique. La formation doit porter en priorité sur l'évaluation des risques spécifiques au domaine de la santé, à la constitution des dossiers de prêts et à l'adaptation des produits de prêts, afin de développer des compétences durables au sein des institutions en matière de santé.
- **Encourager les institutions financières et les banques locales à prêter à des PME du secteur de la santé.** Une autre cause de la maigreur des portefeuilles de prêts au secteur de la santé est

le manque de liquidités à long terme dans les institutions financières locales. Les investisseurs devraient travailler avec les banques locales pour négocier et investir dans des lignes de crédit, des programmes de partage des risques, des mécanismes de cautionnement ou des conditions de prêts subventionnés pour les produits spécifiques au secteur de la santé. Plus immédiatement, les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les fondations et les IFD peuvent injecter de l'argent par le biais des quelques bailleurs de fonds actuels travaillant avec les PME, comme Business Partners et GroFin.

- **Mettre au point des instruments de financement sous forme de prise de participation pour les entreprises de santé.** Les acteurs internationaux doivent privilégier le développement d'instruments de financement sous forme de prise de participation, susceptibles de fournir des capitaux à long terme aux entreprises du secteur privé de la santé sans la pression des profits rapides ou des intérêts à verser. De même, les investisseurs — IFD, fondations, bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux — doivent être prêts à collaborer pour fournir du capital « patient » afin de stimuler l'esprit d'entreprise et d'accélérer la croissance des entreprises de santé dans toute l'Afrique subsaharienne.

Conclusion

Les autorités locales, les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes peuvent tous faire quelque chose pour mobiliser et développer un secteur privé de la santé de haute qualité en Afrique subsaharienne, et améliorer ainsi l'ensemble des systèmes de santé. Les solutions à adopter dépendront largement du contexte politique et social local, du fonctionnement des organismes de réglementation locaux et du niveau actuel de développement du secteur privé structuré de la santé. Néanmoins, les parties concernées devront toutes accorder une importance particulière à cinq grands impératifs, qui sont l'élaboration et l'application effective de normes de qualité, le développement des systèmes de mutualisation des risques, l'affectation au secteur privé d'une part plus importante du budget public et des fonds des donateurs, la création d'un cadre réglementaire favorable à la participation du secteur privé, et l'amélioration de la capacité des institutions financières locales à appuyer les entreprises du secteur privé de la santé.

La stabilité politique a fait des progrès considérables en Afrique subsaharienne ces dernières années. Parallèlement, la région voit son environnement macroéconomique s'améliorer. Le taux de croissance moyen du PIB dans cette région a atteint 5 % par an durant les sept dernières années, et devrait encore progresser d'ici la fin de la décennie.



Section III : Pourquoi faut-il investir dans le secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne

Le mauvais climat de l'investissement en Afrique subsaharienne a longtemps découragé entrepreneurs et investisseurs. Mais aujourd'hui, de nombreux indicateurs tendent à montrer que le climat de l'investissement devient plus attractif. On le voit notamment à la hausse fulgurante de l'investissement direct étranger et des prises de participation étrangères ainsi qu'à la progression importante des indices des marchés boursiers sur le continent. Pour le moment, le secteur de la santé n'a pas beaucoup bénéficié de cette évolution. Même si les investisseurs se disent souvent intéressés par ce secteur, l'essentiel des capitaux sont allés aux télécommunications, aux services financiers, au pétrole, aux minerais, à l'industrie extractive et aux infrastructures.

Cette section du rapport examine les progrès amorcés en Afrique subsaharienne du point de vue du climat de l'investissement, et expose les problématiques propres au secteur de la santé. Il donne également un ordre de grandeur des opportunités d'investissement qui existent dans ce secteur et présente quelques modèles économiques potentiellement intéressants pour différents types d'investisseurs. On trouvera plus de détails sur ces modèles économiques, y compris des études de cas, dans les annexes au présent rapport.

Le climat de l'investissement est en nette amélioration en Afrique subsaharienne

La stabilité politique a fait des progrès considérables en Afrique subsaharienne ces dernières années, comme le montre la figure 3.1. La probabilité que cette stabilité se maintienne est plus élevée du fait des progrès enregistrés dans l'instauration de processus et de structures démocratiques plus solides.

Selon le système de mesure de la liberté politique utilisé par Freedom House, une organisation à but non lucratif basée aux États-

Unis, au cours des dix dernières années, trois pays de la région sont passés de « partiellement libres » à « libres », et huit sont passés de « non libres » à « partiellement libres »⁸⁴. Dans trois cas seulement (Érythrée, Malawi et Zimbabwe), on a observé une diminution de la liberté politique et des libertés civiques.

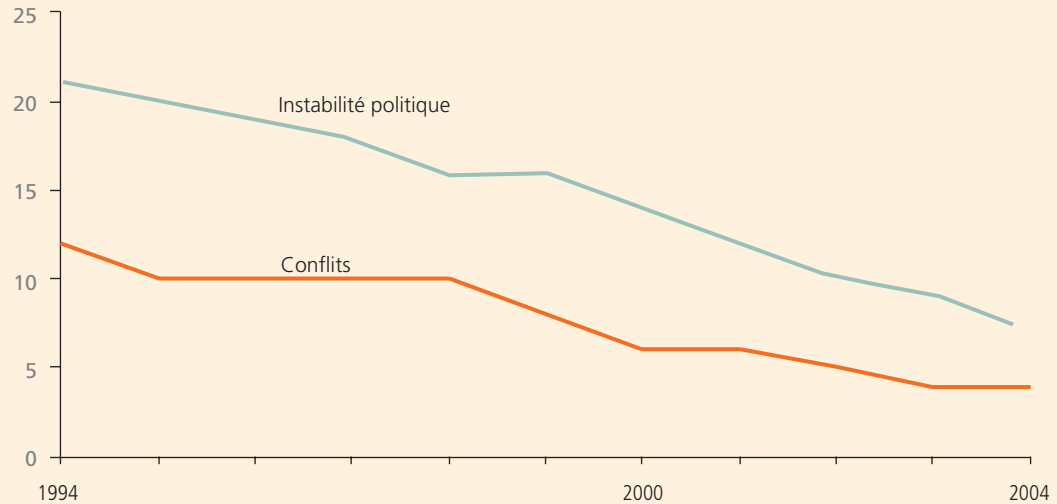
La corruption reste un obstacle majeur à l'investissement, et les perspectives de réformes de fond qui pourraient la faire reculer sont très variables d'un pays à l'autre. Les institutions chargées de maintenir l'équilibre des pouvoirs en Afrique subsaharienne n'ont généralement pas les moyens ni le poids politique nécessaires. De nouvelles organisations telles que la fondation Mo Ibrahim œuvrent à promouvoir la bonne gouvernance en établissant un classement des pays d'Afrique subsaharienne basé sur la qualité de la gouvernance. Ces organisations cherchent aussi à attirer l'attention sur ce problème en décernant des prix d'excellence⁸⁵. La société civile, elle aussi, est de plus en plus active et parle plus ouvertement des problèmes de gouvernance et de corruption. Dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, les médias sont indépendants et critiques, et la corruption est un sujet dont on discute de plus en plus publiquement.

Parallèlement à l'augmentation de la stabilité politique, l'Afrique subsaharienne voit également son environnement macroéconomique s'améliorer. Le taux de croissance moyen du PIB dans cette région a atteint 5 % par an durant les sept dernières années, et devrait encore progresser d'ici la fin de la décennie. Pendant la même période, le taux d'inflation moyen a été divisé par deux, passant de 16 % à moins de 8 %. Dans beaucoup de pays, ces moyennes continentales masquent une réalité encore plus encourageante. L'un des principaux facteurs macroéconomiques responsables de l'amélioration du climat de l'investissement est précisément cette combinaison d'une croissance stable et d'une inflation en baisse^{86, 87}.

Figure 3.1

Indices de conflits armés et politiques, Afrique subsaharienne, 1994-2004

Pourcentage



Source : Fonds monétaire international

Les progrès enregistrés dans les domaines politique et macroéconomique ont créé un meilleur climat des affaires. En 2007, selon le rapport *Doing Business* publié chaque année par la Banque mondiale, l'Afrique s'est placée en troisième position dans le monde (juste derrière le groupe Europe orientale-Asie centrale et les pays de l'OCDE) pour le rythme des réformes économiques. En 2006, les deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne avaient lancé au moins une grande réforme économique, et la Tanzanie et le Ghana figuraient parmi les dix premiers pays réformateurs du monde. Certains pays se sont fixé des objectifs ambitieux. Maurice compte ainsi arriver d'ici 2009 dans les dix premiers États du monde pour la facilité de faire des affaires⁸⁸.

On peut voir une mesure concrète de l'évolution du climat de l'investissement en Afrique subsaharienne dans le nouveau paysage financier de la région, en particulier la montée en puissance rapide des places boursières. En 1993, l'Afrique subsaharienne ne comptait que dix bourses des valeurs, pour une capitalisation du marché de 175 milliards de dollars. Aujourd'hui, il existe 19 places boursières sur lesquelles quelque 800 sociétés sont cotées, avec une capitalisation totale du marché d'environ 1 billion de dollars. La plus importante est celle de Johannesburg (qui

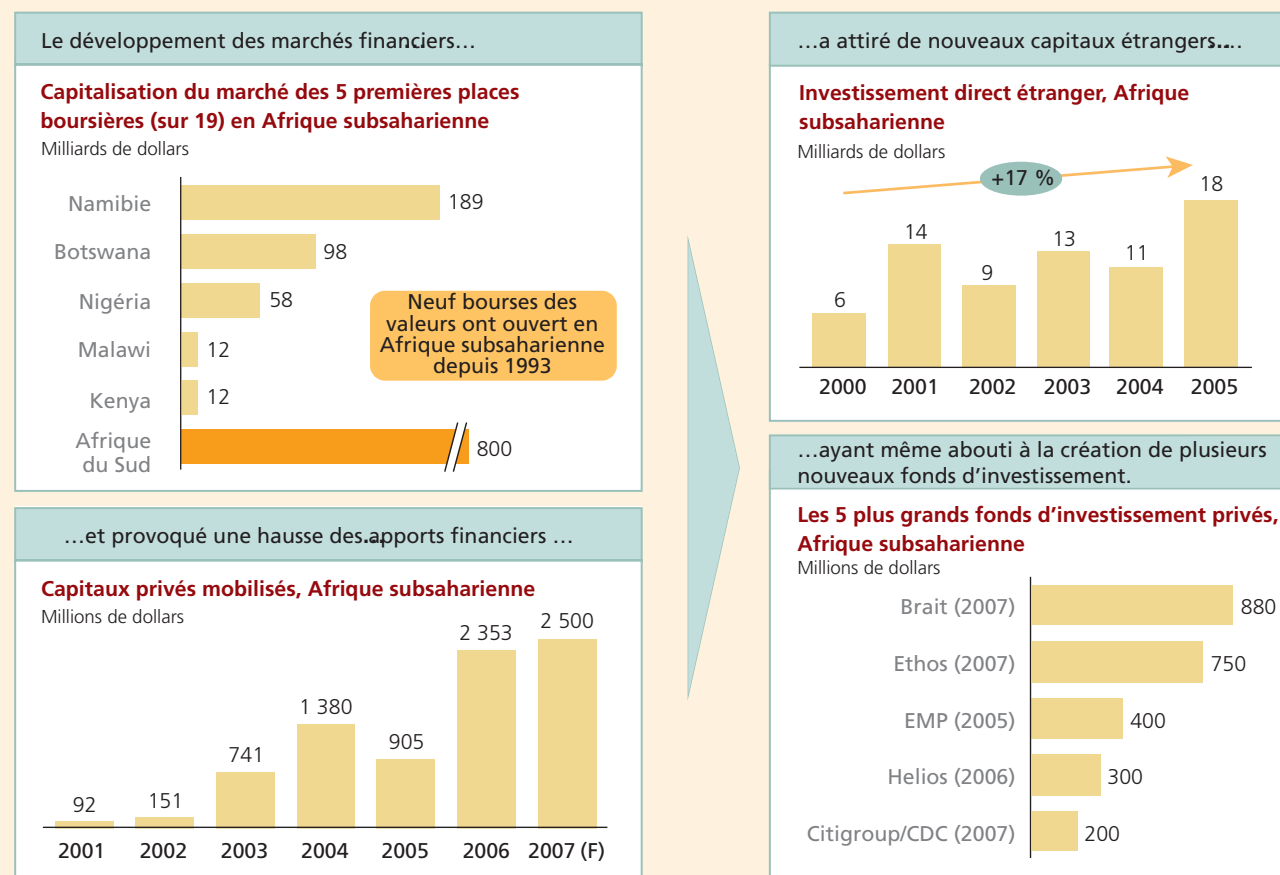
représente environ 800 milliards de dollars de capitalisation du marché), tandis que des nouvelles bourses comme celles de l'Ouganda ou du Cameroun représentent chacune un peu moins de 3 milliards de dollars⁸⁹.

Certaines sociétés d'Afrique subsaharienne comme le réseau de télévision câblée M-Net et le géant de la bière SAB Miller ont affiché des taux de croissance remarquables ces dix dernières années. Le cas le plus notable est peut-être la progression extraordinaire de MTN, l'opérateur sud-africain de téléphonie cellulaire, qui s'est étendu sur tout le continent et dans tous les secteurs de la société.

Les investisseurs étrangers ont pris bonne note de ces changements. L'apport net d'investissements étrangers est passé de 6 milliards de dollars en 2000 à 18 milliards de dollars en 2005, et de moins de 0,5 % à environ 2 % des investissements étrangers mondiaux⁹⁰. Près de la moitié des grands groupes d'investissement du monde s'intéressent maintenant à cette région⁹¹, et plusieurs (dont JP Morgan, Citibank et AIG) ont créé des fonds spécialisés pour y travailler. Les grandes institutions de financement du développement telles que l'IFC, la FMO⁹², la DEG⁹³, NORFUND⁹⁴, et l'OPIC⁹⁵ ont commencé à investir en Afrique subsaharienne, et plusieurs d'entre elles y consacrent plus de 20 %

Figure 3.2

Le paysage de l'investissement en Afrique subsaharienne



Source : sites web des bourses de valeurs ; Freedom House ; Economist Intelligence Unit ; recherches sur Internet ; Emerging Markets Private Equity Association ; étude McKinsey.

de leur portefeuille. Les apports de capitaux propres privés en Afrique subsaharienne sont passés d'un peu moins de 100 millions de dollars en 2001 à plus de 2,3 milliards de dollars en 2006.

La figure 3.2 résume certains de ces changements positifs dans le paysage de l'investissement.

Le secteur de la santé représente un potentiel d'investissement important

La demande actuelle des consommateurs pour des services de santé continue de ne pas être satisfaite dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. À titre d'exemple, chaque année, 18 500 Nigériens aisés vont se faire soigner à l'étranger⁹⁶. Ce déficit de l'offre touche aussi les habitants d'Afrique subsaharienne dont les revenus sont plus proches

de la moyenne. Au Kenya, au moins 5 % de la demande totale exprimée n'est pas satisfaite pour des raisons d'accès limité aux services et aux produits de santé⁹⁷. Les anecdotes recueillies pendant la préparation de ce rapport laissent penser que la demande non satisfaite est probablement beaucoup plus élevée.

Comme il a été dit plus haut, dans 14 pays d'Afrique subsaharienne, le PIB réel par habitant a augmenté de plus de 5 % par an au cours des cinq dernières années et devrait continuer de progresser à ce rythme pendant les dix ans à venir. La hausse des revenus crée déjà de nouvelles opportunités. Ainsi, le Bridge Clinic, un établissement certifié ISO à Lagos, au Nigéria, qui est spécialisé dans la fécondation in-vitro, prévoit d'ouvrir un deuxième site à Port Harcourt où il pense trouver une clientèle nombreuse suffisamment aisée pour avoir

recours à ses services. L'hôpital Reddington, également situé à Lagos, est un centre de cardiologie ouvert depuis 2003, qui prend en charge les troubles cardiovasculaires à un coût inférieur à ce que devaient payer les patients pour aller se faire soigner à l'étranger.

La poursuite de la croissance économique va encore stimuler la demande de soins de santé — et accroître les dépenses d'équipement nécessaires aux entreprises de santé pour y faire face. Merrill Lynch a récemment classé la santé dans les cinq premiers secteurs où investir en Afrique, avant les infrastructures⁹⁸.

Les plus importantes opportunités d'investissement de la prochaine décennie concerneront la construction et l'amélioration des actifs physiques du secteur. Entre 550 000 et 650 000 lits d'hôpital devront être ajoutés aux 850 000 du parc existant. On aura besoin de 90 000 médecins, environ 500 000 infirmiers ou infirmières et 300 000 agents de santé communautaires de plus que le nombre des futurs diplômés des écoles de médecine et des établissements de formation médicale qui existent aujourd'hui. Si l'on ajoute la demande pour des circuits de distribution et de vente plus performants et des installations de production de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales, on arrive à une estimation de 11 à 20 milliards de dollars de nouveaux investissements nécessaires d'ici 2016. (Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour calculer ces montants, voir l'annexe 6.)

La fourniture des soins de santé représente approximativement la moitié des opportunités d'investissement actuelles, le reste se répartissant entre la distribution et le commerce de détail, la fabrication de produits pharmaceutiques et médicaux, les assurances et la formation médicale. Environ 60 % d'entre elles pourraient attirer des investisseurs à la recherche de profits, les autres 40 % se divisant de façon égale entre les entreprises sociales et les organisations à but non lucratif (voir la figure 3.3).

En règle générale, les investissements serviront à moderniser les actifs existants, augmenter les fonds de roulement, étendre les capacités actuelles, développer l'offre de services et de produits, et créer de nouvelles entreprises. L'extension des capacités actuelles sera la première utilisation des investissements prévus dans tous les sous-secteurs. Le financement des fonds de roulement intéresse surtout les entreprises de distribution et de commerce de détail, tandis que le financement du

développement de l'offre de services et de produits est nécessaire principalement chez les assureurs et les fabricants.

Près d'un quart de ces opportunités d'investissement devraient porter sur des projets d'un montant supérieur à 3 millions de dollars, somme qui constitue généralement le seuil minimum d'investissement direct pour les investisseurs privés traditionnels et les grandes banques multilatérales actives dans la région jusqu'ici. L'immense majorité des investissements (en dehors du secteur manufacturier) viendront aider des PME, et certains seront inférieurs à 250 000 dollars.

Des modèles économiques innovants peuvent être financièrement intéressants tout en ayant un impact important sur le développement

Le paysage du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne est aussi varié que celui du continent lui-même. Ce rapport examine cinq sous-secteurs différents : la fourniture de services de soins, la mutualisation des risques, les produits de santé, la distribution et le commerce de détail, et la formation médicale. Ces sous-secteurs représentent ensemble un potentiel cumulé d'investissements privés estimé entre 11 et 20 milliards de dollars sur les dix prochaines années. Chaque sous-secteur offre son propre éventail d'opportunités en termes de profits financiers et d'impact sur le développement.

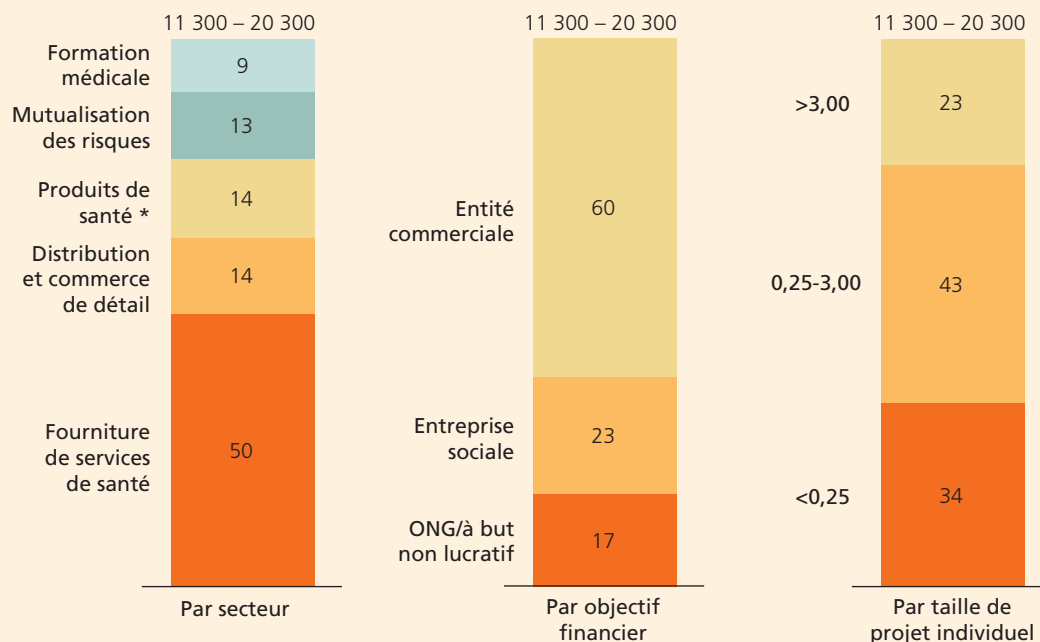
Les investisseurs privés peuvent voir aujourd'hui sur le marché de la santé en Afrique subsaharienne la conjonction d'une croissance soutenue du secteur et d'un fort potentiel de concentration. Leur priorité doit être d'élaborer des instruments financiers sous forme de prise de participation, qui pourront fournir des capitaux à long terme à des entreprises de santé privées sans la pression des profits rapides ou des intérêts à verser.

Les business angels auront la possibilité de s'associer à des entreprises sociales parmi les plus innovantes du monde — des entreprises qui reposent sur des nouvelles technologies, des approches nouvelles des ressources humaines, ou des modèles économiques originaux. Les investissements réalisés dans la région peuvent générer des bénéfices financiers importants tout en répondant à certains des besoins les plus urgents auxquels l'humanité soit confrontée en matière de soins de santé.

Figure 3.3

Répartition des opportunités d'investissement privé en Afrique subsaharienne, 2007-2016

Pourcentage, millions de dollars



* L'Afrique du Sud est incluse dans les produits pharmaceutiques et médicaux, et exclue dans tous les autres domaines

Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Les investisseurs ayant des objectifs à la fois financiers et sociaux (comme les IFD et les fondations) doivent être prêts à collaborer pour fournir du capital « patient » qui ne sera productif qu'à long terme. Cette approche doit permettre d'obtenir des gains financiers tout en accélérant l'accès aux produits et services de santé dans toute l'Afrique subsaharienne.

Enfin, les bailleurs de fonds peuvent apporter une contribution majeure en finançant des projets qui, sans être totalement viables sur le plan financier, sont susceptibles de jouer un rôle déterminant dans le développement d'un secteur privé de la santé de haute qualité, viable et responsable, en Afrique subsaharienne.

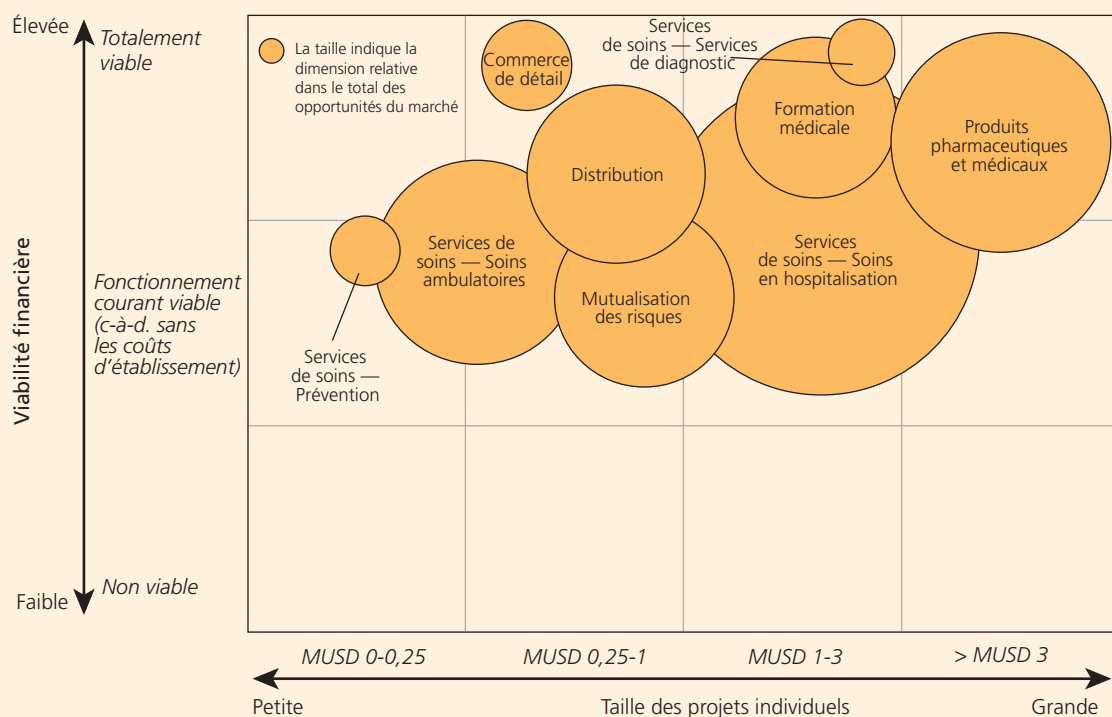
Tout comme il n'existe pas un seul type d'investisseur, il n'y a pas une opportunité d'investissement meilleure que les autres. Toutefois, compte tenu de l'étendue et de la diversité du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne, chaque investisseur devrait pouvoir trouver une opportunité adaptée à ses besoins et ses objectifs individuels.

Les cinq sous-secteurs et leurs principaux segments sont illustrés à la figure 3.4 selon trois dimensions : la viabilité financière, la taille des projets individuels et l'importance dans le total des opportunités du marché. Il faut souligner que cette illustration (ainsi que celles qui suivent pour chaque sous-secteur) montre la diversité des entreprises et des organisations bien gérées rencontrées pendant la rédaction de ce rapport. Le but est de donner une idée des ouvertures possibles et de montrer les principales différences entre les sous-secteurs. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail, mais le volume des opportunités qu'elles offrent ne devrait pas être significatif.

Chacun de ces sous-secteurs est exploré plus en détail ci-après. On en trouvera une description encore plus approfondie (comprenant les tendances du marché, les modèles économiques gagnants, et des études de cas) aux annexes 1 à 5.

Figure 3.4

Opportunités d'investissement dans le secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne



Note : ce schéma est indicatif et vise à montrer la diversité des entreprises et des organisations bien gérées rencontrées pendant la rédaction de ce rapport. Le but est de donner une idée des ouvertures possibles et de montrer les principales différences entre les sous-secteurs. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail.

Source : étude McKinsey.

Services de soins de santé

La fourniture des services de soins est, rappelons-le, le plus important segment du secteur privé de la santé en Afrique subsaharienne et présente un fort potentiel en termes de gains financiers et d'impact sur le développement. La part du secteur privé dans la fourniture des soins de santé varie beaucoup d'un pays à l'autre, et ces différences sont dues principalement à la vision que chaque État a de la place devant être tenue par les services de soins payants. Quel que soit le contexte politique et social, les capacités du secteur public ne suffiront pas à satisfaire complètement l'augmentation rapide de la demande qui est prévue et, au fil du temps, la part du secteur privé devrait progresser dans la plupart des pays.

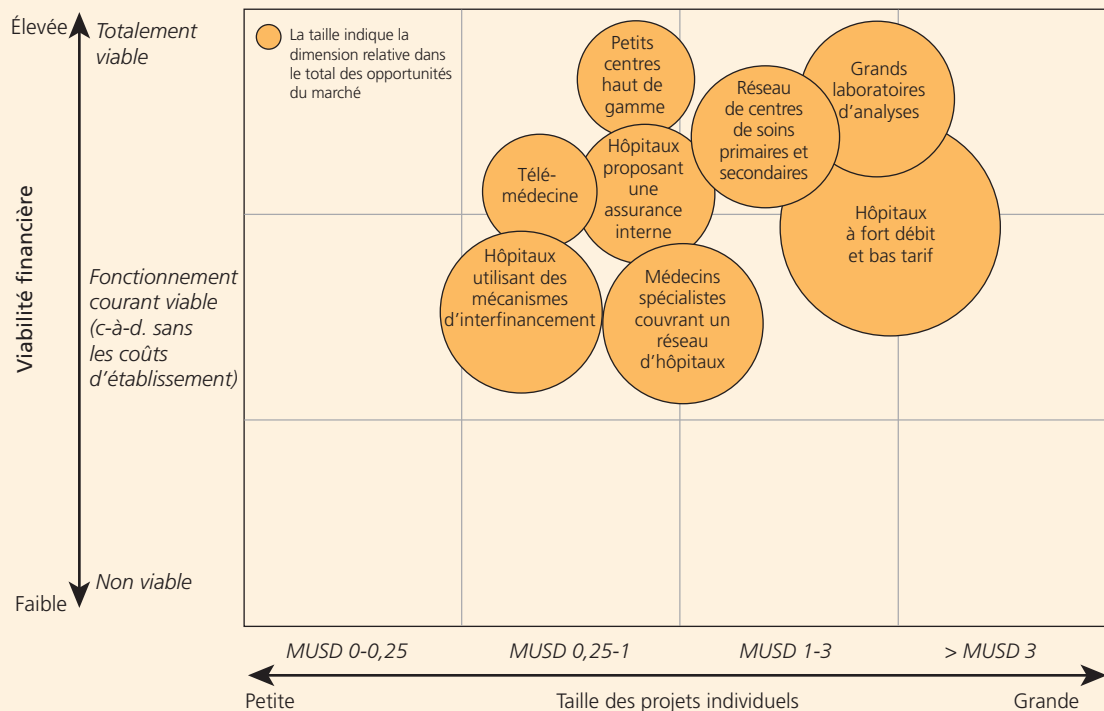
Les services privés de soins de santé sont majoritairement dispensés par des entités commerciales. À l'intérieur de ce sous-secteur, on distingue habituellement quatre grandes catégories de services : les soins en hospitalisation (y compris les soins primaires), les soins ambulatoires, les soins

préventifs et les services de diagnostic. Les soins en hospitalisation constituent de loin la catégorie la plus importante du point de vue financier, avec 65 % des dépenses totales de soins. Les modèles d'investissement spécifiques à chacun de ces quatre segments sont illustrés ci-dessous (figure 3.5).

Les centres haut de gamme, qui ciblent les populations urbaines des classes moyennes et supérieures, peuvent dégager jusqu'à 30 % de bénéfices nets. Ces centres fournissent des soins de haute qualité qui attirent les patients, et un environnement bien équipé qui attire les médecins et les personnels infirmiers. Les perspectives de croissance sont considérables compte tenu de la hausse prévue du nombre de patients ayant les moyens d'acheter ces services et du fait que les patients acceptent de plus en plus l'idée d'être soignés dans leur pays. Citons par exemple le Tanzania Heart Institute à Dar es Salaam, l'hôpital Lagoon à Lagos, le Bridge Clinic à Abuja, et le Nyaho Medical Clinic au Ghana.

Figure 3.5

Des opportunités d'investissement prometteuses – les services de soins de santé



Note : ce schéma est indicatif et vise à montrer la diversité des entreprises et des organisations bien gérées qui existent, et à donner des indications générales sur ce qui les différencie surtout. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail.

Source : étude McKinsey.

À l'autre extrémité du spectre, on trouve les hôpitaux à fort débit et bas tarif. Ils sont généralement situés dans des zones densément peuplées et ciblent les groupes à faible revenu ayant besoin de soins médicaux de base. Les services disponibles étant limités, le débit est extrêmement élevé (jusqu'à 100 patients par médecin et par jour). Ce type d'établissement fait typiquement entre 1 et 5 millions de dollars de chiffre d'affaires par an. Il s'agit par exemple de l'hôpital R-Jolad au Nigéria, de l'hôpital Selien en Tanzanie, et de l'hôpital Nsambya en Ouganda. Parce qu'ils fournissent des services de soins à une très vaste population, ces hôpitaux ont un impact important sur le développement. En outre, la productivité élevée de leur personnel médical contribue à rendre les services abordables.

Ces centres haut de gamme et ces hôpitaux à fort débit et bas tarif ne constituent que deux exemples des nombreux modèles d'investissement prometteurs qui existent dans ce sous-secteur. La

figure 3.6 donne une brève description de quelques autres possibilités. On trouvera à l'annexe 1 un exposé plus complet du segment des services de soins de santé, comprenant plus de détails sur chacun des modèles ci-dessous ainsi que des études de cas.

Systèmes de mutualisation des risques

Comme cela a été expliqué à la section II, les systèmes de mutualisation des risques sont essentiels pour amener une amélioration durable de la fourniture de services de soins en Afrique subsaharienne. La mutualisation des risques est un mode de financement des soins de santé supérieur à la méthode du paiement direct dont sont aujourd'hui tributaires une majorité d'habitants de cette région. En outre, parce qu'ils sont à même de conclure des contrats directement avec des organismes prestataires, ces systèmes peuvent encourager le développement de prestataires privés de meilleure qualité et mieux organisés.

Figure 3.6

Des opportunités d'investissement prometteuses dans les services de soins

	Exemples	Chiffre d'affaires Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement
Petits centres haut de gamme	<ul style="list-style-type: none"> Tanzania Heart Institute (Tanzanie), hôpital Lagoon (Nigéria), Bridge Clinic (Nigéria), hôpital Lister (Ghana) 	• 0,2-10,0	• 0,5-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Permet de retenir dans le pays des ressources spécialisées de haute qualité
Réseau de centres de soins primaires et secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Christian Health Association (Kenya), Biruh Tesfa (Éthiopie), Clinic Africa (Ouganda) 	• 0,01-0,3 par centre	• 0,02-0,6 par centre	<ul style="list-style-type: none"> Améliore la desserte des zones rurales en assurant des soins de qualité aux populations sous-médicalisées
Hôpitaux proposant une assurance interne	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital Kadic (Ouganda), AAR Clinica (Ouganda), hôpital luthérien Selian (Tanzanie) 	• 0,3-5,0	• 0,5-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accessibilité des services de soins de santé dans les régions sans régimes d'assurance établis
Hôpitaux à fort débit et bas tarif	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital R-Jolad (Nigéria), hôpital Nsambya (Ouganda), hôpital luthérien Selian (Tanzanie) 	• 1,0-5,0	• 0,5-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accès à des services standardisés dans une population plus vaste
Hôpitaux utilisant des mécanismes d'interfinancement	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital international (Ouganda), CCBRT (Tanzanie) 	• 0,2-2,0	• 0,2-1,5	<ul style="list-style-type: none"> Permet à une population plus large d'avoir accès à des soins abordables, y compris pour les pauvres
Grands laboratoires d'analyses	<ul style="list-style-type: none"> Bio24 (Sénégal), Radmed Diagnostic Center (Nigéria) 	• 0,5-3,0	• 1,0-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Améliore l'efficacité globale du traitement en facilitant le diagnostic
Télémédecine	<ul style="list-style-type: none"> Tsilitwa (Afrique du Sud) 	• 0,1-1,0	• 0,3-1,0	<ul style="list-style-type: none"> Donne accès à des ressources spécialisées en milieu rural
Médecins spécialistes couvrant un réseau d'hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'exemples (modèle possible à expérimenter) 	• 0,1-1,0	• 0,2-2,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accès à des soins de spécialité dans la région

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

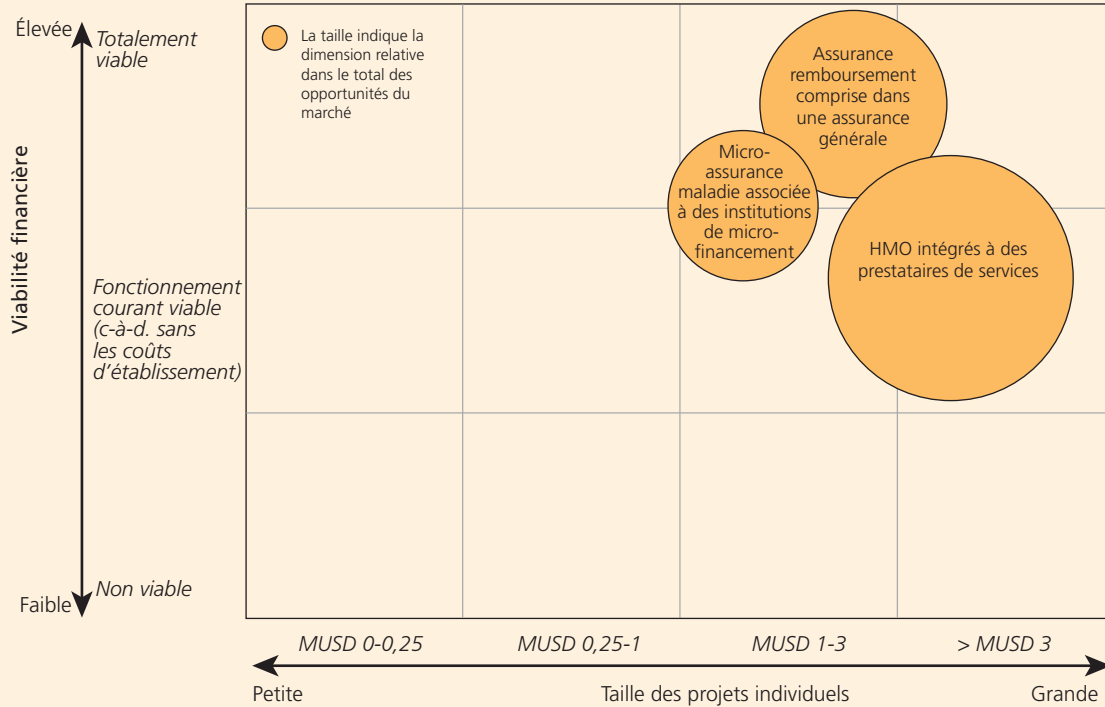
La mutualisation des risques peut prendre différentes formes. Elle est encore peu développée en Afrique subsaharienne mais les chiffres augurent bien de l'avenir. Les assurances privées représentent entre 20 et 30 % des dépenses de santé en Namibie. En Afrique de l'Ouest et de l'Est, on compte jusqu'à 600 régimes d'assurance maladie communautaires, couvrant plus de 1,5 million de personnes. Le Nigéria a adopté récemment un régime national d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les employés du secteur structuré, qui doit être appliqué par les entreprises privées avec, à terme, l'objectif d'étendre la couverture à toute la population. Globalement, les systèmes de mutualisation des risques devraient représenter un potentiel d'investissement compris entre 1,4 et 2,5 milliards de dollars en Afrique subsaharienne sur les dix prochaines années.

La figure 3.7 présente des modèles d'investissement particuliers dans le domaine de la mutualisation des risques.

Des HMO intégrés, qui fournissent généralement une couverture d'assurance de base avec des prestataires recommandés sélectionnés, commencent à apparaître dans la région. Ils fonctionnent habituellement selon le principe de la capitation ou de la fourniture des soins en interne. En fournissant des services de soins en interne (en général des soins primaires), ces HMO arrivent mieux à maîtriser les coûts des prestations et à limiter la fraude. Bien que la maîtrise des coûts puisse rendre l'assurance abordable, le principal impact sur le développement est le fait que ces structures encouragent le développement d'un réseau de prestataires plus étendu. Actuellement, ce modèle est le plus développé en Namibie, au Nigéria et au Zimbabwe.

Figure 3.7

Des opportunités d'investissement prometteuses – la mutualisation des risques



Note : ce schéma est indicatif et vise à montrer la diversité des entreprises et des organisations bien gérées qui existent, et à donner des indications générales sur ce qui les différencie surtout. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail.

Source : étude McKinsey.

La micro-assurance est encore rare en Afrique subsaharienne. Pourtant, le marché pourrait se développer si des incitations étaient mises en place pour encourager les consommateurs à acheter une assurance maladie avec les produits traditionnels de microcrédit. Cette solution permettrait de stimuler la croissance du marché et de couvrir les couches les plus pauvres de la société et les populations rurales. Des polices d'assurance comprenant une couverture de base pour les affections courantes ou graves pourraient être vendues par les sociétés de microfinance et liées à des prêts ou d'autres produits. Bien que les exemples actuels de ces modèles en Afrique subsaharienne soient principalement des entreprises sociales acceptant des taux de rentabilité inférieurs à ce qu'attendent des entités commerciales, l'expérience Grameen au Bangladesh semble montrer que les marges peuvent être élevées.

La figure 3.8 donne une brève description des modèles économiques dans ce sous-secteur. On

trouvera à l'annexe 2 un exposé plus complet des opportunités qui existent, comprenant plus de détails sur chacun de ces modèles ainsi que des études de cas.

Produits de santé

Globalement, les produits de santé représentent un potentiel d'investissement compris entre 1,6 et 2,9 milliards de dollars sur les dix prochaines années, le segment le plus important étant la production de médicaments génériques. Les quatre segments du sous-secteur « produits de santé » qui sont examinés dans ce rapport sont la fabrication de médicaments génériques, la fabrication de fournitures médicales, l'innovation en matière de maladies infectieuses (basée en dehors de l'Afrique subsaharienne), et l'innovation en matière de produits de santé basée en Afrique du Sud. Fait notable, la majorité des opportunités d'investissement dans le domaine des produits de santé devraient dépasser les 3 millions de dollars, soit bien davantage que les petits projets plus courants dans les autres sous-secteurs.

Figure 3.8

Des opportunités d'investissement prometteuses dans les systèmes de mutualisation des risques

	Exemples	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement
Assurance remboursement comprise dans une assurance générale	<ul style="list-style-type: none"> Strategis (Tanzanie), UNIC Health (Nigéria), GLICO (Ghana), CFC Life (Kenya), The Cooperative Insurance-CIC (Ouganda) 	• 1,0–5,0	• 2,0–4,0	<ul style="list-style-type: none"> Crée une culture d'assurance À condition d'être bien dimensionnée et bien gérée, peut conduire à des gains d'efficacité dans le réseau de prestataires
HMO intégrés à des prestataires de services	<ul style="list-style-type: none"> Hygeia (Nigéria) Total Health Trust (Nigéria) 	• 0,5–15,0	• 1,5–7,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accessibilité des services de soins de santé pour une population plus large La mutualisation des risques rend les soins de santé plus abordables Encourage l'émergence d'un réseau de centres prestataires à la fois privés et publics
Micro-assurance maladie associée à des institutions de microfinancement	<ul style="list-style-type: none"> N'existe pas en Afrique subsaharienne Pourrait être appliquée au modèle Grameen Kaylan (Bangladesh) 	• 0,5–5,0	• 1,0–2,0	<ul style="list-style-type: none"> Fournit une protection financière à des populations à faible revenu Crée une culture d'assurance dans les populations rurales ou très défavorisées Stimule le développement des prestataires desservant ces populations

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Le marché de la pharmacie en Afrique subsaharienne était estimé en 2006 à 3,8 milliards de dollars, mais les fabricants locaux comptent pour seulement 25 à 30 % dans ce montant. Les fournitures et dispositifs médicaux représentent 2,1 milliards de dollars supplémentaires, dont moins de 10 % produits localement.

La figure 3.9 présente des modèles d'investissement possibles dans le domaine des produits de santé.

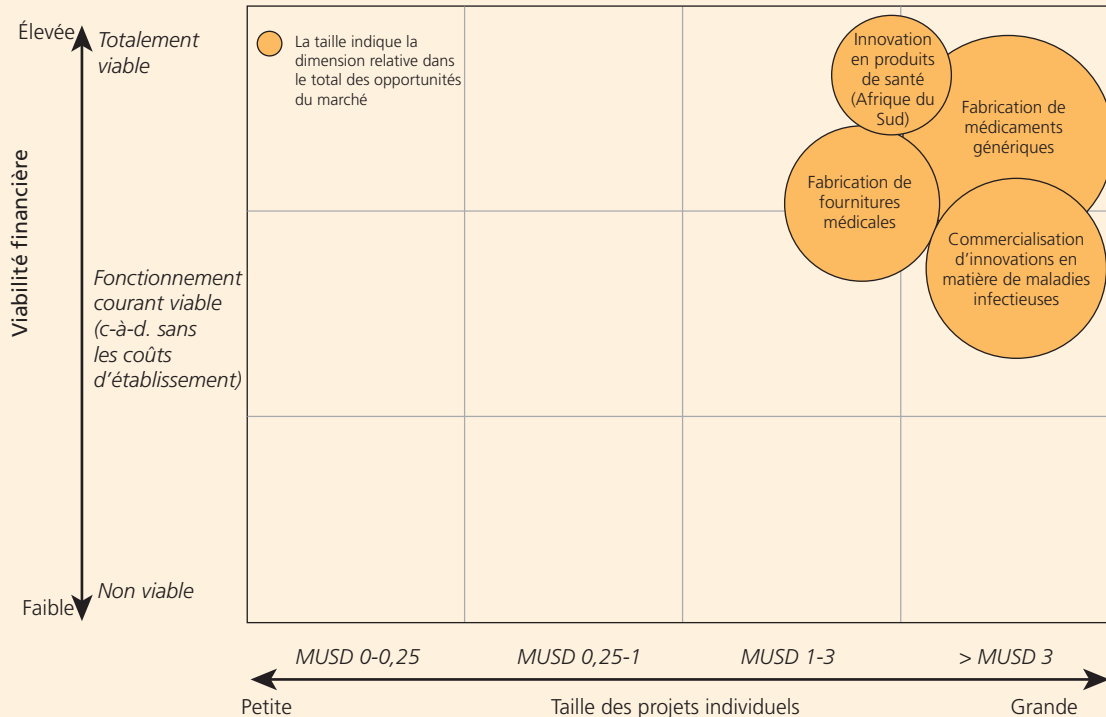
Plus de 70 % de la production annuelle de produits pharmaceutiques en Afrique subsaharienne, estimée à 1 milliard de dollars, sont concentrés en Afrique du Sud, où Aspen Pharmacare, le seul fabricant à intégration verticale de la région, est le leader incontesté du marché. Ensemble, le Ghana, le Kenya et le Nigéria représentent environ 20 % de la production pharmaceutique d'Afrique subsaharienne. Actuellement, sur l'ensemble de la région, 37 pays produisent des médicaments. Les fabricants locaux ne recueillent qu'une petite part du marché des donateurs en Afrique subsaharienne (estimé au total entre 750 millions et 1 milliard de dollars),

principalement parce que les donateurs exigent la préqualification des produits par des organismes de réglementation stricts comme l'OMS ou la FDA (Food and Drug Administration) des États-Unis. En avril 2007, seulement deux fabricants d'Afrique subsaharienne⁹⁹ avaient des produits ayant reçu la préqualification OMS.

Il est important de noter que les fabricants d'Afrique subsaharienne produisent généralement à des coûts plus élevés que les grands fabricants asiatiques de génériques pour tout un ensemble de facteurs, notamment l'échelle de production, des équipements chers et des technologies anciennes, des coûts financiers supérieurs, et un manque d'intégration avec la production des principes actifs pharmaceutiques. Malgré ce handicap, les fabricants d'Afrique subsaharienne ont vendu 1 milliard de dollars de médicaments génériques dans la région l'année dernière¹⁰⁰. Les données disponibles ne montrent pas clairement si la production locale est préférable à l'importation. Dans une étude réalisée par l'OMS sur les antipaludéens en 2003, on n'a ainsi trouvé aucune différence de qualité avérée entre les produits

Figure 3.9

Des opportunités d'investissement prometteuses – les produits pharmaceutiques et médicaux



Note : ce schéma est indicatif et vise à montrer la diversité des entreprises et des organisations bien gérées qui existent, et à donner des indications générales sur ce qui les différencie surtout. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail.

Source : étude McKinsey.

fabriqués localement et les produits importés¹⁰¹.

La figure 3.10 donne une brève description des modèles d'investissement dans le domaine des produits de santé. On trouvera à l'annexe 3 un exposé plus complet des opportunités disponibles, comprenant plus de détails sur chacun de ces modèles ainsi que des études de cas.

Distribution et commerce de détail

La distribution et le commerce de détail représentent un potentiel d'investissements de 1,6 à 2,8 milliards de dollars sur les dix prochaines années, dont 80 % dans la mise en place d'infrastructures de distribution (entrepôts, camions, systèmes d'information de gestion de la chaîne logistique, etc.). Le secteur du commerce de détail, malgré sa taille beaucoup plus modeste, est le segment le plus rentable du secteur de la santé dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, avec des marges nettes pouvant atteindre 50 %. Dans toute la région, les hôpitaux et les centres de santé financent souvent leurs

activités grâce aux bénéfices de leurs pharmacies. On a ainsi l'exemple d'un centre de consultations externes, au Kenya, qui tire 70 % de ses bénéfices de sa pharmacie.

Le fléau des médicaments contrefaits qui s'est abattu sur l'Afrique subsaharienne (et les risques sanitaires qu'ils représentent) fait de la distribution et du commerce de détail des composantes extrêmement sensibles du secteur de la santé. Au Kenya, une étude des National Quality Control Laboratories (NQCL) et du Pharmacy and Poisons Board basée sur un échantillon aléatoire de 116 produits antipaludéens a conclu que près de 30 % des médicaments vendus dans le pays étaient contrefaits¹⁰². L'ampleur du problème des produits contrefaits vient notamment de la fragmentation souvent très importante de la chaîne d'approvisionnement qui alimente tant le secteur public que le secteur privé. En Ouganda, on compte plus d'une centaine d'importateurs ou distributeurs officiellement immatriculés, et 12 à 14 « leaders du marché ». Au Nigéria, il existe

Figure 3.10

Des opportunités d'investissement prometteuses dans les produits pharmaceutiques et médicaux

Exemples	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement
Fabrication de médicaments génériques	<ul style="list-style-type: none"> Formulation de génériques, en vente libre ou sur ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> 10-100* 	<ul style="list-style-type: none"> 5-50 Source locale de médicaments Développement économique généré par l'activité industrielle
Fabrication de fournitures médicales	<ul style="list-style-type: none"> Fabrication de fournitures médicales (moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, gaze médicale, mobilier médical...) en Afrique subsaharienne 	<ul style="list-style-type: none"> 5-20 	<ul style="list-style-type: none"> 2-10 Source locale de fournitures médicales Développement économique généré par l'activité industrielle
Innovation en produits de santé en Afrique du Sud	<ul style="list-style-type: none"> Financement du développement et de la commercialisation d'innovations dans le secteur sud-africain des produits de santé 	<ul style="list-style-type: none"> S.O 	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-5 Développement d'un secteur de l'innovation autour des capacités de recherche existantes Probabilité que des innovations soient développées pour résoudre les problèmes de santé locaux
Commercialisation d'innovations en matière de maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> Financement de la phase 3 et de la fabrication de produits développés dans le monde entier pour des maladies infectieuses 	<ul style="list-style-type: none"> S.O 	<ul style="list-style-type: none"> 20-150 Permet de répondre au besoin critique de produits ciblés sur les grandes maladies négligées qui touchent l'Afrique subsaharienne

* Quelques fabricants d'Afrique subsaharienne ont un chiffre d'affaires supérieur à 100 millions de dollars, le plus notable étant Aspen Pharmacare, dont le chiffre d'affaires consolidé avoisine les 500 millions de dollars.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

292 importateurs agréés de produits médicaux et 724 distributeurs agréés de produits médicaux. Un grand fabricant a expliqué qu'il livrait à un réseau complexe constitué de plus d'une centaine de distributeurs, comprenant des filiales et des entreprises indépendantes.

La figure 3.11 présente des modèles d'investissement dans le domaine de la distribution et du commerce de détail.

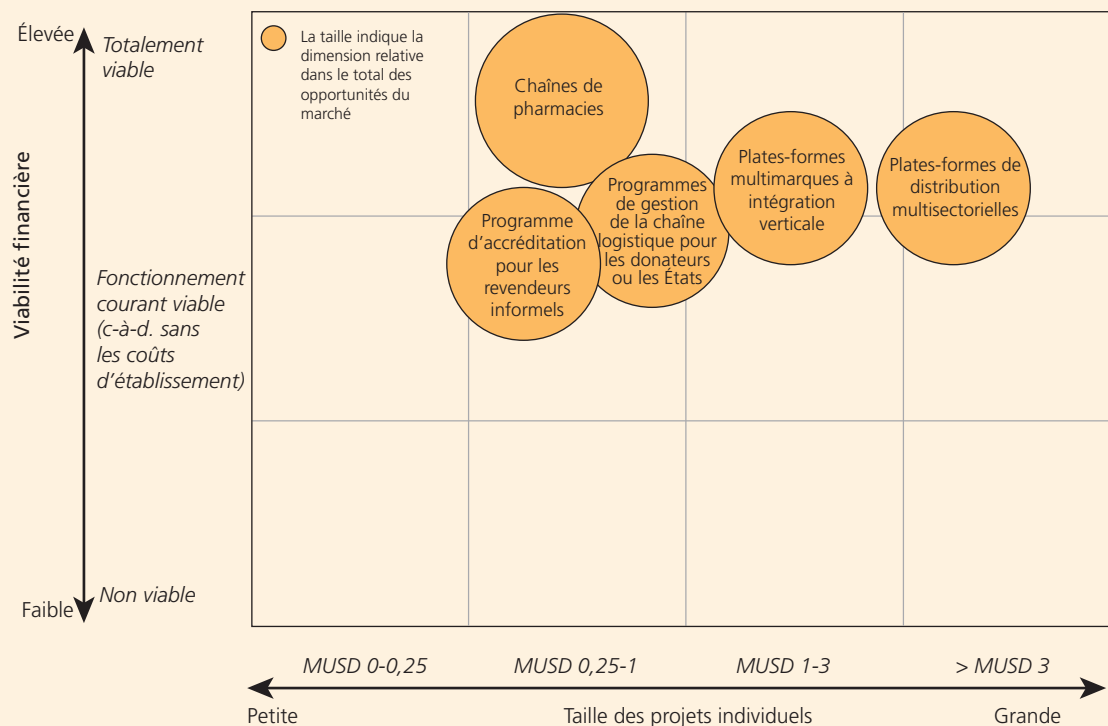
En dehors des pharmacies attachées à des hôpitaux et des centres de santé publics, la plupart des points de vente « officiels » sont des officines privées uniques. Par exemple, plus de 1 500 officines sont immatriculées auprès du Conseil des pharmaciens du Nigéria, mais la seule chaîne d'officines est Mediplus, qui en comprend dix. Cette situation offre d'importantes possibilités de concentration. En Afrique du Sud, où les marges des détaillants sont strictement réglementées depuis quelques années, le secteur évolue rapidement vers la constitution de grandes chaînes, qui compensent les faibles marges par des volumes

importants. Bien qu'il n'y ait qu'une poignée de chaînes de pharmacie dans le reste de l'Afrique subsaharienne, celles qui existent sont extrêmement florissantes, avec des taux de croissance dépassant parfois les 100 %. Cette opportunité est très variable d'un pays à l'autre en raison des réglementations publiques qui limitent le développement des chaînes de pharmacie dans beaucoup de régions.

Compte tenu du volume relativement faible de produits médicaux qui passent par les circuits de distribution officiels dans un ensemble de pays, certains distributeurs ont choisi d'opérer dans plusieurs secteurs et de distribuer, en plus des produits pharmaceutiques, des boissons non alcoolisées et des biens de consommation. Bien que cette solution ait des limites pour certaines catégories de produits (par exemple la chaîne du froid à respecter pour les vaccins), elle convient à la grande majorité des médicaments en vente libre. Il s'agit souvent des produits ayant les marges les plus faibles, et pour lesquels il est particulièrement

Figure 3.11

Des opportunités d'investissement prometteuses – la distribution et le commerce de détail



Note : ce schéma est indicatif et vise à montrer la diversité des entreprises et des organisations bien gérées qui existent, et à donner des indications générales sur ce qui les différencie surtout. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail.

Source : étude McKinsey.

intéressant d'avoir une plate-forme de transport partagée qui permette d'abaisser les coûts. Selon la région où elles opèrent, les entreprises de ce type peuvent faire entre 1 et 15 millions de chiffre d'affaires par an. Ces modèles ont un impact important sur le développement dans la mesure où ils augmentent l'accessibilité et la disponibilité des médicaments. Et en permettant la distribution de produits pharmaceutiques en petits volumes, ils réduisent aussi les ruptures de stock et l'obsolescence.

La figure 3.12 donne une brève description de plusieurs modèles d'investissement dans le domaine de la distribution et du commerce de détail. On trouvera à l'annexe 4 un exposé plus complet des opportunités qui existent, comprenant plus de détails sur chacun de ces modèles ainsi que des études de cas.

Formation médicale

Comme il a été dit à la section II, c'est en Afrique subsaharienne que l'on trouve le moins de

ressources humaines qualifiées dans le domaine de la santé. Cette situation a peu évolué depuis 40 ans, alors que des pays comme l'Inde ou le Maroc ont vu leur densité de médecins et de personnel infirmier augmenter entre 200 et 400 %. Malheureusement, les capacités actuelles de formation médicale sont cruellement insuffisantes dans bon nombre d'économies émergentes. Selon les estimations de l'OMS, c'est en Afrique subsaharienne que le déficit relatif de professionnels de santé (médecins, personnel infirmier et sages-femmes) est le plus important, avec un besoin d'augmentation de l'ordre de 140 % pour atteindre la norme minimale pour 1 000 habitants.

Le manque de ressources humaines qualifiées est l'un des principaux freins à la croissance de l'offre de santé en Afrique subsaharienne. Le déficit mondial de professionnels de santé s'élèverait à 4,3 millions de personnes, réparties inégalement entre les régions géographiques et économiques. Par conséquent, l'augmentation de la capacité des établissements de formation médicale a assurément un impact important sur le développement.

Figure 3.12

Des opportunités d'investissement prometteuses dans la distribution et le commerce de détail

	Exemples	Coûts d'établissement Millions de dollars	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Impact sur le développement
Chaînes de pharmacies	<ul style="list-style-type: none"> Mediplus (Nigéria), Vine Pharmacy (Ouganda) 	• 0,5-3,0	• 0,3-1,0	<ul style="list-style-type: none"> Sert de base pour étendre les points de vente aux zones rurales Les gains d'efficacité permettent de baisser les prix et rendre les produits plus abordables
Plates-formes de distribution multisectorielles	<ul style="list-style-type: none"> Nufaika (Tanzanie), Great Brands (Nigéria) 	• 1,0-15,0	• 1,5-7,0	<ul style="list-style-type: none"> Élargit l'accès en milieu rural Des stratégies de maximisation des bénéfices permettent aussi d'élargir la gamme de médicaments disponibles Augmente la capacité totale du système de distribution
Plates-formes multimarques à intégration verticale	<ul style="list-style-type: none"> PHD (Afrique du Sud), MDS Logistics (Nigéria) 	• 3,0-10,0	• 1,0-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente la capacité totale du système de distribution Améliore l'accès aux médicaments en milieu rural
Programmes d'accréditation pour les revendeurs informels	<ul style="list-style-type: none"> ADDO (Tanzanie) 	• 0,3-2,0	• 0,3-1,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente beaucoup l'accès aux médicaments essentiels dans les régions reculées
Programmes de gestion de la chaîne logistique pour les donateurs et les États	<ul style="list-style-type: none"> Programme MEDA de bons pour des moustiquaires (Tanzanie), Village Reach (Mozambique) 	• 0,3-1,0	• 0,3-1,0	<ul style="list-style-type: none"> Soulage le secteur public et aide à améliorer l'efficacité des différents maillons de la chaîne

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, les établissements publics assurant des formations médicales ne peuvent pas accepter tous les étudiants remplissant les conditions requises. Au Ghana par exemple, les écoles publiques d'infirmiers ne peuvent absorber que 40 à 50 % des demandes d'inscription recevables, malgré une grave pénurie de personnel infirmier. Une étude réalisée par l'OMS en 2006 montre que la Région Afrique est celle où l'on trouve le moins d'établissements de formation en médecine (66, contre 137 pour la Méditerranée orientale qui est avant-dernière, et 441 pour les Amériques). La Région Afrique a également la deuxième plus faible densité d'écoles d'infirmiers et de sages-femmes (288, contre 1 338 dans la région Europe).

D'après les chiffres du Rapport sur la santé dans le monde 2006, l'offre de soins privée a beaucoup augmenté, mais en partant de très bas. Néanmoins, le secteur privé a joué jusqu'à présent un rôle modeste dans la Région Afrique.

Les raisons sont multiples :

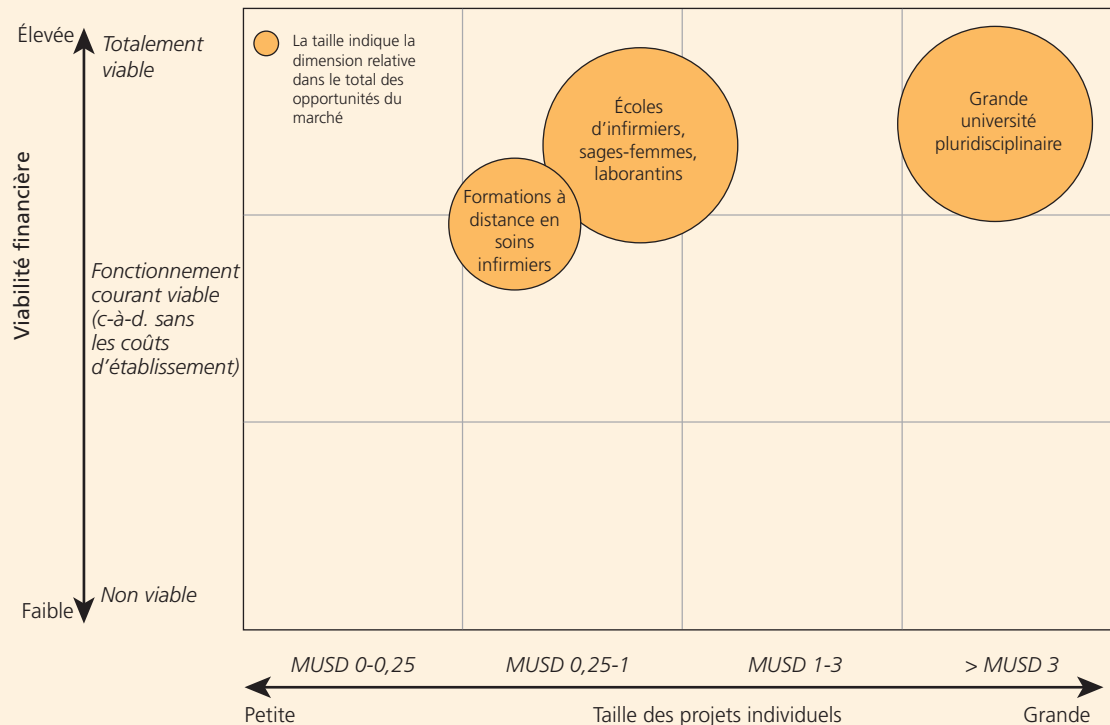
- des réglementations publiques qui ont toujours restreint la participation du secteur privé à la formation des professionnels de santé ;
- les difficultés rencontrées par les écoles potentielles pour s'associer à des hôpitaux universitaires agréés de la région, généralement publics ;
- les coûts d'investissement élevés associés aux études médicales ;
- dans certains cas, le faible pouvoir d'achat des élèves potentiels.

L'exemple d'autres pays en développement comme l'Égypte et l'Inde montre que les établissements de formation des médecins et des personnels infirmiers peuvent être financièrement viables — et qu'ils peuvent contribuer notablement à augmenter le contingent de personnel soignant qualifié.

Des pays comme le Ghana, l'Ouganda, le

Figure 3.13

Des opportunités d'investissement prometteuses — la formation médicale



Note : ce schéma est indicatif et vise à montrer la diversité des entreprises et des organisations bien gérées qui existent, et à donner des indications générales sur ce qui les différencie surtout. D'autres types d'entreprises peuvent exister en dehors de cet éventail.

Source : étude McKinsey.

Sénégal ou la Tanzanie tendent à avoir des politiques plus ouvertes concernant la participation du secteur privé à l'éducation, et sont peut-être mieux placés pour développer des modèles privés de formation des professionnels de santé.

À court terme, les écoles de soins infirmiers paraissent constituer une opportunité d'investissement plus intéressante — les réglementations étant souvent moins restrictives que pour les écoles de médecine, et les frais d'établissement étant plus faibles, ce qui permet d'abaisser le prix des enseignements. Ainsi, les frais de scolarité dans les établissements privés ghanéens s'élèvent à environ 2 500 dollars par an — soit 50 % de plus que dans les écoles publiques. Mais ils restent suffisamment bas pour que les salaires des employeurs locaux permettent de rembourser rapidement la dette. Dans les pays où la réglementation est plus restrictive, les formations en soins infirmiers spécialisés seront peut-être une opportunité plus intéressante dans la mesure où la

réglementation touche souvent le premier cycle de l'enseignement supérieur.

L'enseignement médical privé pourrait représenter un potentiel d'investissement de 1,1 à 1,9 milliard de dollars sur les dix prochaines années. Les études de médecine nécessitent des équipements importants, et il est probable que plus de la moitié des investissements potentiels dépasseraient les 3 millions de dollars. Compte tenu des barrières à l'entrée qui existent, les hôpitaux privés déjà établis qui peuvent obtenir une accréditation en tant qu'établissement d'enseignement sont manifestement les mieux placés pour exploiter ce type de possibilités. Bien entendu, les hôpitaux privés du monde entier créent souvent des écoles privées, en particulier de formation en soins infirmiers, pour satisfaire leurs propres besoins de personnel soignant.

La figure 3.13 présente des modèles d'investissement dans le domaine de la formation médicale.

Figure 3.14

Des opportunités d'investissement prometteuses dans la formation médicale

	Exemples	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement
Grandes universités pluridisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> Hubert Kairuki (Tanzanie) 	<ul style="list-style-type: none"> 1,0-5,0 	<ul style="list-style-type: none"> 2,0-10,0 	<ul style="list-style-type: none"> Développe les capacités globales du système de santé et s'attaque à la principale cause de la pénurie de personnel
Écoles d'infirmiers, de sages-femmes, de laborantins	<ul style="list-style-type: none"> Institut Santé Service (Sénégal) Central University College (Ghana)* 	<ul style="list-style-type: none"> 0,3-2,0 	<ul style="list-style-type: none"> 0,3-2,0 	<ul style="list-style-type: none"> Développe les capacités globales du système de santé à l'intérieur d'un pays
Formation à distance en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> AMREF (Kenya) 	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-0,5 	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-0,5 	<ul style="list-style-type: none"> Permet aux étudiants des zones rurales d'accéder à l'éducation et leur évite le coût d'un déménagement Augmente la disponibilité de compétences spécialisées en milieu rural

* Programme d'enseignement médical prévu pour être lancé en septembre 2007.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

La figure 3.14 donne une brève description de certains modèles d'investissement actuels dans le domaine de la formation médicale en Afrique subsaharienne. On trouvera à l'annexe 5 un exposé plus complet des opportunités qui existent, comprenant plus de détails sur ces modèles ainsi que des études de cas.

Conclusion

L'ampleur des problèmes de santé auxquels l'Afrique subsaharienne est confrontée fait souvent oublier les opportunités remarquables qui se cachent derrière des chiffres décourageants.

L'amélioration de la situation politique et économique en Afrique subsaharienne ouvre de nouvelles possibilités d'investissement, et les économies en plein essor de la région vont générer une demande croissante de produits et de services de santé.

Sur les 11 à 20 milliards de dollars d'investissements privés nécessaires pour répondre à la demande en matière de santé au

cours des dix prochaines années, la fourniture des soins de santé en représente environ la moitié, le reste se répartissant entre la distribution et le commerce de détail, la fabrication de produits pharmaceutiques et médicaux, les systèmes de mutualisation des risques et la formation médicale. Environ la moitié de ces investissements intéressera des entités à vocation entièrement commerciale, les entreprises sociales et les ONG se partageant l'autre moitié de façon égale.

Le potentiel économique inexploité du secteur de la santé signifie qu'avec des changements relativement mineurs des politiques publiques et des attitudes, les candidats à l'investissement, quel que soit leur profil, trouveront de nombreuses opportunités de gains. En même temps, ces changements et les investissements rendus ainsi possibles auront un immense impact sur le développement de la région et la santé de ses populations.



CONCLUSION

Conclusion

Pas moins de 30 milliards de dollars de nouveaux investissements seront nécessaires pour répondre à la demande régionale de services de santé, dont les deux tiers pourraient devoir venir du secteur privé. Heureusement, l'augmentation de la stabilité politique a amélioré les perspectives économiques. Les bourses de valeurs animées de la région et l'afflux de nouveaux investisseurs étrangers attestent de la place grandissante du secteur privé dans toutes les activités économiques en Afrique subsaharienne, et le secteur de la santé ne fait pas exception.

Le privé représente déjà une part notable du secteur de la santé de la région. Environ 60 % du total des dépenses de santé ont été financées par des parties privées — principalement sous la forme de paiements directs des ménages, et environ 50 % de ces dépenses ont bénéficié à des prestataires privés. Mais le secteur privé de la santé aura besoin d'être soutenu et davantage supervisé s'il doit continuer à jouer le rôle très actif qu'il a déjà actuellement.

Ce rapport recense un certain nombre de handicaps ou d'obstacles au développement d'un secteur privé de la santé viable et socialement responsable, intégré aux systèmes et aux stratégies d'ensemble élaborées par les États d'Afrique subsaharienne. Pour lever ces obstacles, il préconise de :

- 1 élaborer et faire appliquer des normes de qualité, imposées par la puissance publique ou issues d'une autoréglementation, pour encourager le développement d'un secteur privé plus structuré, viable et de meilleure qualité ;
- 2 favoriser les systèmes de mutualisation des risques pour améliorer le financement de la santé ;
- 3 utiliser le secteur privé pour fournir des services en encourageant le secteur public et les donateurs à travailler plus étroitement avec lui ;
- 4 modifier les politiques et les réglementations locales de manière à appuyer et mobiliser le secteur privé, en simplifiant les formalités administratives, en libéralisant les réglementations sur les ressources humaines, et en diminuant les droits de douane et les autres obstacles à l'importation ;
- 5 améliorer l'accès au capital disponible dans les institutions financières en sensibilisant les banques locales au véritable profil de risque du secteur de santé, en utilisant le support des institutions financières internationales pour encourager les institutions financières locales à prêter aux entreprises de santé, et en mettant au point des instruments de financement sous forme de prise de participation pour les entreprises de ce secteur.

Avant même le lancement de ces initiatives, les 11 à 20 milliards de dollars d'investissements privés dont on estime que la région aura besoin sur la prochaine décennie vont offrir à différents types d'investisseurs des opportunités très intéressantes sur le plan des gains financiers et de l'impact sur la santé.

Ce rapport est fondé pour une part importante sur des entretiens conduits auprès d'un grand nombre d'entrepreneurs responsables ayant des idées neuves et certaines préoccupations sociales, qui mettent toute leur énergie à construire des entreprises de santé solides en Afrique subsaharienne. C'est grâce à leur enthousiasme et à leur détermination, mais aussi au changement d'attitude des bailleurs de fonds, des États et des investisseurs, qu'un secteur privé fort et partie intégrante d'un système de santé plus global va pouvoir se développer — afin que les habitants de la région puissent enfin vivre en meilleure santé.



ANNEXES

Annexe 1 : Exemples de modèles économiques gagnants dans les services de soins de santé

La participation du secteur privé à la fourniture des soins de santé varie beaucoup d'un pays à l'autre (figure A1.1). En règle générale, les principaux facteurs qui interviennent sont les capacités du secteur public et l'attitude de la population à l'égard du secteur privé de la santé. Dans certains pays, l'accès aux services publics de soins de santé est considéré comme un droit, et l'utilisation de services payants fait l'objet d'une forte résistance. On trouve également de grandes différences dans la vision que les pouvoirs publics ont du rôle du secteur privé dans la fourniture des soins de santé.

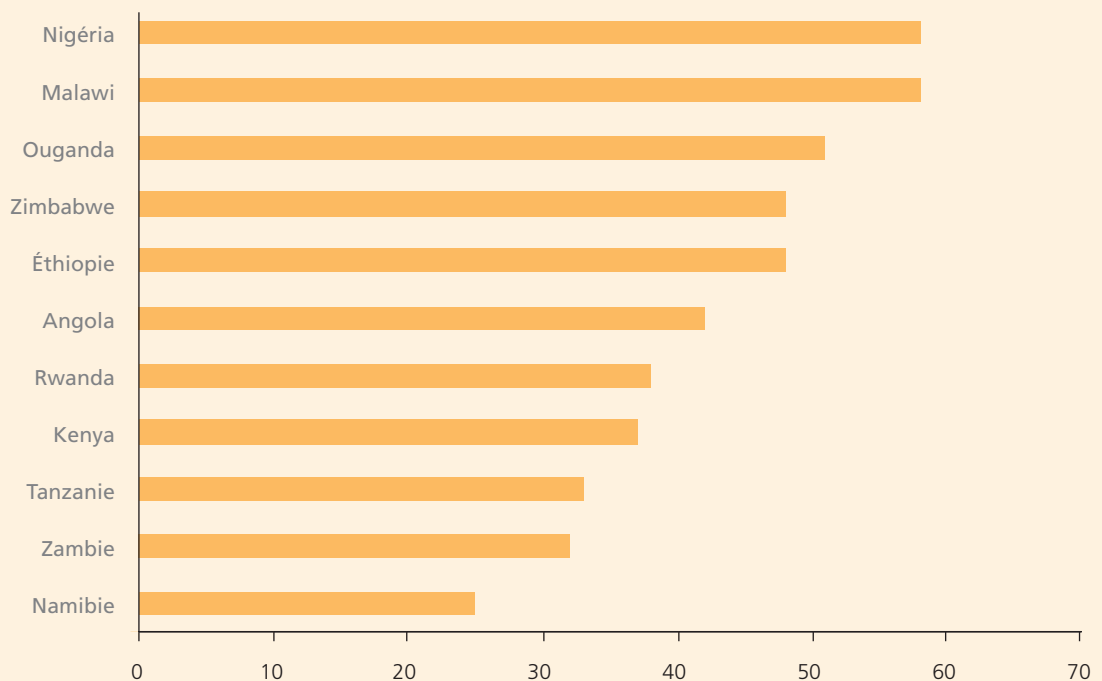
La répartition entre le public et le privé, et la composition du secteur privé sur le plan des objectifs financiers, sont encore plus variables à l'intérieur de chacune des quatre catégories de services de soins de santé (soins ambulatoires, soins en hospitalisation et de spécialité, médecine préventive, et services de diagnostic), comme le montre la figure A1.2.

La contribution des entités commerciales aux services de soins ambulatoires varie de 84 % des recettes privées pour ce type de services au Kenya¹⁰³ à seulement 15 % en Tanzanie¹⁰⁴. Les guérisseurs traditionnels sont également très actifs

Figure A1.1

Participation du secteur privé à la fourniture des soins de santé

Pourcentage du total des dépenses de soins



Source : comptes nationaux de la santé, OMS ; étude McKinsey.

Figure A1.2

Comparaison de la fourniture des soins de santé dans plusieurs pays

	 Nigéria	 Tanzanie	 Mozambique
Participation du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> La participation du secteur privé est parmi les plus élevées (~58 %), dominée par les entreprises commerciales. La part du secteur privé est appelée à augmenter par rapport à la croissance globale du marché. 	<ul style="list-style-type: none"> La participation du secteur privé est relativement modeste (33 %) et est répartie de façon égale entre les entreprises commerciales, sociales et à but non lucratif. La part du secteur privé devrait augmenter avec la libéralisation de l'économie. 	<ul style="list-style-type: none"> La plus petite participation du secteur privé du continent : le ministère de la Santé gère 5 000 établissements dans tout le pays, soit 85 % du total de la fourniture des soins. Large présence en milieu rural, avec des postes de santé non tenus par un professionnel de santé.
Structure du secteur privé			
Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> Les activités commerciales dominent avec 65 % de la part du secteur privé (couvrant 52 % du marché). 	<ul style="list-style-type: none"> La fourniture des soins primaires est assurée à 30 % par le secteur privé en milieu rural et à 40 % en milieu urbain. Les entreprises sociales couvrent 45 % de l'activité privée. 	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins des spécialités courantes (ex. : cardiologie, chirurgie) ayant une pratique privée représentent environ 20 % du secteur privé des soins ambulatoires. Les guérisseurs traditionnels occupent une place importante (13 % de l'activité privée).
Soins en hospitalisation et de spécialité	<ul style="list-style-type: none"> 72 % des recettes des hôpitaux privés (la moitié du total du secteur) vont au secteur privé commercial. Les spécialistes ont souvent une pratique privée tout en exerçant dans les centres publics de soins tertiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> 44 % de l'activité privée (41 % du marché) est de type commercial. Deux hôpitaux tertiaires de référence appartiennent à des organisations confessionnelles. Les services spécialisés sont extrêmement limités. Beaucoup de patients sont envoyés en Inde pour les soins de spécialité (ex. : cardiologie, dialyse, transplantations, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Accès limité partout aux services hautement spécialisés. -pas d'installations de dialyse dans le pays ; -chirurgie cardiaque dans un seul établissement privé ; la plupart des patients vont se faire soigner au Portugal. Les centres de santé commerciaux représentent seulement 10 % du petit secteur privé (8 %), principalement couvert par les organisations confessionnelles et d'autres ONG (45 %).
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Le ministère de la Santé implique le secteur privé dans des actions de prévention (ex. : distribue des vaccins gratuits aux centres de santé privés) mais seulement les entreprises sociales. Pas d'activités commerciales dans ce domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les entreprises sociales participent au programme public de vaccination, mais la part du privé ne s'élève qu'à 10 %. 90 % des soins prénatals sont assurés par le secteur public. 	<ul style="list-style-type: none"> La participation du secteur privé aux soins préventifs se limite aux organisations confessionnelles, aux ONG et au secteur informel, qui couvrent environ 13 % des services préventifs. Le secteur privé devrait se développer au même rythme que le secteur public.
Services de diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Environ la moitié des services de diagnostic modernes (ex. : mammographie, scanner, IRM) sont assurés par le secteur privé commercial. 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun service de diagnostic privé connu. Une société sud-africaine fournit quelques services. 	<ul style="list-style-type: none"> Le secteur privé n'a pas les moyens de s'équiper en scanners/IRM et utilise les équipements du secteur public. Une grande partie des services d'analyses de base sont assurés dans les hôpitaux des organisations confessionnelles (45 % de la contribution privée).

Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

dans le sous-secteur des soins ambulatoires. Ils représentent par exemple jusqu'à 30 % de l'activité privée en Éthiopie¹⁰⁵.

On retrouve la même diversité dans le domaine des soins en hospitalisation. Au Nigéria, les entreprises commerciales recueillent 72 % des dépenses pour ces services lorsqu'ils sont assurés dans un cadre privé (environ la moitié du marché total)¹⁰⁶. À l'inverse, au Mozambique, 10 % seulement des services privés très limités (ils ne représentent que 8 % du marché) concernent les acteurs commerciaux¹⁰⁷.

Sur l'ensemble du continent, le secteur privé participe peu aux services de prévention (la vaccination et les soins prénatals étant les services

les plus utilisés). Les parts de marché les plus importantes s'élèvent à 45 % au Nigéria¹⁰⁸ et 30 % en Ouganda¹⁰⁹. Ailleurs, la participation du secteur privé dans ces activités est inférieure à 20 %. Les organisations confessionnelles et les ONG sont les principaux prestataires de services privés, souvent en partenariat avec le secteur public.

Bien que les services de diagnostic ne soient souvent disponibles que dans les grands hôpitaux, on trouve différents exemples de prestataires spécialisés extérieurs dont l'activité est rentable. En Ouganda, jusqu'à 50 % des services de diagnostic sont assurés par des entreprises privées, et plus de la moitié d'entre elles sont de type commercial¹¹⁰.

Quel que soit le contexte politique et social, les capacités du secteur public ne suffiront pas à satisfaire l'augmentation rapide de la demande de soins de santé et la part du secteur privé devrait donc progresser dans la plupart des cas.

Les données empiriques (détaillées à l'annexe 6) laissent penser que la fourniture des soins de santé attirera environ 50 % du potentiel d'investissements privés, soit entre 5,6 et 10,2 milliards de dollars (figure A1.3). Près des deux tiers iront aux soins en hospitalisation, environ 30 % aux soins ambulatoires, et moins de 10 % à la prévention, aux services de diagnostic et aux services auxiliaires. La plupart des opportunités d'investissement se trouveront dans les PME, avec près des deux tiers des projets étant évalués en dessous de 250 000 dollars, un quart entre 250 000 et 3 millions de dollars, et à peine plus de 10 % au-dessus de 3 millions de dollars.

Des stratégies innovantes existent pour être compétitif

Même si la fourniture des soins de santé est une activité qui pose encore un certain nombre de problèmes, des modèles économiques innovants sont parvenus à surmonter quelques obstacles traditionnellement rencontrés dans ce secteur. En investissant dans ce type d'entreprises, il pourrait être possible d'obtenir des gains financiers importants tout en apportant une contribution déterminante au développement de la région.

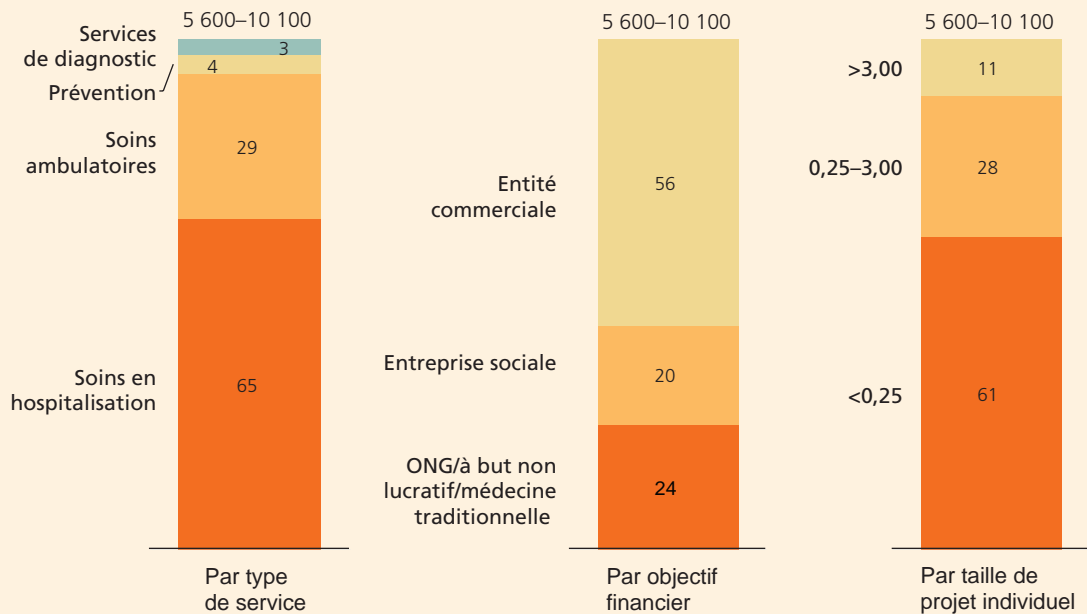
Voici une liste non exhaustive d'approches qui ont donné de bons résultats et seront probablement reproduites dans des entreprises existantes ou nouvelles :

- **Innover dans l'utilisation du personnel médical.** Le manque de compétences spécialisées peut limiter beaucoup la fourniture des soins de

Figure A1.3

Répartition des opportunités d'investissement dans la fourniture de services de santé privés en Afrique subsaharienne, 2007-2016

Pourcentage, millions de dollars



Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

santé. Il est donc nécessaire d'élaborer des modèles novateurs pour résoudre ce problème, en particulier en milieu rural. Des solutions existent, même si elles ne sont pas parfaites : avoir recours à des auxiliaires médicaux en ophtalmologie au lieu de chirurgiens ophtalmologues pour les examens oculaires courants, employer des aides-soignants au lieu de personnel infirmier, et même, dans certains cas, mettre à contribution les membres de la famille. Ces solutions réduisent aussi les coûts et permettent ainsi aux établissements de desservir les quintiles les plus pauvres de la population.

- **Partager des ressources de gestion.** Une autre solution pour pallier le manque de ressources humaines et réduire les frais généraux consiste à partager les ressources, comme un certain nombre d'établissements ont commencé à le faire. Par exemple, dans le projet Biruh Tesfa lancé en Éthiopie, 92 centres de santé génésique et de planification familiale partagent les services d'achat du matériel et des médicaments, d'assistance technique, et de gestion et contrôle financiers.
- **Instaurer des mécanismes d'interfinancement.** Les prestataires de santé qui desservent un large éventail de groupes sociaux (urbains/ruraux, riches/pauvres) peuvent proposer une tarification progressive permettant de faire payer plus cher les patients aisés pour financer les soins des patients dans le besoin. En même temps, le fait de desservir les deux catégories de patients permet de répartir les coûts fixes sur un plus grand volume d'activité.
- **Développer les contrats de sous-traitance et les concessions publiques.** Les prestataires de services de santé capables de garantir une qualité régulière devraient pouvoir conclure des accords de sous-traitance avec les pouvoirs publics afin de fournir des services particuliers pour lesquels les ressources du secteur public peuvent être limitées (comme dans le cas des services nutritionnels au Sénégal). Dans d'autres situations (les concessions hospitalières d'Afrique du Sud, par exemple), le partenariat prend la forme d'une concession.
- **Créer une réputation de qualité par le biais du franchisage.** Dans un contexte où les patients sont prêts à parcourir de longues distances pour se faire soigner, parfois en court-circuitant les établissements publics « gratuits », une réputation de qualité et de fiabilité est un facteur clé de succès. La création de franchises peut

permettre à un ensemble d'établissements de partager une chaîne logistique très contrôlée, garantissant l'origine des produits pharmaceutiques et des fournitures médicales.

- **Centraliser les achats.** Les dépenses de produits pharmaceutiques et médicaux constituant jusqu'à deux tiers des coûts de fonctionnement dans certains établissements, il est indispensable d'adopter une stratégie d'achats rationnelle. La centralisation des achats peut permettre de réaliser d'importantes économies grâce à un pouvoir d'achat supérieur.

Exemples de modèles économiques gagnants

Les thèmes d'investissement décrits à la figure A1.4 sont des exemples de modèles économiques qui utilisent bien les approches novatrices décrites ci-dessus, et génèrent ainsi à la fois des gains financiers et un énorme impact sur le développement.

Le succès d'un investissement dépendra beaucoup du pays ciblé. Les États n'offrent pas tous les mêmes opportunités commerciales (tant sur le plan des prévisions de croissance du marché que de la concurrence), et le climat de l'investissement reste très hétérogène dans l'ensemble de la région.

Ces modèles sont décrits en détail ci-après.

Petits centres de santé haut de gamme

Les hôpitaux haut de gamme accueillent les populations citadines des classes moyennes et supérieures. Bien que les patients les plus aisés puissent aller se faire soigner à l'étranger pour certains actes médicaux, ces hôpitaux traitent les urgences et répondent à la demande de soins généraux de ces populations en plus des besoins médicaux des populations à revenu intermédiaire. Les recettes des hôpitaux haut de gamme proviennent généralement à la fois des caisses d'assurance maladie d'entreprises, des usagers payant les soins à l'acte, et des régimes d'assurance maladie privés. Ces établissements offrent des soins de haute qualité qui attirent les patients, et un environnement bien équipé qui attire le personnel soignant. Malgré ces avantages, ces hôpitaux se plaignent souvent d'avoir beaucoup de mal à recruter et retenir les meilleurs médecins.

Il existe de nombreux exemples d'hôpitaux haut de gamme en Afrique subsaharienne, à vocation aussi bien commerciale que sociale. Il s'agit par exemple du Tanzania Heart Institute à

Figure A1.4

Des opportunités d'investissement prometteuses dans les services de soins

Exemples	Chiffre d'affaires Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement	
Petits centres haut de gamme	<ul style="list-style-type: none"> Tanzania Heart Institute (Tanzanie), hôpital Lagoon (Nigéria), Bridge Clinic (Nigéria), hôpital Lister (Ghana) 	• 0,2-10,0	• 0,5-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Permet de retenir dans le pays des ressources spécialisées de haute qualité
Réseau de centres de soins primaires et secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Christian Health Association (Kenya), Biruh Tesfa (Éthiopie), Clinic Africa (Ouganda) 	• 0,01-0,3 par centre	• 0,02-0,6 par centre	<ul style="list-style-type: none"> Améliore la desserte des zones rurales en assurant des soins de qualité aux populations sous-médicalisées
Hôpitaux proposant une assurance interne	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital Kadic (Ouganda), AAR Clinic (Ouganda), hôpital luthérien Selian (Tanzanie) 	• 0,3-5,0	• 0,5-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accessibilité des services de soins de santé dans les régions sans régimes d'assurance établis
Hôpitaux à fort débit et bas tarif	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital R-Jolad (Nigéria), hôpital Nsambya (Ouganda), hôpital luthérien Selian (Tanzanie) 	• 1,0-5,0	• 0,5-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accès à des services standardisés dans une population plus vaste
Hôpitaux utilisant des mécanismes d'interfinancement	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital international (Ouganda), CCBRT (Tanzanie) 	• 0,2-2,0	• 0,2-1,5	<ul style="list-style-type: none"> Permet à une population plus large d'avoir accès à des soins abordables, y compris pour les pauvres
Grands laboratoires d'analyses	<ul style="list-style-type: none"> Bio24 (Sénégal), Radmed Diagnostic Center (Nigéria) 	• 0,5-3,0	• 1,0-3,0	<ul style="list-style-type: none"> Améliore l'efficacité globale du traitement en facilitant le diagnostic
Télémédecine	<ul style="list-style-type: none"> Tsilitwa (Afrique du Sud) 	• 0,1-1,0	• 0,3-1,0	<ul style="list-style-type: none"> Donne accès à des ressources spécialisées en milieu rural
Médecins spécialistes couvrant un réseau d'hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'exemples (modèle possible à expérimenter) 	• 0,1-1,0	• 0,2-2,0	<ul style="list-style-type: none"> Augmente l'accès à des soins de spécialité dans la région

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Dar es Salaam, de l'hôpital Lagoon à Lagos, du Bridge Clinic à Abuja, et du Nyaho Medical Clinic au Ghana. La figure A1.5 ci-dessous présente un autre exemple d'hôpital haut de gamme : l'hôpital Lister à Accra. C'est un hôpital de 25 lits à vocation commerciale, créé il y a deux ans, qui comprend un centre de fécondation in-vitro. Il jouit d'une très large clientèle. Ayant très vite rencontré le succès, l'hôpital Lister souhaite développer à la fois ses installations et son fichier de patients.

Réseau de centres de soins primaires et secondaires

La Christian Health Association of Kenya a réussi à coordonner depuis les années 1930 les opérations d'un réseau de 363 établissements (24 hôpitaux, 43 centres de santé et 296 dispensaires). Sur tout le continent, d'autres organisations confessionnelles ont constitué des réseaux intégrés de centres médicaux pour remédier aux problèmes de demande limitée dans les régions faiblement

peuplées, de rareté des moyens de gestion, et de faible pouvoir d'achat.

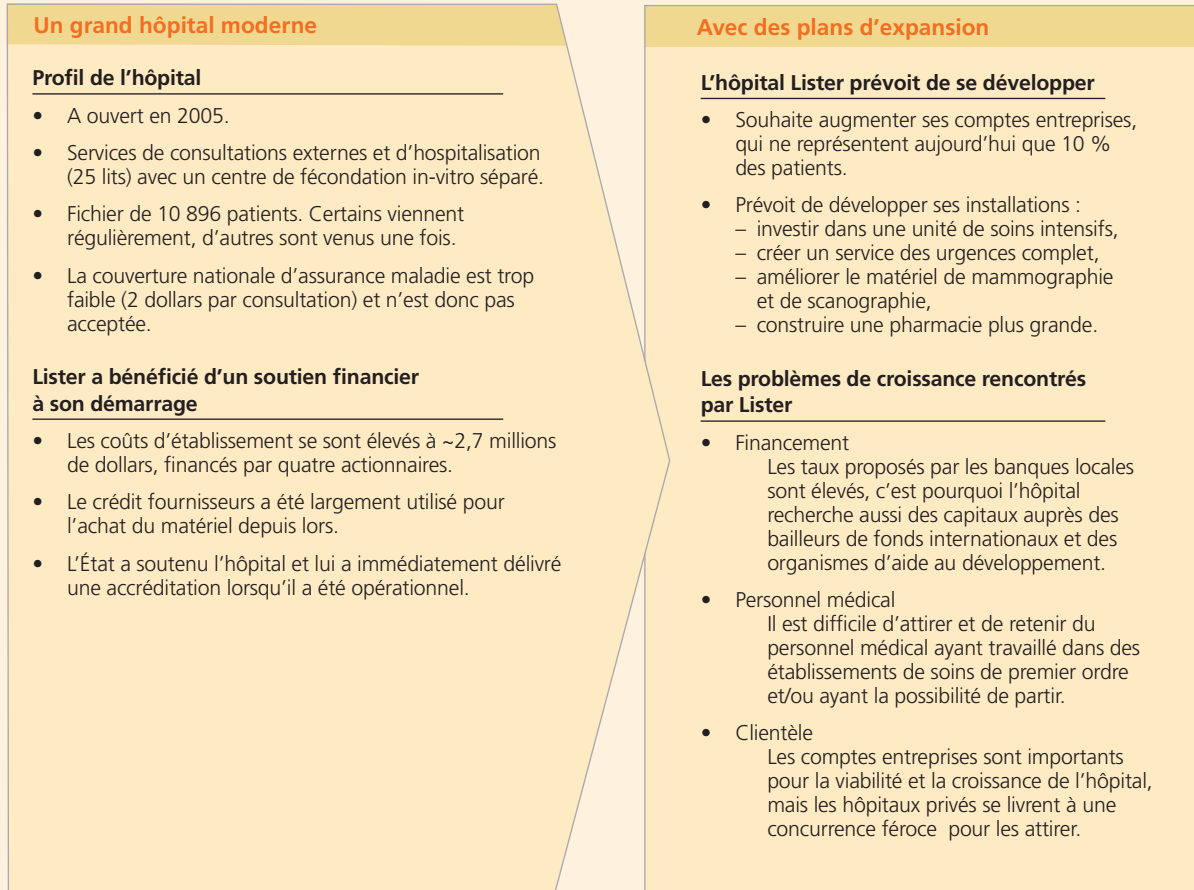
Des entreprises commerciales, souvent basées sur un modèle de franchise, sont apparues plus récemment. Chaque établissement est exploité de façon indépendante, avec un chiffre d'affaires généralement compris entre 20 000 et 300 000 dollars par an. Le capital de départ, l'assistance technique et les compétences en gestion sont fournies par une agence centrale également chargée d'acheter le matériel, les médicaments et les fournitures, et de faire appliquer des procédures standardisées. D'autres formes de réseaux commerciaux comprennent les grandes chaînes de centres de santé fonctionnant selon les mêmes principes.

Faire partie d'un réseau permet aux gestionnaires de répartir les frais généraux sur un volume de recettes plus large et de partager les moyens de gestion entre les établissements du réseau. L'augmentation du volume d'activité permet aussi

Figure A1.5

Étude de cas d'un petit hôpital haut de gamme : l'hôpital Lister, au Ghana

L'hôpital Lister est un hôpital privé moderne de 25 lits à Accra



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

au prestataire d'offrir une vaste gamme de services spécialisés, comprenant souvent des services dentaires ou de maternité, en utilisant du personnel médical travaillant sur plusieurs hôpitaux.

Ces modèles peuvent permettre de toucher les populations rurales sous-médicalisées ; en outre, leur efficacité de fonctionnement et leurs procédures standardisées peuvent aussi améliorer la qualité des soins. La réputation de qualité qu'ils acquièrent contribue souvent à augmenter leurs recettes grâce au surcroît de volume et/ou de primes.

La figure A1.6 présente le modèle économique et les caractéristiques financières de Clinic Africa, un réseau intégré de centres de santé en Ouganda. Un autre exemple est le projet éthiopien Biruh Tesfa, lancé en 2000, qui s'est développé à un rythme spectaculaire et gère aujourd'hui 92 centres de santé. L'hôpital Mucas, au Nigéria, est un

regroupement de plusieurs médecins généralistes et spécialistes fonctionnant selon le même schéma.

Hôpitaux proposant une assurance interne

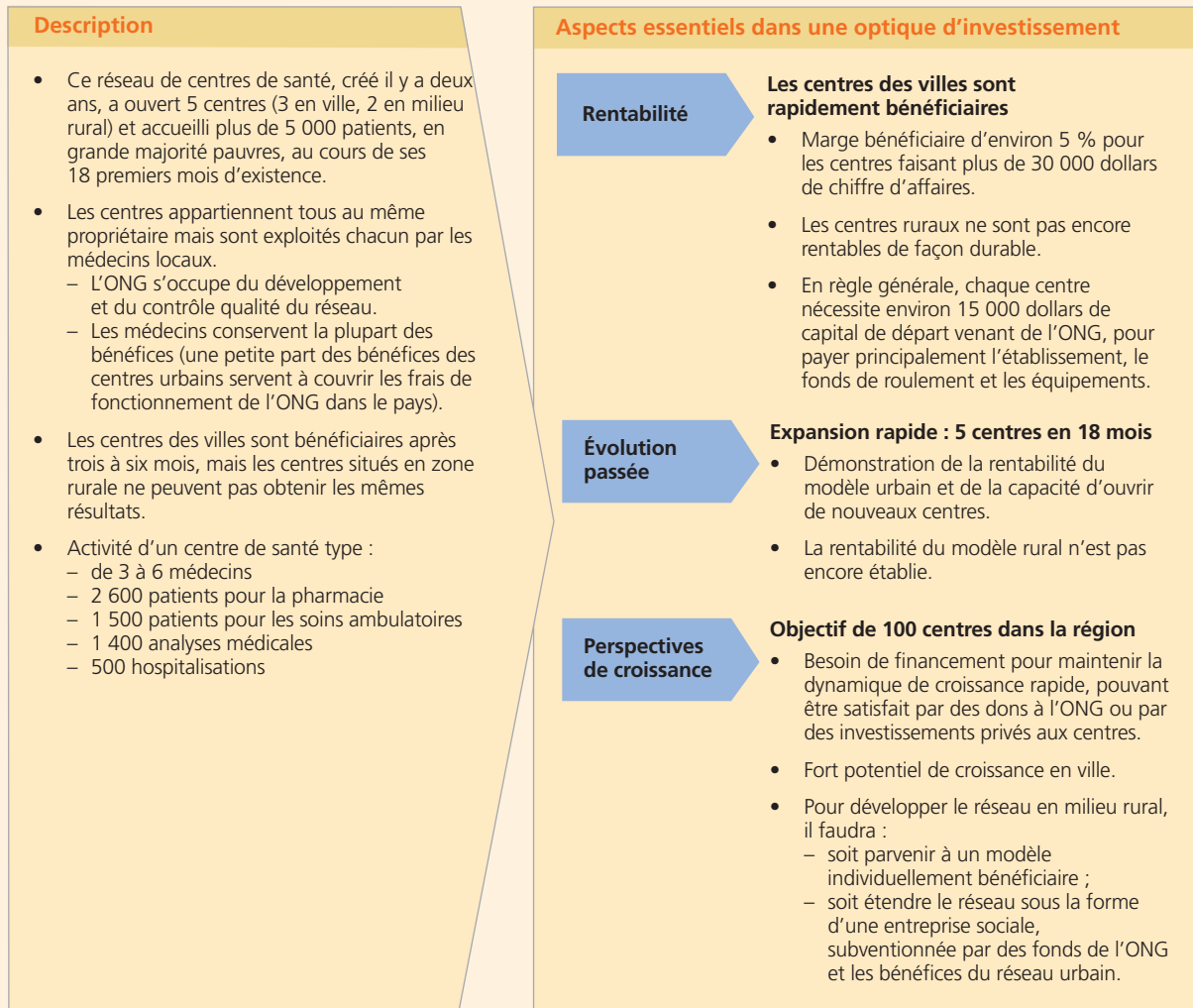
Dans la section II, nous avons vu que la mise en place d'un système de mutualisation des risques augmentait sensiblement la viabilité financière des établissements de soins. Face au manque d'instruments de financement de la santé en Afrique subsaharienne, certains prestataires ont créé leurs propres régimes d'assurance internes.

Ces entreprises rendent les soins de santé plus accessibles à des segments de la population qui n'auraient pas autrement les moyens de payer des services spécialisés. En même temps, la mutualisation des risques permet aux entreprises d'être bénéficiaires, en particulier si elles arrivent à attirer au moins 20 000 adhérents, leur garantissant un chiffre d'affaires d'au moins 500 000 dollars par an.

Figure A1.6

Étude de cas d'un réseau de centres de soins primaires : Clinic Africa, en Ouganda

En Ouganda, Clinic Africa est un réseau de centres de soins primaires en plein essor. Après avoir établi la rentabilité de ses établissements urbains, Clinic Africa doit faire de ses centres ruraux des sites rentables tout en poursuivant sa forte dynamique de croissance.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Certains régimes internes peuvent avoir besoin d'une réassurance ou de subventions d'organismes donateurs pour les protéger en cas de problème de santé très grave ou d'épidémie, mais le modèle est fondamentalement viable, comme le montre l'exemple de l'hôpital Kadic en Ouganda (décrit à la figure A1.7). Bien que sa rentabilité soit encore faible, l'hôpital Kadic pourrait augmenter sensiblement ses marges s'il doublait sa capacité, perspective tout à fait envisageable compte tenu de la demande prévisionnelle.

Un autre exemple est l'AAR Clinic à Kampala (200 patients/jour et 30 000 adhérents). L'hôpital

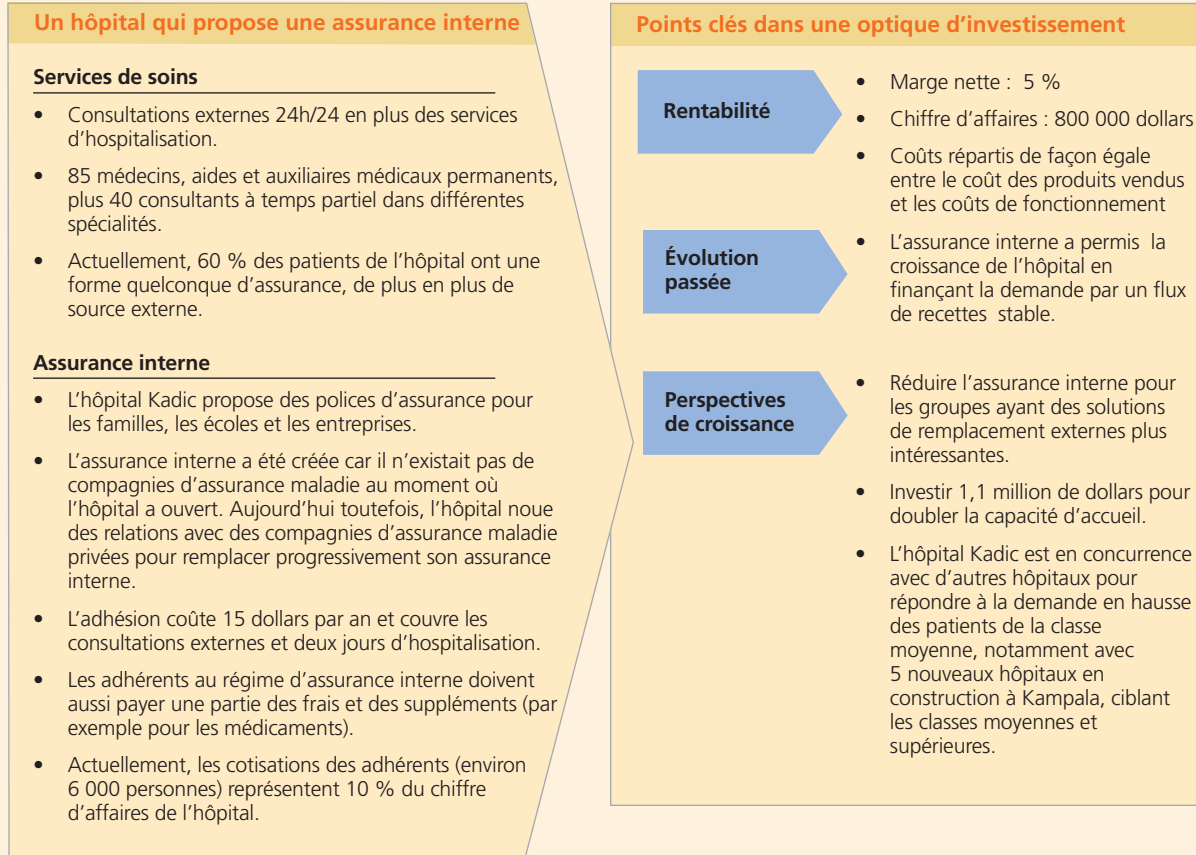
luthérien Selian, en Tanzanie, qui dépend d'une organisation confessionnelle, n'utilise une assurance interne que pour une partie de son bassin de population. D'autres applications de ce modèle existent actuellement au Nigéria, en Ouganda et en République démocratique du Congo sous la forme d'entreprises commerciales ou sociales.

Des pays comme le Cameroun, le Tchad, la Sierra Leone et le Soudan, où les systèmes de mutualisation des risques sont peu développés, sont des candidats probables à la mise en place réussie de ce modèle, à condition d'obtenir les fonds nécessaires.

Figure A1.7

Étude de cas d'un prestataire offrant une assurance interne : l'hôpital Kadac, en Ouganda

L'hôpital Kadac, à Kampala, est un établissement privé de 32 lits accueillant des patients de la classe moyenne, dont la marge bénéficiaire s'élève à environ 5 %. Il accueille également des patients à faible revenu, principalement dans le cadre de programmes de proximité. L'hôpital a d'abord créé une police d'assurance interne pour aider les patients à financer leurs dépenses de santé à une époque où la plupart des patients n'avaient aucune source externe d'assurance.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Hôpitaux à fort débit et bas tarif

Les hôpitaux implantés dans les zones densément peuplées utilisent souvent un modèle économique à fort débit et bas tarif qui leur permet de desservir des populations à faible revenu ayant besoin d'interventions simples. Le débit des patients est extrêmement élevé (jusqu'à 100 patients par jour et par médecin) dans la mesure où l'ensemble de services proposés est limité ; le chiffre d'affaires de ces établissements est généralement compris entre 1 et 5 millions de dollars.

On trouve parfois une variante de ce modèle économique, dans lequel les soins sont spécialisés : en se concentrant sur un seul type de services (par exemple la chirurgie de la cataracte, les pathologies cardiaques), les hôpitaux peuvent atteindre des niveaux d'efficacité élevés et maximiser

l'utilisation de leur personnel. Ces hôpitaux ont un impact important sur le développement car ils peuvent fournir des services de santé à une très large population ; d'autre part, la productivité élevée du personnel médical et donc la possibilité de contenir les prix rendent les services plus abordables.

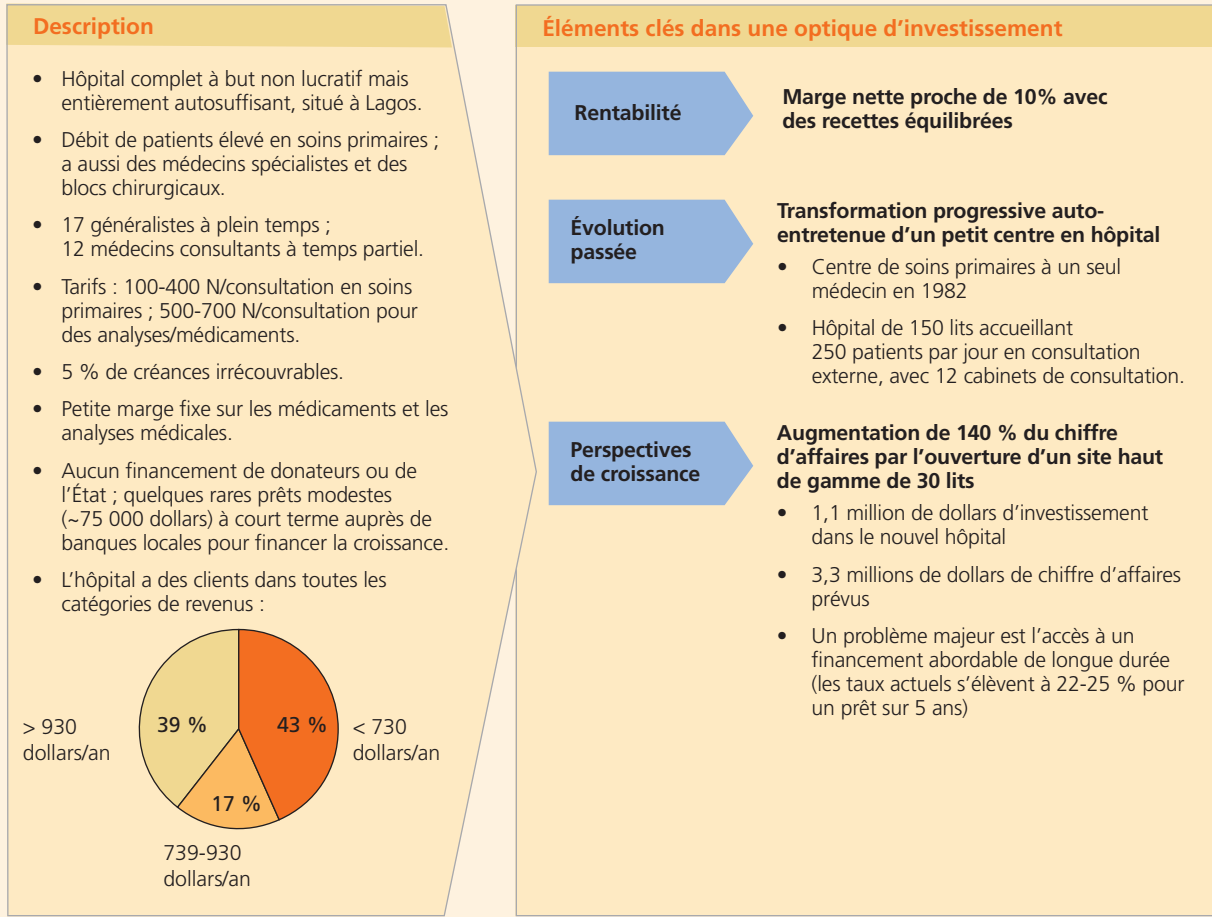
La figure A1.8 montre les détails du modèle économique et des éléments financiers de R-Jolad, un hôpital nigérian dont il est question à la section I. D'autres exemples de ce modèle sont l'hôpital Selien en Tanzanie et l'hôpital Nsambya en Ouganda (350 lits).

En règle générale, les pays qui ont mis en place un régime national d'assurance maladie (Ghana, Namibie, Nigéria et Sénégal) offrent un environnement bien adapté à ce modèle, car ces

Figure A1.8

Étude de cas d'un hôpital à fort débit : R-Jolad, au Nigéria

L'hôpital R-Jolad à Lagos est une entreprise sociale financièrement viable, qui assure chaque jour des soins de santé de bonne qualité à 200-250 patients issus de toutes les classes sociales. D'après un patient : « On n'attend pas, ils sont gentils, et les médecins sont compétents. »



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

régimes favorisent les prestataires capables de contenir les prix.

Hôpitaux utilisant des mécanismes d'interfinancement

Le secteur privé commercial ne peut pas se développer autant qu'il le pourrait en raison du nombre limité de patients ayant les moyens de payer pour un traitement de haute qualité. Néanmoins, beaucoup d'établissements ont commencé à utiliser des mécanismes d'interfinancement pour remédier à cette situation. En établissant des tarifs différenciés, les hôpitaux parviennent à répondre aux besoins de divers segments de la population et à répartir les coûts fixes élevés du fonctionnement sur un grand nombre de clients.

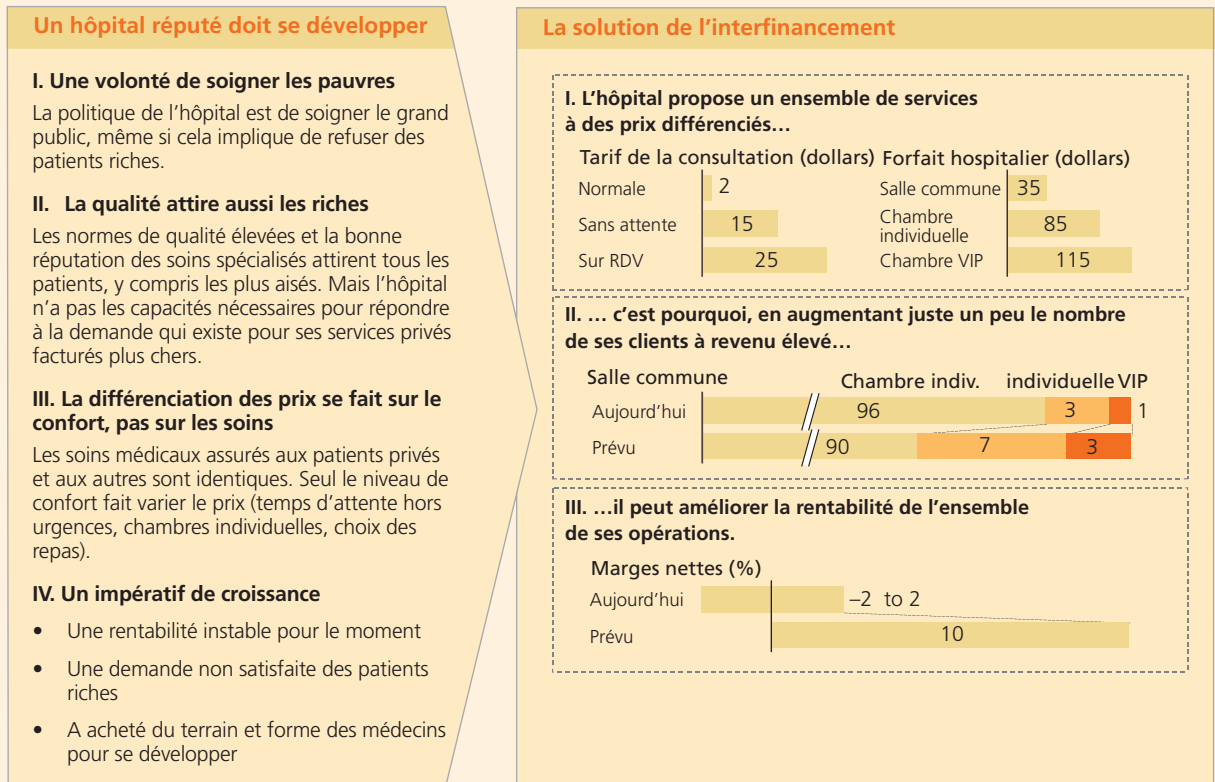
Les patients qui peuvent payer plus cher bénéficient d'un niveau de service plus élevé, ce qui comprend généralement des salles d'attente plus agréables, des chambres individuelles et un service de prise de rendez-vous. À l'inverse, les clients plus pauvres payent moins cher, dans certains cas une participation qui couvre seulement la fourniture du service, et les services d'accueil sont plus élémentaires, mais la qualité des soins reste identique.

La figure A1.9 présente quelques aspects du modèle économique et des éléments financiers d'un établissement basé sur l'interfinancement en Afrique de l'Est¹¹¹. Les modèles d'interfinancement qui existent actuellement sont des entreprises commerciales ou sociales (souvent d'organisations professionnelles). Le chiffre d'affaires de ces

Figure A1.9

Étude de cas de l'interfinancement : un hôpital privé spécialisé en Afrique de l'Est

Cet hôpital privé d'Afrique de l'Est offre des services de consultations externes et d'hospitalisation de haute qualité en médecine et chirurgie ophtalmologique et orthopédique. Il s'agit d'une entreprise sociale déterminée à desservir des populations essentiellement à faible revenu, mais qui vise à étendre ses services à des patients plus aisés afin d'asseoir sa rentabilité.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

entreprises est généralement de l'ordre de 0,3 à 2 millions de dollars. Le niveau d'interfinancement détermine la rentabilité globale des opérations. Enfin, dans quelques cas, l'interfinancement vient de l'intervention de bailleurs de fonds, comme pour l'unité « Hope » de l'hôpital international de Kampala.

Laboratoires d'analyses médicales

Les services d'analyses sont une composante essentielle du secteur de la santé dans la mesure où le dépistage du VIH/SIDA, de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles (MST) et d'autres maladies est déterminant pour pouvoir planifier les traitements. En Afrique subsaharienne, la plupart des laboratoires d'analyses réalisent un chiffre d'affaires de 500 000 à 3 millions de dollars et la plupart fonctionnent à pleine capacité, avec des marges bénéficiaires élevées. Leur expansion

est souvent limitée par la pénurie de personnel technique et de moyens financiers.

Dans l'exemple décrit à la figure A1.10, un laboratoire sénégalais prospère a obtenu un taux de rentabilité net de 14 % en ayant pour clients des particuliers, des centres de santé privés et même des établissements publics.

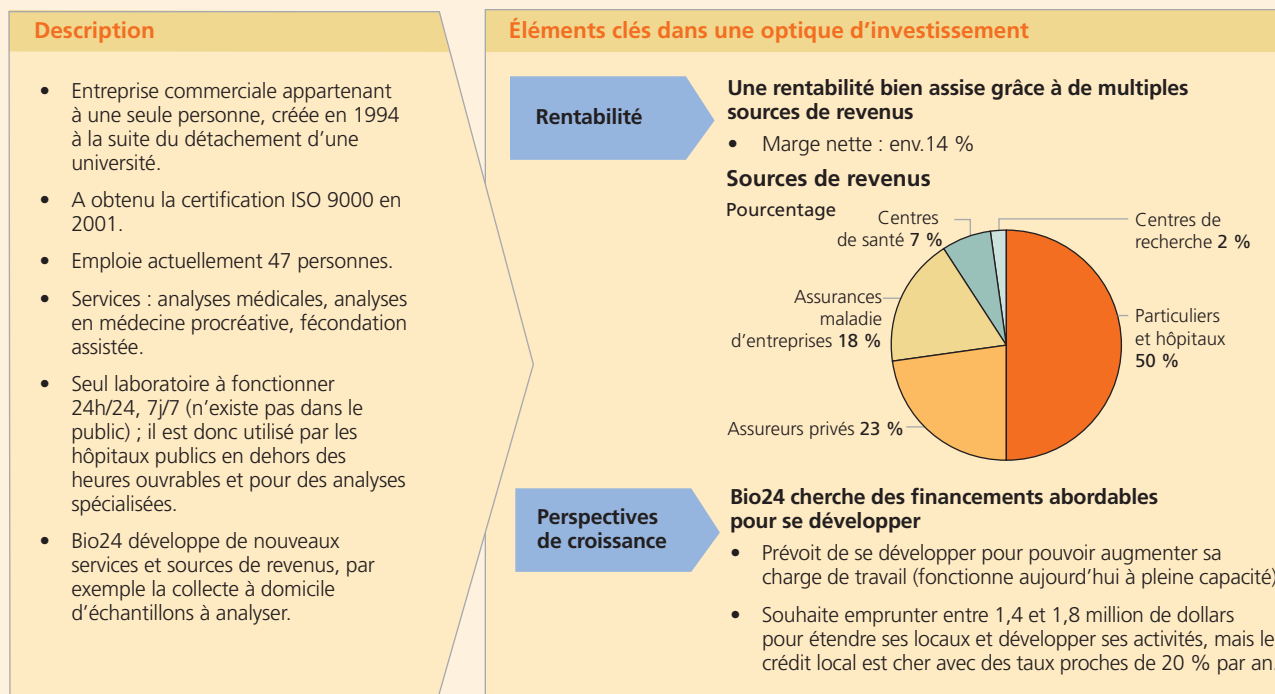
Les laboratoires d'analyses médicales améliorent l'accès aux soins en développant des services sous-représentés dans cette partie du continent. Ils améliorent ainsi l'efficacité générale des traitements et contribuent à l'obtention d'importants résultats positifs en matière de santé.

D'autres laboratoires d'analyses desservent des régions entières ; des établissements satellites recueillent les échantillons et les transportent au laboratoire central où ils sont analysés par les quelques techniciens spécialisés qui existent.

Figure A1.10

Étude de cas d'un laboratoire d'analyses médicales : Bio24, au Sénégal

Bio24 est un laboratoire d'analyses de Dakar qui fonctionne à pleine capacité, fait des bénéfices et souhaite se développer. Ses services sont très demandés par les assureurs, les prestataires de soins, les centres de recherche et les particuliers, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey ; site web de l'entreprise.

Télémédecine

La télémédecine offre une solution à la pénurie de médecins dans les zones rurales. En Afrique, un grand nombre de villes petites ou rurales n'ont qu'un dispensaire, tenu par un(e) unique infirmier(e). Le médecin le plus proche se trouve à une bonne quinzaine de kilomètres de distance dans le meilleur des cas, ce qui le rend inaccessible aux patients malades — pour des raisons de fatigue ou de coût.

La figure A1.11 présente le cas de Tsilitwa, une ville de la province du Cap-Oriental, en Afrique du Sud, où la population bénéficie d'un programme de télémédecine subventionné par l'État. Le dispensaire de Tsilitwa dessert 10 000 patients mais n'a pas de médecin. L'hôpital le plus proche est à plus de 16 kilomètres de là, sans liaison de transport directe entre les deux villes. Le Centre pour la recherche scientifique et industrielle d'Afrique du Sud et des chercheurs du département d'informatique de l'Université du Cap ont équipé le dispensaire de Tsilitwa de

matériel Internet sans fil au moyen duquel le personnel infirmier peut envoyer des images aux médecins et s'entretenir avec eux en temps réel. L'installation comprend un réseau local sans fil, un ordinateur avec webcam, un téléphone VoIP et un logiciel spécialisé.

Ce programme de télémédecine améliore les résultats sanitaires pour les patients, tout en leur évitant une perte de temps et d'argent. Beaucoup de patients qui ne pourraient pas faire ou ne feraient pas le trajet pour aller voir un médecin, peuvent maintenant bénéficier d'une consultation. Ils gagnent du temps et évitent les coûts associés au transport et aux consultations supplémentaires.

Le programme de télémédecine de Tsilitwa est une initiative non commerciale, et la télémédecine en Afrique subsaharienne doit encore faire la preuve de sa viabilité commerciale. À cet égard, le principal obstacle vient du coût élevé des télécommunications. Toutefois, grâce aux webcams et aux téléphones VoIP, moins chers que les communications téléphoniques classiques,

Figure A1.11

Étude de cas en télémédecine : le Tsilitwa Telehealth Project, en Afrique du Sud

Le Tsilitwa Telehealth Project est un programme subventionné par l'État qui permet aux personnels infirmiers des centres de santé ruraux de prendre l'avis de médecins à distance sur des cas difficiles, en s'entretenant avec eux et en leur envoyant des images par un système de téléphonie sans fil.

Description

- **Initiative** : ce projet de télésanté en Afrique du Sud utilise un système dans lequel un(e) infirmier(e) peut envoyer des images d'un patient en direct par un réseau sans fil à un médecin à distance, tout en lui parlant avec un téléphone VoIP.
- **Mise en œuvre** : le réseau sans fil, y compris la liaison téléphonique VoIP, a été installé par les autorités publiques de télécommunications.
- **Contexte local** : le village est à plus de 16 km du centre le plus proche, qui est une petite ville à 32 km au nord d'un centre régional.

Impact et perspectives

- **Rentabilité** : bien que le modèle n'ait pas fait la preuve de sa viabilité financière, il peut être interfinancé avec d'autres services du centre. Jusqu'ici, les fonds sont venus du budget public, de bailleurs de fonds et d'entreprises privées.
- **Impact sur le développement** :
 - Le Tsilitwa Telehealth Project dessert 10 000 patients ruraux de la province du Cap-Oriental, en Afrique du Sud.
 - À Tsilitwa, il y a un dispensaire sans docteur. Ce service permet donc aux patients d'avoir accès à des médecins, sans avoir à parcourir au moins une quinzaine de kilomètres.
 - Ce modèle diminue le coût des soins en évitant des frais de transport et de consultation.
 - Ce modèle prend mieux en compte les préoccupations des patients car il leur évite de perdre du temps dans les transports ou dans d'autres salles d'attente.
 - Ce modèle améliore la qualité des soins car il permet au personnel infirmier de consulter plus facilement un médecin.
- **Possibilités de croissance** :
 - Étendre le réseau à d'autres zones rurales autant que le permet le développement de l'accès sans fil en Afrique.
 - La viabilité financière sera difficile à établir sur une base commerciale compte tenu des coûts de la technologie et du temps de travail des médecins. Un modèle partiellement ou entièrement subventionné permettrait plus facilement d'atteindre les objectifs fixés en matière de croissance et de santé.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

et à la pénétration croissante de l'accès Internet sans fil dans tout le continent, les entreprises de santé disposent d'outils prometteurs pour mettre en place des programmes de télémédecine évolutifs. L'autre contrainte est liée à la disponibilité des médecins et à la capacité du personnel des centres de santé à bien utiliser le matériel.

Médecins spécialisés couvrant un réseau d'hôpitaux

La plupart des hôpitaux d'Afrique subsaharienne ne sont pas en mesure de proposer des soins spécialisés. Cela s'explique par la pénurie de spécialistes compétents, les coûts d'équipement élevés et, surtout en milieu rural, le fait que la demande soit insuffisante pour absorber les coûts fixes. Un modèle économique comprenant un groupe de spécialistes se déplaçant dans un large réseau d'hôpitaux avec du matériel spécialisé pourrait s'avérer financièrement viable. Par exemple, un groupe de chirurgiens orthopédistes

pourrait partager du matériel et réaliser des interventions dans des hôpitaux de toute l'Afrique de l'Est. Les hôpitaux ruraux pourraient grouper des rendez-vous de patients pendant la semaine où les chirurgiens ont prévu de venir. Ce type d'entreprise générerait un chiffre d'affaires de 0,1 à 1 million de dollars.

Compte tenu de l'existence d'infrastructures routières relativement bien développées en Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana et Namibie), ce modèle a de meilleures chances de succès dans cette région. Il représente un réel potentiel pour amener des soins spécialisés dans des régions sous-médicalisées et pourrait aussi être combiné à un modèle d'interfinancement pour soigner les patients pauvres à un tarif inférieur à celui appliqué aux patients plus aisés. Nous n'avons pas encore trouvé d'exemples de ce modèle sur le terrain, mais les experts du secteur estiment qu'il offre un potentiel important.

Annexe 2 : Exemples de modèles économiques gagnants dans les systèmes de mutualisation des risques

Comme il a été exposé en détail à la section II, on trouve en Afrique subsaharienne des systèmes de mutualisation des risques circonscrits à des régions ou des populations particulières. Les systèmes privés se rencontrent principalement dans les classes aisées, chez les étrangers et/ou les employés des grandes entreprises. Par exemple, en Namibie et au Zimbabwe — qui font partie des marchés de l'assurance les plus développés — l'assurance privée représente 20 à 30 % des dépenses de santé, alors qu'elle ne couvre que 3 à 7 % de la population. On trouve un autre noyau concentré dans les régimes d'assurance gérés par les employeurs, qui sont de plus en plus courants même parmi les petites entreprises. Une autre solution qui se développe sur le marché de l'assurance maladie et des HMO en Afrique subsaharienne consiste pour les entreprises à sous-traiter l'administration de leurs programmes de prestations médicales à des compagnies d'assurance ou des centres de santé situés sur le lieu de travail.

En Afrique de l'Ouest et de l'Est, les assurances maladie communautaires (un terme qui regroupe différents types de systèmes de mutualisation des risques plus ou moins viables) sont répandues ; pas moins de 600 d'entre elles ont été créées en Afrique francophone au cours des 20 dernières années, représentant plus de 1,5 million de bénéficiaires.

Beaucoup de pays se sont efforcés de mettre en place des systèmes de sécurité sociale, mais leur succès est limité par la taille de la population employée dans le secteur structuré, qui reste peu importante. Les micro-assurances maladie, les comptes épargne santé ou les crédits à la santé jouent tous un rôle minime dans la société d'Afrique subsaharienne, où la très grande diversité ethnique se traduit par un faible niveau de cohésion sociale et où les gens ont donc du mal à croire que d'autres groupes seront prêts à payer pour eux. Ces mécanismes offrent néanmoins des possibilités de développement sur le long terme, en particulier

compte tenu de l'acceptation bien meilleure aujourd'hui du principe du prépaiement¹¹².

La figure A2.1 montre les grands écarts qui existent dans le niveau de développement du marché du financement de la santé dans trois pays.

Bien que le marché soit naissant, certains États commencent à voir dans les systèmes de mutualisation des risques privés un moyen d'élargir la population ayant accès à des soins de santé. Le Nigéria, pays le plus peuplé du continent, a ainsi adopté récemment un régime national d'assurance maladie obligatoire applicable aux entreprises privées, avec l'objectif ultime d'étendre la couverture à toute la population. Au Nigéria encore, des donateurs bilatéraux allouent des fonds à un HMO privé pour financer l'assurance maladie de base de 115 000 personnes dans deux groupes cibles pauvres.

Globalement, nous estimons que les systèmes de mutualisation des risques représenteront environ 13 % du total de la demande d'investissements prévue dans le secteur privé de la santé, soit environ 1,4 à 2,5 milliards de dollars. Environ 80 % de ce montant devraient concerner des investissements inférieurs à 3 millions de dollars (figure A2.2).

Des stratégies ciblées sont en cours d'expérimentation

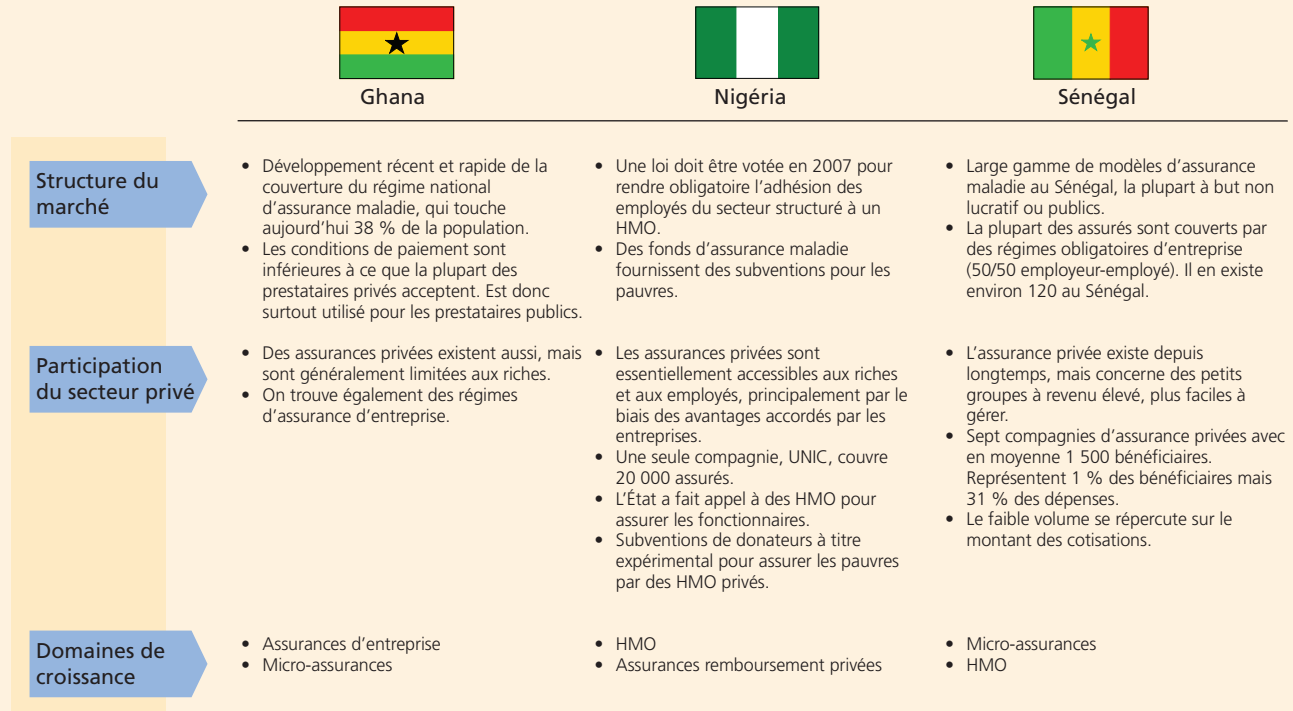
Dans ces marchés naissants, les nouvelles entreprises sont confrontées à un double problème : comment atteindre le seuil de rentabilité le plus rapidement possible, et comment financer les opérations pendant la phase initiale déficitaire.

On trouvera ci-dessous quelques-unes des stratégies ayant donné de bons résultats. Les entreprises qui les adoptent peuvent constituer des opportunités d'investissement intéressantes.

- **Accès à des grands groupes, dont les membres sont sélectionnés aléatoirement.** La taille du groupe de population assuré est déterminante.

Figure A2.1

Comparaison des systèmes de mutualisation des risques dans plusieurs pays



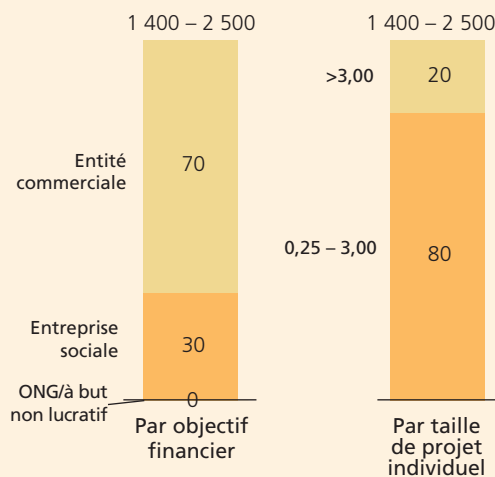
Source : ministères de la Santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Un système de mutualisation des risques doit regrouper au minimum 20 000 personnes. Avec cette taille, le risque non systématique peut être diversifié au sein de la population assurée, de sorte qu'il n'est pas nécessaire que chaque produit soit bénéficiaire pour que l'ensemble du régime soit viable. Au-delà de 100 000 personnes, un régime peut optimiser les groupes de risques individuels et rendre ainsi chaque produit bénéficiaire, ou il peut proposer une couverture plus étendue, couvrant par exemple les maladies chroniques, ou encore des produits pour des groupes à plus haut risque. L'une des autres conditions de succès de cette stratégie est que la population soit sélectionnée de façon aléatoire, pour éviter le problème de l'antisélection qu'un régime volontaire pose toujours. Compte tenu de la taille et de la nature des populations qui composent la fonction publique, les contrats de sous-traitance conclus avec les pouvoirs publics pour couvrir un groupe d'employés sont un exemple type de ce que ces régimes peuvent permettre de faire.

Figure A2.2

Opportunités d'investissement dans la mutualisation des risques, 2007-2016

Pourcentage, millions de dollars



Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

- **Intégration verticale.** L'intégration du mécanisme de mutualisation des risques à la fourniture des services augmente sensiblement les chances de viabilité financière, car les risques de fraude sont réduits et l'accès direct aux données sur les assurés permet d'optimiser chaque régime.

Plusieurs modèles économiques gagnants

La figure A2.3 présente quelques exemples de modèles économiques qui utilisent bien les stratégies décrites ci-dessus. Ces modèles peuvent permettre aux entreprises d'obtenir des résultats financiers satisfaisants tout en ayant un impact important sur le développement.

On trouvera ci-après une description détaillée de ces modèles.

Assurance remboursement comprise dans une assurance générale

L'assurance remboursement est un modèle d'assurance classique dans lequel l'assuré est remboursé de ses dépenses de santé. Il cible généralement la population active. Plusieurs grands assureurs de la région envisagent d'étendre leur

gamme de services pour proposer une assurance remboursement de santé. Ce modèle prévoirait une prime fixe en fonction du profil de risque de l'assuré, et pourrait être proposée à des groupes ou des particuliers.

Du fait de la clientèle déjà nombreuse qu'ont la plupart de ces compagnies d'assurance, il serait naturel de prolonger la couverture par une assurance remboursement de santé. Les grandes bases de données que détiennent ces entreprises sur leurs clients — notamment quels produits ils ont acheté et leur solvabilité — permettraient de vendre des produits connexes bien adaptés et ciblés. Les informations de l'assurance-vie que contiennent ces bases de données peuvent être utilisées pour définir le montant des primes. De fait, plusieurs organismes ont déjà commencé à proposer des assurances remboursement en Afrique subsaharienne.

Les investissements dans ce secteur pourraient financer l'achat de nouveaux équipements, le renforcement des compétences et des actions de marketing. Certains investissements pourraient aussi permettre d'acquérir la branche remboursement d'autres compagnies. Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, les opportunités qui existent dans ce domaine

Figure A2.3

Des opportunités d'investissement prometteuses dans les systèmes de mutualisation des risques

Exemples	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement
Assurance remboursement comprise dans une assurance générale	<ul style="list-style-type: none"> • Strategis (Tanzanie), UNIC Health (Nigéria), GLICO (Ghana), CFC Life (Kenya), The Cooperative Insurance-CIC (Ouganda) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,0–5,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,0–4,0 • Crée une culture d'assurance • À condition d'être bien dimensionnée et bien gérée, peut conduire à des gains d'efficacité dans le réseau de prestataires
HMO intégrés à des prestataires de services	<ul style="list-style-type: none"> • Hygeia (Nigéria) • Total Health Trust (Nigéria) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,5–15,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,5–7,0 • Augmente l'accessibilité des services de soins de santé pour une population plus large • La mutualisation des risques rend les soins de santé plus abordables • Encourage l'émergence d'un réseau de centres prestataires à la fois privés et publics
Micro-assurance maladie associée à des institutions de microfinancement	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas en Afrique subsaharienne • Pourrait être appliquée au modèle Grameen Kaylan (Bangladesh) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,5–5,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,0–2,0 • Fournit une protection financière à des populations à faible revenu • Crée une culture d'assurance dans les populations rurales ou très défavorisées • Stimule le développement des prestataires desservant ces populations

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

tourment entre 1 et 5 millions de dollars de chiffre d'affaires.

Les principaux facteurs de rentabilité sont le volume d'affaires et les caractéristiques démographiques de la population assurée. La plupart des entreprises comptent faire l'essentiel de leurs bénéfices grâce aux gains des placements réalisés avec les primes encaissées, et arriver juste à l'équilibre sur les coûts médicaux. Des organismes se sont développés sur ce modèle au Kenya et en Tanzanie au cours des dernières années. Les compagnies d'assurance-vie ont en particulier élargi leur portefeuille de produits en proposant une couverture remboursement. L'Ouganda est bien placé également pour voir ce modèle

« prendre » compte tenu du nombre relativement élevé de compagnies d'assurances générales dans ce pays. À l'inverse, les pays ayant mis en place des régimes nationaux d'assurance maladie (comme la Namibie, le Nigéria, le Sénégal et le Zimbabwe) ne sont pas forcément des contextes favorables à ce modèle économique.

La figure A2.4 montre les principales caractéristiques de ce modèle économique et les éléments financiers concernant l'assurance privée en Tanzanie.

HMO intégrés

Plusieurs assureurs de santé commencent à offrir une gamme de services médicaux eux-mêmes. Ces

Figure A2.4

Étude de cas de l'assurance privée : Strategis, en Tanzanie

Premier assureur privé de Tanzanie, Strategis a vu son nombre d'adhérents augmenter rapidement grâce à sa clientèle d'entreprises, et s'est fixé des objectifs de croissance ambitieux, ciblés sur les grands fonds d'assurance, les entreprises locales et les particuliers.

Premier assureur privé de Tanzanie...

- Strategis a été la première compagnie à proposer une assurance maladie privée en Tanzanie. Elle conçoit, produit et vend des assurances médicales :
 - à des entreprises,
 - à des groupes d'affinité,
 - à des familles et des particuliers,
 - pour des voyages (dans le pays ou à l'étranger).
- 3 % de bénéfices avant impôt, provenant presque exclusivement des opérations d'assurance en raison des possibilités limitées de revenus des placements.
 - actuellement, les comptes entreprises représentent + de 90 %. Veut faire passer à 30 % la clientèle des particuliers.
- Réseau de plus de 100 prestataires privés sous contrat dans tout le pays.
- Les contrats de prestataires comprennent des normes de qualité, mais qui sont difficiles à faire respecter quand il n'y a pas d'autres prestataires sur le marché.
- Les dirigeants sont des expatriés détachés dans le cadre du projet AMSCO (financé par l'ONU et l'IFC).
- 30 000 assurés sur les 60 000 à 70 000 assurés en Tanzanie.

...Strategis a vu son nombre d'adhérents augmenter rapidement grâce à sa clientèle d'entreprises...

- Quatre années d'existence et une augmentation du nombre d'adhérents d'environ 50 % en 2005-2006.
- La croissance s'est appuyée jusqu'ici sur la clientèle des entreprises (d'abord des multinationales, puis des entreprises locales).

...et s'est fixé des objectifs de croissance ambitieux ciblés sur les grands fonds d'assurance, les entreprises de taille moyenne et les particuliers.

- Objectif de croissance : doubler les opérations d'assurance en 2007 et progresser encore de 50 % en 2008.
- Strategis a répondu à un appel d'offres pour un nouveau contrat avec un fonds d'assurance maladie néerlandais pour assurer une population importante, généralement en mauvaise santé.
- L'assurance d'entreprise devrait continuer de progresser à court terme, avec de bonnes marges.
- À moyen terme, les assurances aux particuliers ont un potentiel de croissance car de plus en plus d'employés voudront bénéficier de soins de qualité pour leur famille.
 - Actuellement, moins de 10 % de particuliers. Objectif : arriver à 30 %.
 - Première compagnie locale capable d'évaluer les risques individuels pour les particuliers. Peut s'associer à des groupes d'affinité ou des banques pour augmenter le volume d'affaires avec les particuliers.
- Principales difficultés attendues :
 - concurrence de nouveaux entrants pour les assurés et le personnel ;
 - incertitudes sur le cadre réglementaire : de nouvelles lois sur les HMO sont prévues, qui pourraient avoir des conséquences pour les assureurs ;
 - incertitudes sur l'impact du fonds national d'assurance maladie, qui a pour objectif de couvrir 45 % des Tanzaniens d'ici 2015.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

modèles fournissent une large couverture d'assurance avec un choix restreint de prestataires. Ils fonctionnent habituellement selon le principe de la capitation ou de la fourniture des soins en interne. En fournissant des services de santé en interne (en général des soins primaires), les assureurs arrivent plus facilement à maîtriser les coûts des prestations et limiter la fraude. En outre, le fait de disposer d'informations supplémentaires peut améliorer la prise en charge médicale.

Le marché pour ces instruments de financement se développe notablement, malgré quelques échecs dans certains pays d'Afrique de l'Est. On prévoit une croissance du secteur dans les pays ayant mis en place des régimes obligatoires ou des mesures d'incitation fiscale. Le modèle est relativement bien développé en Namibie, au Nigéria et au Zimbabwe. D'autres pays ont des entreprises plus

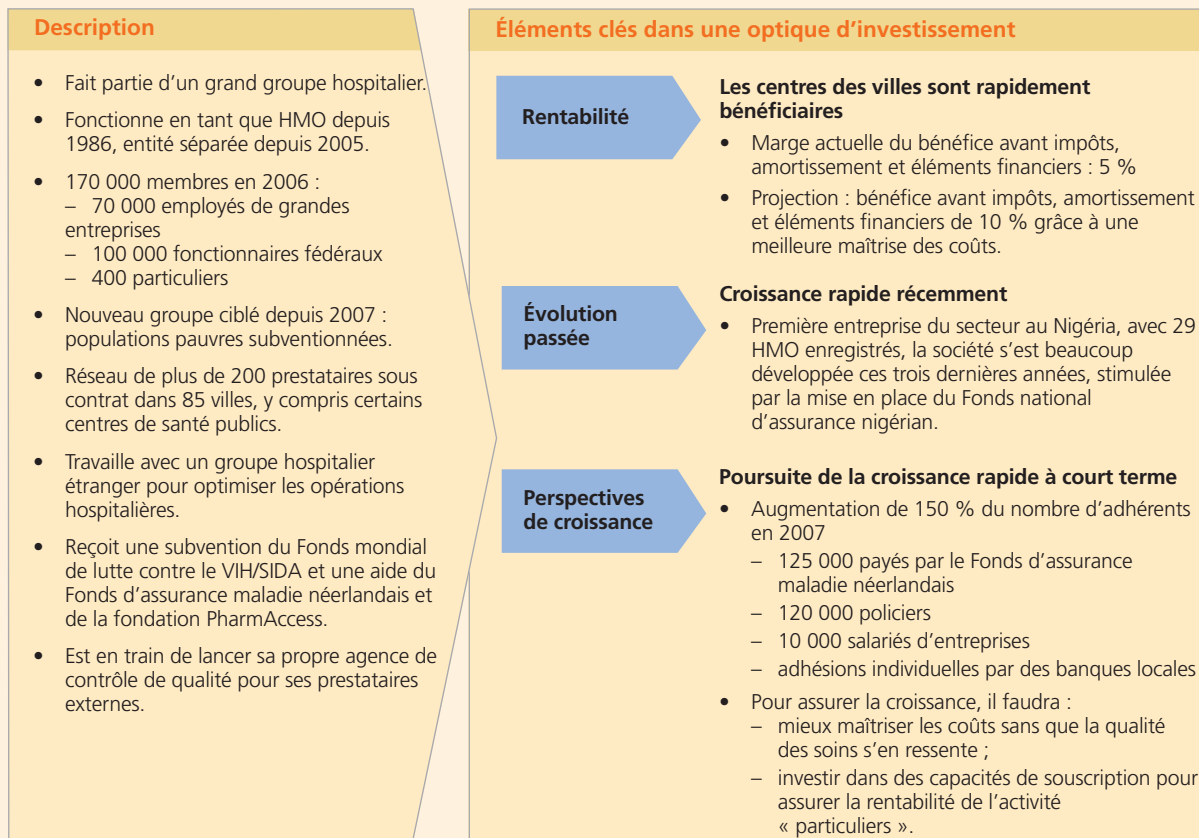
petites mais qui souhaitent s'étendre. Jusqu'ici, aucun HMO n'a réussi à dépasser les 15 millions de dollars de chiffre d'affaires en Afrique.

L'assurance maladie fonctionne généralement avec des taux de sinistres élevés et des réserves faibles ; toutefois, lorsque les perspectives de revenus des placements sont faibles, il faut dégager des bénéfices avec les opérations d'assurance. La maîtrise des coûts médicaux au sein d'une population d'assurés est un facteur de rentabilité important. L'échec enregistré au Kenya par certains HMO qui ne fournissaient pas de soins en interne indique que l'intégration verticale des soins primaires est peut-être un élément décisif pour le succès de l'entreprise. Les opportunités d'investissement dans l'intégration verticale pourraient être plus nombreuses dans des pays comme la Namibie et le Zimbabwe, où plusieurs

Figure A2.5

Étude de cas d'un HMO intégré au Nigéria

Cette entreprise en pleine croissance est un grand HMO nigérian qui compte plus de 170 000 membres et plus de 200 prestataires.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

grands HMO sont déjà présents.

Bien que la maîtrise des coûts par la fourniture de soins intégrés en interne puisse rendre l'assurance abordable, le principal impact sur le développement est le fait que ces structures encouragent le développement d'un réseau de prestataires plus étendu. Les HMO intégrés sont également essentiels pour créer une culture d'assurance dans la région.

La figure A2.5 montre les principales caractéristiques de ce modèle économique et les éléments financiers d'un HMO intégré au Nigéria. Bien que cette entreprise ne soit pas encore rentable, elle pense arriver rapidement à l'équilibre et devenir ensuite bénéficiaire de façon permanente lorsque les adhésions auront atteint un certain niveau.

Micro-assurance de santé

La micro-assurance reste rare en Afrique subsaharienne. Pourtant, le marché pourrait se

développer si des incitations étaient mises en place pour encourager les consommateurs à acheter une assurance maladie avec les produits traditionnels de microcrédit. Cette solution permettrait de stimuler la croissance du marché et de couvrir les couches les plus pauvres de la société et les populations rurales.

Des polices comprenant une couverture de base pour les affections courantes ou graves seraient vendues par la société de microfinancement et liées à des prêts ou d'autres produits. Le fait de combiner des produits d'assurance et des prêts pourrait générer des économies sur les coûts de transaction par rapport à la solution de proposer les deux produits séparément.

En Afrique subsaharienne, le chiffre d'affaires de ce type d'instrument est évalué entre 0,5 et 5 millions de dollars. La rentabilité est étroitement liée aux coûts administratifs et aux taux d'impayés, qui peuvent être réduits notablement lorsque la

Figure A2.6

Étude de cas de la micro-assurance : Grameen Kaylan, au Bangladesh

Grameen Kaylan est une micro-assurance de santé créée par la Grameen Bank, lauréate du Prix Nobel de la paix 2006. Elle offre une assurance prépayée à tous les employés et emprunteurs de la Grameen Bank, ainsi qu'aux pauvres vivant à proximité de ses centres de santé.

Grameen Kaylan propose aux pauvres une assurance prépayée ...

- Programme de santé lancé en 1993.
- 10 centres de santé et un fonds de dotation de 40 millions de dollars pour démarrer les opérations.
- La modernisation des installations et l'extension du réseau sont financés par des subventions de l'Organisation internationale du travail.
- 6 centres de santé financés par des dons de Stitching.
- Sur les 2,5 millions de clients du microcrédit, 58 000 ont souscrit une assurance de santé volontaire.
- La carte d'assurance prépayée est valable pendant 12 mois.
- La couverture d'assurance comprend :
 - des examens médicaux gratuits
 - les dépenses de grossesse
 - un nombre limité de journées d'hospitalisation
 - des réductions sur les médicaments et les services de diagnostic
- Un réseau d'environ 50 médecins dans 29 centres de santé ruraux.
- Les non-adhérents ont accès aux prestataires en payant plus cher.

... qui affiche de bons résultats financiers.

Quelques éléments financiers pour 2004

Compte de résultat

Produits

- Nombre d'assurés 290 000
- Chiffre d'affaires USD 338 005

Charges

- Indemnisations USD 5 164
- Administration USD 38 611
- Commissions USD 163 687

Résultat d'exploitation

- Amortissements négligeable
- Impôts et taxes négligeable

Marge d'exploitation 39 %*

* Ne comprend pas les 126 015 dollars de dons.

Source : site web de l'ONG ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

police d'assurance est associée à un prêt ou un autre produit de microfinance. En outre, les produits dans lesquels les coûts sont davantage partagés avec les consommateurs peuvent augmenter encore les marges.

La plupart des exemples de micro-assurance qui existent aujourd'hui sont des entreprises sociales, qui sont prêtes à accepter des taux de rentabilité inférieurs à ce qu'attendent les entités commerciales. Au Bangladesh, où ces modèles sont beaucoup plus développés, la micro-assurance de santé obtient jusqu'à 39 % de bénéfices (figure A2.6). Ce modèle doit être greffé sur l'infrastructure existante d'une institution de microfinancement pour amortir les coûts de recrutement et d'encaissement des primes. Pour assurer le succès de ces modèles, il faut étendre le public touché en passant par des pools de

financement tels que les associations d'agriculteurs.

Compte tenu du risque aggravé d'insolvabilité qui pourrait survenir en cas d'épidémie, il est indispensable de subventionner la couverture des sinistres à caractère catastrophique. L'aide des pouvoirs publics et des donateurs serait essentielle pour gérer et subventionner ce risque. Les produits de micro-assurance fournissent un niveau important de protection financière aux groupes à faible revenu. D'autre part, ils constituent un point de départ pour des produits de santé plus évolués au sein des populations locales. Cette situation stimule à son tour la demande chez les ménages pauvres et a un effet catalyseur sur l'augmentation générale de l'offre dans ce segment.

Annexe 3 : Exemples de modèles économiques gagnants dans le domaine des produits de santé (fabrication et innovation)

Le marché de la pharmacie en Afrique subsaharienne était estimé en 2006 à 3,8 milliards de dollars, dont 25 à 30 % imputables aux fabricants locaux. Les fournitures et dispositifs médicaux représentaient 2,1 milliards de dollars supplémentaires, dont moins de 10 % produits localement.

Deux autres composantes des produits de santé concernent l'Afrique subsaharienne. L'une est l'innovation qui existe dans la région, principalement en Afrique du Sud, où des sociétés comme Bioclones — qui met au point des formulations nouvelles pour l'érythropoïétine (EPO), une hormone utilisée pour traiter les insuffisances rénales — contribuent à la création d'un secteur de l'innovation viable. L'autre est la recherche menée en dehors de l'Afrique subsaharienne mais qui vise à remédier à des problèmes de santé majeurs en Afrique subsaharienne — comme la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics (FIND), qui a développé des tests de diagnostic rapide de la tuberculose.

Sous réserve que les fabricants soient en mesure de supporter la concurrence des importations, le secteur des produits de santé devrait représenter dans la région (Afrique du Sud comprise) 14 % du total des opportunités d'investissement anticipées pour le secteur de la santé, soit entre 1,6 et 2,9 milliards de dollars. La production de médicaments génériques apportera la plus grosse contribution individuelle avec 40 % des investissements prévus dans ce secteur, la plupart d'entre eux étant probablement supérieurs à 3 millions de dollars.

L'innovation représente l'essentiel des autres opportunités d'investissement, tandis que les fournitures et dispositifs médicaux n'absorberont pas plus de 3 % du volume d'investissements estimé. Le potentiel d'investissement dans des organismes de recherche clinique (CRO) est encore plus minime, mais pourrait offrir des

possibilités intéressantes de transfert de savoir pour les investisseurs recherchant des opportunités d'un faible montant. La plupart des investissements envisageables dans des CRO devraient se situer en dessous de 250 000 dollars.

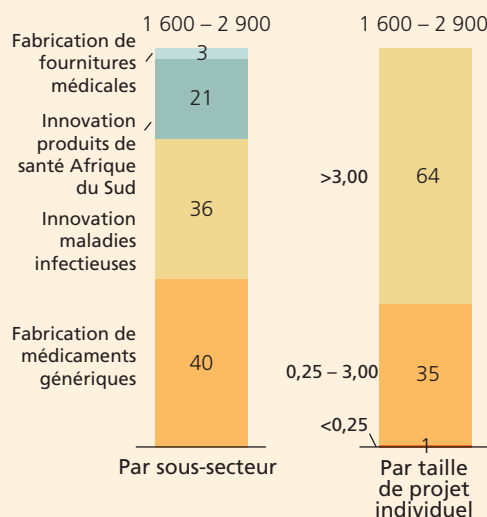
Dans l'ensemble, la plupart des opportunités d'investissement dans le domaine des produits de santé sont d'une taille importante : les deux tiers devraient dépasser les 3 millions de dollars, et un tiers devrait se situer entre 250 000 et 3 millions de dollars ; une partie négligeable sera inférieure à 250 000 dollars (voir la figure A3.1).

On trouvera ci-après une description des principales tendances du secteur et des opportunités d'investissement prometteuses dans ces quatre sous-secteurs.

Figure A3.1

Opportunités d'investissement dans les produits de santé, total 2007-2016, Afrique du Sud comprise

Pourcentage, millions de dollars



Sources : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Production pharmaceutique

Plus de 70 % de la production annuelle de produits pharmaceutiques en Afrique subsaharienne, estimée à 1 milliard de dollars, sont concentrés en Afrique du Sud, où Aspen Pharmacare, le seul fabricant à intégration verticale de la région, est le leader incontesté du marché. Ensemble, le Ghana, le Kenya et le Nigéria, représentent environ 20 % de la production pharmaceutique d'Afrique subsaharienne (voir la figure A3.2). De ces trois pays, seul le Kenya fabrique des volumes importants pour l'exportation régionale — entre 35 et 45 % du chiffre d'affaires des fabricants kényens proviennent des exportations aux autres pays de la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE) et du Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA).

Sur l'ensemble de la région, 37 pays produisent des médicaments et, sur ce nombre, 34 ont des capacités de formulation et 25 se limitent à des

activités de conditionnement ou d'étiquetage. Seule l'Afrique du Sud produit des principes actifs pharmaceutiques en quantité limitée. L'essentiel de la production, en dehors de l'Afrique du Sud, concerne des produits essentiels simples et fabriqués en grands volumes, par exemple des analgésiques de base, des antibiotiques simples, des antipaludéens et des vitamines.

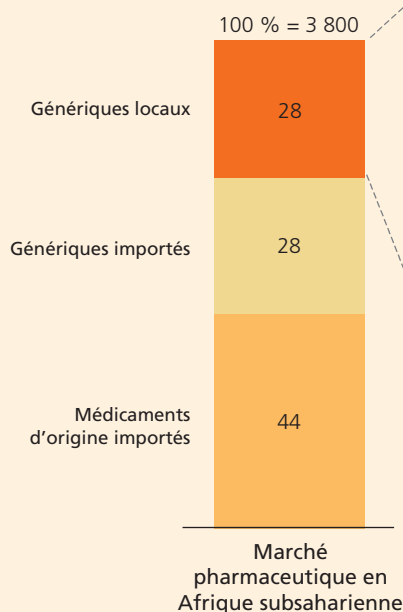
Les fabricants locaux ne recueillent actuellement qu'une petite part du marché des donateurs en Afrique subsaharienne (estimé au total entre 750 millions et 1 milliard de dollars), qui est surtout concentré sur les traitements contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les contrats financés par les donateurs exigent en général la préqualification des produits par des organismes de réglementation stricts comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou la FDA des États-Unis. En avril 2007, seulement deux fabricants d'Afrique subsaharienne¹³ avaient des produits

Figure A3.2

Marché pharmaceutique estimé et fabrication de médicaments génériques en Afrique subsaharienne

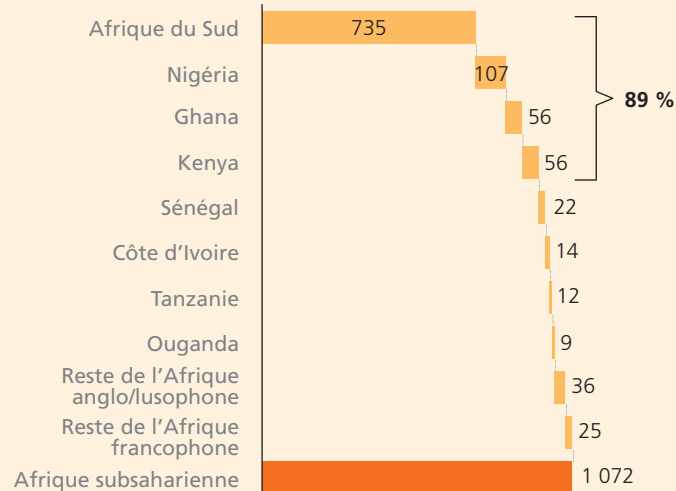
Répartition du marché pharmaceutique estimé ex-usine en Afrique subsaharienne, 2006

Pourcentage, millions de dollars



Répartition de la production estimée de génériques locaux ex-usine par pays, 2006

Millions de dollars



Sur les 46 pays d'Afrique subsaharienne, 37 ont une industrie pharmaceutique, dont 34 ont des capacités de formulation, 25 font du conditionnement/étiquetage, et seulement 1* produit des principes actifs pharmaceutiques en quantité limitée

* La société sud-africaine Fine Chemicals Corporation (filiale d'Aspen Pharmacare et de la société indienne Matrix) est le seul producteur de principes actifs pharmaceutiques d'Afrique subsaharienne.

Source : entretiens dans les pays ; rapport BMI sur l'industrie pharmaceutique et le secteur de la santé en Afrique du Sud, T4 2006 ; Global Insight ; IMS ; rapports annuels des entreprises ; projet de Plan de production pharmaceutique de l'Union africaine ; étude McKinsey.

ayant reçu la préqualification OMS, et seulement 11 des 248 médicaments préqualifiés par l'OMS pour le VIH, la tuberculose et le paludisme étaient produits par ces deux entreprises d'Afrique subsaharienne. Plusieurs fabricants de la région souhaitent obtenir la préqualification, mais pour la plupart d'entre eux, c'est un processus compliqué qui demande de rénover les installations de production, de se familiariser avec les exigences et les procédures de qualification, et de présenter un dossier comprenant des essais d'efficacité et de non-toxicité des produits répondant aux niveaux requis par les organismes de réglementation. La plupart des fabricants de la région étant des petites entreprises, ils ne peuvent supporter la charge économique que représentent ces exigences et n'ont souvent pas les capacités techniques nécessaires au sein de la direction.

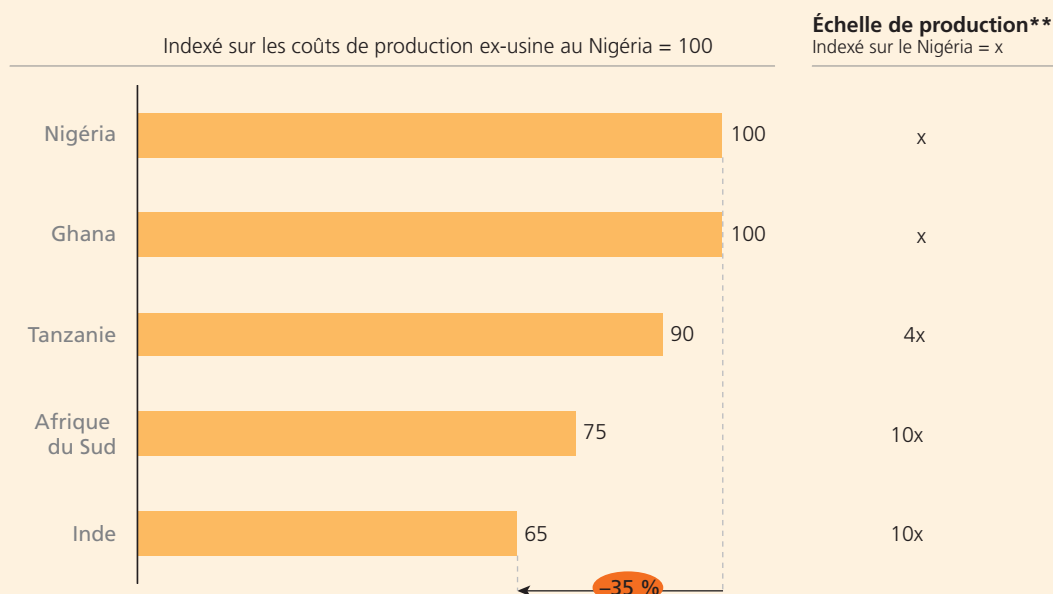
Les fabricants d'Afrique subsaharienne produisent généralement à des coûts plus élevés que les grands fabricants asiatiques de génériques (figure A3.3). L'un de leurs principaux handicaps

est le faible volume de production. Alors que les économies d'échelle sur les coûts de transformation se stabilisent généralement autour de 1 à 1,5 milliard de comprimés sous plaquettes thermoformées par an, la production de la plupart des sites de formulation d'Afrique subsaharienne est très inférieure à ce niveau. On estime ainsi que, sur les 30 à 40 % de surcoût que supporte un grand fabricant ghanéen par rapport à une grosse société indienne, un tiers est imputable à l'échelle de production.

Les surcoûts de production sont également dus à des équipements plus chers (en partie à cause de procédés moins optimisés) avec souvent une technologie obsolète, aux coûts financiers et au manque d'intégration avec la production de principes actifs pharmaceutiques. Dans certains cas, par exemple en Afrique du Sud, les coûts de main d'œuvre sont beaucoup plus élevés qu'en Inde. Même là où les salaires des employés, à fonction égale, sont proches de ceux observés en Asie, les coûts de main d'œuvre peuvent être plus

Figure A3.3

Structure des coûts de production représentatifs estimés pour un flacon de 100 comprimés d'analgésiques simples*



* Les coûts comprennent les matériaux bruts (principes actifs pharmaceutiques, excipients et conditionnement) et la transformation.

** Volumes relatifs basés sur des usines de fabrication ayant une production de 1,2 milliard de comprimés en Afrique du Sud, contre 500 millions en Tanzanie, 120 millions au Nigéria, environ 120 millions au Ghana et 1,2 milliard en Inde.

Source : ministère ghanéen de la Santé ; prix de l'électricité en 2003 indiqués par l'Agence d'information sur l'énergie ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

élevés à cause d'une productivité du travail inférieure. Enfin, la réglementation peut jouer en défaveur de la production locale, comme en République démocratique du Congo où les produits fabriqués localement sont, au total, imposés davantage que les importations en raison de droits d'importation élevés sur les matériaux d'emballage.

Les coûts de transport ne permettent pas de réduire beaucoup l'écart entre les importations à bas coût et les médicaments génériques fabriqués localement, dans la mesure où ils ne représentent qu'environ 12 % des 35 % de surcoût (ou 4 % du coût ex-usine des fabricants locaux).

En outre, compte tenu des difficultés associées aux opérations d'importation et de la fragmentation des réseaux de distribution, il en coûte parfois plus cher d'expédier des marchandises dans d'autres marchés d'Afrique subsaharienne que de les faire venir d'Asie en Afrique, ce qui limite beaucoup les possibilités d'exportation. Les importations à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne sont souvent soumises aux mêmes droits d'importation que celles venant d'autres continents, et aux dires des fabricants, même lorsque les termes de l'échange sont favorables entre deux pays, ils ne profitent souvent pas des avantages (allègements fiscaux) car ceux-ci ne concernent pas les produits pharmaceutiques ou sont mal appliqués.

Malgré ce handicap sur le plan des coûts, les fabricants d'Afrique subsaharienne ont vendu l'année dernière 1 milliard de dollars de médicaments génériques dans la région¹¹⁴. Dans la plupart des pays, les producteurs locaux bénéficient d'une réglementation favorable dans l'un ou plusieurs des domaines suivants : 1) politique préférentielle pour les marchés publics (avantage en matière de prix) ; 2) avantages fiscaux sur les matériaux bruts, les produits intermédiaires et les produits finis ; et 3) interdictions d'importation sur certains médicaments essentiels (au Ghana et au Nigéria, les sept médicaments les plus fabriqués sont interdits d'importation).

En général, ces mesures protectionnistes améliorent la compétitivité des fabricants de produits pharmaceutiques d'Afrique subsaharienne. Au fur et à mesure que les fabricants locaux augmenteront leurs capacités de production, on peut penser que les États étendront le dispositif à de nouveaux produits ou segments de la chaîne d'approvisionnement. Toutefois, le fait que ces mesures assureront un plus grand accès à des médicaments plus abordables, ou

encourageront les fabricants à améliorer la qualité des médicaments reste sujet à controverse.

Les principaux acteurs de l'industrie pharmaceutique en Afrique subsaharienne s'interrogent depuis dix ans sur la question de savoir si la création d'une production locale aiderait à améliorer l'accessibilité et la qualité des médicaments. On a souvent tendance à penser qu'il est préférable de produire localement du point de vue du contrôle de la qualité et de la sécurité d'approvisionnement. Pourtant, les données dont on dispose ne confirment pas réellement cette idée. Selon une étude réalisée par l'OMS en 2003 sur la qualité des antipaludéens dans certains pays d'Afrique subsaharienne, il est effectivement plus facile d'exercer un contrôle sur des fabricants locaux que sur des entreprises étrangères. En revanche, l'étude n'a pas mis en évidence de différences de qualité systématiques entre les produits de fabrication locale et les importations¹¹⁵.

D'autres études ont montré que, même si plus de 90 % des produits contrefaits au Nigéria de source identifiée étaient importés, 44 % des produits interdits venaient de sources non identifiées¹¹⁶. Toute mesure prise pour limiter la présence sur les marchés d'Afrique subsaharienne d'une quantité dramatiquement élevée de produits contrefaits ou de qualité inférieure serait sans aucun doute profitable tant aux patients qu'aux fabricants légaux.

La sécurité d'approvisionnement des traitements contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (ACT) inquiète certaines parties prenantes compte tenu de la vulnérabilité des patients à des pénuries de leurs médicaments. Les ruptures de stock qui pourraient survenir si l'offre de produits ne permettait pas de répondre immédiatement à la demande — par exemple suite à une forte hausse de la demande mondiale pour ces médicaments — pourraient théoriquement provoquer des interruptions de l'approvisionnement qui seraient catastrophiques pour les patients sous traitement. Pour donner une idée du risque que cela représente, si le pourcentage de la population indienne atteinte du VIH prenant des anti-rétrovirus passait de 7 %, son niveau en 2005, à 50 %, on estime que la demande mondiale augmenterait de 25 %¹¹⁷.

Le principal risque réside dans l'approvisionnement en principes actifs pharmaceutiques, problème qui ne sera pas résolu tant que les fabricants d'Afrique subsaharienne ne maîtriseront pas mieux leur approvisionnement en

principes actifs pharmaceutiques. S'il serait difficile pour cette région de créer une industrie de principes actifs pharmaceutiques compétitive (elle serait désavantagée sur le plan de l'échelle de production et des compétences), une solution viable consisterait à augmenter les activités locales de formulation de produits finis jusqu'à une taille qui permettrait d'acquérir une source de principes actifs pharmaceutiques étrangère ; c'est le cas pour Aspen Pharmacare, qui a récemment acheté des installations de production de principes actifs pharmaceutiques en Afrique du Sud et en Inde.

Indépendamment du débat sur les avantages d'une production locale, les États d'Afrique subsaharienne et les instances régionales souhaitent clairement favoriser le développement d'une industrie pharmaceutique locale. Cette volonté est expressément formulée dans la Stratégie africaine de la santé 2007-2015, qui stipule que « les États membres doivent se lancer dans la production locale de produits pharmaceutiques et d'autres produits de santé ».

Principales opportunités d'investissement

Les entreprises prospères de la région dans ce secteur d'activité ont adopté une ou plusieurs des stratégies suivantes pour augmenter leur compétitivité :

- **Accroître l'échelle de production et investir dans la certification de la qualité.** Pour se développer et assurer leur compétitivité future, les fabricants d'Afrique subsaharienne ont besoin d'accroître leur échelle de production. Les ouvertures dans ce domaine concernent :
 - la croissance des marchés nationaux des médicaments génériques, les regroupements d'entreprises dans les pays, et l'amélioration de l'accès au marché régional et même mondial. En dehors du potentiel de croissance du chiffre d'affaires, l'augmentation de l'échelle de production permettra de réaliser des gains de productivité. D'autre part, les grands fabricants sont plus à même d'assumer les coûts et les besoins administratifs associés à la certification et au maintien des normes de qualité ;
 - le développement des portefeuilles de produits. Les grands fabricants sont mieux armés pour obtenir la préqualification de l'OMS et pouvoir ensuite produire localement davantage d'ARV, d'antituberculeux, d'ACT et de médicaments permettant de soigner les maladies non transmissibles dont la prévalence augmente

dans la région (hypertension, maladies cardiovasculaires, cancer, etc.), en plus des médicaments simples produits en grands volumes que les fabricants locaux sont souvent capables de fabriquer aujourd'hui ;

- le regroupement de marchés nationaux pour constituer des marchés régionaux. Les fabricants d'Afrique subsaharienne auraient ainsi des possibilités d'expansion importantes (voir la figure A3.4 qui donne une estimation du potentiel de croissance créé par la régionalisation des marchés selon les communautés d'échanges régionales qui existent déjà).
- **Établir des relations avec des entreprises multinationales, par exemple pour de la fabrication à façon, de la fabrication sous licence ou d'autres modalités de transfert de technologie.** Les fabricants d'Afrique subsaharienne peuvent tirer des bénéfices importants de partenariats avec des sociétés multinationales, y compris des grands fabricants sud-africains. Les contrats de fabrication à façon ou sous licence donnent aux entreprises locales la possibilité d'élargir leurs gammes de produits, d'accroître leur part de marché et de développer leurs compétences. De nombreuses entreprises locales ont créé des partenariats ou des coentreprises avec des sociétés multinationales très spécialisées ou des fabricants indiens (particulièrement en Afrique du Sud) qui pourraient contribuer à améliorer la viabilité de la production locale. Par exemple, le rapprochement de Cipla et Medpro ont permis de réaliser un transfert de technologie et d'optimiser les coûts de fabrication.

En règle générale, les critères selon lesquels les fabricants étrangers évaluent les entreprises locales pour d'éventuelles relations de sous-traitance, de fabrication sous licence ou de coentreprise sont la capacité et les normes de production du partenaire local, son accès et sa place sur le marché, et le professionnalisme de l'équipe dirigeante.

La figure A3.5 présente en détail l'exemple d'un fabricant de médicaments génériques qui affiche de bons résultats.

Fabrication de fournitures médicales

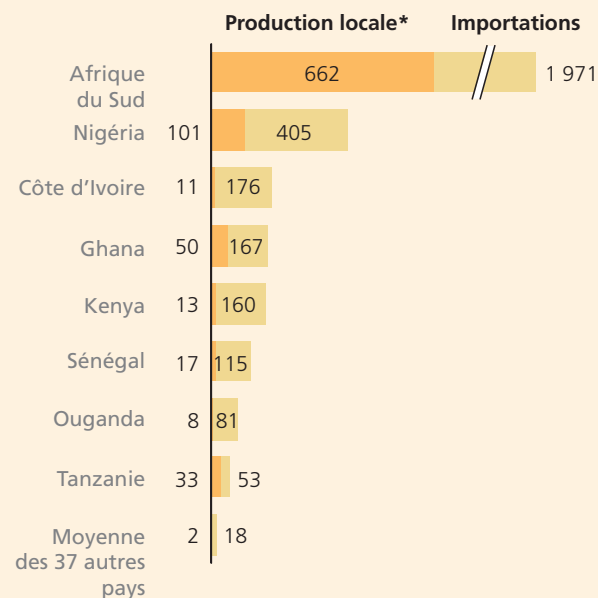
L'Afrique subsaharienne importe l'immense majorité de ses fournitures médicales, un marché estimé à 2,1 milliards de dollars. Cette faible production locale est généralement liée au manque

Figure A3.4

Évaluation des effets d'échelle d'une régionalisation de la production pharmaceutique

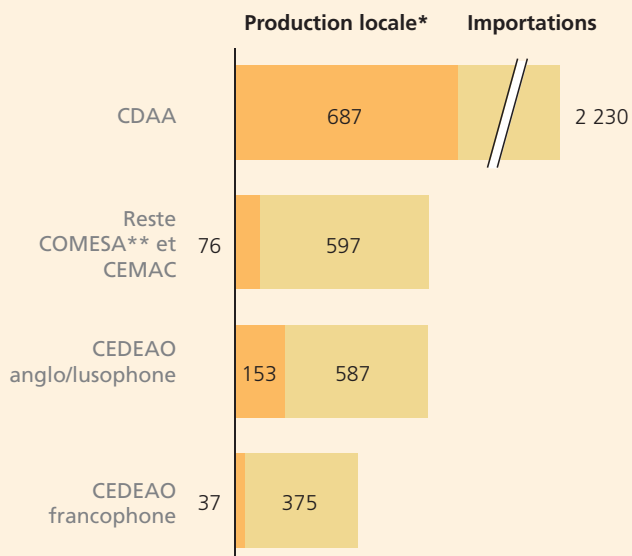
Taille des marchés nationaux, 2006

Millions de dollars



Taille des marchés régionaux, 2006

Millions de dollars



Par ailleurs, de grands fabricants pourraient se permettre d'investir et de passer du temps dans la certification OMS pour pouvoir ensuite avoir accès aux marchés des donateurs.

* Production nationale pour le marché national. Ne comprend pas les exportations intra-africaines, par exemple la production kényane exportée vers d'autres pays d'Afrique.

** Tanzanie incluse. Sans les pays du COMESA aussi membres de la CDAA.

Source : entretiens dans les pays ; rapport BMI sur l'industrie pharmaceutique et le secteur de la santé en Afrique du Sud, T4 2006 ; Global Insight ; IMS ; rapports annuels des entreprises ; projet de Plan de production pharmaceutique de l'Union africaine ; étude McKinsey.

de volume pour l'approvisionnement en matières premières, à la complexité de la production de dispositifs spécialisés, et au fait que d'autres sites de production bénéficient d'un savoir-faire établi ou de la proximité des matières premières (comme le latex).

La production locale présente néanmoins un intérêt dans les catégories suivantes de produits :

- Produits volumineux. Pour des articles comme le mobilier des hôpitaux et des centres de santé, les fabricants locaux auraient un avantage important sur les importations en termes de coûts de distribution.
- Produits utilisant des matières premières disponibles localement. Les gains tirés d'une intégration verticale et l'absence de droits de douane sur les matières premières locales permettraient de produire de façon viable des articles comme les gazes et les pansements. Par

exemple, le coton est cultivé en Ouganda, au Mozambique et au Sénégal, et la fabrication de produits finis en coton constituerait une opportunité naturelle d'intégration verticale.

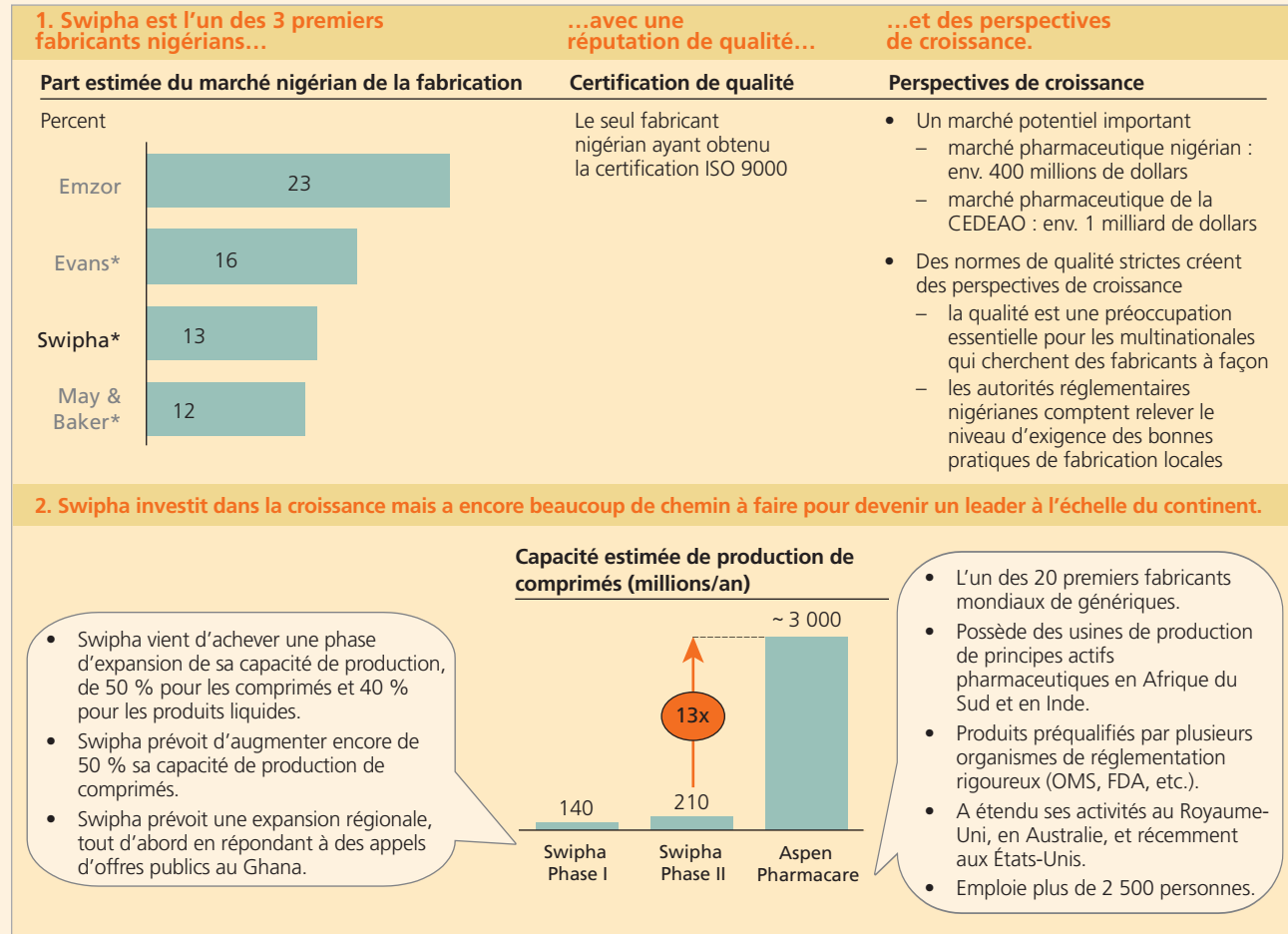
- Produits nécessitant une adaptation. Les articles tels que prothèses ou verres de lunettes doivent généralement être fabriqués à proximité des utilisateurs.
- Les produits à haute valeur ajoutée et les produits soumis à des droits de douane élevés. Par exemple, la société sud-africaine Disa Vascular peut approvisionner le marché local en stents coronaires de haute qualité, parce qu'elle utilise une technologie de pointe, mais aussi parce qu'elle n'a pas de droits d'importation à acquitter.

Par ailleurs, les capacités de production disponibles favorisent la production de biens peu complexes à produire et/ou liés à une industrie

Figure A3.5

Étude de cas d'un fabricant de génériques certifié : Swipha, au Nigéria

Swipha est l'un des plus importants fabricants de médicaments génériques du Nigéria avec une réputation de bonne qualité et de belles perspectives de croissance. Swipha investit dans la croissance mais a encore beaucoup de chemin à faire pour devenir un leader à l'échelle du continent.



* Sans la part estimée des produits importés (en valeur) sous forme de produit fini, qui s'élève à 25 % pour Swipha (importations Roche), 33 % pour Evans (Cipla) et 25 % pour May & Baker (Aventis). GlaxoSmithKline est le plus grand groupe pharmaceutique du Nigéria, mais la valeur de la production locale est inférieure à celles énumérées dans la figure.

Source : entretiens dans les pays ; plans d'entreprise des sociétés ; étude McKinsey.

existante, comme les textiles. Trois grandes catégories de produits qui répondent aux critères ci-dessus sont les moustiquaires (la tendance actuelle est aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action), les gazes médicales et le mobilier médical.

Comme on le voit sur la figure A3.6, les moustiquaires longue durée représentent en 2007 un marché mondial compris entre 150 et 300 millions de dollars, dont environ les deux tiers sont concentrés en Afrique subsaharienne¹¹⁸. Le marché régional est évalué entre 90 et 120 millions de dollars par an pour les gazes médicales, l'ouate et les pansements, et entre 80 et 120 millions de

dollars par an pour le mobilier médical et dentaire.

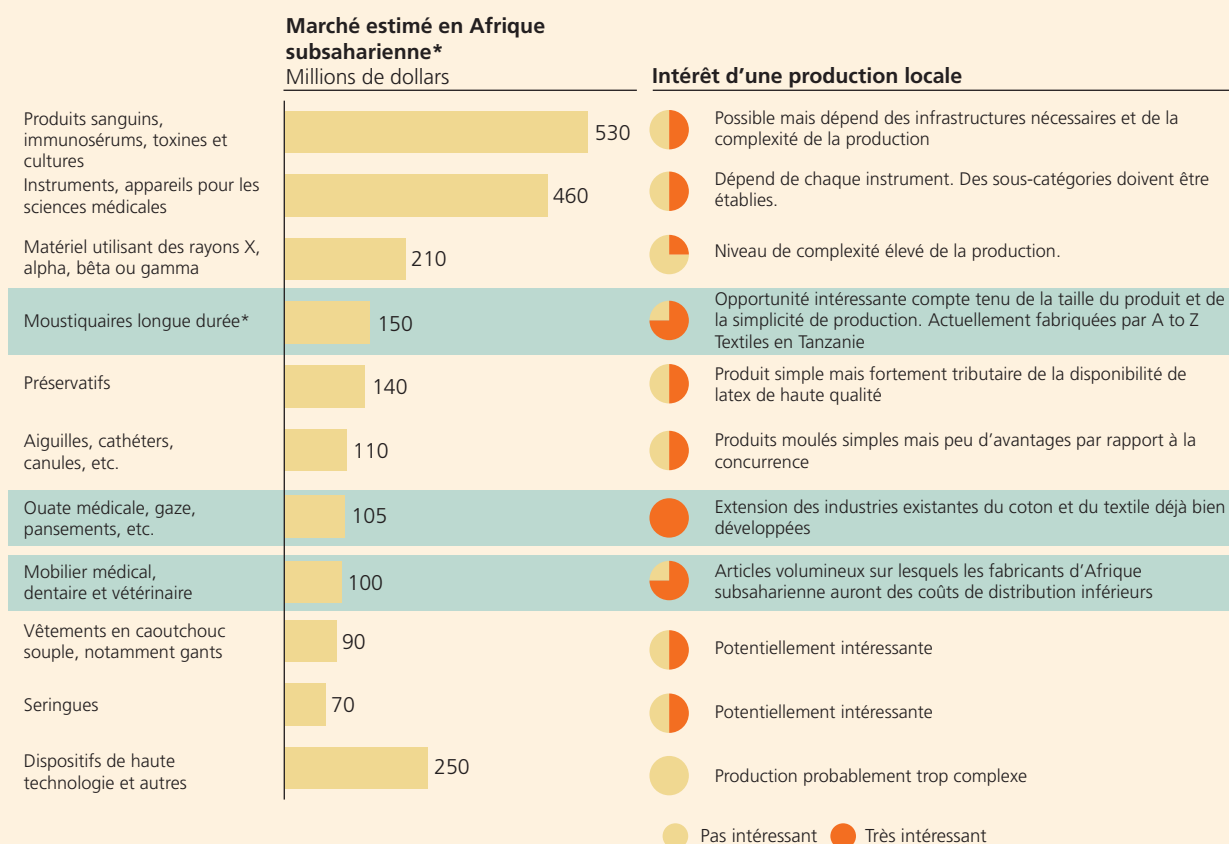
L'étude de cas des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, décrit ci-dessous (figure A3.7), montre les difficultés associées à un investissement dans ce type de produits, ainsi que les opportunités potentielles.

Innovation

En 2006, l'Afrique du Sud a consacré 0,9 % de ses 250 milliards de dollars de PIB à la recherche et au développement (R&D) dans l'ensemble des secteurs d'activités. À titre de comparaison, les

Figure A3.6

Évaluation des opportunités concernant la fabrication locale de fournitures médicales



* À l'exception des moustiquaires, tous les chiffres sont des importations, les estimations étant extrapolées à partir des données Comtrade sur les fournitures médicales importées avec 65 % du total 2007 des dépenses de santé en Afrique subsaharienne, et en estimant que les importations représentent 95 % des fournitures médicales en Afrique subsaharienne. Le marché des moustiquaires longue durée est basé sur la projection du programme Faire reculer le paludisme qui s'établit à une demande de 42 millions de moustiquaires en 2006, avec une répartition de 70-30 (30 millions – 12 millions) entre les moustiquaires longue durée et les moustiquaires classiques, et un prix avant distribution de 5 dollars par moustiquaire sur la base des entretiens menés auprès des fabricants et des prix nets indiqués sur le site web du programme Faire reculer le paludisme. Les prix vont de 4 à 6 dollars avant distribution.

Source : Comtrade ; Faire reculer le paludisme ; étude McKinsey.

dépenses de R&D de l'Inde s'établissent à 1,2 % de son PIB, soit 9,5 milliards de dollars, et celles des États-Unis à 2,7 % de leur PIB, soit 350 milliards de dollars.

Les investissements de R&D du secteur privé dans le domaine de la biologie, de la médecine et de la santé ont représenté moins de 10 % de ce montant en Afrique du Sud¹¹⁹. On ne s'étonnera pas que le pays ne compte qu'une seule société de capital-risque tournée vers les biotechnologies, Bioventures, avec un capital investi ne dépassant pas 11 millions de dollars.

Un certain nombre de facteurs limitent le développement de fonds de capital-risque investissant dans la création d'entreprises de biotechnologie :

- Peu de possibilités de sortie. Il n'existe pas de sociétés de capital-risque intervenant à un stade plus avancé et les sociétés de financement par capitaux propres ne sont pas intéressées par ce type d'entreprises jeunes ni par des investissements risqués dans les biotechnologies. En outre, les grandes sociétés d'équipement et de biotechnologies (qui constituent généralement la principale porte de sortie) ont acheté moins de nouvelles entreprises ces dernières années.
- Un réservoir limité. Les sociétés de capital-risque seraient obligées d'aller chercher plus loin dans la recherche fondamentale pour « mettre en selle » des entreprises naissantes, et finiraient par conserver leurs investissements pendant très longtemps.

Figure A3.7

Étude de cas de la fabrication de fournitures médicales : les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action

La fabrication des moustiquaires longue durée illustre quelques-unes des opportunités et des difficultés associées à la fabrication de fournitures en Afrique subsaharienne. Il y a actuellement un fabricant de moustiquaires longue durée en Afrique : la société tanzanienne A to Z Textiles, qui produit 3 à 4 millions de moustiquaires par an.

<p>Un marché de taille importante...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marché estimé entre 120 et 250 millions de dollars par an en 2007 en Afrique subsaharienne (30 à 50 millions de moustiquaires à un prix ex-usine compris entre 4 et 5 dollars par moustiquaire). • Pour l'usager, les moustiquaires longue durée ont un coût du cycle de vie (5,33 dollars) inférieur à celui des moustiquaires imprégnées d'insecticide classique qui durent moins de lavages (8,33 dollars)*. • Marges de 10 à 20 % 	<p>...mais qui pose un certain nombre de difficultés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un environnement des affaires difficile à cause des variations de prix entre les pays, des circuits de distribution peu développés, de la nécessité de vendre à crédit, d'un prix de vente plus élevé pour le consommateur par rapport aux moustiquaires imprégnées classiques, et du risque de contrefaçons. • Longue procédure d'autorisation de mise sur le marché (WHOPES et nationales), alors que les moustiquaires classiques n'ont pas besoin d'autorisation de mise sur le marché. • Le marché des moustiquaires longue durée est actuellement financé à plus de 90 % par les États ou par des donateurs, et il n'y a pas encore de marché privé développé ou viable.
<p>L'Afrique produit déjà des textiles et des moustiquaires...</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Afrique possède une industrie textile. • Les fabricants de textiles ont l'expérience de la production de moustiquaires (mais pas de la production de moustiquaires longue durée). 	<p>...mais est désavantagée par rapport à l'Asie sur le plan des coûts et du niveau technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pays produisant à plus bas coût sont le Bangladesh, la Chine et le Viet Nam. • Les pays les plus avancés sur le plan technique sont la Chine et la Thaïlande.
<p>Un produit volumineux donne un avantage en termes de transport...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un produit volumineux peut permettre des économies sur les coûts de distribution s'il est fabriqué localement. 	<p>... qui ne compense toutefois pas l'écart de coût</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les coûts de distribution sont estimés à seulement 5 % du coût total des moustiquaires utilisant une technique de ramage. Les principaux éléments de coût qui interviennent concernent le fil, le piquage, le ramage, les produits chimiques et le financement.
<p>Il peut y avoir une préférence pour l'approvisionnement local...</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévalence du paludisme est telle que l'Afrique peut vouloir assurer un marché stable pour ces moustiquaires, et notamment un approvisionnement stable. • Possibilité d'avoir une position préférentielle en tant que fournisseur local dans les appels d'offres, surtout pour des marchés publics. • L'approvisionnement local favoriserait le développement de marchés viables pour pouvoir toucher une plus grande population. 	<p>... et il faudra pour cela développer des marchés privés viables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour qu'une offre locale compétitive puisse se développer, il faut que les fabricants locaux et les propriétaires de technologies étrangères investissent ensemble sur le long terme. • Pour que des entreprises soient tentées d'investir ensemble sur le long terme, les donateurs, les pouvoirs publics et les fournisseurs doivent collaborer pour développer des marchés privés viables pour les moustiquaires longue durée.

* Estimation du programme Faire reculer le paludisme basée sur une durée de vie de 3 ans (avec 7 lavages par an) et la réimprégnation des moustiquaires tous les six mois.

Source : entretiens dans les pays ; Faire reculer le paludisme ; étude McKinsey.

- Le manque d'expérience. Peu de sources de financement comprennent suffisamment bien le secteur pour ne pas craindre d'investir dedans.

D'un autre côté, on trouve environ 51 sociétés de biotechnologie actives, utilisant des technologies de première, seconde et troisième génération¹²⁰.

Bien que modeste par rapport à ce qui existe dans le reste du monde — le secteur privé de

l'innovation dans le domaine des produits de santé en dehors des dépenses de recherche clinique des grands groupes reçoit actuellement un montant estimé entre 50 et 60 millions de dollars — le secteur naissant de l'innovation en produits de santé en Afrique du Sud repose sur des bases solides. Le pays est politiquement stable et est le mieux noté de la région pour la facilité de faire des affaires¹²¹. L'Afrique du Sud est dotée

Figure A3.8

Étude de cas d'une société d'innovation en biotechnologies : Disa Vascular, en Afrique du Sud

Disa Vascular est une entreprise de biotechnologies sud-africaine qui développe des stents coronaires. Ses fondateurs, titulaires de diplômes de haut niveau mais avec très peu d'expérience commerciale préalable, ont développé des innovations prêtes à être commercialisées avec un financement externe limité.

	Démarrage auto-financé	Business angels	Capital-risqueurs	Nouvelle croissance par prise de participation	Développement ou sortie
Année	Avant 2000	2000	2002	2004	2007-2009
Activités	Transfert d'un savoir-faire informatique de l'orthopédie à la conception de stents vasculaires	Stent de première génération utilisé à l'hôpital Groote-Schuur (Le Cap)	Développement et cession sous licence du stent de 1 ^e génération ; fabrication encore sous-traitée	Fabrication ; vente en Afrique du Sud et à l'export ; développement de stents à élution médicamenteuse	Doit investir dans le marketing, dans les essais cliniques pour les stents à élution médicamenteuse et dans de nouvelles activités de R&D ; pas encore bénéficiaire ; chiffre d'affaires du dernier trimestre 0,2 million de dollars
Financement	Auto-financé par des consultations d'orthopédie	Les business angels ont doublé leur mise à la sortie	Bioventures : 0,6 million de dollars	International Development Corporation (IDC) : 0,9 million de dollars de fonds propres + prêt de 4 millions de dollars Cape Biotech : Prêt de 0,1 million de dollars	2007 : 0,4 million de dollars des actionnaires actuels 2008+ : besoins futurs indéterminés
Utilisation des fonds	Développement du premier stent (acier inox)	Autorisation de mise sur le marché européenne du stent de première génération	Développement de stents cobalt-chrome et à élution médicamenteuse, recrutement de personnel et marketing	Stent cobalt-chrome ; essais de la technologie d'élution médicamenteuse sur des animaux ; lancer la fabrication interne	Marketing, commercialisation du stent à élution médicamenteuse, nouveaux locaux, augmenter la R&D

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

d'infrastructures physiques, de communication et de recherche bien développées, et elle bénéficie de l'un des taux de biodiversité par unité de surface les plus élevés du monde.

L'Afrique du Sud possède aussi des établissements d'enseignement et de recherche de premier plan ayant des compétences dans le biomédical et a développé des dispositifs médicaux novateurs. Jusqu'ici toutefois, les inventions ont été le plus souvent vendues à l'étranger ou n'ont tout simplement pas été commercialisées. Les chercheurs manquent donc d'expérience en matière de commercialisation de la propriété intellectuelle.

Compte tenu de ce qui précède, le secteur aurait grandement besoin d'avoir accès à des sources de financement compétentes en matière d'investissements dans l'innovation.

Les besoins financiers du secteur vont des études précliniques jusqu'à la commercialisation des

principes actifs pharmaceutiques et des produits intermédiaires ou finis.

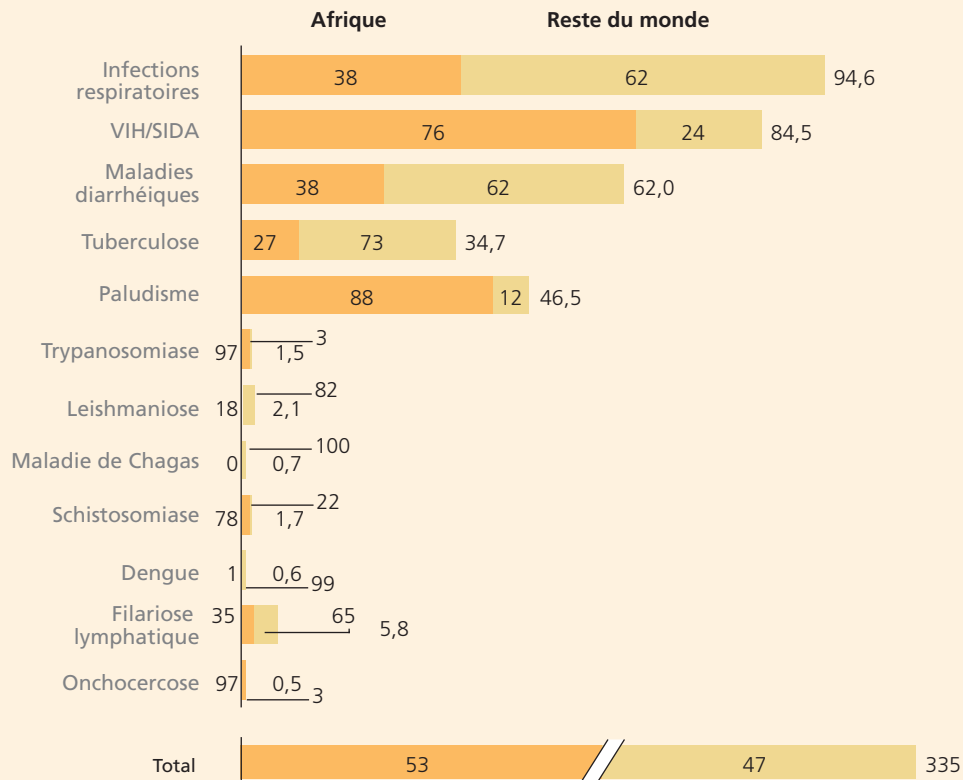
Eu égard aux autres impératifs de dépenses publiques en Afrique du Sud, notamment d'autres besoins sanitaires urgents, il est très possible que la croissance future des investissements dans la R&D doive venir essentiellement du secteur privé. En 2006, le ministère sud-africain des Finances a augmenté les réductions fiscales accordées à la recherche et au développement privés pour les faire passer de 100 à 150 %, signe de la volonté des pouvoirs publics de soutenir l'innovation à financement privé. Cette aide vient dans le prolongement d'un investissement public réalisé en 2003 dans des centres régionaux d'innovation en biotechnologies afin de faciliter la commercialisation des résultats de la recherche dans les produits de santé.

Par ailleurs, l'Afrique du Sud bénéficie d'une excellente réputation en matière de recherche

Figure A3.9

Charge de morbidité pour le VIH, la tuberculose, le paludisme et quelques maladies négligées, 2002

Pourcentage, millions d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI)



Source : statistiques 2002 de l'OMS sur la charge de morbidité mondiale ; sites web de l'OMS ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

clinique, avec une industrie internationale de 10 milliards de dollars qui a progressé de pas moins de 15 % entre 2005 et 2006¹²². Le pays dispose de laboratoires bien équipés, d'une population de patients variée, de normes éthiques fiables et de coûts inférieurs aux mêmes activités de recherche conduites dans les pays occidentaux. Il constitue donc une base intéressante pour la recherche clinique. À l'heure actuelle, l'Afrique du Sud absorbe 3 % du marché mondial selon les estimations (400 études en Afrique, sur 8 000 au niveau mondial¹²³).

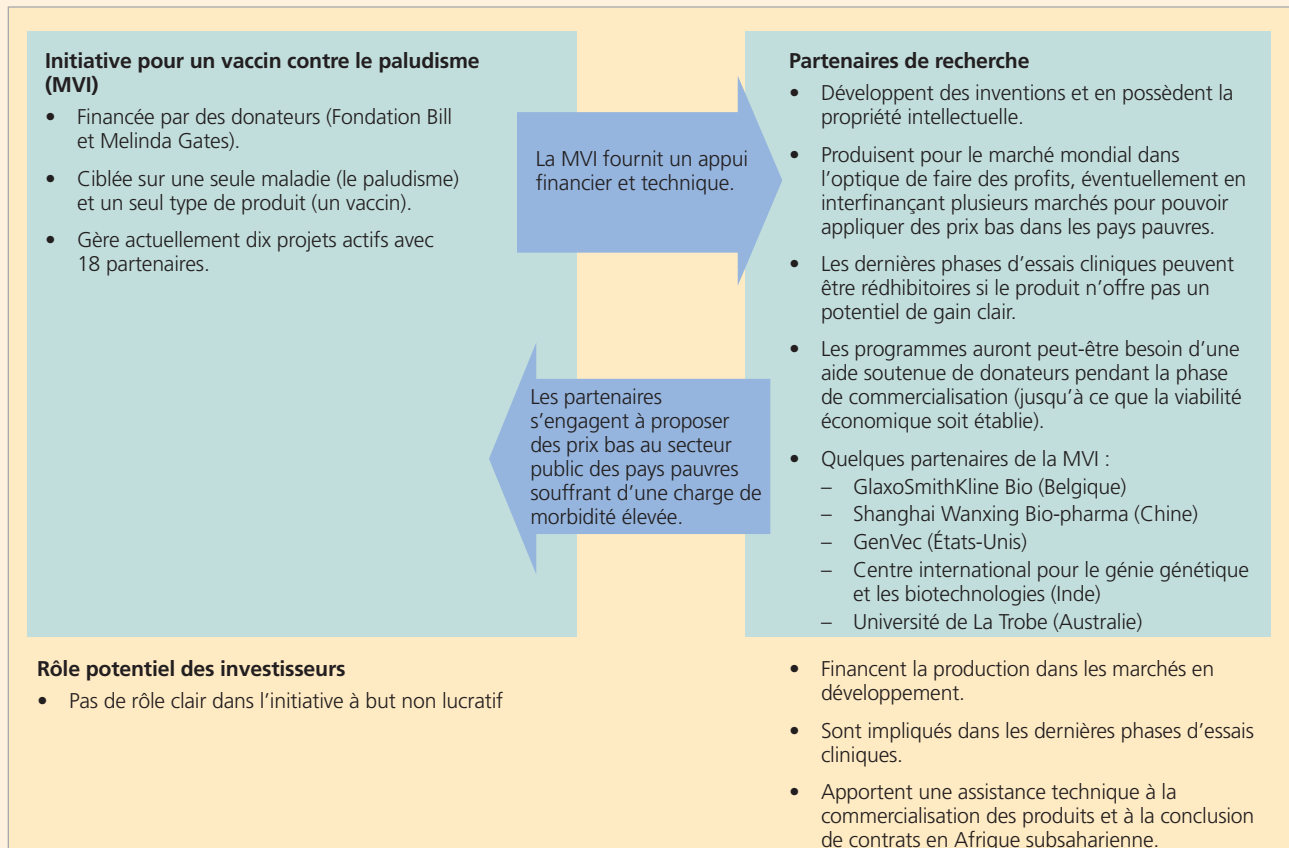
Les opportunités d'investissement extérieures dans des organismes de recherche clinique (CRO) sont néanmoins limitées. Avec un capital de départ estimé à seulement 30 000 à 60 000 dollars pour monter un site de recherche clinique ambulatoire, les besoins de financement externe sont particulièrement faibles.

Le principal moteur de l'aide publique à l'innovation dans les produits de santé en Afrique du Sud est l'espoir que l'innovation locale fournira des solutions aux problèmes sanitaires de la région. Les organismes de recherche et de financement publics souhaitent privilégier les initiatives qui s'attaquent aux grands maux de l'Afrique, comme le VIH et la tuberculose, ou qui innovent dans des secteurs industriels clés tels que l'extraction minière et l'agriculture. De leur côté, les entrepreneurs sont surtout guidés par les débouchés potentiels pour leurs produits (dans le pays et à l'étranger) et par les domaines d'intérêt des inventeurs de produits.

Pour le moment, la meilleure opportunité pour des investisseurs commerciaux réside peut-être dans le financement d'entreprises déjà établies étant donné la pénurie de capital-risque, la plus grande participation du secteur public au

Figure A3.10

Étude de cas sur un partenariat de développement de produits : l'Initiative pour un vaccin contre le paludisme (MVI)



Source : entretiens dans les pays ; site web du MVI ; étude McKinsey.

financement dans les premiers stades de développement, et le long délai de sortie. Le paysage actuel montre que les investisseurs préfèrent les innovations qui ne coûtent pas cher à développer et qui peuvent être commercialisées rapidement, comme les dispositifs médicaux et les nouvelles formulations de médicaments existants.

La figure A3.8 montre les possibilités d'investissement associées à Disa Vascular, une société de biotechnologies sud-africaine qui fabrique des stents coronaires.

Commercialisation de la recherche sur les maladies infectieuses et négligées

Pour l'Afrique subsaharienne, le développement et la commercialisation de médicaments et de produits destinés à la prévention ou au traitement des maladies infectieuses représentent un enjeu

majeur, car la charge de morbidité mondiale pour ces affections pèse de façon disproportionnée sur la région (figure A3.9).

L'Afrique supporte 88 % de la charge de morbidité mondiale due au paludisme, 76 % de celle liée au VIH, et 58 % de celle associée au total du VIH, de la tuberculose, du paludisme et des maladies négligées. L'essentiel de cette charge est localisée en Afrique subsaharienne. Pour soulager l'Afrique subsaharienne de ses principaux problèmes de santé, il est essentiel d'investir dans des solutions ciblées sur ces maladies, quel que soit le lieu où l'innovation se fait.

Financer la commercialisation de produits développés au niveau international pour prévenir ou soigner des maladies infectieuses et négligées apporterait une contribution majeure à l'amélioration des soins de santé en Afrique subsaharienne. Bien qu'il existe plusieurs sources et modèles d'innovation pour ce type de produits,

les partenariats de développement de produits (PDP), à vocation commerciale ou à but non lucratif, s'imposent clairement dans ce domaine.

Le schéma type d'un PDP tourne autour d'un organisme à but non lucratif financé par des donateurs, qui gère un portefeuille de partenariats avec plusieurs sociétés commerciales et centres de recherche, travaillant tous à la mise au point d'un médicament, d'un vaccin, d'un outil de diagnostic ou d'un autre produit ciblé sur une maladie précise. Ainsi, l'Initiative pour un vaccin contre le paludisme (MVI) est un organisme financé par des donateurs, qui est partenaire de sociétés telles que GlaxoSmithKline, Shanghai Wanxing Bio-pharma, et GenVec, et d'organismes de recherche comme l'Université de La Trobe en Australie et le Centre international pour le génie génétique et les biotechnologies en Inde, pour mettre au point un vaccin contre le paludisme (figure A3.10).

L'initiative MVI fournit à ses partenaires un appui financier et technique et, en échange, leur demande de s'engager à appliquer au secteur public des pays pauvres des tarifs bas prédéfinis sur la base du prix de revient majoré. Les partenaires commerciaux ou institutionnels sont propriétaires des inventions développées dans le cadre du

partenariat et sont libres d'appliquer une tarification commerciale dans les pays riches, ainsi que dans le secteur privé des pays pauvres.

Souvent, les partenaires commerciaux voient aussi leur investissement dans la recherche sur les maladies négligées comme faisant partie de leur responsabilité sociale d'entreprise. Le même type de partenariat existe pour les médicaments antipaludéens (par exemple la Medicines for Malaria Venture), les diagnostics (par exemple la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics) et d'autres produits (par exemple NetMark, qui travaille à développer des technologies abordables et facilement transférables pour la fabrication de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action).

Les investissements réalisés dans la commercialisation de principes actifs pharmaceutiques, de produits pharmaceutiques et d'autres produits développés par des PDP pourraient prendre en charge une partie des coûts des essais cliniques de phase 3, ainsi que les coûts associés à la commercialisation (fabrication, autorisation de mise sur le marché...), sous réserve que les produits aient un potentiel commercial important dans les pays plus riches (ce qui rendrait l'investissement financièrement attractif).

Annexe 4 : Exemples de modèles économiques gagnants dans la distribution et le commerce de détail

Le fléau des médicaments contrefaits qui s'est abattu sur l'Afrique subsaharienne — et les risques sanitaires qu'ils représentent — fait de la distribution et du commerce de détail des composantes extrêmement sensibles du secteur de la santé. Au Kenya, une étude des National Quality Control Laboratories (NQCL) et du Pharmacy and Poisons Board basée sur un échantillon aléatoire de 116 produits antipaludéens a conclu que près de 30 % des médicaments vendus dans le pays étaient contrefaits¹²⁴. Certains ne contenaient pas une quantité suffisante de principes pharmaceutiques actifs, d'autres ne contenaient pas les bons, ou étaient inutilisables. En dehors de la menace immédiate évidente qu'ils présentent pour le patient, ils risquent aussi d'accroître les taux de résistance. Les dégâts qu'ils provoquent sont donc catastrophiques.

Selon l'Association kényane de l'industrie pharmaceutique, les produits pharmaceutiques contrefaits représentent environ 130 millions de dollars de ventes annuelles dans ce pays ; au Nigéria, marché le plus vaste de la région, 17 % des médicaments en circulation sont encore contrefaits, malgré les mesures spécifiques prises récemment par la NAFDAC, l'Agence nationale pour l'administration et le contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques.

Plusieurs éléments favorisent la demande de médicaments contrefaits ou de qualité inférieure, les plus évidents étant le prix trop élevé des médicaments de base et leur accès physique limité. Si des médicaments de qualité et abordables étaient vendus dans des points de vente fiables, ou si la couverture des médicaments pouvait être améliorée, les revendeurs de médicaments contrefaits n'auraient pas autant de clients.

En plus de ces facteurs, l'ampleur du problème des produits contrefaits en Afrique subsaharienne vient notamment de la difficulté qu'il y a à utiliser une chaîne logistique extrêmement fragmentée qui alimente tant le secteur public que le secteur privé.

En Ouganda, on compte plus d'une centaine d'importateurs ou distributeurs officiellement immatriculés, et 12 à 14 « leaders » du marché. Au Nigéria, il existe 292 importateurs agréés de produits médicaux et 724 distributeurs agréés de produits médicaux. Un grand fabricant a expliqué qu'il livrait à un réseau complexe constitué de plus d'une centaine de distributeurs, comprenant des filiales et des entreprises indépendantes.

La seule exception à cette fragmentation dans la région est l'Afrique de l'Ouest francophone, desservie par quatre grands distributeurs qui utilisent souvent la France comme plate-forme opérationnelle. Naturellement, le paysage est aussi fondamentalement différent dans les pays où le secteur public est plus présent dans cette filière. Au Mozambique et en Tanzanie, par exemple, l'essentiel de la distribution est assuré par des entreprises quasi-gouvernementales qui dominent le marché, ce qui permet d'assurer beaucoup plus facilement un contrôle de qualité.

Parallèlement à cette fragmentation, la place occupée par les circuits informels (où la qualité est naturellement plus difficile à contrôler) ne fait que compliquer la situation ; ainsi, 60 % de la distribution secondaire au Nigéria a lieu sur des marchés informels, où s'approvisionnent aussi bon nombre de revendeurs informels. Les pharmaciens préfèrent souvent acheter des marchandises sur un marché à prix réduit que les commander par les circuits de distribution officiels.

Le manque d'infrastructures de transport dans la région constitue aussi un handicap majeur au développement des activités de distribution en général. Le mauvais état des routes et des ports augmente les coûts d'équipement et diminue la durée de vie du matériel. D'autres problèmes d'infrastructures, comme les aléas de l'alimentation électrique, rendent difficile la mise en place de chaînes du froid pour les vaccins et les autres médicaments sensibles à la chaleur. D'autre part, les volumes à transporter d'un point à un autre sont trop faibles pour qu'il soit financièrement

intéressant d'établir des capacités de distribution directe à l'intérieur d'un pays ou entre des pays, d'où la nécessité d'avoir des réseaux en étoile. La plupart des sociétés de distribution se spécialisent soit dans certaines lignes de produits, soit dans des régions géographiques données. Une majorité d'entreprises établies font des marges nettes de 7 à 20 % et les importateurs peuvent obtenir jusqu'à 30 % de marge (selon le médicament) s'ils intègrent l'importation et la distribution.

La vente au détail est le segment le plus rentable du secteur de la santé dans pratiquement toute l'Afrique subsaharienne, avec des marges nettes qui varient entre 5 et 50 % selon les pays. En Tanzanie, où les marges ne sont pas limitées et où il y a peu de concurrence compte tenu du petit nombre d'autorisations délivrées à des pharmacies, les détaillants obtiennent une marge brute de 80 à 100 % selon les produits.

Au Sénégal au contraire, les marges brutes des ventes au détail sont fixées à 23 % par la réglementation, ce qui n'incite pas les pharmaciens à vendre des médicaments bon marché mais au contraire les pousse à proposer le plus possible les produits de marque, plus chers.

Dans toute l'Afrique subsaharienne, les hôpitaux et les centres de santé financent souvent certaines activités grâce à leurs pharmacies. On a ainsi l'exemple d'un centre de santé, au Kenya, qui tire 70 % de ses bénéfices de sa pharmacie.

En dehors des pharmacies des centres de santé et des hôpitaux publics, la plupart des officines sont privées et indépendantes. Par exemple, plus de 1 500 points de vente sont immatriculés auprès du Conseil des pharmaciens du Nigéria, mais la seule chaîne d'officines est Mediplus, qui en comprend dix. On voit donc qu'il existe un potentiel de concentration important. En Afrique du Sud, où les marges sur les ventes au détail ont été soumises à des réglementations strictes ces dernières années, le secteur évolue rapidement et de grandes chaînes sont en train de se former afin de compenser la réduction des marges par une augmentation du volume des ventes. Dans le reste de l'Afrique subsaharienne, on ne trouve que quelques chaînes d'officines, mais celles qui existent sont très florissantes, avec des taux de croissance dépassant parfois les 100 % en un an.

Les situations nationales étant très différentes à l'intérieur de la région sur le plan de la réglementation et des infrastructures, le potentiel de croissance par des regroupements est propre à chaque pays. À titre d'exemple, en Ouganda,

chaque pharmacien ne peut exploiter qu'un maximum de deux officines. Compte tenu de la pénurie de pharmaciens diplômés, le pays ne compte que 250 pharmacies. De même, la loi sénégalaise interdit aux pharmaciens d'être propriétaires de plus d'une officine, et il n'est donc pas possible de posséder une chaîne de pharmacies dans ce pays. Dans d'autres domaines, la capacité à regrouper des pharmacies pour créer une chaîne d'officines peut être limitée tant par la réglementation que par la difficulté de gérer des entreprises géographiquement dispersées, du point de vue des infrastructures.

La figure A4.1 montre les différents paysages de ce secteur d'activités dans trois pays représentatifs.

La distribution et le commerce de détail représentent plus de 2 milliards de dollars d'opportunités d'investissement

Selon les estimations, la distribution et le commerce de détail attireront environ 14 % du total de la demande d'investissements anticipée, soit entre 1,6 et 2,8 milliards de dollars (voir la figure A4.2). Près de 80 % des investissements financeront la mise en place d'infrastructures de distribution (entrepôts, camions et systèmes d'information de gestion de la chaîne logistique), dont la grande majorité seront concentrés dans des entreprises de taille moyenne (87 % des investissements dans la distribution seront compris entre 0,25 et 3 millions de dollars). À l'intérieur du commerce de détail, où l'on trouve les 21 % restants, la plupart des investissements iront aider des PME, avec des projets inférieurs à 250 000 dollars.




Des stratégies efficaces existent pour être compétitif

Pour réussir dans cet environnement difficile, entrepreneurs et dirigeants d'entreprise ont trouvé de nombreuses stratégies sur lesquelles il faudra s'appuyer afin d'être compétitif au niveau national ou régional.

- **L'intégration vers l'amont ou vers l'aval.** La distribution est un secteur d'activité qui offre des perspectives d'intégration dans le monde entier. Néanmoins, en Afrique subsaharienne, l'expérience de l'intégration est restée jusqu'ici très limitée (à l'exception de l'Afrique francophone), principalement à cause des restrictions d'accès au capital. Dans l'immense

Figure A4.1

Comparaison de la distribution et du commerce de détail dans plusieurs pays

	 Nigéria	 Sénégal	 Ouganda
Commerce de détail	<ul style="list-style-type: none"> Marges de 15 à 25 % sur les prix Très fragmenté (1 500 points de vente agréés et entre 6 000 et 10 000 colporteurs), avec quelques chaînes naissantes (< 10 officines en général). 	<ul style="list-style-type: none"> Les marges brutes sont plafonnées à 23 % par la loi pour les ventes au détail. Très fragmenté ; la loi interdit les chaînes de plus d'une pharmacie et fixe le nombre maximum de pharmacies pouvant s'installer dans une zone donnée. 	<ul style="list-style-type: none"> Marché fragmenté avec des marges d'environ 35 % : activité lucrative, qui laisse la possibilité de baisser les prix en augmentant le volume. Pénurie de pharmacies malgré les marges élevées, due au manque de pharmaciens diplômés et à l'interdiction faite aux pharmaciens d'exploiter plus de 2 officines.
Structure du marché			
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> Le regroupement de pharmacies dans des chaînes d'officines représente une opportunité importante, d'autant plus que les pharmacies existantes sont très concentrées dans les centres urbains (l'État de Lagos possède 30 % de l'ensemble des pharmacies du pays, et l'État d'Abuja 11 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'opportunités compte tenu des restrictions imposées à la profession par la réglementation. 	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de pharmacies, avec au moins un pharmacien pour deux officines ; la demande existe pour des pharmacies supplémentaires, mais le pays manque de pharmaciens diplômés.
Distribution	<ul style="list-style-type: none"> Les marges déclarées sont faibles (2 à 10 %), en fonction du volume et de la région. Essentiellement privé et très fragmenté (290 importateurs agréés et 720 distributeurs agréés) ; la fragmentation stimule la concurrence mais introduit des faiblesses dans la chaîne logistique, qui favorisent l'obsolescence et la pénétration de contrefaçons. 	<ul style="list-style-type: none"> Les marges brutes sont plafonnées à 18 % par la loi dans la distribution, et descendent souvent à 15 % après les remises. Trois grands distributeurs et un plus petit. La réglementation oblige les distributeurs à desservir tous les points de vente, ce qui augmente les coûts d'entrée. L'entrée sur le marché nécessite un investissement important. Possibilité de créer un réseau de pharmacies appartenant à différentes personnes pour investir ensemble dans une entreprise de distribution compte tenu du niveau élevé d'organisation à l'intérieur du secteur des pharmacies. 	<ul style="list-style-type: none"> Marges nettes estimées entre 10 et 20 %. La distribution est largement contrôlée par 8 à 12 entreprises ; le pays étant enclavé, les produits importés passent souvent d'abord par les pays voisins. Des possibilités d'intégration régionale des distributeurs, favorisées par une concentration moyenne du marché national, par la situation enclavée qui nécessite de passer par d'autres pays pour importer, par la présence de grands fabricants tournés vers l'export dans les pays voisins, et par les politiques commerciales régionales du COMESA et de la CEA.
Structure du marché			
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> Intégration verticale entre la fabrication et la distribution, ou entre le commerce de détail et la distribution pour les zones densément peuplées. Dans les zones rurales, des opportunités existent si l'on combine la distribution des produits médicaux à la distribution d'autres marchandises ou à des services de transport. 		

Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

majorité des cas, les produits passent par un importateur/distributeur national, qui les vend à un distributeur primaire, qui les vend à son tour à un grossiste local. Très souvent, la chaîne d'approvisionnement comporte encore d'autres étapes, ce qui occasionne bien évidemment de nombreux gaspillages en termes d'actifs et de gestion des stocks.

- **L'exploitation du réseau informel de points de vente de médicaments en dehors des pharmacies.** Malgré une extrême fragmentation, le réseau informel constitue une infrastructure capillaire qui permet de pénétrer les zones rurales là où le secteur structuré ne pourrait pas être présent du fait de la petite taille du marché. L'exploitation de ce réseau — avec les

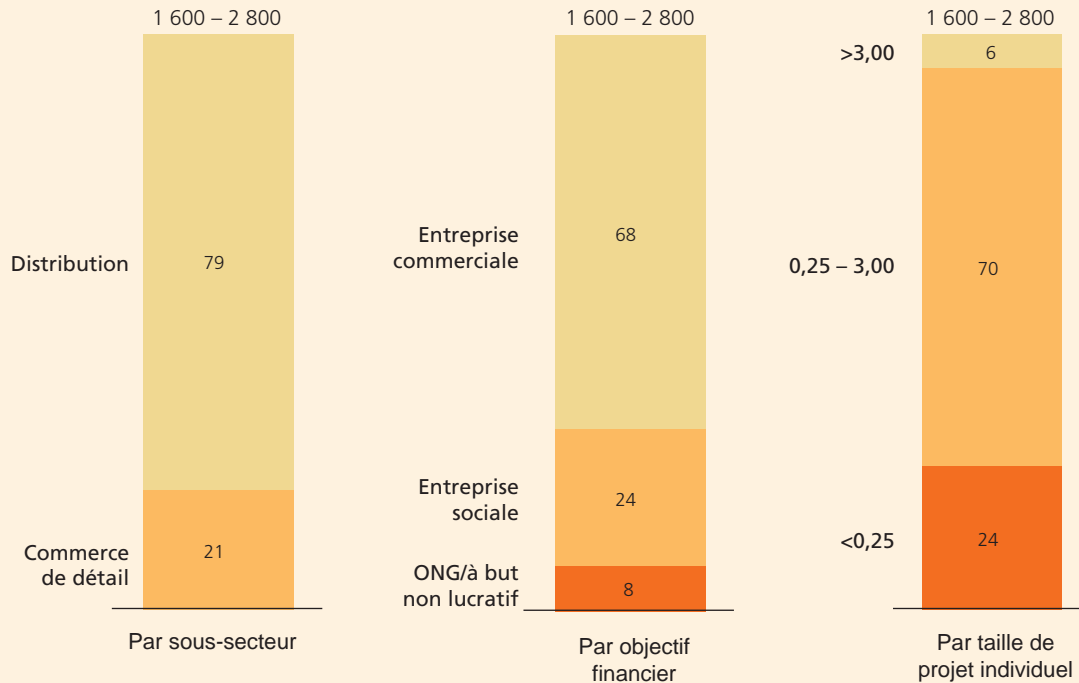
mécanismes de contrôle nécessaires — peut constituer une source de compétitivité importante. Au Sénégal par exemple, certains distributeurs de produits pharmaceutiques ont des partenariats avec des redistributeurs locaux, qui expédient des colis de produits via le réseau informel d'autobus qui couvre les zones rurales du pays.

- **L'augmentation du volume d'affaires ou le franchisage pour garantir la qualité.** Aujourd'hui, une garantie de qualité est un avantage stratégique plus important qu'auparavant. Des initiatives comme les campagnes d'information des consommateurs lancées par la NAFDAC ont sensiblement modifié l'attitude des consommateurs d'Afrique

Figure A4.2

Opportunités d'investissements privés dans la distribution et le commerce de détail, total 2007-2016

Pourcentage, millions de dollars



Sources : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

subsaharienne vis-à-vis de la qualité. La compétitivité peut donc aussi passer par la création d'une chaîne logistique contrôlée et d'un nom de marque associé à une certaine qualité de produit. Les donateurs, qui achètent de gros volumes et doivent recourir à des distributeurs privés pour couvrir des pays ou des régions entières, apprécient aussi les distributeurs offrant une haute qualité et une couverture géographique étendue. Ainsi, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a fait appel, pour distribuer les produits dans la région, à une entreprise ayant une réputation de haute qualité et disposant de capacités de suivi et de plateformes de distribution centrales en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest et de l'Est. Un consortium est en train de lancer une marque unique haut de gamme dont les produits proviennent exclusivement de fabricants de haute qualité.

Exemples de modèles économiques gagnants

Les thèmes d'investissement décrits à la figure A4.3 sont quelques exemples de modèles économiques qui exploitent bien les stratégies novatrices décrites ci-dessus, obtenant ainsi de bons résultats financiers tout en ayant un impact important sur le développement.

Le succès d'un investissement dépendra beaucoup du pays ciblé, d'une part parce que les opportunités commerciales diffèrent d'un pays à l'autre (à la fois sur le plan de la croissance anticipée du marché et des conditions concurrentielles), d'autre part parce que le climat de l'investissement reste extrêmement hétérogène sur l'ensemble de la région.

Figure A4.3

Des thèmes d'investissement prometteurs dans la distribution et le commerce de détail

Exemples	Coûts d'établissement Millions de dollars	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Impact sur le développement	
Chaînes de pharmacies	<ul style="list-style-type: none"> • Mediplus (Nigéria), Vine Pharmacy (Ouganda) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,5-3,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-1,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Sert de base pour étendre les points de vente aux zones rurales • Les gains d'efficacité permettent de baisser les prix et rendre les produits plus abordables
Plates-formes de distribution multisectorielles	<ul style="list-style-type: none"> • Nufaika (Tanzanie), Great Brands (Nigéria) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,0-15,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,5-7,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Élargit l'accès en milieu rural • Des stratégies de maximisation des bénéfices permettent aussi d'élargir la gamme de médicaments disponibles • Augmente la capacité totale du système de distribution
Plates-formes multimarques à intégration verticale	<ul style="list-style-type: none"> • PHD (Afrique du Sud), MDS Logistics (Nigéria) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3,0-10,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,0-3,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente la capacité totale du système de distribution • Améliore l'accès aux médicaments en milieu rural
Programmes d'accréditation pour les revendeurs informels	<ul style="list-style-type: none"> • ADDO (Tanzanie) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-2,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-1,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente beaucoup l'accès aux médicaments essentiels dans les régions reculées
Programmes de gestion de la chaîne logistique pour les donateurs et les États	<ul style="list-style-type: none"> • Programme MEDA de bons pour des moustiquaires (Tanzanie), Village Reach (Mozambique) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-1,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-1,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Soulage le secteur public et aide à améliorer l'efficacité des différents maillons de la chaîne

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Chaînes de pharmacie

Les chaînes de pharmacies ou les regroupements dans le commerce de détail peuvent générer des profits grâce aux gains réalisés sur les achats, les opérations groupées, le partage des ressources et les contrôles de qualité — à condition que le cadre législatif n'encourage pas les distributeurs à privilégier les produits plus chers par des marges de distribution fixes élevées. Certains investissements dans des regroupements de pharmacies ont été récupérés au bout de 18 à 24 mois grâce à des gains d'efficacité. En outre, ces entreprises ont acquis une réputation de qualité et établi un nom de marque qui attire des talents universitaires.

D'autres chaînes de pharmacies implantées actuellement en Afrique subsaharienne font moins de 3 millions de dollars de chiffre d'affaires.

Sur le plan du développement, l'intérêt d'un regroupement d'officines peut venir d'une amélioration de la qualité due à des capacités renforcées de gestion de la chaîne logistique et à une meilleure visibilité de la demande future. En outre, une grande chaîne de pharmacies peut utiliser ses sites bénéficiaires comme point de départ pour pénétrer les marchés du monde rural ou des pauvres.

Sous réserve que le cadre législatif n'incite pas les distributeurs et les détaillants à promouvoir l'utilisation de produits plus coûteux, les chaînes de pharmacies, grâce à leurs structures de coût plus performantes, peuvent permettre une baisse des prix pour les patients.

La figure A4.4 montre les détails du développement d'une chaîne de pharmacies prospère en Ouganda.

Figure A4.4

Étude de cas d'une chaîne de pharmacies : Vine Pharmacy, en Ouganda

Vina Pharmacy est une chaîne de pharmacies ougandaise en pleine expansion, qui comprend cinq officines dans les villes de Kampala et Entebbe.

Vine Pharmacy est en train de développer une chaîne d'officines lucrative...



- A démarré fin 1999, en ouvrant environ une nouvelle officine chaque année.
- L'investissement de départ pour chaque nouvelle officine a été récupéré en moyenne après 12 à 18 mois.
- Nombre d'employés : env. 15 personnes
- Jusqu'ici, l'expansion de la chaîne a été essentiellement financée de façon interne.

Chiffres clés 2006

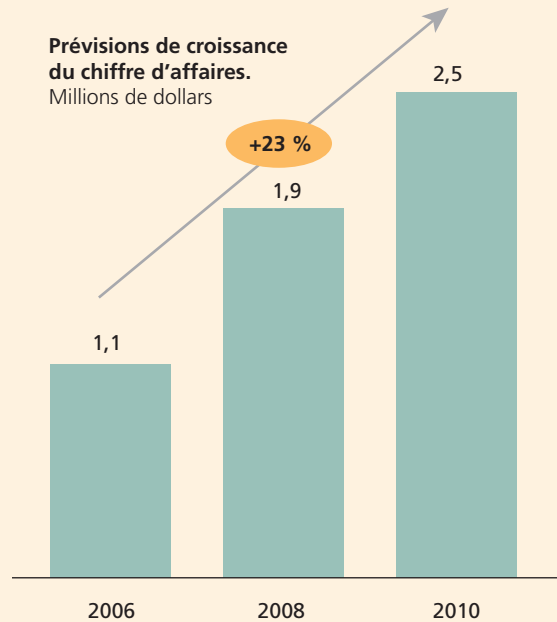
Millions de dollars

Opérations		Actifs	
• Ventes	1,1	• Magasins	
• Coûts des marchandises vendues	0,5	• Employés	
• Dépenses de fonctionnement	0,2	• Dettes	
• Bénéfice net	0,4		

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey ; site web de l'entreprise.

... et prévoit une croissance de 23 % par an sur les 3 à 5 prochaines années.

- Vine Pharmacy prévoit de s'étendre à 12 officines d'ici 2012.
- La croissance est freinée par la pénurie de personnel qualifié.



Plates-formes de distribution multisectorielles

Dans certains pays, le volume de médicaments qui passe par les circuits de distribution est trop faible pour qu'il soit rentable de ne prendre en charge que des produits pharmaceutiques. Les distributeurs qui opèrent sur plusieurs secteurs — par exemple qui distribuent des boissons non alcoolisées et des biens de consommation — ont démontré la viabilité financière de leur modèle économique.

Il est important de noter que ce modèle n'est pas applicable à tous les types de médicaments en raison des conditions de transport très strictes exigées pour certains médicaments vendus sur ordonnance afin d'éviter des contaminations croisées, sans parler de ceux qui exigent une chaîne logistique réfrigérée (en règle générale, les vaccins).

Cette solution est toutefois possible pour la grande majorité des médicaments en vente libre, qui sont souvent aussi ceux dont la marge est la

plus faible et pour lesquels il serait le plus intéressant d'utiliser une plate-forme de transport partagée.

Ces entreprises intègrent les médicaments et les fournitures médicales à leurs plates-formes de distribution existantes pour atteindre un volume d'affaires rentable. Les camions transportant des biens de consommation transportent maintenant aussi des produits pharmaceutiques, lesquels ne pourraient pas nécessairement remplir un camion à eux seuls. Les coûts de transport sont ainsi diminués et la chaîne logistique est plus performante.

Selon la région où elles opèrent, les entreprises de ce type peuvent faire entre 1 et 15 millions de dollars de chiffre d'affaires.

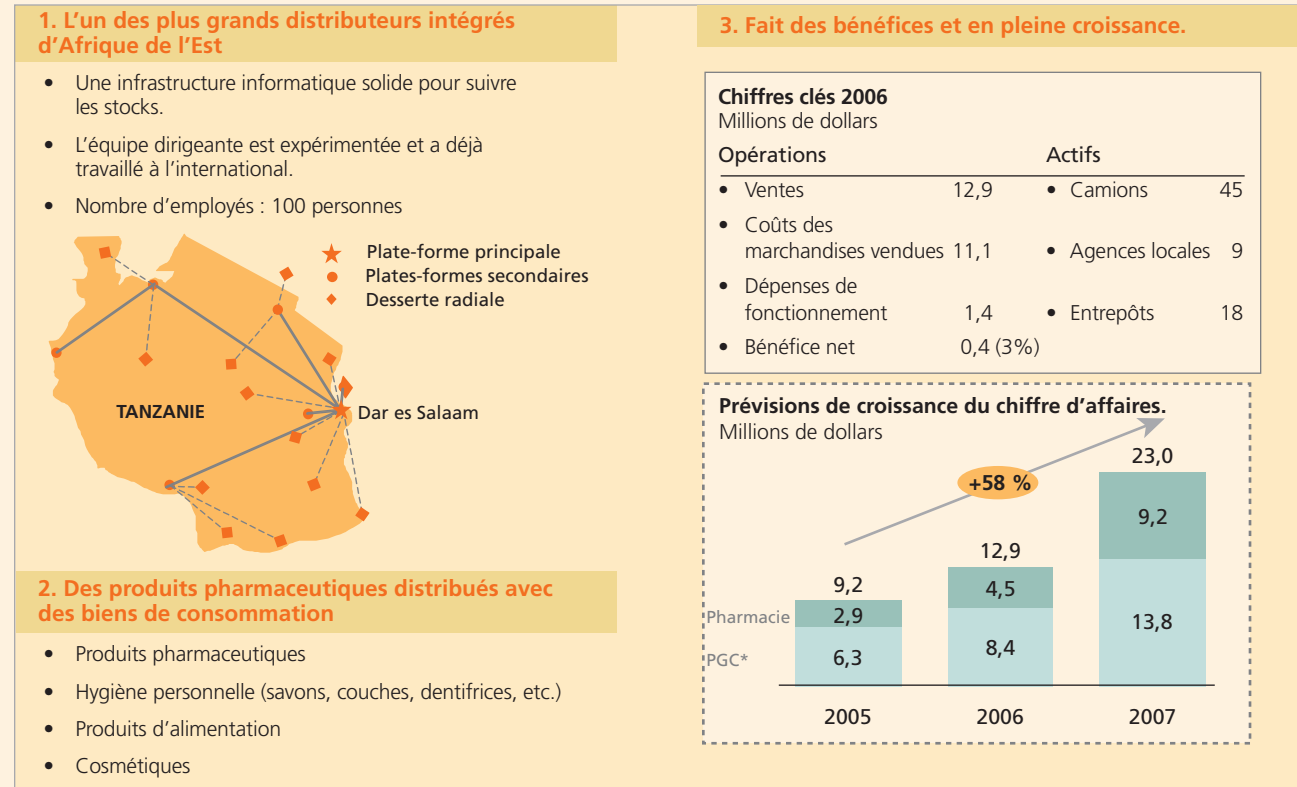
L'exemple présenté à la figure A4.5 affiche un bénéfice net de 3 %.

Les investissements réalisés dans ces modèles économiques ont un impact important sur le développement car ils rendent les médicaments

Figure A4.5

Étude de cas d'un distributeur multisectoriel : Nufaika, en Tanzanie

Nufaika, l'un des plus grands distributeurs intégrés d'Afrique de l'Est, distribue des produits pharmaceutiques en même temps que d'autres biens de consommation.



* Produits de grande consommation

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey ; site web de l'entreprise.

plus accessibles et moins chers. Dans la mesure où ils permettent la distribution de faibles volumes de produits pharmaceutiques, ils améliorent la fréquence de distribution et réduisent ainsi les ruptures de stock et l'obsolescence.

Plates-formes multimarques à intégration verticale

La distribution peut également être rentable avec un modèle d'intégration verticale dans différents segments de la chaîne logistique du secteur des produits de santé.

En Afrique subsaharienne, les produits sont traditionnellement importés par l'intermédiaire d'un agent national, qui a souvent l'exclusivité, lequel vend ensuite à un distributeur primaire qui s'occupe de distribuer le produit à un réseau d'entrepôts régionaux. Au niveau de l'entrepôt, le produit est vendu à un grossiste local qui le revend à un réseau de pharmacies et d'hôpitaux situés dans sa zone d'influence. Très souvent, la chaîne

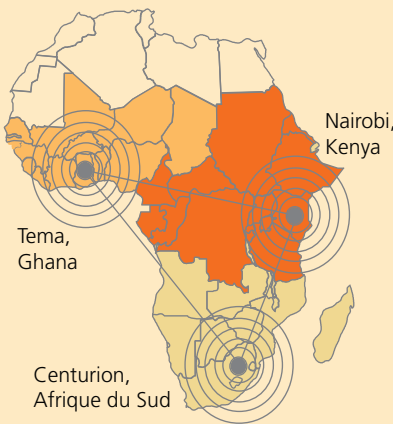
d'approvisionnement est encore plus longue, ce qui entraîne naturellement des gaspillages en termes d'immobilisations et de gestion de stocks.

Une fois développée, une infrastructure de distribution qui couvre la totalité de la chaîne d'approvisionnement attirera facilement les fabricants de produits pharmaceutiques. En l'absence de grands distributeurs nationaux bien organisés et fiables, ces fabricants d'Afrique subsaharienne ont souvent pris en charge la distribution de leurs propres produits jusqu'à présent. Cependant, la distribution n'est généralement pas leur cœur de métier et ils seraient plus qu'heureux de la sous-traiter et bénéficier des gains générés par une chaîne logistique globalement moins coûteuse. Dans l'exemple de la figure A4.6, Fuel Africa non seulement couvre la totalité de la chaîne d'approvisionnement pour la distribution de produits pharmaceutiques, mais il opère pour le compte de nombreux clients. Cela lui permet d'augmenter à chaque fois ses économies d'échelle,

Figure A4.6

Étude de cas d'un distributeur à intégration verticale : Fuel Africa, en Afrique subsaharienne

Fuel Africa est une filiale du groupe sud-africain Fuel. Elle distribue des produits médicaux dans toute l'Afrique subsaharienne, avec des plates-formes en Afrique du Sud, au Kenya et au Ghana. Selon ses estimations, les prix de vente au consommateur de produits pharmaceutiques importés sont diminués de 15 à 30 %.

Modèle de distribution régional	Intégration	Principaux facteurs de succès
<ul style="list-style-type: none"> De gros volumes sont regroupés sur les plates-formes régionales. Remplace les grossistes locaux, mais sous-traite à des PME locales la logistique du dernier kilomètre. Assure une gestion des stocks de haute qualité pour améliorer l'efficacité des opérations et réduire l'obsolescence. Réduit la majoration des prix en n'assurant que le service logistique sans être propriétaire des stocks ; les besoins de fonds de roulement sont ainsi diminués. 	<p>Verticale</p> <ul style="list-style-type: none"> Assure des services d'achat, d'importation, d'entreposage primaire et de logistique de distribution primaire ; l'intégration permet à Fuel de réduire les majorations appliquées tant par l'importateur que par le distributeur. La coordination étroite avec les partenaires distributeurs secondaires/ locaux grâce aux systèmes de suivi des informations et au support technique améliore la gestion de la chaîne d'approvisionnement. <p>Horizontale (potentiel futur)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ne distribue actuellement que des produits pharmaceutiques et médicaux. Possibilités de développement des produits et des services : les points de vente de produits pharmaceutiques de base (« pharmacies in a box »), la distribution d'autres produits par des infrastructures de distribution pharmaceutiques, et le service/location sur site aux fournisseurs de produits médicaux. 	<p>Volume d'affaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Le modèle en étoile permet de regrouper les volumes pour résoudre le problème des petits volumes point-à-point en Afrique. Avec le temps, l'augmentation des volumes distribués et la diminution des majorations améliorent la compétitivité. A pu investir dans des infrastructures grâce à un important engagement pluriannuel du PEPFAR* ; occasion supplémentaire d'augmenter les volumes par d'autres sources. <p>Réputation de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> Normes de haute qualité et capacités logistiques de la maison mère sud-africaine. <p>Gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> Compétences en logistique et expérience des opérations en Afrique subsaharienne à la maison mère. <p>Utilisation novatrice des ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> S'associer à des distributeurs locaux pour la logistique du dernier kilomètre, éventuellement en fournissant des prêts et une assistance au renforcement des capacités des PME.

* PEPFAR des États-Unis

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

à tel point que les prix de vente au consommateur des produits qu'il distribue peuvent être abaissés de 15 à 30 % (par rapport à un distributeur exclusif ou dans le cas d'une distribution directe).

En outre, une chaîne logistique plus performante peut améliorer la qualité des produits vendus sur le marché tout en diminuant les risques de rupture de stock.

Les entreprises de ce type sont généralement de taille importante (dans le contexte de l'Afrique subsaharienne), de l'ordre de 3 à 10 millions de dollars de chiffre d'affaires.

Programmes d'accréditation pour les revendeurs informels

Parce qu'ils permettent d'avoir accès à un traitement dans des régions et des situations où aucune entreprise commerciale du secteur

structuré ne pourrait être rentable, les modèles de distribution qui mettent à profit les infrastructures physiques existantes et les habitudes des consommateurs pour distribuer des médicaments dans des zones reculées présentent un formidable potentiel en termes de développement.

Un programme d'accréditation et de formation permettant à des petits commerces ruraux de vendre des médicaments essentiels est un modèle économique intéressant du point de vue du développement, mais qui peut aussi être financièrement viable. Compte tenu des marges élevées des détaillants, il est tout à fait possible de faire payer aux propriétaires de magasins un programme de formation de 40 jours au terme duquel ils seront autorisés à vendre des médicaments essentiels, ce qui rend le modèle viable. Cette solution a été mise en œuvre en

Figure A4.7

Étude de cas d'une solution à un problème local : le programme ADDO, en Tanzanie

ADDO (Accredited drug dispensing outlet) est un programme subventionné par des donateurs et piloté par l'agence tanzanienne de réglementation des produits alimentaires et pharmaceutiques, dans le but de former et autoriser des petits commerces de détail privés situés dans des zones rurales et pauvres à vendre une liste définie de médicaments essentiels, y compris certains médicaments vendus sur ordonnance.

ADDO répond à un important problème local en matière de santé...

- L'existence d'un point de vente fiable pour les médicaments est un enjeu de santé majeur.
 - Les petits points de vente (*duka la dawa baridi*) représentent une source très importante de médicaments pour les Tanzaniens pauvres et en milieu rural.
 - Jusqu'à 70 % des fièvres sont prises en charge dans des dispensaires privés en Tanzanie.
 - Bien que les *duka la dawa baridi* soient uniquement autorisés à vendre des médicaments délivrables sans ordonnance, ils vendent souvent aussi les autres.

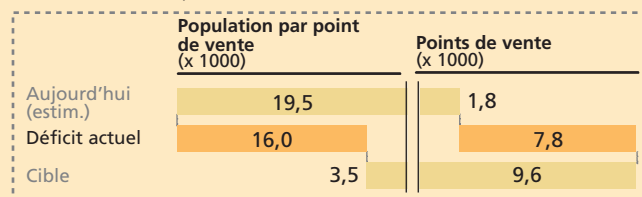
... avec un modèle original, qui repose sur les habitudes actuelles des consommateurs et les partenariats privé-public...

- Formation et accréditation de nouveaux petits détaillants privés pour délivrer les médicaments en vente libre et certains médicaments vendus sur ordonnance.
- Assistance aux commerçants ADDO par une campagne privée qui améliore aussi les résultats sanitaires pour les patients.
- Services de microfinancement proposés aux commerçants pour étendre le programme ADDO.
- Surveillance des commerçants par des fonctionnaires locaux.
- Médicaments en vente libre et sur ordonnance (ex. : ACT).

... et qui peut avoir un potentiel commercial.

- Le modèle ADDO apporte des avantages aux détaillants, qui pourraient être soumis à une redevance.
 - Gamme de produits plus étendue
 - Formation
 - Appui marketing
 - Vaste potentiel commercial

- Marché ciblé important.



Source : entretiens dans les pays ; site web « Strategies for Enhancing Medicines to Africa » ; étude McKinsey.

Tanzanie avec le programme ADDO proposé à titre gratuit (figure A4.7). Les propriétaires de magasins sont toutefois apparus prêts à payer cette formation pour pouvoir entrer sur le marché lucratif du commerce de détail du médicament.

Le chiffre d'affaires de ces modèles est compris entre 0,3 et 2 millions de dollars.

Ces modèles économiques augmentent considérablement l'accès aux médicaments des populations isolées en augmentant le nombre de points de vente disponibles. Par ailleurs, les programmes de formation peuvent sensibiliser les détaillants au problème des produits contrefaits et de qualité inférieure, et en faire des acteurs essentiels de l'amélioration de la qualité des produits.

Programmes de gestion de la chaîne logistique pour les donateurs et les États

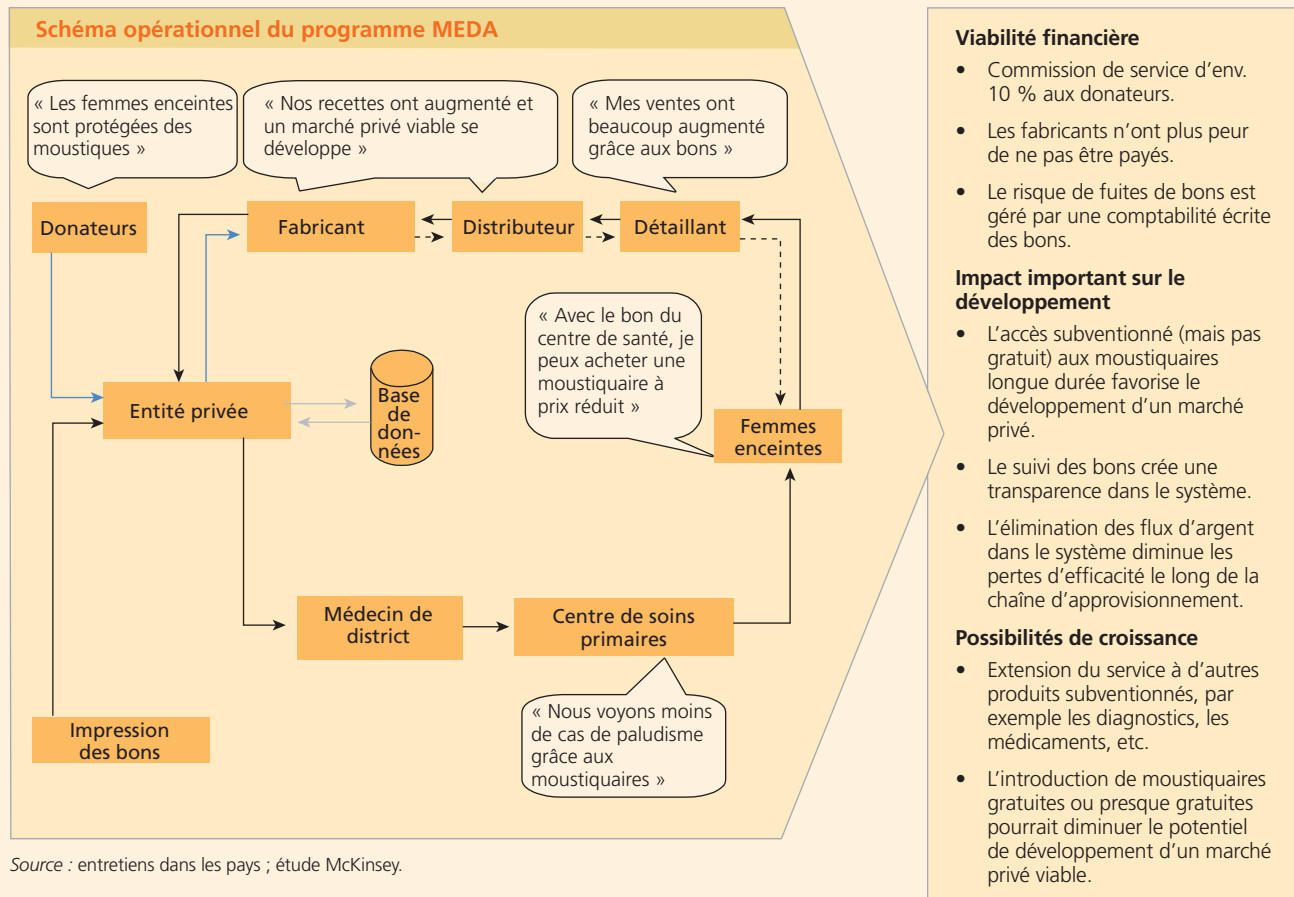
Le programme de bons décrit à la figure A4.8, qui gère (sous la forme d'une entreprise sociale) la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action pour des donateurs, est un exemple parmi d'autres d'initiatives privées qui fournissent des services de santé pour le compte des États ou de donateurs.

Lorsque les pouvoirs publics ne sont pas en mesure de résoudre tous leurs problèmes de capacités, ils se tournent souvent vers le secteur privé pour faire face à l'augmentation de la demande. Ces modèles sont habituellement basés sur une structure à marge fixe. Par conséquent, leur viabilité financière est souvent liée à l'efficacité de leur fonctionnement, et donc à leur capacité à

Figure A4.8

Étude de cas d'une solution de sous-traitance pour des donateurs : le programme MEDA de bons pour des moustiquaires longue durée, en Tanzanie

Le programme MEDA de bons pour des moustiquaires longue durée est un mécanisme utilisant le secteur privé, qui subventionne la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action. Il améliore l'accès à ces moustiquaires tout en favorisant le développement d'un marché privé.



produire des résultats positifs en matière de santé.

D'un autre côté, les donateurs s'appuient habituellement sur le secteur privé pour profiter de leurs compétences locales et de leur connaissance du contexte local. Bien que les services sous-traités au secteur privé par les donateurs concernent surtout des ONG, un certain nombre d'entreprises commerciales ont été créées récemment et parviennent à être financièrement viables grâce à leur très grande efficacité.

Les entreprises de ce type sont généralement de petite taille, avec un chiffre d'affaires compris entre 0,3 et 1,0 million de dollars.

Plusieurs d'entre elles ont pris la forme d'entreprises sociales, car le prix payé par les pouvoirs publics et les donateurs sous-traitants pour desservir les pauvres ou les zones

rurales est très souvent insuffisant pour permettre à une entreprise entièrement commerciale d'être viable.

L'importance de ces modèles est fondamentale dans la mesure où ils peuvent soulager les systèmes publics et donc libérer des capacités supplémentaires. Compte tenu des niveaux d'efficacité élevés qu'ils peuvent atteindre, ils utilisent souvent de façon optimale l'argent de l'État et des donateurs.

Annexe 5 : Exemples de modèles économiques gagnants dans le domaine de la formation médicale

Comme il a été dit à la section II, l'Afrique subsaharienne est la région du monde où l'on trouve le moins de ressources humaines qualifiées dans le domaine de la santé (figure A5.1).

Dans 36 pays sur les 45 que compte l'Afrique subsaharienne, le nombre de professionnels de santé est très inférieur aux normes définies par l'OMS¹²⁶, et le déficit cumulé de ressources humaines pour la santé (RHS) est d'environ 1,3 million de personnes, dont 750 000 de personnels soignants (figure A5.2). Ce chiffre représente environ 30 % du déficit mondial de RHS.

Bien que l'Afrique subsaharienne compte près d'un million de RHS, elles ne sont que 590 000 dans les 36 pays « en situation de pénurie ».

C'est donc une augmentation de 140 % de ces personnels dont les 36 pays ont besoin pour fournir les services de santé les plus élémentaires.

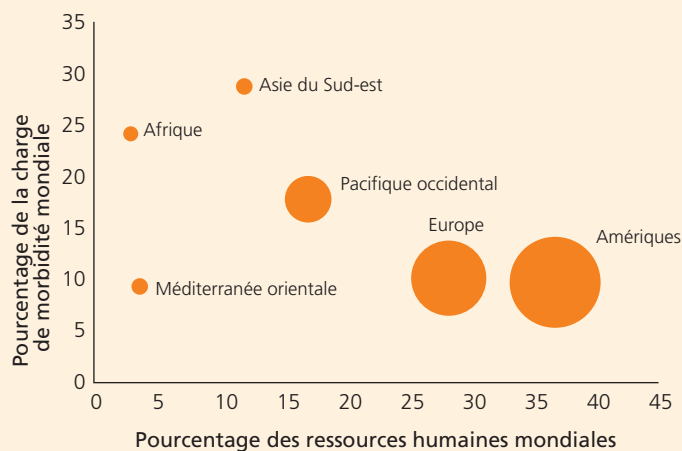
Au-delà de ce problème majeur, la couverture des RHS ne s'est guère améliorée dans la région depuis 40 ans, alors que d'autres pays comme l'Inde et le Maroc ont vu leur densité de médecins et de personnel infirmier augmenter entre 200 et 400 %.

Le rythme d'augmentation du nombre de médecins a stagné en Afrique subsaharienne, voire diminué dans certains pays de la région. Dans les autres catégories professionnelles, les effectifs progressent lentement, mais pas assez vite pour suivre l'évolution démographique et remédier au déficit actuel.

Figure A5.1

Ressources humaines pour la santé, par région

Répartition des travailleurs de santé par niveau de dépenses de santé et charge de morbidité, par région OMS



L'Afrique supporte 24 % de la charge de morbidité mondiale mais n'a accès qu'à 3 % du personnel de santé mondial et à moins de 1 % des ressources financières mondiales.*

* Même en comptant les dons et les prêts de l'étranger.

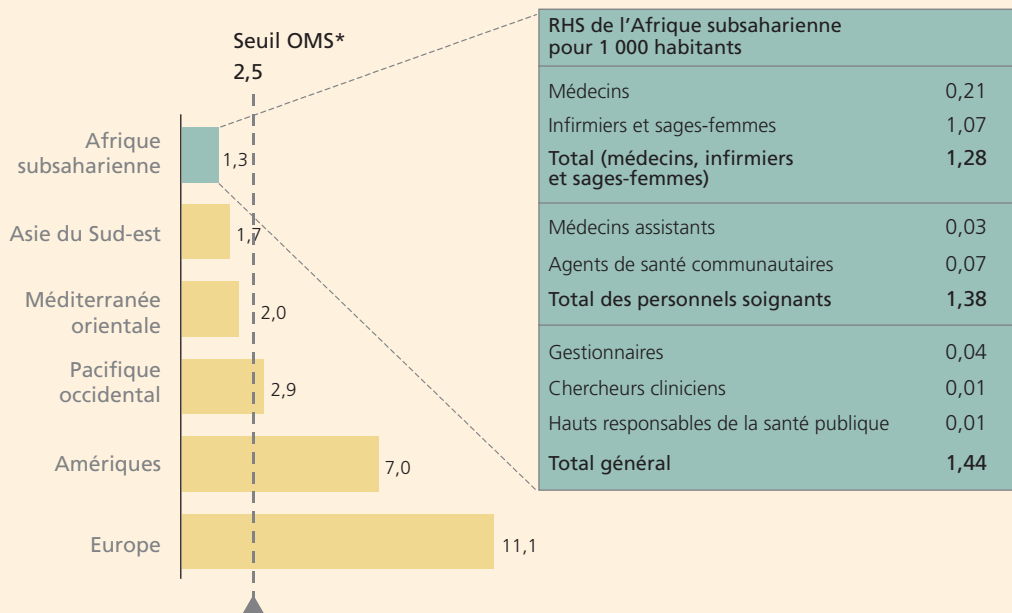
Note : sur les 57 pays du monde souffrant d'une pénurie critique de personnel de santé (telle que définie par l'OMS), 36 se trouvent en Afrique.

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; étude McKinsey.

Figure A5.2

Médecins, infirmiers et sages-femmes par région OMS, 2006

Nombre pour 1 000 habitants



* Dérivé de la régression d'Anand Baernighausen qui montre que 2,5 travailleurs de santé pour 1 000 habitants sont nécessaires pour assurer deux interventions de base, à savoir la vaccination des enfants de moins d'un an contre la rougeole, et les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, à au moins 80 % de la population.

Source : Joint Learning Initiative, OMS ; étude McKinsey.

La figure A5.3 compare la situation du Ghana, du Sénégal et du Kenya sur le plan des RHS. Bien qu'ils diffèrent du point de vue de l'organisation de l'enseignement médical et de la couverture de leurs besoins de RHS, ces trois pays manquent de professionnels de santé et auraient besoin d'une augmentation immédiate des formations médicales privées.

Plus de 64 000 nouveaux médecins seront nécessaires sur les 10 ans à venir pour faire face à la croissance estimée des services de santé. Le déficit de RHS a de fortes chances de durer si l'on ne s'emploie pas activement à résoudre la crise actuelle au moyen de solutions privées ou de partenariats public-privé, car le secteur public ne paraît pas disposer de ressources suffisantes.

Toutefois, le secteur privé a joué jusqu'à présent un rôle limité sur ce marché, pour diverses raisons, en particulier les réglementations publiques, les coûts d'investissement élevés associés à certains éléments des études médicales, et dans certains cas, le pouvoir d'achat insuffisant des étudiants.

Le financement des études augmenterait énormément le nombre d'étudiants potentiels et




pourrait stimuler le développement des formations médicales privées. Il est néanmoins manifeste que les capacités actuelles d'enseignement médical ne sont pas capables de répondre à la demande en Afrique subsaharienne. Au Ghana par exemple, les établissements publics ne peuvent absorber que 40 % des demandes d'inscription recevables aux formations en soins infirmiers.

Comme le montre la figure A5.4, on estime que la formation médicale privée représente environ 9 % du total des opportunités d'investissement anticipées, soit entre 1,1 et 1,9 milliard de dollars environ.

Les médecins étant très nombreux à quitter l'Afrique subsaharienne à la fin de leurs études, les établissements d'enseignement devront accroître considérablement leurs capacités pour pouvoir former les 80 000 et quelque nouveaux médecins qui seront nécessaires. Le même problème se pose pour les formations en soins infirmiers, les écoles de pharmacie et les établissements de formation des agents de santé communautaires. Le secteur privé devra intervenir pour combler partiellement le déficit. L'enseignement médical nécessite

Figure A5.3

Comparaison de l'enseignement médical dans plusieurs pays

	 Ghana	 Sénégal	 Kenya
Structure du secteur	<ul style="list-style-type: none"> Enseignement de médecine sur six ans dispensé dans deux grandes universités publiques. Les écoles publiques n'arrivent à absorber que 40 % des demandes recevables ; il faut développer les formations privées pour satisfaire la demande et répondre aux besoins sanitaires du pays (9 médecins pour 100 000 habitants en 2002, soit moins qu'en 1975). Le Ghana forme actuellement environ un millier d'infirmiers par an, ce qui est insuffisant. Le ministère de la Santé est favorable à l'augmentation des effectifs des professions de santé, notamment des personnels infirmiers. L'enseignement public est subventionné, c'est pourquoi les frais de scolarité sont plus élevés dans les écoles privées (2 500 dollars par an). En 2002, 20 à 25 % des personnels infirmiers nés au Ghana travaillaient hors de l'Afrique. 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un secteur privé commercial important dans le domaine de la formation médicale, en particulier en soins infirmiers : environ 60 % des infirmiers et infirmières du Sénégal sont formés dans des écoles privées. La capacité limitée des écoles publiques crée une forte demande dans les 13 écoles d'infirmiers privées du pays. Programmes d'enseignement de médecine sur 4 à 8 ans dispensés dans deux universités publiques. En 2002, 25 à 30 % des personnels infirmiers nés au Sénégal travaillaient hors de l'Afrique 	<ul style="list-style-type: none"> Enseignement de médecine sur cinq à six ans dispensé dans deux grandes universités publiques, aucune privée, qui forment environ 450 médecins par an (14 médecins pour 100 000 habitants en 2002, soit plus qu'en 1975 mais comme en 1988). 58 écoles d'infirmiers au Kenya en 2004, publiques et privées. La moitié des personnels soignants immatriculés au Kenya sont des personnels infirmiers auxiliaires. Le manque de professionnels qualifiés en milieu rural crée un besoin pour des programmes de formation à distance. En 2002, environ 10 % des personnels infirmiers nés au Kenya travaillaient hors de l'Afrique.
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> Écoles d'infirmiers. 	<ul style="list-style-type: none"> Écoles d'infirmiers. Établissements de formation d'autres professionnels de santé, comme les laborantins. 	<ul style="list-style-type: none"> Écoles de médecine privées. Enseignement à distance.

Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; Document d'information n°75 de la Banque mondiale, 2004 ; Center for Global Development ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

beaucoup d'équipements, c'est pourquoi la plupart des investissements concerneront des entreprises de taille moyenne à grande, plus de la moitié des investissements dépassant les 3 millions de dollars.

Des stratégies gagnantes

Pour réussir dans cet environnement difficile, des stratégies existent sur lesquelles il faudra s'appuyer afin d'être compétitif au niveau national ou régional :

- **Des partenariats avec des institutions étrangères.** Aux États-Unis, la demande de personnel infirmier est très supérieure aux effectifs immatriculés¹²⁷. Le Nursing Relief for Disadvantaged Areas Act de 1999 visait à remédier à ce problème en introduisant le programme de visas H-1C, qui permet à des personnels infirmiers étrangers de travailler pendant trois ans aux États-Unis. Puisque les États-Unis cherchent à combler leur déficit, des écoles d'Afrique subsaharienne pourraient s'associer avec des hôpitaux ou des cliniques

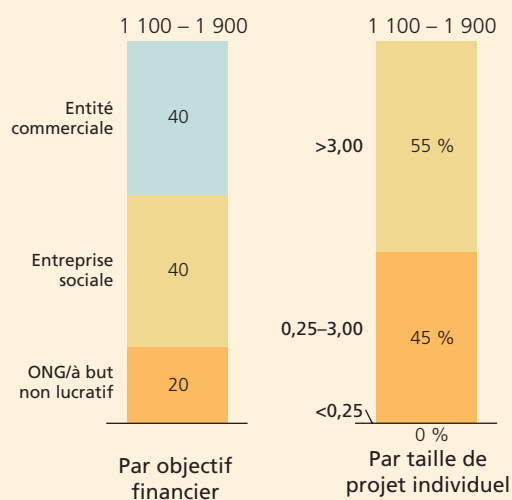
privés des États-Unis pour garantir un apport d'infirmiers et infirmières qualifiés aux États-Unis. Les établissements américains financeraient en partie la mise en place des installations et aideraient à l'élaboration du programme d'enseignement. Les personnels infirmiers retourneraient dans leur pays après avoir travaillé aux États-Unis pendant le temps convenu.

- **L'interfinancement avec d'autres disciplines.** Dans la mesure où l'enseignement médical nécessite des investissements importants, les écoles privées devraient probablement fonctionner plusieurs années avant de devenir bénéficiaires. En instaurant des mécanismes d'interfinancement entre des programmes d'enseignement médical et d'autres disciplines, les établissements de formation pourraient être financièrement viables beaucoup plus vite. Au Ghana par exemple, l'Université centrale d'Accra prévoit d'ouvrir une grande école spécialisée dans la formation de pharmaciens, de personnels infirmiers et d'assistants

Figure A5.4

Opportunités d'investissement dans la formation médicale, 2007-2016

Pourcentage, millions de dollars



Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

médicaux ; l'école existe toutefois depuis dix ans et dispensait des enseignements de commerce et de théologie.

- **L'utilisation de technologies d'enseignement à distance.** L'un des principaux obstacles à la formation de personnel médical dans les zones rurales est que le réservoir d'étudiants n'y est pas suffisant pour justifier, sur le plan financier, l'emploi de professeurs et de formateurs qualifiés. Les technologies de formation à distance donneraient accès à un enseignement beaucoup moins cher, aussi bien pour les écoles que pour les étudiants (qui n'auraient pas besoin de déménager en ville pour poursuivre leurs études).

Exemples de modèles économiques gagnants

Les thèmes d'investissement décrits à la figure A5.5 sont des exemples de modèles économiques qui utilisent bien les approches novatrices décrites ci-dessus, et génèrent ainsi des gains financiers tout en ayant un énorme impact sur le développement.

Le succès d'un investissement dépendra beaucoup du pays ciblé. En effet, les États n'offrent pas tous les mêmes opportunités commerciales (tant sur le plan des prévisions de croissance du marché que de la concurrence), et le climat de l'investissement reste très hétérogène dans l'ensemble de la région.

Figure A5.5

Des opportunités d'investissement prometteuses dans la formation médicale

Exemples	Chiffre d'affaires annuel Millions de dollars	Coûts d'établissement Millions de dollars	Impact sur le développement	
Grandes universités pluridisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> • Hubert Kairuki (Tanzanie) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,0-5,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,0-10,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Développe les capacités globales du système de santé et s'attaque à la principale cause de la pénurie de personnel
Écoles d'infirmiers, de sages-femmes, de laborantins	<ul style="list-style-type: none"> • Institut Santé Service (Sénégal) • Central University College (Ghana)* 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-2,0 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3-2,0 	<ul style="list-style-type: none"> • Développe les capacités globales du système de santé à l'intérieur d'un pays
Formation à distance en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • AMREF (Kenya) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,2-0,5 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,2-0,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet aux étudiants des zones rurales d'accéder à l'éducation et leur évite le coût d'un déménagement • Augmente la disponibilité de compétences spécialisées en milieu rural

* Programme d'enseignement médical prévu pour être lancé en septembre 2007.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Grandes universités de médecine pluridisciplinaires

Le même type d'investissements fixes (dans des laboratoires, des équipements médicaux et des bâtiments) sont nécessaires pour dispenser la plupart des enseignements médicaux. De ce fait, les écoles proposant des cursus pluridisciplinaires peuvent devenir financièrement viables en utilisant des mécanismes d'interfinancement. En multipliant les disciplines, elles augmentent le nombre total d'étudiants et peuvent donc amortir leurs coûts d'équipement sur une plus large base de revenus.

Cependant, ce marché est fortement affecté par les réglementations publiques qui, dans beaucoup de pays, n'autorisent pas le secteur privé à participer à l'offre de formation médicale. Modifier ces réglementations — tout en maintenant des normes de qualité strictes et en mettant en place un système de financement par des prêts aux étudiants — pourrait s'avérer être une solution

intéressante pour reproduire ce modèle. Des États comme le Ghana, l'Ouganda et le Sénégal, dont les politiques sont ouvertes et encouragent la participation du secteur privé à l'éducation, offrent un environnement plus favorable au développement de ces modèles économiques.

Les universités de ce type doivent naturellement avoir une taille minimum pour fonctionner, et devraient avoir une base de revenus comprise entre 1 et 5 millions de dollars.

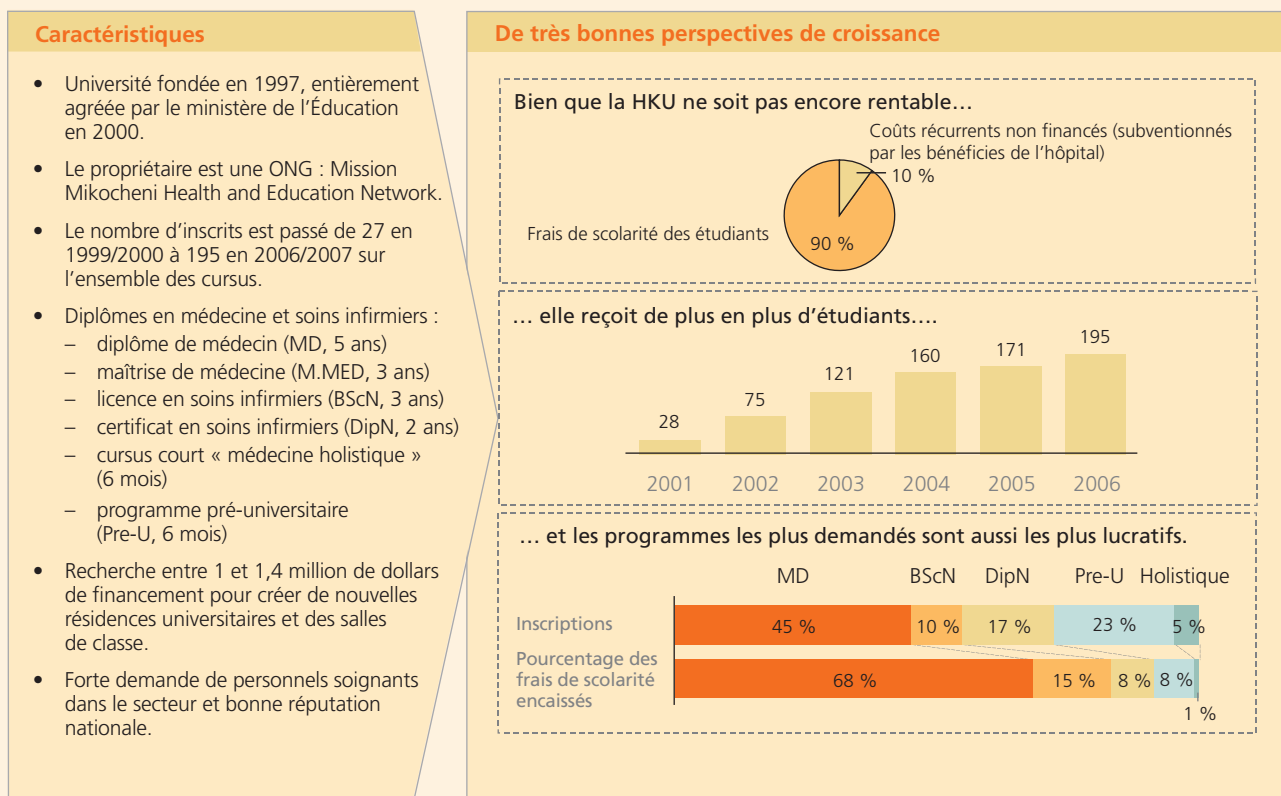
Les grandes universités de médecine peuvent avoir un immense impact sur le développement. Le manque de personnel qualifié est l'un des plus importants obstacles à la croissance du secteur de la santé en Afrique subsaharienne. En s'attaquant à ce problème, on améliorera l'accessibilité physique et financière des soins de santé dans toute la région.

La figure A5.6 présente les principales caractéristiques de ce modèle économique et les

Figure A5.6

Étude de cas d'une grande université médicale : Hubert Kairuki, en Tanzanie

L'université Hubert Kairuki (HKU) est une université médicale privée agréée à but non lucratif, implantée à Dar es Salaam. Elle propose différents cursus allant de la médecine holistique aux enseignements aboutissant au diplôme de médecin, et possède son propre hôpital universitaire.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

éléments financiers d'une grande université de médecine florissante, située en Tanzanie.

Écoles de soins infirmiers

Les écoles de soins infirmiers traditionnelles restent une opportunité d'investissement intéressante compte tenu de la pénurie de personnel infirmier dans toute l'Afrique subsaharienne et de l'émergence de nouveaux modèles économiques. Il existe aujourd'hui une très forte demande non satisfaite pour de nouveaux établissements de formation en soins infirmiers.

Certaines écoles prennent contact avec les futurs employeurs potentiels de leurs étudiants pour leur demander de subventionner une partie des frais de scolarité en échange de pouvoir recruter les meilleurs élèves. Ce modèle d'interfinancement aide à financer un plus grand nombre d'étudiants, ce qui permet ensuite d'amortir les coûts sur une plus large base de revenus.

Les écoles de ce type sont très variables en taille, avec un chiffre d'affaires généralement compris entre 0,3 et 2 millions de dollars.

La formation de personnel infirmier supplémentaire en Afrique subsaharienne contribue à résoudre un problème essentiel pour le secteur de la santé, et renforce notablement les capacités du système de santé dans son ensemble.

La figure A5.7 présente une étude de cas sur une école de soins infirmiers au Sénégal.

Enseignement à distance pour les personnels infirmiers

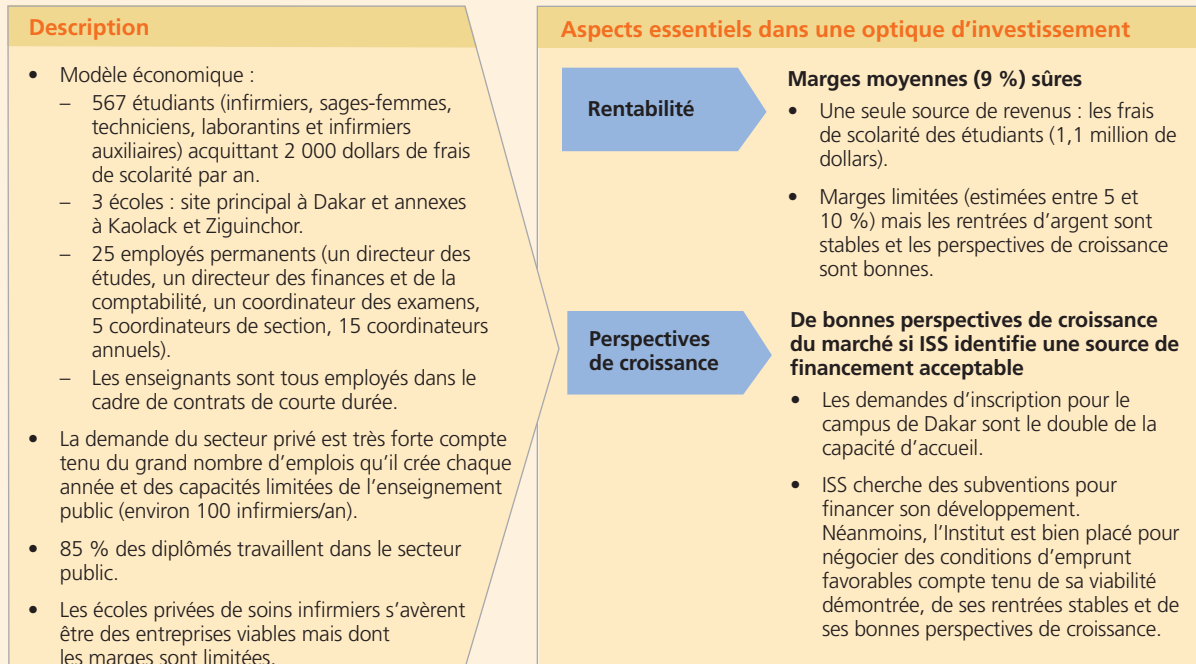
En Afrique subsaharienne, la plupart des personnels infirmiers n'ont acquis que la qualification la moins élevée. L'exode des infirmiers spécialisés vers des marchés plus lucratifs et l'absence d'établissements de formation ont créé une demande non satisfaite de personnel infirmier spécialisé. D'autre part, beaucoup d'infirmiers et d'infirmières ne peuvent pas suivre une formation plus poussée pour des raisons d'infrastructures ou de coûts.

Compte tenu du très petit nombre d'écoles de soins infirmiers spécialisés qui existent en Afrique subsaharienne, un modèle hybride est en train de s'imposer, associant enseignement traditionnel

Figure A5.7

Étude de cas d'une école de soins infirmiers : Institut Santé Service, au Sénégal

Institut Santé Service (ISS) est une école de soins infirmiers privée qui existe depuis 20 ans, avec trois campus au Sénégal. Les établissements publics d'enseignement en soins infirmiers étant loin de pouvoir absorber toutes les demandes d'inscription, ISS pourrait se concentrer sur ces études et sur les disciplines connexes. Le fait de se limiter aux soins infirmiers permet de diminuer les coûts par rapport à une école proposant différents cursus, et donc d'avoir des frais de scolarité compétitifs.



Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

pour la partie « travaux pratiques » et enseignement à distance pour les éléments théoriques. Ces modèles hybrides utilisent des ordinateurs et des disques compacts pour faciliter l'apprentissage. L'enseignement à distance peut réduire le coût global de la formation des personnels infirmiers en éliminant des éléments de coûts importants tels que la pension, le transport et le manque à gagner dû au temps passé par les étudiants sur le lieu des cours (au lieu de chez leur employeur).

Le chiffre d'affaires dans ce secteur est généralement petit, de l'ordre de 200 000 à 500 000 dollars.

Des pays comme le Kenya, le Nigéria et la Tanzanie, où les personnels infirmiers sont les plus dispersés, sont les mieux placés pour adopter ce modèle. Par exemple, au Kenya et en Tanzanie, ils

sont répartis sur six à sept grandes régions. En outre, ces régions ont généralement un grand centre de commerce ou un grand hôpital ayant les moyens d'acheter des ordinateurs et du matériel d'enseignement. À l'inverse, des pays comme le Malawi, l'Ouganda et le Rwanda, où les compétences dans cette discipline sont relativement regroupées, ne devraient pas être des marchés très porteurs pour cette méthode d'enseignement.

Relever le niveau de spécialisation des professionnels de santé de la région aurait un impact énorme sur le développement. La qualité globale des soins dispensés serait améliorée, de même que l'accès des populations aux services de soins.

La figure A5.8 présente une étude de cas sur une formation à distance au Kenya.

Figure A5.8

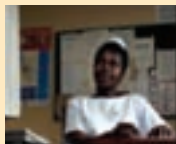
Étude de cas d'une formation à distance pour les personnels infirmiers : l'AMREF, au Kenya

L'AMREF est une association à but non lucratif qui propose une formation à distance assistée par ordinateur à 4 500 infirmiers et infirmières auxiliaires à travers un réseau de 127 écoles et centres de télé-enseignement. Les étudiants sont préparés au grade d'infirmier diplômé via une combinaison d'apprentissage sur ordinateur et de formation pratique en établissement de santé.

Le modèle de télé-enseignement de l'AMREF

Méthodologie

- Enseignement à distance :
 - 12 mois (3 par module).
 - Sur CD quand c'est nécessaire et sur Internet quand c'est possible.
 - Pour chaque module, 3 rencontres pour présenter le contenu et vérifier les apprentissages.
- Enseignement pratique en établissement :
 - 4 stages de 1 mois et demi = 6 mois.
 - Les étudiants travaillent dans un établissement de santé avec un infirmier « tuteur », pour développer les compétences pratiques.



Contenu

- Les étudiants obtiennent la certification d'infirmier diplômé délivrée par le National Nursing Council of Kenya.
- 4 modules :
 - soins infirmiers généraux
 - santé génésique
 - santé communautaire
 - soins spécialisés (ex. : maladies mentales)

Un succès rapide reposant sur des partenariats public-privé solides

Un succès rapide

- Est passé de 4 sites et 145 étudiants fin 2005, à 127 sites dans 61 villes des 8 provinces du Kenya, et 4 500 étudiants début 2007 (20 % des 22 000 infirmiers auxiliaires du Kenya).
- Les étudiants habitent aussi bien en ville (30 %) qu'en milieu rural (70 %).
- Les étudiants apprécient de pouvoir poursuivre leurs études, améliorer leurs compétences et avancer dans leur carrière.
- Un budget de fonctionnement annuel de seulement 0,5 million de dollars.

Ce succès rapide repose sur des partenariats public-privé solides

- Le Nursing Council of Kenya, partenaire public, apporte au programme un encadrement, une volonté politique et une certification.
- Accenture, partenaire privé, apporte un appui financier et un transfert de compétences pour élaborer et gérer le programme de télé-enseignement.
- L'AMREF, forte de ses 50 ans d'expérience dans le secteur de la santé en Afrique, a les capacités et la crédibilité nécessaires pour mettre en œuvre le programme.
- Association à but non lucratif ne faisant aucun bénéfice, l'AMREF couvre les coûts du programme en interne ; les frais de scolarité (environ 2 500 dollars par étudiant) vont à 80 % aux écoles partenaires et à 20 % au Nursing Council of Kenya.

Des impératifs de croissance ambitieux

- Objectif : toucher 22 000 infirmiers kényans en 5 ans.
- D'autres pays s'intéressent au programme de l'AMREF.
- L'AMREF pourrait étendre ce programme à d'autres professions médicales.
- Principaux freins à la croissance : les capacités institutionnelles et financières.

Source : entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Annexe 6 : Méthodologie d'évaluation du marché

Les projections des opportunités d'investissement dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne ont été établies de la façon suivante (récapitulée à la figure A6.1) :

- la croissance prévisionnelle du marché de la santé en Afrique subsaharienne a été chiffrée (sans l'Afrique du Sud ni les produits pharmaceutiques et médicaux) ;
- cette croissance prévisionnelle a été traduite en opportunités d'investissement en Afrique subsaharienne (sans l'Afrique du Sud ni les produits pharmaceutiques et médicaux) ;

- les opportunités d'investissement ont été calculées pour les produits pharmaceutiques et médicaux en tenant compte de l'Afrique du Sud, et ce montant a été ajouté au reste des opportunités d'investissement en Afrique subsaharienne.

Projection du marché privé de la santé

La forte corrélation linéaire qui existe entre le PIB nominal par habitant et les DTS par habitant ($R^2 = 0,89$) permet d'estimer les DTS futures (figure A6.2). Des estimations fiables du PIB par

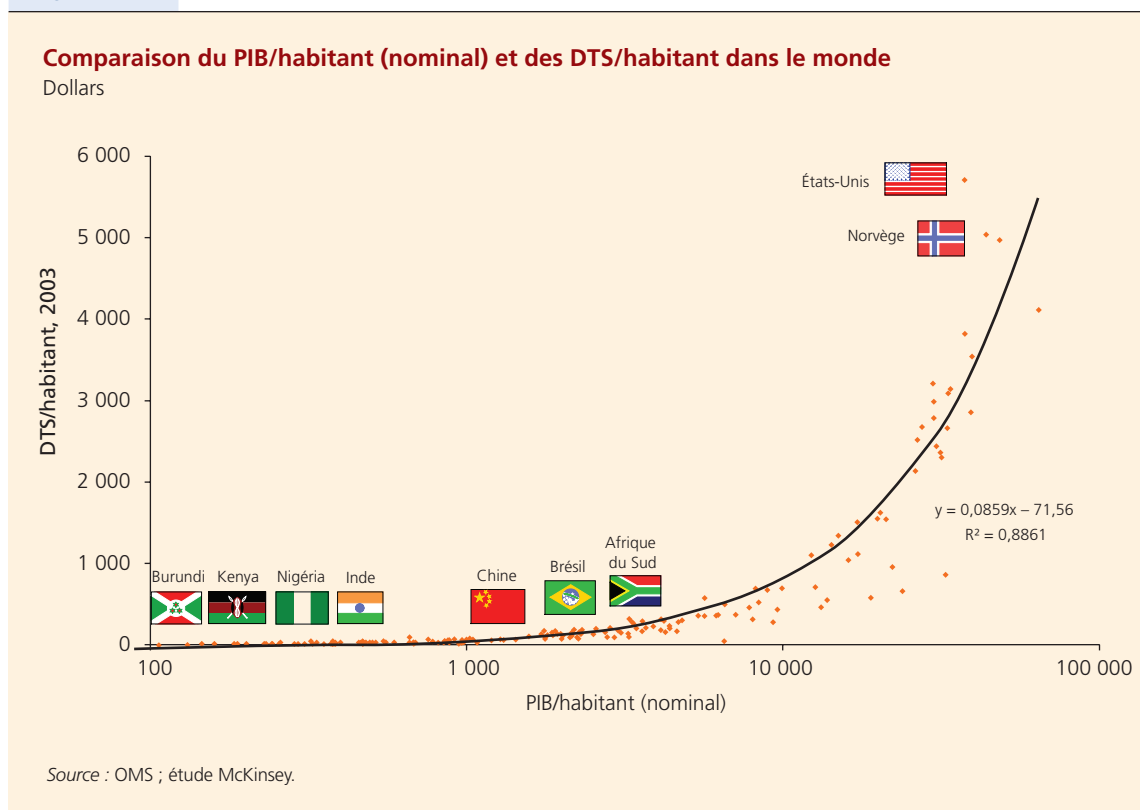
Figure A6.1

Méthode utilisée pour estimer les opportunités d'investissement générées par le développement des services de soins de santé en Afrique subsaharienne

Étape du processus	Description	Données	Source
Détermination de la croissance globale du PIB	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination de la croissance globale du PIB prévue en Afrique subsaharienne à partir des estimations de la croissance démographique et de l'augmentation du PIB/habitant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimations de l'augmentation du PIB/habitant. • Estimations de la croissance démographique. 	<ul style="list-style-type: none"> • IFC • Global Insight
Traduction de la croissance du PIB en DTS*	<ul style="list-style-type: none"> • Projection des DTS à partir de la relation de proportionnalité entre les DTS/habitant et le PIB/habitant. • Vérification des projections par rapport à l'évolution réelle des DTS en Afrique subsaharienne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution passée des DTS/habitant et du PIB/habitant. • Évolution passée de la croissance des DTS en Afrique subsaharienne. 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS • OMS
Projection de la part des services de santé assurés par le secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • Projection de la part des services de santé assurés par le secteur privé, ventilée par sous-secteur, type de prestataire (entreprise commerciale ou ONG), et du volume d'investissements requis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Part des services de santé assurés par le secteur privé. • Ventilation des services privés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comptes nationaux de la santé, enquêtes sur les ménages. • Entretiens dans les pays
Traduction de la croissance du chiffre d'affaires du secteur privé en besoins d'investissement	<ul style="list-style-type: none"> • Traduction de la croissance globale du chiffre d'affaires du secteur privé en besoins d'investissement en utilisant les ratios de rotation de l'actif propres à chaque sous-secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ratios de rotation de l'actif • Durée de vie des actifs • Besoins d'investissement externes 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens dans les pays • IFC • Entretiens dans les pays /études primaires

* Dépenses totales de santé.

Figure A6.2



habitant peuvent être utilisées pour prévoir les DTS futures par habitant sur la base de la corrélation ci-dessous.

On notera que la corrélation est extrêmement forte dans la plage de PIB la plus basse. La plupart des 45 pays d'Afrique subsaharienne (hors Afrique du Sud) se trouvent dans le segment le plus bas de la courbe ($R^2 = 0,95$) (voir la figure A6.3), tandis que sur l'ensemble du monde, on a une corrélation $R^2 = 0,89$.

Dans un pays donné, les DTS/habitant augmentent en même temps que le PIB/habitant. Les DTS/habitant prévisionnelles peuvent alors être multipliées par les estimations démographiques pour arriver aux dépenses futures. Sur la base de ce modèle, on prévoit que les DTS en Afrique subsaharienne passeront de 16,7 milliards de dollars en 2006 à 35,4 milliards de dollars en 2016. Le taux de croissance annuelle des DTS, estimé à 7,1 %, combine l'augmentation des DTS/habitant (elle-même déterminée par la croissance du PIB/habitant) et la croissance démographique.

L'augmentation des DTS de ces dix dernières années a été alimentée par une hausse importante du PIB (environ 6 % de croissance nominale,

calculée à partir d'une croissance démographique moyenne de 2,4 % et d'une augmentation de 3,5 % du PIB/habitant nominal, surtout concentrée sur les cinq dernières années), ainsi que par une augmentation des dépenses des bailleurs de fonds.

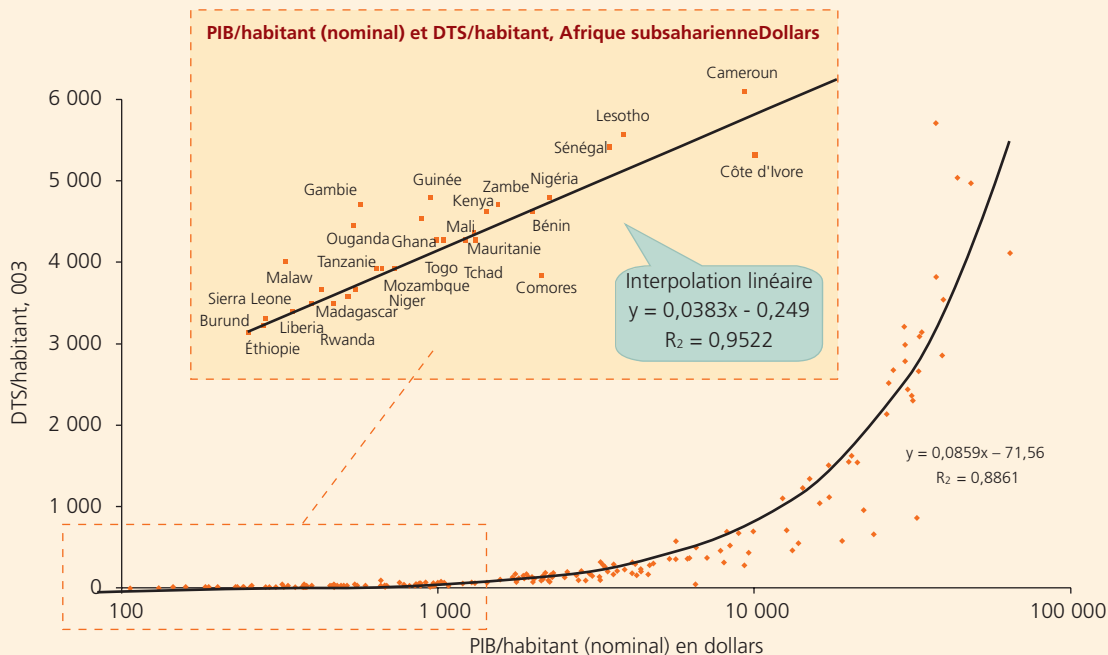
Afin d'établir des projections pour les dix prochaines années, on a pris comme hypothèse une augmentation de 7,7 % du PIB nominal, associée à une hausse de 5,7 % du PIB/habitant et un taux de croissance démographique de 1,9 % ; on est toutefois resté prudent en considérant que la croissance des DTS serait plus lente que celle du PIB en raison du fait qu'une part importante du PIB sera produite par des entreprises exploitant les ressources naturelles de la région, et ne sera donc pas répartie uniformément dans toute la population. On a également adopté une attitude prudente en ce qui concerne la propension des donateurs à continuer d'augmenter le volume de leur aide au rythme enregistré ces dix dernières années.

Du fait du contexte évoqué à la section I, le niveau de participation du secteur privé est variable dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. C'est pourquoi les estimations de la participation du secteur privé ont pris en compte, pour chaque pays, le caractère plus ou moins favorable dans

Figure A6.3

Évolution du PIB/habitant (nominal) et des dépenses totales de santé (DTS)/habitant, dans le monde

Dollars



Source : OMS ; étude McKinsey.

lequel le secteur privé opère et les différents scénarios auxquels on peut s'attendre pour chacun d'eux, en ce qui concerne la participation du secteur privé. Les estimations actuelles indiquent que cette participation représente en 2005 environ 50 % des dépenses.

Selon les estimations, le secteur privé va accroître sa part du marché de la santé de près de 10 % grâce à l'essor rapide que connaissent certaines économies de la région, où il va augmenter sa part à un rythme accéléré. Néanmoins, cette progression ne modifiera pas nécessairement la composition du secteur privé lui-même, et ses différents segments ne se développeront pas forcément à la même vitesse qu'actuellement (figure A6.4).

Traduction du chiffre d'affaires en opportunités d'investissement

Après avoir obtenu le total des dépenses de santé privées, on calcule les opportunités d'investissement en utilisant les ratios de rotation de l'actif propres à chaque composante du secteur de la santé. Ces ratios représentent l'investissement moyen requis

pour réaliser le chiffre d'affaires ou les dépenses du secteur de la santé. Par exemple, pour les établissements de soins en hospitalisation, le coût d'investissement moyen en pourcentage du chiffre d'affaires est estimé à 175 % (en se fondant sur les entretiens et sur l'analyse d'études de cas dans les pays en développement).

Pour traduire le chiffre d'affaires 2007-2015 en opportunités d'investissement externes, il faut :

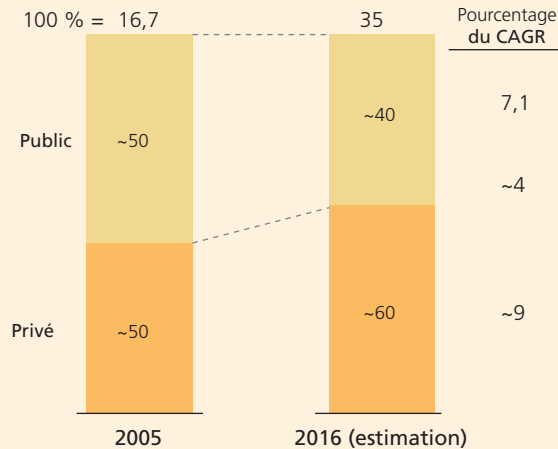
1. déterminer les ratios de rotation de l'actif spécifiques à chaque secteur séparément pour les nouveaux actifs et pour le remplacement d'actifs existants ;
2. déterminer le pourcentage des opportunités d'investissement qui viendraient de sources externes (là encore, de façon séparée pour les nouveaux actifs et le remplacement d'actifs existants).

Les ratios de rotation de l'actif sont basés sur les études de cas les plus pertinentes. Les ratios coût d'investissement/recettes sont déterminés à partir de deux éléments : 1) le coût de l'actif nécessaire pour générer les niveaux de recettes prévus ; et

Figure A6.4

Répartition des dépenses totales de santé (DTS) entre les secteurs privé et public en Afrique subsaharienne ; valeurs réelles pour 2005, estimations pour 2016

Pourcentage, milliards de dollars



Source : ministères de la Santé ; comptes nationaux de la santé ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

2) la durée de vie de l'actif. La figure A6.5 montre les détails des services de santé fournis.

À partir du ratio coût d'investissement/recettes et de la croissance anticipée du chiffre d'affaires du marché, le modèle détermine les besoins de nouvelles capacités et les besoins de rééquipement des capacités existantes.

On suppose que les nouvelles capacités ont besoin d'une plus grande part de financement externe que le remplacement d'actifs existants. En effet, les entreprises recherchent des financements externes importants pour les projets de développement, tandis que le remplacement d'actifs existants peut être financé dans une large mesure par des recettes d'exploitation internes.

En se basant sur ces hypothèses, on estime que 9,8 à 17,3 milliards de dollars seront nécessaires pour financer les besoins du secteur privé de la santé (sans les produits pharmaceutiques et médicaux) dans l'avenir.

Figure A6.5

Hypothèses posées pour traduire les recettes en investissements

Traduction du chiffre d'affaires en investissements annuels

- Collecter des études de cas pour chaque type d'investissement par sous-secteur.
- Calculer les investissements moyens requis pour réaliser un certain volume de recettes, en divisant le total des besoins d'actifs par la durée de vie prévue des actifs et leur potentiel de recettes.

	Consultations externes	Hospitalisation	Médicaments (commerce de détail)	Prévention	Autres
A Besoins moyens d'actifs pour générer 1 million de dollars de recettes par an (en milliers de dollars)	750	1 750	150	500	250
B Durée de vie estimée des actifs (années)	15	15	5	5	5
C Traduction des recettes en besoins d'investissement					

- Pour chaque dollar d'augmentation des ventes de consultations externes, il faut 1,75 dollar d'actifs
- Pour chaque dollar d'actif installé, 1/15 doit être rééquipé ou modernisé chaque année

Source : études de cas ; entretiens dans les pays ; étude McKinsey.

Estimation des opportunités d'investissement dans le secteur de la fabrication

L'augmentation prévisionnelle de la fabrication de médicaments génériques en Afrique subsaharienne, Afrique du Sud comprise, est évaluée à partir de trois facteurs : 1) la même relation de proportionnalité entre le PIB/habitant et les DTS/habitant que celle ayant servi à déterminer la croissance totale du secteur de la santé ; 2) la substitution de génériques et la baisse de la consommation de médicaments de marque en Afrique du Sud ; et 3) l'évolution prévue, selon différents scénarios, de la part des fabricants d'Afrique subsaharienne dans le marché futur des génériques. Sur la base de cette méthode, on a estimé que le chiffre d'affaires ex-usine des fabricants d'Afrique subsaharienne allait passer de 1,1 milliard de dollars en 2007 à entre 1,8 et 3,2 milliards de dollars en 2015.

Une méthode analogue a été employée pour prévoir la taille future du marché de la fabrication des fournitures médicales en Afrique subsaharienne. Les projections du chiffre d'affaires de ce marché pour 2015 s'établissent entre 170 et 270 millions de dollars.

La traduction de la croissance du marché en opportunités d'investissement pour la fabrication de génériques et la fabrication de fournitures suit le même schéma que pour l'ensemble du secteur de la santé. Compte tenu du flux mondial de

produits pharmaceutiques et de fournitures médicales, ces opportunités doivent être examinées sous l'angle de la compétitivité des coûts. Comme avec chaque secteur analysé, des ratios et des hypothèses différentes sont utilisées pour la fabrication des génériques et celle des fournitures médicales.

Les projections des opportunités d'investissement 2007-2015 dans le secteur de l'innovation en produits de santé en Afrique du Sud sont basées sur deux facteurs : 1) un calcul des investissements privés en 2007 associé aux investissements nationaux dans la recherche et le développement en pourcentage du PIB ; et 2) des projections, selon différents scénarios, du pourcentage futur du PIB consacré à la recherche et au développement (en tenant compte de la croissance anticipée du PIB).

La commercialisation du développement de produits ciblés sur une maladie négligée est considérée comme impliquant deux étapes : 1) les essais cliniques de phase 3 ; et 2) la mise sur le marché du produit. Une opportunité d'investissement annuelle combinant ces deux étapes est calculée et utilisée pour estimer l'opportunité d'investissement annuelle récurrente entre 2007 et 2015.

L'estimation ainsi obtenue des besoins globaux de capitaux externes pour le secteur de la fabrication et de l'innovation dans son ensemble est de l'ordre de 1,6 à 2,6 milliards de dollars.

Accréditation : Procédure par laquelle un organisme reconnaît qu'un fournisseur, un programme d'études ou une institution satisfait à des critères prédéfinis.

ACT : Polythérapie à base d'artémisine.

Actuariel (*adjectif*) : Qualifie des calculs statistiques basés sur des projections de l'utilisation et des coûts pour un risque défini, qui sont employés pour définir les taux et les primes d'assurance.

ADDO : Programme d'accréditation de revendeurs de médicaments.

Aide bilatérale : Aide au développement fournie par une partie ou un pays directement à un autre.

Aide multilatérale : Aide faisant intervenir plus de deux pays ou parties, généralement sous la forme de donations par le biais d'un organisme multilatéral tel que l'Organisation des Nations Unies ou la Banque mondiale.

AMREF : Association pour la médecine et la recherche en Afrique.

Analgésiques : Famille de médicaments destinés à calmer la douleur.

Antisélection : Problème rencontré par les prestataires de soins de santé ou les assureurs qui attirent une population en moins bonne santé que l'ensemble de la population. Plus précisément, tendance qu'ont les personnes en mauvaise santé à souscrire une assurance maladie alors que les personnes en bonne santé voient dans l'assurance une dépense inutile.

API : Principe actif pharmaceutique. Produit chimique actif utilisé dans la fabrication de médicaments.

ARV : Médicaments antirétroviraux.

Assurance maladie spéciale traitements lourds : Assurance de santé offrant une protection contre le coût élevé de la prise en charge médicale des maladies ou des invalidités graves ou de longue durée. En règle générale, ces polices d'assurance couvrent la totalité, ou un pourcentage défini, des dépenses médicales dépassant le montant couvert par une autre police d'assurance jusqu'à un certain plafond de responsabilité.

Assurance remboursement : Régime d'assurance dans lequel les personnes couvertes sont remboursées des frais encourus au lieu de bénéficier de services mis à leur disposition par l'assureur. Le contrat d'assurance définit généralement les montants maximum qui seront versés pour les services couverts.

Biodiversité : Nombre et variété des organismes présents dans une région. Comprend également la variabilité existant à l'intérieur et entre les espèces, et à l'intérieur et entre les écosystèmes.

Bioéquivalence : Base scientifique servant à comparer des médicaments génériques et de marque. Pour être jugés bioéquivalents, deux produits ne doivent pas présenter une biodisponibilité significativement différente lorsque, dans les études, les deux produits sont donnés au même dosage et dans des conditions identiques.

BMGF : Fondation Bill & Melinda Gates.

BPF : Bonnes pratiques de fabrication.

CAE : Communauté d'Afrique de l'Est.

Capitation : Système de paiement dans lequel un prestataire de soins de santé reçoit une somme forfaitaire pour la prise en charge de chaque patient pendant une période donnée (généralement un an). Les prestataires ne sont pas remboursés pour les services qui dépassent le forfait alloué. Ce forfait peut être identique pour tous les patients, ou il peut être ajusté pour tenir compte de l'âge et du sexe de la personne, en fonction des projections actuarielles de l'utilisation des services médicaux.

CDA : Communauté de développement de l'Afrique australe.

CEDEAO : Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest.

CEMAC : Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale.

Certifié ISO : Certifié par l'Organisation internationale de normalisation.

COMESA : Marché commun de l'Afrique orientale et australe.

Consultation externe : Traitement ou diagnostic réalisé dans un hôpital ou un centre de santé sans que le patient ait besoin de séjourner à l'hôpital. Catégorie de soins ambulatoires.

Couverture : Garantie offerte contre certains sinistres dans le cadre d'une police d'assurance.

CRO : *Clinical research organization*. Organisme de recherche clinique.

DFID : Ministère britannique du Développement international.

DTS : Dépenses totales de santé.

Entreprise sociale : Entreprise financièrement autonome mais qui ne recherche pas le profit maximal (contrairement à une entreprise commerciale). Les bénéfices sont généralement réinvestis dans les activités de l'entreprise.

EPO : Érythropoïétine.

Essai de dissolution : Procédure consistant à tester un produit, par exemple un médicament ou un polymère, pour déterminer son profil de dissolution, c'est-à-dire la vitesse à laquelle il se dissout.

FDA : *Food and Drug Administration*. Aux États-Unis, agence du ministère de la Santé et des Services sociaux qui veille à l'application des lois fédérales sur la pureté des produits alimentaires, la non-toxicité et l'efficacité des médicaments et la non-toxicité des produits cosmétiques.

FIND : Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics.

FIV : Fécondation in vitro. Technique dans laquelle des ovocytes sont fécondés par du sperme en dehors d'un utérus.

Formulation (médicament) : Processus consistant à développer ou préparer un médicament, ou le produit final lui-même.

Générique : Médicament exactement identique à un médicament commercialisé sous un nom de marque. Les médicaments génériques ne peuvent être fabriqués et vendus qu'à l'expiration du brevet attaché au médicament de marque.

GFATM : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Appelé aussi « Fonds mondial ».

HMO : *Health maintenance organization*. Organisme qui s'associe ou passe contrat avec différents prestataires de soins de santé pour offrir une gamme de services à ses adhérents. Les HMO utilisent des stratégies de soins coordonnés axées sur la prévention, la détection et le traitement de la maladie. La coordination des soins est souvent assurée par des généralistes.

IED : Investissement étranger direct. Il ne comprend pas les praticiens privés du secteur non structuré de l'économie (guérisseurs traditionnels et vendeurs de médicaments informels, par exemple).

IMF : Institution de microfinancement.

IRM : Imagerie par résonance magnétique. Un appareil d'IRM est un dispositif radiologique évolué couramment utilisé pour détecter les cancers et les pathologies neurologiques.

Malnutrition : Terme général couramment utilisé comme synonyme de dénutrition mais qui, techniquement, comprend aussi la suralimentation. On considère qu'une personne souffre de malnutrition lorsque son régime alimentaire ne lui apporte pas une quantité de calories et de protéines suffisante à sa croissance et à son maintien en bonne forme physique, ou si la personne n'est pas en état d'utiliser pleinement la nourriture qu'elle ingère parce qu'elle est malade (dénutrition). Une personne qui consomme trop de calories (suralimentée) est également considérée comme souffrant de malnutrition.

MST : Maladie sexuellement transmissible.

MTN : Mobile Telephone Networks (société sud-africaine).

Mutualisation des risques : Pratique consistant à réunir plusieurs risques aux fins de l'assurance, afin de compenser les conséquences de la réalisation de chaque risque individuel.

Mutuelle : Organisme d'assurance associatif, dans lequel l'entité appartient aux adhérents et non à des actionnaires.

MVI : Initiative pour un vaccin contre le paludisme.

NAFDAC : Agence nationale du Nigéria pour l'administration et le contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques.

Normes : Selon l'Institute of Medicine, les normes énoncent 1) les niveaux minimum de performances ou de résultats acceptables ; 2) les niveaux excellents de performances ou de résultats ; ou 3) la plage de performances ou de résultats acceptables.

NQCL : National Quality Control Laboratories.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONG : Organisation non gouvernementale.

Organisation à but non lucratif : Organisation dont l'objectif premier est de soutenir une cause ou faire avancer une question d'intérêt public ou privé dans un but non commercial, sans rechercher un bénéfice financier. De par leur statut, ces organisations ne peuvent pas être une source de revenu, de profit ou d'autre gain financier pour les entités qui les ont créées, qui les contrôlent ou qui les financent.

Païement direct : Somme versée par le consommateur d'un service de santé directement au prestataire.

Payeur de services de santé : Organisme public ou privé chargé de payer les dépenses de santé. Il peut s'agir d'une compagnie d'assurances, d'un organisme public, d'un employeur auto-assuré, ou d'un individu.

PDP : Partenariat de développement de produit.

PEPFAR : Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida.

Phase : Le processus de développement d'un médicament se décompose en plusieurs phases définies en fonction des principaux objectifs de ce processus :

- *Phase 1* : Les essais cliniques de phase 1 constituent la première étape de l'évaluation d'un nouveau médicament expérimental (ou de la nouvelle application d'un médicament déjà commercialisé) sur l'être humain. Les études de phase 1 visent principalement à évaluer le profil de toxicité d'un médicament, notamment le dosage qui ne présente aucun danger.
- *Phase 2* : Les essais cliniques de phase 2 sont réalisés sur des patients volontaires souffrant de la maladie ou de l'affection concernée. Ces essais permettent aux médecins et aux chercheurs d'en savoir plus sur la toxicité possible du nouveau traitement médicamenteux et son efficacité par rapport à la maladie ou l'affection ciblée.
- *Phase 3* : Une fois qu'un médicament a montré des résultats positifs sur de petits groupes de patients, les essais cliniques de phase 3 peuvent être engagés sur une plus grande échelle pour confirmer son efficacité et identifier les éventuels effets secondaires pouvant survenir lors d'une utilisation de longue durée. Les essais de phase 3 comparent généralement l'efficacité du médicament étudié par rapport à un placebo inactif et/ou à un autre médicament de référence.
- *Phase 4* : Les essais cliniques de phase 4 ont lieu après la mise sur le marché, une fois les résultats des phases 1 à 3 soumis à la FDA pour évaluation.

PIB : Produit intérieur brut.

PME : Petites et moyennes entreprises.

Préclinique : Cette phase comprend les études de laboratoire ou les expérimentations animales qui montrent l'activité biologique de la substance par rapport à la maladie ciblée ; la substance est également évaluée sur le plan de la toxicité et des formulations possibles.

Prestataire de services de santé : Ce terme désigne généralement un établissement de santé (généralement un hôpital) ou un médecin qui dispense des soins. Un plan de santé, une entreprise de soins coordonnés ou une compagnie d'assurance n'est pas un prestataire de services de santé mais un payeur de services de santé.

Prestataire de soins de santé informel : Sous-catégorie de prestataires du secteur privé, comprenant habituellement les guérisseurs traditionnels et les revendeurs de médicaments traditionnels ou modernes opérant sans licence, hors du cadre d'un établissement de santé ou d'une pharmacie.

Prime : Somme versée d'avance pour une couverture d'assurance. Montant payé à un assureur en échange d'une couverture aux termes d'un contrat. Versement périodique d'un assuré à la compagnie d'assurance maladie ou au gestionnaire de régimes d'assurance médicaments. Cette somme varie en fonction du plan de santé ou de la liste de médicaments concernés.

Produits de santé : Domaine englobant les biotechnologies, la pharmacie, les techniques d'analyse médicale, les équipements, la santé humaine et les technologies médicales associées, la nutraceutique et le bien-être.

Qualité : La qualité est, selon l'Institute of Medicine (IOM), la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats sanitaires souhaités et correspondent au savoir professionnel du moment. La qualité peut être définie comme une mesure de la manière dont les services de santé fournis satisfont aux normes professionnelles établies et aux jugements de valeur des consommateurs.

R&D : Recherche et développement.

Réassurance : Pratique consistant pour un HMO ou une compagnie d'assurance à souscrire une assurance auprès d'une autre compagnie pour se protéger de tout ou partie des pertes pouvant être occasionnées par le fait qu'ils honorent les demandes d'indemnisation de leurs assurés.

RHS : Ressources humaines pour la santé. Santé publique : sphère d'activité médicale orientée vers l'amélioration de la santé de l'ensemble de la collectivité.

Secteur privé : Pour les besoins de ce rapport, le terme *secteur privé* comprend : les entreprises commerciales ; les entreprises sociales – souvent décrites ailleurs comme des entreprises à but non lucratif ; les individus et groupes d'individus ayant des motivations personnelles ; les organismes à but non lucratif, comprenant les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations confessionnelles.

Secteur public : Dans le contexte de ce rapport, fourniture de biens et de services en rapport avec la santé, par et pour les pouvoirs publics à l'échelon national, régional ou local/municipal.

Services annexes : Services complémentaires fournis conjointement à des soins médicaux ou hospitaliers tels que les analyses médicales, la radiologie, la rééducation ou encore la thérapie par inhalation.

Soins chroniques : Soins dispensés sur une longue période à des patients souffrant de maladies ou d'affections persistantes de longue durée. Ils comprennent le traitement médical ainsi que d'autres mesures prises pour encourager l'autoadministration des soins, favoriser la santé et prévenir la perte de certaines fonctions.

Soins de santé : Actes, services et fournitures délivrés en rapport avec la santé d'un individu. Les soins de santé comprennent, entre autres, la prévention, le diagnostic, le traitement, la rééducation, les soins palliatifs et d'entretien, et les services de conseil. Les soins de santé incluent également la vente et la délivrance de dispositifs et de médicaments sur ordonnance.

Soins en hospitalisation : Soins dispensés à un patient qui est admis dans un hôpital ou un autre établissement médical pour un séjour de plus d'une journée, par opposition aux soins donnés lors des consultations externes dans ces mêmes établissements.

Soins préventifs : Soins de santé axés sur la prévention, la détection précoce et le traitement précoce des maladies, afin de réduire les coûts des soins de santé sur le long terme. Soins de santé visant à prévenir la maladie ou favoriser la détection précoce de la maladie et de la morbidité, et qui s'attachent à maintenir les patients en bonne santé en dehors de les soigner lorsqu'ils tombent malades.

Soins primaires : Soins de santé élémentaires ou généraux dispensés en dehors d'un environnement hospitalier, habituellement par des généralistes.

Soins secondaires : Soins dispensés par des spécialistes en environnement hospitalier.

Spécialiste : Médecin spécialisé dans une discipline particulière de la médecine (par opposition aux généralistes qui ne dispensent que des soins primaires).

Stent : Dispositif placé dans une artère pour maintenir sa paroi interne ouverte. Petit ressort ou tube expansible métallique qui est laissé dans l'artère de façon permanente.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

USAID : Agence des États-Unis pour le développement international.

Utilisation : Utilisation des services et des fournitures. On étudie souvent les schémas ou les taux d'utilisation d'un service ou d'un type de service, comme les admissions à l'hôpital, les consultations médicales, et les médicaments prescrits.

UTM : Union technique de la mutualité.

VIH/SIDA : Virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise.

VoIP : Protocole de transmission de voix par Internet.

WHOPES : Système OMS d'évaluation des pesticides.

1. OMS, « Spending on health: A global overview » Fact sheet.
2. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
3. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
4. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005.
5. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
6. Comptes nationaux de la santé établis pour l'année la plus récente disponible entre 1995 et 2002 pour l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie, la Zambie, le Zimbabwe ; autres sources pour tous les autres pays.
7. Le terme de *prestataire* est employé dans tout le document pour désigner n'importe quel type de praticien, d'établissement ou de point de vente du secteur de la santé.
8. Note : les caisses nationales comprennent à la fois les régimes financés par l'État et les fonds de sécurité sociale.
9. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
10. Ce chiffre ne comprend pas l'Afrique du Sud.
11. Banque mondiale.
12. *The Economist*, « World in Figures », 2007.
13. Comptes nationaux de la santé établis pour l'année la plus récente disponible entre 1995 et 2002 pour l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie, la Zambie, le Zimbabwe ; ministères de la Santé du Nigéria, du Sénégal, du Ghana, de l'Ouganda, de la Tanzanie, du Rwanda, du Kenya, du Mozambique, de la République démocratique du Congo ; OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
14. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
15. OCDE, le chiffre représente les engagements d'APD entre 1996 et 2005.
16. Sommet du G8 de Gleneagles, 2005.
17. Comptes nationaux de la santé pour l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie, la Zambie, et le Zimbabwe.
18. OMS, « Spending on health: A global overview » Fact sheet.
19. Comptes nationaux de la santé pour l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Nigéria, le Rwanda, la Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie, et le Zimbabwe.
20. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.
21. Ministères de la Santé du Ghana et du Sénégal.
22. Cuellar, Timmons, 2000.
23. Radwan, 2005.
24. *Beijing Review, China Daily*.
25. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005.
26. Comptes nationaux de la santé ; OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006.

27. Comptes nationaux de la santé.
28. Zambie, comptes nationaux de la santé, 2002.
29. Onwujekwe, 2005.
30. Entretiens menés au Département de l'aide médicale et de la gestion des hôpitaux au ministère mozambicain de la Santé.
31. Ces estimations sont fondées sur les comptes nationaux de la santé et sur des données relatives aux habitudes de dépenses dans le secteur public et privé, et comportent deux limitations importantes. Tout d'abord, dans la mesure où elles sont basées sur des dépenses, en termes de volume de services fournis, les données sous-estiment probablement les contributions à la fois des organisations à but non lucratif et du secteur informel. Les services dispensés par les organisations à but non lucratif sont souvent gratuits ou subventionnés, tandis que les prestataires du secteur informel sont souvent payés en nature et, d'une manière générale, ne sont pas réglementés ni reconnus.
32. Hongoro, Kumaranayake, 2000.
33. Boller, 2003.
34. Brugha, Pritze-Aliassime, 1998.
35. Taylor, 2001.
36. OMS, 2003 (in Counterfeit medicines).
37. Les revendeurs de médicaments industriels sont des commerçants non pharmaciens qui vendent un ensemble limité de médicaments essentiels.
38. Onwujekwe, 2005.
39. Marsh, 1999.
40. Garrett, 2007.
41. Entretiens menés à l'Université Hubert Kairuki Memorial et à l'École de médecine de Bugando.
42. B. Bustreo, A. Harding, et H. Axelsson. « Can developing countries achieve adequate improvements in child health outcomes without engaging the private sector? » Bulletin de l'OMS, 2003; 81; 886-95.
43. Boller, 2003.
44. Onwujekwe, 2005.
45. Mills, A., 2002.
46. Ogunbekun, Orobato, 1999.
47. Brugha, Pritze-Aliassime, 1998.
48. Ministère ghanéen de la Santé, « Medicine Prices in Ghana: A comparative study of Public, Private and Mission sector medicine prices », 2005.
49. Global Insight World Market Monitor.
50. Global Insight World Market Monitor.
51. Angola, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Guinée équatoriale, Lesotho, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie et Tchad. Source : Global Insight.
52. Global Insight World Market Monitor.
53. Mills, 2002
54. Laing, 2001
55. Entretiens à la NAFDAC
56. En février 2006, l'OMS a créé le premier partenariat mondial dénommé Groupe spécial international anti-contrefaçon de produits médicaux (IMPACT), qu'ont rejoint de façon volontaire les 193 États membres de l'OMS ainsi que des organisations

internationales, des organismes nationaux de réglementation des médicaments, des autorités douanières et de police, et des associations représentant les fabricants et distributeurs de produits pharmaceutiques ; IMPACT a pour vocation d'améliorer l'harmonisation entre et à l'intérieur des pays afin que cessent la production, le commerce et la vente de médicaments contrefaits.

57. Entretiens avec les autorités de réglementation des produits alimentaires et pharmaceutiques du Sénégal, du Ghana et du Nigéria
58. Hongoro, 2000
59. Hongoro, 2000
60. Ogunbekun, 1999
61. Harding, Preker, 2003
62. Kaona, 2003
63. Hongoro, 2000
64. Ogunbekun, 1999
65. Harding, Preker, 2003
66. Brugha, 2005
67. Marsh, 1999
68. Misra, 2003
69. Note : les caisses nationales comprennent à la fois les régimes financés par l'État et les fonds d'assurance sociale
70. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006
71. Gottret, 2006 ; Preker, 2007
72. Ndiaye, et al., 2007
73. Ndiaye, et al., 2007
74. Loevinsohn, Harding, 2005
75. Coalition mondiale des entreprises, études de cas 2007
76. Coalition mondiale des entreprises, études de cas 2007
77. Coalition mondiale des entreprises, études de cas 2007
78. Nyazema, et al., 2003
79. McKinsey & Company : Acting now to overcome Tanzania's greatest health challenge — addressing the gap in human resources for health ; 2004
80. Berman, Cuizon, 2004
81. OMS, Health Action International, 2005
82. IFC, 2006
83. Entretiens au Kenya, février 2007
84. Publication « Freedom in the World », 2007
85. www.moibrahimfoundation.org
86. FMI, base de données du Département Afrique
87. Bernstein, Rasco, 2007
88. Banque mondiale. « Doing Business 2007 - How to reform »
89. Standard & Poors Global Stock Market Factbook
90. Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, base de données sur l'investissement direct étranger
91. Enquête de l'EMPEA sur l'intérêt porté par les sociétés aux marchés émergents, réalisée avec Liberty Global Partners LLC, 2006
92. Société néerlandaise pour le financement du développement

93. Deutsche Investitions und Entwicklungsgesellschaft, l'institution allemande de financement du développement
94. Fonds norvégien d'investissement pour les pays en développement
95. Overseas Private Investments Corporation
96. Science Magazine for Africa, www.scienceinfrica.co.za
97. Enquête intégrée sur le budget des ménages, Bureau national des statistiques du Kenya, 2003
98. Bernstein, Rasco, 2007
99. Aspen Pharmacare et Sandoz Pty en Afrique du Sud
100. Prix ex-usine
101. Organisation mondiale de la Santé, « The Quality of Anti-Malarials: A study in selected African countries », 2003
102. A. A. Amin, PhD, R. W. Snow, PhD, et G. O. Kokwaro, PhD, « The quality of sulphadoxine-pyrimethamine and amodiaquine products in the Kenyan retail sector. »
103. Comptes nationaux de la santé, Kenya
104. Comptes nationaux de la santé, Tanzanie
105. Comptes nationaux de la santé, Éthiopie
106. Comptes nationaux de la santé, Nigéria
107. Ministère mozambicain de la Santé
108. Comptes nationaux de la santé, Nigéria
109. Comptes nationaux de la santé, Ouganda
110. Ministère ougandais de la Santé
111. La direction a demandé de ne pas divulguer le nom de l'hôpital.
112. OMS, 2006, « Financement de la santé : une stratégie pour la région africaine », 2006
113. Aspen Pharmacare et Sandoz Pty (Afrique du Sud)
114. Prix ex-usine
115. Organisation mondiale de la santé, 2003, « The Quality of Anti-Malarials: a study in selected African countries », 2003
116. National Agency for Food and Drug Administration and Control, Nigéria, liste des produits contrefaits
117. Estimations basées sur des données du rapport 2006 de l'OMS/ONUSIDA « Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy. »
118. 25 à 35 millions de moustiquaires estimés pour l'Afrique subsaharienne, à raison de 4,5 à 5,5 dollars pièce
119. Chiffres basés sur les données de l'Enquête nationale sud-africaine de 2005 sur la recherche et le développement expérimental, ministère sud-africain des Sciences et de la Technologie
120. Rapport publié par Ernst & Young en 2006 sur les biotechnologies en Afrique du Sud
121. Rapport « Doing Business » publié chaque année par la Banque mondiale
122. Lead Discovery, 2006, « The Clinical Trials Market »
123. ClinicalTrials.gov
124. Amin, Snow, Kokwaro, 2005
125. International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce (IMPACT), 2006, "Counterfeit medicines: an update on estimates"
126. OMS, « The global shortage of health workers and its impact » Fact Sheet
127. Services d'aide à l'immigration des États-Unis

Bibliographie

- A.T. Kearney et Fraunhofer Gessellschaft. « Biotechnology in Berlin/Brandenburg ».
- A.T. Kearney et Fraunhofer Gessellschaft. « The Research-based Pharmaceutical Industry as an Opportunity for Business in Germany » (traduction). Pharmaceutical Researchers and Manufacturers of America.
- Amin, Ph.D. A.A., Snow, Ph.D. R.W., et Kokwaro, Ph.D. G.O. « The quality of sulphadoxine-pyrimethamine and amodiaquine products in the Kenyan retail sector ». *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2005.
- Arhin-Tenkorang, D. « Health insurance for the informal sector in Africa: design features, risk protection, and resource mobilization ». Commission Macroéconomie et Santé de l’OMS, Groupe de travail 3, 2001.
- Aspen Holdings. « Aspen Pharmacare December interim results », 2006.
- Aspen Holdings. « Group Annual Results », 2006.
- Atim, C. « Contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: synthesis of research in nine West and Central African countries ». Bethesda, MD : Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc., 1998.
- Attridge, C.J., et Preker, A.S. « Improving access to medicines in developing countries ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Axelrod, R. « The Evolution of Co-operation ». Londres : Penguin Books, 1990.
- Banque mondiale. « Africa Development Indicators 2006 ». Washington, DC : Banque mondiale, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 2006.
- Banque mondiale. « Global Doing Business Report ». Washington, DC : Banque mondiale, 2006.
- Banque mondiale. « Improving Health, Nutrition, and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Banque mondiale. Site web de l’initiative contre le paludisme. Washington, DC : Banque mondiale.
- Barbiero, Ph.D. V. « Africa health trends: a 21st century imperative ». Washington, DC : The Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2006.
- Barnes, K. « Singapore strives to boost science R&D ». Drugresearcher.com, 2006.
- Bate, R., Tren, R., et Urbach, J. « Still taxed to death: An analysis of taxes and tariffs on medicines, vaccines and medical devices ». The Brookings Institute, 2006.
- Bennett, S., et Gilson, L. « Health financing: designing and implementing pro-poor policies ». Centre de documentation du DFID sur les systèmes de santé, 2001.
- Berman, P., et al. « Multiple public-private jobholding of healthcare providers in developing countries: an exploration of theory and evidence ». Londres : Centre de documentation du DFID sur les systèmes de santé, 2004.
- Berman, P., et al. « Zambia: Non-governmental healthcare provision ». Harvard School of Public Health, 1995.
- Berman, P., et Cuizon, D. « Kenya: Non-governmental healthcare provision ». Harvard School of Public Health, 1995.
- Bernstein, R., Rasco, J. « Africa: the final frontier ». New York, NY : Merrill Lynch, 2007

- Binam, J., Ebene Onana, Y., et Nkelzok, V. « Community Prepayment of Health Care and Estimation of the Willingness to Pay in Cameroon: Evidence of Rural Households in the Centre Region », Yaoundé, Cameroun.
- Boller, C., et al. « Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania ». Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no. 2, pp. 116-22, 2003.
- Brieger, W., et al. « Interventions to improve the role of medicine sellers in malaria case management for children in Africa ». London et Arlington, VA : The Malaria Consortium et BASICS/USAID ; préparé pour le sous-groupe du programme Faire reculer le paludisme chargé de la communication et de la formation et pour le groupe de travail sur la prise en charge du paludisme, 2004.
- Broomberg, J. « Consultative investigation into low income medical schemes ». Non publié, 2006.
- Broomberg, J., Masobe, P., et Mills, A. « To Purchase or to Provide? The Relative Efficiency of Contracting Out versus Direct Public Provision of Hospital Services in South Africa ». Londres : Zed Press, 1997.
- Brugha, R. « Working with private health providers to improve quality ». id21 Insights, 2005.
- Brugha, R., et Pritze-Aliassime, P. « Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle-income countries ». Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no. 8, pp. 616-23, 2003.
- Brugha, R., et Zwi, A. « Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies ». Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, vol. 13, no. 2, pp. 107-20, 1998.
- Bureau des statistiques de l'Ouganda. « National Service Delivery Survey (NSDS) », 2004.
- Bureau des statistiques de l'Ouganda. « Uganda National Health Accounts, 1997-98 », 2000.
- Bureau des statistiques de l'Ouganda. « Uganda national household survey, 2002/2003 », 2004.
- Bureau national des statistiques du Nigéria. « IMO State statistical year book, 2006 », 2007.
- Bureau national des statistiques du Nigéria. « Nigeria National Core Welfare Indicators Questionnaire Survey 2006 », 2007.
- Bureau national des statistiques du Nigéria. « Social statistics in Nigeria, 2005 », 2006.
- Business Monitor International. « South Africa Pharmaceuticals and Health Report Q4 2006 ».
- Bustreo, F., Harding, A., et Axelsson, H. « Can developing countries achieve adequate improvements in child health outcomes without engaging the private sector? » Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no. 12, pp. 886-95, 2003.
- Castro-Leal, F., Dayton, J., Demery, L., et Mehra, K. « Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit? » Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 1, pp. 66-74, 2000.
- Central Intelligence Agency. « The World Factbook », <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>, 2007.
- Conseil pharmaceutique du Nigéria. « Statistics of licensed pharmaceutical premises as of 31st December, 2006 », 2007.
- Criel, B., et al. « Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: researching the context ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, no. 10, pp. 1041-43, 2004.
- Cuellar, C. et Timmons, B. « The Prosalud model for expanding access to health services ». Management Sciences for Health, 2000.
- Curtis, K., Yadav, P., et Sekhri, N. « Mapping and realigning incentives in the global health supply chain ». Center for Global Development, 2006.
- DeJong, J. « Traditional Medicine in Sub-Saharan Africa: Its Importance and Potential Policy Options ». Washington, DC : Banque mondiale ; Division Population, santé et nutrition ; Département Population et ressources humaines ; 1991.

- Dummett, H. « An overview of the supply and demand in South Africa's pharmaceutical industry - opportunity or risk ». World Markets Research Centre, 2002.
- Easterly, W. « The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good ». New York : The Penguin Press, 2006.
- École de médecine de Harvard et Organisation mondiale de la santé. « Using indicators to measure country pharmaceutical situations ». Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- Emerson, J. « The Blended Value Map: Tracking the Intersects and Opportunities of Economic, Social, and Environmental Value Creation ». Blendedvalue.org, 2003.
- Emmett, B., et al. « In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All ». Oxford : Oxfam International, 2006.
- Energy Information Administration. « 2006 Industry Electricity Prices », 2007.
- England, R. « Experiences of contracting with the private sector ». Londres : Centre de document du DFID sur les systèmes de santé, 2004.
- Enterprise Strategy Group. « Ahead of the curve: Ireland's place in the global economy ». Dublin : Enterprise Strategy Group, 2004.
- Ernst & Young. « Biotech in South Africa », 2006.
- Espicom. « South Africa medical devices report », 2006.
- Espicom. « South Africa pharmaceutical market intelligence report », 2006.
- Espicom. « South Africa Update », 2006.
- European Trend Chart on Innovation. « Annual Innovation Policy Trends Report for United States, Canada, Mexico, and Brazil », 2006.
- Fairbanks, M., et Lindsay, S. *Plowing the Sea: Nurturing the Hidden Sources of Growth in the Developing World*. Boston : Harvard Business School Press, 1997.
- Faire reculer le paludisme. « Minutes of the meeting on the Development, Production, and Distribution of Long Lasting Insecticidal Nets (LLINs), Johannesburg, South Africa », 2004.
- Fondation Heritage. « Index of Economic Freedom », 2007.
- Fonds national d'assurance maladie du Nigéria. « NHIS healthcare providers service price list », 2006.
- Forum économique mondial. « World Economic Forum on Africa ». Genève : Forum économique mondial, 2006.
- Franco, L., Mbengue, C. et Atim, C. « Social participation in the development of mutual health organizations in Senegal ». Bethesda, MD : PHRplus, 2004.
- Garcia-Prado, A., et Gonzalez, P. « Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector ». Health Policy, 2007.
- Garrett, L., « The challenge of global health », *Foreign Affairs*, 2007.
- Global Insight. « Kenya Health Care and Pharma report », 2007.
- Global Insight. « South Africa Healthcare and Pharma report », 2006.
- Global Insight. « South African Healthcare and Pharma sector analysis », 2006.
- Goodman, C., et al. « Retail supply of malaria-related drugs in rural Tanzania: risks and opportunities ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, no. 6, pp. 655-63, 2004.
- Gottret, P., et Schieber, G. « A practitioner's guide: health financing revisited ». Washington, DC : Banque mondiale, 2006.
- Gouvernement kényan. « Household health expenditure and utilization survey report, 2003 », 2004.
- Gouvernement kényan. « Joint appraisal mission of Government of Kenya and partners in the health sector », 2006.
- Gouvernement kényan. « Joint Programme of Work and Funding for the Kenya Health Sector 2006/07-2009/10 », 2006.

- Gouvernement kényan. « Joint support programme to the Kenyan health sector », 2007.
- Gouvernement kényan. « Kenya National Health Accounts, 2001-2002 ».
- Gouvernement kényan. « Millennium development goals in Kenya ». Ministère de la Planification et du Développement national, 2005.
- Gouvernement kényan. « Second National Health Sector Strategic Plan (NHSSP II) », 2005.
- Groupe des fabricants pharmaceutiques de l'Association des fabricants du Nigéria. « Report on Nigerian pharmaceutical manufacturers », 2005.
- Groupe spécial international anti-contrefaçon de produits médicaux (IMPACT). « Counterfeit medicines: an update on estimates », 2006.
- Gwatkin, D. « Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? » Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 1, pp. 3-18, 2000.
- Gwatkin, D., Wagstaff, A. et Yazbeck, A.. « Reaching the poor with health, nutrition, and population services: What works, what doesn't work, and why? » Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Hammond, A.L., Kramer, W.J., Katz, R.S., Tran, J.T. et Walker, C. « The next 4 Billion - Market size and business strategy at the bottom of the pyramid ». Washington, DC : IFC et World Resources Institute, 2007.
- Hanson, K., et Berman, P. « Non-government financing and provision of services in Africa: A background paper ». Boston : The Harvard School of Public Health, 1994.
- Hanson, K., et Berman, P. « Non-government financing and provision of services in Africa: A preliminary analysis ». Boston : The Harvard School of Public Health, 1994.
- Harding, A., et Preker, A. « Private participation in health services ». Washington, DC : Banque mondiale ; Santé, nutrition et population (SNP) ; Réseau du développement humain ; 2003.
- Hernández-Catá, E., Schwab, K., Lopez-Claros, A. « The Africa competitiveness report, 2004 ». Genève : Forum économique mondial, 2004.
- Hongoro, C., et Kumaranayake, L. « Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe ». Oxford : The Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, vol. 15, no. 4, pp. 368-77, 2000.
- Hsiao, W. « Unmet needs of two billion: Is community financing a solution? » Washington, DC : Banque mondiale ; Santé, nutrition et population (SNP) ; Réseau du développement humain ; 2001.
- IMS Health. « South Africa health report », 2007.
- Intercontinental Bank, PLC, Nigéria. « Performance and review of the pharmaceutical sector in Nigeria », 2006.
- Jakab, M., et Krishnan, C. « Community involvement in health care financing: A survey of the literature on the impacts, strengths, and weaknesses ». Washington, DC : Banque mondiale ; Santé, nutrition et population (SNP) ; Réseau du développement humain ; 2001.
- Jamison, Dean T., Feachem, R. G., Makgoba, M. W., Bos, E. R., Baingana, F. K., Hofman, K. J., et Rogo, K. O. « Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa ». Washington, DC : Banque mondiale, 2006.
- Jan, S., et al. « Dual job holding amongst public sector health professionals in highly resource constrained settings: problem or solution? » Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, pp. 771-76, 2005.
- Janovski, K., et Travis, P. « Non-State providers of health care in Tanzania ». Genève : OMS, 2006.
- Jefferys, E. « Evaluating the private sector potential for franchising TB and HIV/AIDS diagnosis and care in Sub-Saharan Africa ». Institute for Health Sector Development, 2004.
- Kalk, A., et al. « Paying for health in two Rwandan provinces: financial flows and flaws ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 10, no. 9, pp. 872-78, 2005.

- Kaona, F., et Tuba, M., « Improving ability to identify malaria and correctly use chloroquine in children at household level in Nakonde district, Northern Province of Zambia », *Malaria Journal*, 2003.
- Kaplan, W., et Laing, R. « Local Production of Pharmaceuticals: Industrial Policy and Access to Medicines ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Kaseje, MD, Ph.D. D. « Health care in Africa: challenges, opportunities and emerging model for improvement ». Washington, DC : The Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2006.
- Keating, J. « Nigeria Reproductive Health, Child Health, and Education Baseline Household Survey, 2005 ». Washington, DC : USAID, 2006.
- Kenyan Export Processing Zones Authority. « Kenya's Pharmaceutical Industry », Nairobi, 2005.
- KPMG. « Manufacturing in India - Opportunities, Challenges, and Myths », 2005.
- KPMG. « Pharmaceutical sub sector in Kenya ». Société financière internationale, 2006.
- Kumaranayake, L., et al. « How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe ». Oxford : Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, vol. 15, no. 4, pp. 357-67, 2000.
- Laing, R., Hogerzeil, H. et Ross-Degnan, D. « Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries ». Oxford : Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, vol. 16, no. 1, pp. 13-20, 2001.
- Lindeloeuw, M., et al. « Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries ». *Lancet*, vol. 366, pp. 676-81, 2005.
- Lindeloeuw, M., et al. « Health Care on the Frontlines: Survey Evidence on Public and Private Providers in Uganda ». Washington, DC : Banque mondiale, Secteur du développement humain, Région Afrique, 2003.
- Loevinsohn, B., et Harding, A. « Contracting for the delivery of community health services: a review of global experience ». Washington, DC : Banque mondiale ; Santé, nutrition et population (SNP) ; Réseau du développement humain ; 2004.
- Maponga, C., et Ondari, C. « The quality of anti-malarials: a study in selected African countries ». Genève : Organisation mondiale de la santé, 2003.
- Marek, T., et al. « Trends and Opportunities in Public-private Partnerships to Improve Health Service Delivery in Africa ». Washington, DC : Banque mondiale, Secteur du développement humain, Région Afrique, 2005.
- Marek, T., Yamamoto, C., et Ruster, J. « Private health: policy and regulatory options for private participation ». Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, Réseau Secteur privé et infrastructure, no. 264, 2003.
- Marsh, V., et al. « Changing home treatment of childhood fevers by training shop keepers in rural Kenya ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 4, no. 5, pp. 383-89, 1999.
- McKinsey & Company. « Acting now to overcome Tanzania's greatest health challenge - addressing the gap in human resources for health », 2004.
- McKinsey & Company. « GCC Healthcare 2025 ».
- McKinsey & Company. « Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences ». Seattle : Fondation Bill & Melinda Gates, 2005.
- McKinsey & Company. « Health Care in India: The Road Ahead », 2002.
- McKinsey & Company. « Human Resources for Health Strategic Plan ». Seattle : Fondation Bill & Melinda Gates, 2007.
- McPake, B., et Mills, A. « What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? » Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 6, pp. 811-20, 2000.
- Michaud, C. « Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation ». Genève : Organisation mondiale de la santé, 2003.

- Mills, A. « What can be done about the private health sector in low-income countries? »
Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, no. 4, pp. 325-30, 2002.
- Ministère éthiopien de la Santé. « National Health Accounts », 1996.
- Ministère malawi de la Santé et de la Population. « Malawi National Health Accounts, 1998-99 ».
- Ministère mozambicain de la Santé. « National Health Accounts 1999 », 2000.
- Ministère Namibien de la Santé et des Services sociaux. « Namibia National Health Accounts, 1998-2001 », 2003.
- Ministère namibien de la Santé. « National Health Accounts », 2003.
- Ministère nigérian de la Santé. « National health accounts of Nigeria, 1998-2002 », 2005.
- Ministère rwandais de la Santé. « Rwanda National Health Accounts », 2003.
- Ministère rwandais de la Santé. « Rwanda National Health Accounts, 2002 », 2005.
- Ministère sud-africain des Finances. « South African Budget Speech », 2006.
- Ministère tanzanien de la Santé. « Annual Health Sector review: District health services in Tanzania », 2006.
- Ministère tanzanien de la Santé. « Review of claims status for the National Health Insurance Fund », 2006.
- Ministère tanzanien de la Santé. « Tanzania National Health Accounts, 1999-2000 », 2000.
- Ministère zimbabwéen de la Santé. « Zimbabwe National Health Accounts, 1999 ».
- Misra, B. « Study on the Regulatory Framework for Consumer Redress in the Health Care Sector in India ». New Delhi : Voluntary Organization in Interest of Consumer Education, 2003.
- Montagu, D., Prata, N., Campbell, M., Walsh, J., et Orero, S. « Kenya: Reaching the poor through the private sector - A network model for expanding access to reproductive health services ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Morris, J., et Stevens, P. « Counterfeit medicines in less developed countries ». Londres : The International Policy Network, 2006.
- Mtullu, Dr. S. « Presentation: Traditional Medicine and HIV/AIDS - Tanga, Tanzania ». Tanga AIDS Working Group, 2005.
- NAFDAC Agence nationale nigériane d'administration et de contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques. « Fake and Counterfeit Products ». Abuja, Nigéria : 2006.
- Ndiaye, P., Soors, W., et Criel, B. « A view from beneath: community health insurance in Africa ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, no. 2, pp. 157-61, 2007.
- Newbrander, W. « Accreditation of providers for the National Health Insurance Fund of Tanzania ». Boston : Management Sciences for Health, 2000.
- NHA Estimation Group. « Nigeria National Health Accounts, 1998-2002 », 2005.
- Njau, J.D., et al. « Fever treatment and household wealth: the challenge posed for rolling out combination therapy for malaria ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 11, no. 3, pp. 299-313, 2006.
- Nyazema, N., et al. « Dual practice in Zimbabwe - a policy and regulatory dilemma ». Londres : The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003.
- OCDE. « DAC statistical database ».
- Ogunbekun, I., Ogunbekun, A., et Orobato, N. « Private health care in Nigeria: walking the tightrope ». Oxford : The Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, vol. 14, no. 2, pp. 174-81, 1999.
- OMS et Health Action International. « Assessment of the Pharmaceutical sector in Kenya - A baseline survey ». Addis-Abeba, Éthiopie : OMS.
- OMS et Health Action International. « Medicine prices in Ghana ». Genève : OMS et Health Action International, 2005.

- OMS et Health Action International. « Medicine prices in Tanzania ». Genève : OMS et Health Action International, 2005.
- OMS et ministère éthiopien de la Santé. « Assessment of the Pharmaceutical sector in Ethiopia », 2003.
- OMS et ministère ghanéen de la Santé. « Assessment of the Pharmaceutical sector in Ghana », 2003.
- OMS et ministère nigérian de la Santé. « Baseline Assessment of the Nigerian Pharmaceutical Sector ». Genève : OMS, 2002.
- OMS et ministère ougandais de la Santé. « Uganda Pharmaceutical Sector Baseline Survey ». Genève : OMS et ministère ougandais de la Santé, 2002.
- OMS et ministère tanzanien de la Santé. « Baseline Assessment of the Pharmaceutical Sector in Tanzania ». Genève : OMS et ministère tanzanien de la Santé, 2002.
- OMS et ONUSIDA. « Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: a report on '3 by 5' and beyond ». Genève : OMS et ONUSIDA, 2006.
- OMS, Banque mondiale et USAID. « Guide to producing the National Health Accounts with special applications for low and middle-income countries ». Genève : OMS, 2003.
- OMS, Fondation Rockefeller et UNICEF. « Draft Business Plan for stimulating the development, manufacturing and widespread distribution of long-lasting insecticidal nets ». Genève : OMS et Faire reculer le paludisme, 2004.
- OMS, Région Afrique. « Africa Region Health Report ». Genève : OMS, Région Afrique, 2006.
- OMS. « China HIV & ARV fact sheet ». Genève : OMS, 2005.
- OMS. « Effective medicines regulation: ensuring safety, efficacy, and quality ». Genève : OMS, 2003.
- OMS. « Global disease burden statistics ». Genève : OMS, 2007.
- OMS. « Health financing: a strategy for the African region ». Genève : OMS, 2006.
- OMS. « India HIV & ARV fact sheet ». Genève : OMS, 2005.
- OMS. « List of prequalified HIV drugs, TB drugs, and diagnostic labs ». Genève : OMS, 2007.
- OMS. « Local production of essential medicines, including antiretrovirals: issues, challenges and perspectives in the African region ». Maputo, Mozambique : OMS, 2005.
- OMS. « Medicine prices in Kenya ». Genève : OMS, Health Action International Africa, 2003.
- OMS. « The Health of the People: The African Regional Health Report ». Genève : OMS, 2006.
- OMS. « WHO medicines strategy - countries at the core ». Genève : OMS, 2004.
- OMS. « World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance ». Genève : OMS.
- OMS. « World Health Report 2006: Working together for health ». Genève : OMS, 2006.
- OMS-GTZ. « National social health insurance: Financial projections and future bilateral/multilateral cooperation; Joint WHO-GTZ Mission to Kenya ». Genève : OMS-GTZ, 2004.
- Onwujekwe, O. « Inequities in healthcare seeking in the treatment of communicable endemic diseases in Southeast Nigeria ». *Social Science & Medicine*, vol. 61, pp. 455-63, 2005.
- Onwujekwe, O., et Uzochukwu, B. « Socio-economic and geographic differentials in costs and payment strategies for primary healthcare services in Southeast Nigeria ». *Health Policy*, vol. 71, pp. 383-97, 2005.
- Organisation internationale du travail. « Women and men in the informal economy: A statistical picture ». Genève : Organisation internationale du travail, 2002.
- Organisation internationale du travail-Universitas. « Extending social protection in health through community based health organizations: evidence and challenges ». Genève : Organisation internationale du travail, 2002.

- Osewe, M.D. P. « Strengthening the Role of the Private Sector in Expanding Health Coverage in Africa ». Washington, DC : The Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2006.
- Palmer, N. « The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence, and lessons for low-income and middle-income countries ». Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 6, pp. 821-29, 2000.
- Palmer, N., et al. « A new face for private providers in developing countries: what implications for public health ». Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no. 4, pp. 292-97, 2003.
- Paul, C. « Tanzania's Health SWAP ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Perrot, J. « The role of contracting in improving health systems performance ». Genève : Organisation mondiale de la santé, 2004.
- Phiri, F., et Tien, M. « Zambia National Health Accounts, 2002 », 2004.
- PNUD. « Rapport sur le développement humain », 2001.
- Pool, C. « Research Report on Manufacture of Pharmaceuticals ». *Who Owns Whom*, Afrique du Sud, 2007.
- Population Services International, Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Management Sciences for Health, et Faire reculer le paludisme. « Sources and prices of selected products for the prevention, diagnosis, and treatment of malaria », 2004.
- Prahalad, C.K. « The Fortune at the Bottom of the Pyramid: Eradicating Poverty Through Profits ». Philadelphie : Wharton School Publishing, 2004.
- Prata, N., Montagu, D. et Jefferys, E. « Private sector, human resources, and health franchising in Africa ». Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 4, pp. 274-79, 2005.
- Preker, A., et Carrin, G. « Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing ». Washington, DC : Banque mondiale, 2004.
- Preker, A., Scheffler, R., et Bassett, M. « Private voluntary health insurance in development: friend of foe? » Washington, DC : Banque mondiale, 2007.
- PSP-One. « Primer for policymakers: Contracting-out reproductive health and family planning services: contracting management and operations ». Washington, DC : USAID, 2006.
- Radwan, I. « India - Private health sector for the poor », Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Rago, Dr. L. « Standards for Medicines: what they are and who sets them? » Genève : OMS, 2007.
- Ramachandran, V., Kedia Shah, M., Turner, G. « Does the Private Sector Care About AIDS? Evidence from Investment Climate Surveys in East Africa ». Washington, DC : Banque mondiale et Université de Georgetown, 2006.
- Ruster, J., Yamamoto, C., et Rogo, K. « Franchising in Health ». Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, Réseau Secteur privé et infrastructure, no. 263, 2003.
- Santé, nutrition et population (SNP). « Pharmaceuticals: Cost containment, Pricing, Reimbursement ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Santé, nutrition et population (SNP). « Pharmaceuticals: Drug Regulation in Low and Middle Income Countries ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Santé, nutrition et population (SNP). « Pharmaceuticals: Local Manufacturing ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Santé, nutrition et population (SNP). « Pharmaceuticals: Quality Assurance in the Distribution Chain ». Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Schneider, P., et Diop, F. « Utilization, cost, and financing of district health services in Rwanda ». Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, 2001.

- Sekhri, N. « From funding to action: strengthening healthcare systems in sub-Saharan Africa ». Genève : Forum économique mondial, 2006.
- Sekhri, N., et Savedoff, W. « Private health insurance: implications for developing countries ». Genève : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 2, pp. 127-34, 2005.
- Sekhri, N., Savedoff, W., et Thripathi, S. « Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries ». Genève : Organisation mondiale de la santé, paper no. 3, 2005.
- Société financière internationale. « Report to the donor community on technical assistance programs ». Washington, DC : IFC, 2006.
- Taylor, R., et al. « Pharmacopoeial quality of drugs supplied by Nigerian pharmacies ». *Lancet*, vol. 357, pp. 1 933-36, 2001.
- Turshen, M. « Privatizing Health Services in Africa ». Rutgers, NJ : Rutgers University Press, 1999.
- Union africaine. « Draft report of the Expert Meetings on the Africa Health Care Strategy ». Addis-Abeba, Éthiopie : Union africaine, 2007.
- Unwin, N. « Commentary: Non-communicable disease and priorities for health policy in sub-Saharan Africa ». Oxford : Oxford University Press, 2001.
- USAID. « Public-private alliances for transformational development ». Washington, DC : USAID, The Global Development Alliance, 2006.
- USAID. « The HIV/AIDS crisis: how are African businesses responding? » Washington, DC : USAID, 2001.
- Uzochukwu, B., et Onwujekwe, O. « Socio-economic differences and health seeking behavior for the diagnosis and treatment of malaria: a case study of four local government areas operating the Bamako initiative programme in south-east Nigeria ». *International Journal for Equity in Health*, vol. 3, no. 1, pg. 6, 2004.
- Vestergaard-Frandsen. « Creating sustainable impact through public private partnerships in the fight against malaria - Linking Free Distribution, Time Limited Subsidy, and Sustainable Commercial Markets in Sierra Leone », 2006.
- Waters, H., Hatt, L., et Peters, D. « Working with the private sector for child health ». Oxford: Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, vol. 18(2), pp. 127-37, 2003.
- Wyatt, W. « Global 50 Remuneration Planning Report 2005/06 », 2006.
- Yates, R., et Zorzi, N. « Health Expenditure Review Mozambique, 1997 », 1999.
- Zwi, A., Brugha, R. et Smith, E. « Private health care in developing countries ». *British Medical Journal*, vol. 323, pp. 463-64, 2001.

Remerciements

Les personnes sont citées par ordre alphabétique.

Conseil consultatif technique :

- Tayo Aderinokun, fondateur et directeur général de la Guaranty Trust Bank (Nigéria)
- Dr. Jonathan Broomberg, responsable de la stratégie et de la gestion des risques de Discovery Holdings Ltd. (Afrique du Sud)
- Jean-François de Lavison, vice-président de Mérieux-Alliance chargé des affaires internationales et des relations publiques (France)
- Gopi Gopalakrishnan, DKT International (Viet Nam)
- Laurent Leksell, ancien PDG d'Elektro (Suède)
- Professeur Anne Mills, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Royaume-Uni)
- Kimanathi Mutua, fondateur et directeur de K-Rep Bank Limited (Kenya)
- Stavros Nicolaou, directeur financier d'Aspen Pharmacare Holding Ltd. (Afrique du Sud)
- Ryan Noach, directeur de l'exploitation de Netcare Holdings Ltd. (Afrique du Sud)
- Howard Pien, directeur général de Medarex (États-Unis)

Nous remercions plus particulièrement toutes les personnes suivantes pour leur précieuse contribution au présent rapport :

Joseph Addo-Yobo, responsable des subventions pour l'Afrique tropicale de Netmark (Ghana)

Funlola Adewale, directeur général de la Fondation UBA (Nigéria)

Segun Adeyemo, directeur des programmes de Riders for Health (Nigéria)

Soji Adeyi, coordinateur des initiatives de lutte contre la tuberculose, le sida, le paludisme et les maladies non transmissibles à la Banque mondiale

Dr. Francis Adu-Ababio, Medical Association for Ghana

Dr. Yaw Adu-Gyamfi, Danadams Pharmaceutical Limited (Ghana)

Emil Afenyo, responsable de la planification au Central University College (Ghana)

Dr. Richard Ajayi, directeur du Bridge Clinic (Nigéria)

Frank Ajio, chargé des investissements pour le Nigéria au Département Afrique de la Société financière internationale

Zacch Akinyemi, SFH/PSI (Society for Family Health/population services international) (Nigéria)

S.S. Alag, directeur général de Zanufa (Congo)

Martin Alilio, Tanzania Marketing and Communications AIDS Reproductive Health (T-Marc).

Jerry Alilo, chargé de clientèle à la Banque Internationale pour l'Afrique au Congo

Muhimbo Allan, directeur commercial « entreprises » à l'hôpital Paragon Ltd de Kampala (Ouganda)

Prof. Albert J. Alos, vice-chancelier de l'Université panafricaine (Nigéria)

Dr. Antonini, Consultorio Medics Maputo (Mozambique)

Dr. Ebere Anyachukwu, conseiller assistant chargé des questions de santé au DFID (Nigéria)

Dr. Ben Anyene, coordinateur direction informatique/équipe technique du ministère fédéral de la Santé, Nigeria Partnership for Transforming Health Systems (PATHS)

Gem Argwings-Kodkek, directeur général du HMO Safemed (Kenya)

Batul Athman, directeur des opérations de AAR Health Services (Tanzanie)

Kola Awokoya, directeur du HMO HYGEIA (Nigéria)
 Dr. Badiane, ancien directeur à la Direction des Pharmacies et des Laboratoires du Sénégal
 Christopher Bajowa, Access Bank Plc (Nigéria)
 Dr. Bode Bakre, directeur médical de l'hôpital R-Jolad Ltd (Nigéria)
 Aloysius Balina, direction du Bugando University College of Health Sciences (BUCHS)
 (Tanzanie)
 Amara Bamba, Pfizer (Sénégal)
 Jeff Barnes, directeur adjoint des projets de partenariats avec le secteur privé, Abt Associates
 (États-Unis)
 John Barton-Bridges, vice-président d'AIG Global Investment Group (Afrique du Sud)
 Robert Basaza, assurance sociale de santé, ministère ougandais de la Santé
 Johnbosco Basominger, responsable des actions de sensibilisation et des relations extérieures,
 Marie Stopes (Tanzanie)
 Amie Batson, responsable du programme Vaccination à la Banque mondiale
 Ernest Bediako Sampong, Ernest Chemists Ltd (Ghana)
 Mohammed Belchocine, OMS (Nigéria)
 Lahouari Belgharbi, spécialiste des systèmes de contrôle qualité à l'OMS (Suisse)
 Dr. El Hadi Benzerroug, représentant de l'OMS au Mozambique
 Ruth Berg, directeur des projets de partenariats avec le secteur privé, Abt Associates
 (États-Unis)
 Fred Binka, directeur exécutif du réseau INDEPTH (Ghana)
 Mélanie Birgé, chef du département des assurances individuelles de Grace Savoye (Sénégal)
 Samuel Boateng, directeur à la direction des achats du ministère ghanéen de la Santé
 Ras A. Boateng, directeur général du National Health Insurance Council (Ghana)
 Eduardo Boechat, chargé d'investissements senior à la Société financière internationale
 Benjamin K. Botwe, directeur adjoint de la division médicaments au Food and Drug Board
 (FDB) (Ghana)
 Dr. Bourgi, Sogen (Sénégal)
 Douglas Bramsen, directeur général de Strategis Insurance Limited (Tanzanie)
 Bénédicte Brusset, Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat, ministère
 sénégalais de la Santé
 Alta Bruwer, Hollard Insurance (Mozambique)
 Anthony Bugg-Levine, directeur associé de la Fondation Rockefeller (États-Unis)
 Navaid Burney, directeur d'Emerging Market Partners- Africa (EMP-Africa) (Afrique du Sud)
 Eduardo Sergio Cassola, directeur à la Banco Internacional de Moçambique
 Erik Charas, directeur des dotations et des investissements à la Fondation pour le
 développement communautaire (FDC) (Mozambique)
 Israel Chasosa, directeur de l'African Banking Corporation (Tanzanie)
 Greg Chirishungu Mukulu, coordinateur à la Banque centrale du Congo : Centre hospitalier
 Cheikh Christophe Gueye, directeur au ministère sénégalais de la Recherche scientifique
 Mounirou Cissé, directeur du Laboratoire national de contrôle du Sénégal
 Dr. Ian Clarke, directeur général de l'hôpital international de Kampala (Ouganda)
 Ken Cockerill, directeur des comptes commerciaux à la Standard Bank (Mozambique)
 Andrea Coleman, directeur financier de Riders for Health (Nigéria)
 Daniel Crisafulli, chargé de la stratégie institutionnelle senior à la Banque mondiale dans le
 Groupe de stratégie institutionnelle
 Foudeh Darwish, directeur d'Afrab-Chem Ltd (Nigéria)
 Clayton Davis, PSI Population Services International Mozambique
 Michel de Pasquale, Laboratoire Canone SA (Sénégal)
 Aida Der Hovanessian, responsable pays pour le Sénégal à la Société financière internationale
 Vinod Dhall, directeur de la planification institutionnelle de MAC Group Ltd (Tanzanie)
 Raju Dhanani, directeur d'Universal Corporation (Kenya)
 Kaustubh Dharkar, directeur général de Phyto-Ryker (Ghana)
 Dr. Diabeno, Hôpital général (République démocratique du Congo)
 Aissatou Diack, spécialiste senior en santé publique à la Banque mondiale
 Mounibe Diarra, chef du département de chimie et de physique à l'UCAD (Sénégal)
 Amdaou Dieye, chef du département de pharmacie à l'UCAD (Sénégal)
 François Diop, économiste de la santé, Abt Associates (Sénégal)

Dr. Alex Dodoo, chef du département de pharmacologie de la Ghana Medical School à Korle-bu

M.B.W Dogo-Mohammed, coordinateur du plan national d'assurance maladie (Nigéria)

Henry Dummett, analyste senior à Global Insight (États-Unis)

Raymond Dunn, Healthcare Investments International

Gerald Eaton, directeur de CfC Life Insurance (Kenya)

Uloma Ulonnaya Egekwu, NHIS (Nigéria)

Kwesi Eghan, directeur de projets à Family Health International (Ghana)

Kunle Elebute, associé et chef des services de conseil financier à KPMG (Nigéria)

Dr. Adeyemo Elebute, hôpital Lagoon (Nigéria)

E.A. Elebute, président d'HYGEIA Nigeria Limited

Dr. Mahmoud El-Gazar, directeur du Kibuli Muslim Hospital (Ouganda)

Dr. Ellis, hôpital Trust (Ghana)

Okechukwu Enelamah, directeur d'African Capital Alliance (Nigéria)

Dr. Peter Eriki, représentant de l'OMS au Nigéria

Eme Essien, chargé d'investissements senior pour l'Afrique de l'Est à la Société financière internationale

Dr. Tolu Fakeye, chef de la division de la santé internationale au ministère nigérian de la Santé

Aboubacry Fall, Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat, ministère sénégalais de la Santé

Ajibola Falomo, CRI Critical Rescue International (Nigéria)

Dr. Bayo Fatumnbi, OMS (Nigéria)

Dr. Aires Fernandes, Cruz Azul Clinic (Mozambique)

Patricia R. Ferrara, Fundação Joaquim Chiassano (Mozambique)

J.A. Ferreira Gomes, directeur général de la Banco Internacional de Moçambique

Dr. Maria Beatriz Ferreira, cardiologue à l'Instituto do Coração (ICOR) (Mozambique)

Leonard Fine, directeur général de Glenhove Fund Managers (Afrique du Sud)

Mandi Fine, directeur de Fine Healthcare (Afrique du Sud)

Wing Fone, directeur général de Mozambique Scientific

Greg Foster, responsable pays, Mennonite Economic Development Associates (Tanzanie)

Dr. Alastair Fraser, Shell Exploration and Production (Nigéria)

Alun Frost, directeur de Glenhove Fund Managers (Afrique du Sud)

V.P.Y. Gadzekpo, président du Central University College (Ghana)

Jagi Gakunju, directeur général d'AAR (Kenya)

Dr. Folarin Gdadebo-Smith, dentiste et responsable politique local (Nigéria)

Lesley Gene Agams, représentant national d'Ashoka (Nigéria)

Chris Getonga, directeur de l'Acacia Medical Center (Kenya)

Gargee Ghosh, chargé de programme senior à la division Global Health Policy & Finance de la Fondation Bill & Melinda Gates (États-Unis)

Dr. Kenny Gimbel-Sherr, Health Alliance (Mozambique)

Mario Gobbo, directeur de Natexis Bleichroeder Inc. (États-Unis)

Maria Gomes Afonso, coordinatrice résidente de Village Reach (Mozambique)

Lucas Greyling, directeur général d'AAR Health Services Ltd (Ouganda)

Carolyn Hart, directrice adjointe de l'Africa Comprehensive HIV/AIDS Partnership Program, John Snow Inc. (États-Unis)

Dr. S.M.A. Hashim, médecin libéral travaillant au Zenco Clinic & Mikumi Hospital (Tanzanie)

Dr. Richard Hess, CCBRT - Comprehensive Community Based Rehabilitation Tanzania

Edem Hiadzi, directeur médical de l'hôpital Lister (Ghana)

Paul Hunter, conseiller en développement humain au DFID (Mozambique)

Philip Ilako, directeur des comptes commerciaux à la Kenya Commercial Bank

Dom Illunga, Centre Lelo (République démocratique du Congo)

Joss Ilunga Dijimba, président-directeur général de Pharmagros S.P.R.L (République démocratique du Congo)

Dr. Jacobson, Selian Lutheran Hospital (Tanzanie)

Elise Jensen, chef d'équipe VIH/SIDA de l'USAID (Tanzanie)

Blaise Judja-Sato, Village Reach (Mozambique)

Dr. Benjamin Kabwe-Mwilambwe, directeur au ministère de la Santé de la République démocratique du Congo

Alain Kaninda, directeur de Cether Holding (République démocratique du Congo)

Fabian Kasi, directeur général de FINCA Ouganda

Prof. Kasozi, directeur médical de l'hôpital Kadic à Bukoto et du Kadic Clinic à Nakulabye (Ouganda)

Dr. Wandera Susan Kayizzi, chargée de programme senior à l'Association pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) (Ouganda)

Florence Kazhanje, directeur général d'AAR Health Services (Tanzanie)

Richard L. Kerich, directeur général du National Hospital Insurance Fund (Kenya)

Sheetal Khanna, groupe Fuel (Kenya)

Moses Kibirige, directeur exécutif de DFCU Limited (Ouganda)

Dr. Fredrick Kigadye, direction du Bugando University College of Health Sciences (BUCHS) (Tanzanie)

Adeline Kimambo, directrice de la Christian Social Services Commission (Tanzanie)

Liza Kimbo, directrice du développement de SHEF/CWS Shops (Kenya)

Aida Kimemia, chargé d'investissements senior au département Santé et éducation de la Société financière internationale

Rose Kioko, directeur général de la Kenya Medical Association

Priscilla Kirigua, directrice de la division Santé à la CfC Life Insurance (Kenya)

Taukeme Koroye, Access Bank Plc (Nigéria)

Dr. Nyinongo Korve, NHIS (Nigéria)

Nelson C. Kuria, directeur de la Cooperative Insurance Company of Kenya Ltd

Donna Kusemererwa, pharmacienne, Joint Medical Stores (Ouganda)

Joshua Kyallo, directeur pays de l'Association pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) (Ouganda)

Bruno Lab, coordinateur général de Médecins sans frontières (Suisse)

Adam Lagerstedt, spécialiste senior des questions de santé à la Banque mondiale

Eyitayo Lambo, ministre de la Santé du Nigéria

Yao V. Landewijk, directeur général de First Pharma Ghana

Dr. Joep Lange, président de la fondation PharmAccess (Nigéria)

Folashade Laoye, directeur de HYGEIA Nigeria Limited

Dr. Lawrence, Clinic Africa (Ouganda)

Dr. Lovett Lawson, directeur médical en chef de l'hôpital Zankli (Nigéria)

Connie Lee, Save the Children (Mozambique)

Liliane Lelo, Centre Lelo (République démocratique du Congo)

Andrew Lewis, directeur de Global Alliance Seguros-Insurance (Mozambique)

Robert Lewis, Global Alliance Seguros-Insurance (Mozambique)

Dr. Olle Liungman, Swedish Clinic (Mozambique)

Charles Llewellyn, USAID (Tanzanie)

Laurent Lombard, spécialiste de la chaîne logistique à Missionpharma (Danemark)

Dr. Charles Majinge, directeur du Bugando Medical Center (Tanzanie)

Dr. Malangalila, chef du bureau tanzanien à la Banque mondiale

Y.M. Manek, président de MAC Group Ltd (Tanzanie)

Anatole Mangala, CARITAS (République démocratique du Congo)

Dr. Elias Mangujo Cuambe, directeur national adjoint au ministère mozambicain de la Santé

Max Mapunda, OMS (Tanzanie)

Pierre Martin, gestionnaire de projets, Mozambique Microfinance Facility

Ferdinand B. Masau, fondateur et président du Tanzania Heart Institute

Dr. Helder Matines, conseiller ministériel au ministère mozambicain de la Santé

Philippe Mauclere, directeur de l'Institut Pasteur (Sénégal)

Moussa Mbaye, ministère sénégalais de la Santé

Dr. Romuald Mbwas, conseiller technique principal (directeur-pays) de Management Sciences for Health (MSH) (Tanzanie)

Julie McLaughlin, spécialiste principale des questions de santé pour la Région Afrique à la Banque mondiale

Daniel Mensah, responsable chargé des franchises sociales à Freedom from Hunger (Ghana)
 Inaete Merali, directeur à la Banco de Desinvolvimento e Comércio (Mozambique)
 Yunus Merali, directeur exécutif de Shani Limitada (Mozambique)
 Monica Millard, chef d'équipe pays du Makerere University Walter Reed Project (Ouganda)
 Anderson Mlabwa, directeur du crédit à la Country Rural Development Bank Limited (Tanzanie)
 Dr. Dogo Mohammed, directeur par intérim du NHIS (Nigéria)
 Raj Mohan, directeur de Unichem Ghana Limited
 Jerry Monshwengwo, BIAC Bank (République démocratique du Congo)
 Beth Anne Moskov, chef du bureau Santé de l'USAID (Ghana)
 Keto E. Mshigeni, vice-chancelier de la Hubert Kairuki Memorial University (Tanzanie)
 Dr. Deus Mubangizi, Autorité nationale de réglementation des médicaments (Ouganda)
 S. N. Muchiri, économiste en chef à la Division de la planification et de la politique au ministère kényan de la Santé
 James Mugambi, responsable du développement de Uganda Microfinance Limited
 Susan Mukasa, PSI (Ouganda)
 Aleathea Musah, chef d'équipe Santé à l'USAID (République démocratique du Congo)
 Kimanthi Mutua, directeur de la K-Rep Bank (Kenya)
 Mark Muyobo, directeur du développement de DFCU Limited (Ouganda)
 Hippolyte Mwakanzal, CARITAS (République démocratique du Congo)
 Rosemary Mwakitawange, Beyond the Line Services (Tanzanie)
 Grace Mwangi, directrice adjointe du marketing du Nairobi Women's Hospital (Kenya)
 Peter Mwarogo, directeur pays de FHI (Kenya)
 Dr. Samuel Mwenda, secrétaire général de la Christian Health Association of Kenya
 Isaya Mzoro, directeur des systèmes d'information du Medical Stores Department (Tanzanie)
 Charles W. Nalyaali, directeur général de Uganda Microfinance Limited
 Dr. Edward Narh, hôpital Narh Bitu (Ghana)
 Piet Nel, directeur général de Global Alliance Seguros-Insurance (Mozambique)
 Elizabeth Njoroge, chef de projet à l'Acacia Medical Center (Kenya)
 Dr. Gerry Noble, directeur général de Micro Care (Ouganda)
 Kofi Nsiah-Poku, directeur de KINAPHARMA Limited (Ghana)
 Dr. Martin Nsubuga, directeur médical de l'hôpital St. Francis à Nsambya (Ouganda)
 Dr. Ifeanyi Obiakor (Nigéria)
 Judy O'Connor, directeur-pays pour la Tanzanie et l'Ouganda à la Banque mondiale
 Dr. Olusegun S. Odujebe, directeur général de Multishield Limited (Nigéria)
 Joseph Odumodu, directeur général de May& Banker Nigeria Plc
 Gordon Odundo, directeur général de l'hôpital pour enfants Gertrude Garden (Kenya)
 Roosevelt Ogbonna, Access Bank Plc (Nigéria)
 Hakeem Ogunniran, MDS Logistics (Nigéria)
 Mr. Okelola, secrétaire du Groupe des fabricants pharmaceutiques de l'Association des fabricants du Nigéria.
 Dr. Funsho Oladipo, fondateur et médecin de l'hôpital R-Jolad Ltd (Nigéria)
 Wenga Olanbajay, HMO Hygeia (Nigéria)
 Cecilia Olapeju Osipitan, directeur général de UNIC Insurance Plc (Nigéria)
 Dr. Ayankogbe Olayinka, consultant en médecine familiale à l'hôpital universitaire de Lagos (Nigéria)
 B.B Olowodola, assistant ministériel spécial au ministère nigérian de la Santé
 Mr. Olumo, Sommershield clinic (Mozambique)
 William N. Olwoch-Lalobo, consultant de la direction à l'hôpital Paragon Ltd de Kampala (Ouganda)
 Clare Omashaye, administrateur de la Christian Health Association of Nigeria
 Dr. Yemi Onabowale, médecin et PDG de l'hôpital Reddington (Nigéria)
 Dr. Kunle Onakoya, hôpital Lagoon (Nigéria)
 Babatunde Onitiri, responsable pays pour l'Angola et le Mozambique à la Société financière internationale
 Obinna Onwujekwe, University of Nigeria
 Dr. Darius Kofi Osei, directeur général de l'hôpital Trust (Ghana)

Osaze Osifo, Ocean and Oil Holdings (Nigéria)
 C. Olapeju Osipitan, UNIC (Nigéria)
 Richard Owens, directeur de projet chargé des systèmes de gestion de la chaîne logistique, John Snow Inc. (États-Unis)
 Rotimi Oyekanmi, directeur de l'African Venture Capital Association (Nigéria)
 Ramesh Pandey, Xechem (Nigéria)
 Ok Pannenburg, conseiller principal chargé des questions de santé pour la Région Afrique à la Banque mondiale
 Mark Paper, directeur de l'exploitation de Business Partners International (Afrique du Sud)
 Dr. Amos Petu, conseiller en économie de la santé à l'OMS (Nigéria)
 Udo Phillip, chef consultant à la Christian Social Services Commission (Tanzanie)
 Peter Potter Lesage, directeur financier et chargé des relations avec les donateurs de Medicines pour Malaria Venture (Suisse)
 Jose Prata, directeur pour le Mozambique, Companhia de Seguros, S.A.R.L
 Maria João Quadros, division comptes commerciaux à la Standard Bank (Mozambique)
 Solomon Quaynor, responsable pays pour le Nigéria à la Société financière internationale
 Sangeeta Raja, spécialiste en gestion de la chaîne logistique à la Banque mondiale
 Dr. Kaushik Ramaiya, Association of Private Health Care facilities in Tanzania (APHFTA)
 Jim Rankin, directeur du Centre pour la gestion pharmaceutique de Management Sciences for Health (États-Unis)
 Sabine Rens, directeur-pays pour le Mozambique de l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton
 Jorge Ribeiro, directeur de Medimport (Mozambique)
 Joan Robertson, spécialiste senior des questions de santé à l'USAID (États-Unis)
 Jessica Rockwood, responsable senior de Development Finance International, Inc.
 João Antonio Rodrigues, directeur régional de VidaGas (Mozambique)
 Renato Ronda, PDG de Medimoc (Mozambique)
 David K. Ronoh, directeur général de la division médicale à la Cooperative Insurance Company of Kenya Ltd (Mozambique)
 Dr. Jean-Baptiste ROUNGOU, OMS (République démocratique du Congo)
 Dr. Paschalis Rugarabamu, vice-chancelier adjoint pour les affaires académiques à la Hubert Kairuki Memorial University (Tanzanie)
 Dr. Rui, Consultorio Medics Maputo (Mozambique)
 Vikash Salig, directeur général de Venturepharm (Afrique du Sud)
 Dr. Abdulrahman Sambo, NHIS (Nigéria)
 Dr. Kefas Samson, administrateur national de l'OMS (Nigéria)
 Ernest Sappong, directeur de Ernest Chemists Ltd (Ghana)
 Neil Sapsford, directeur-pays de Gro Fin South Africa
 Camille Sarkis, directeur général de Wagenia Pharma (République démocratique du Congo)
 Aboubakrine Sarr, président du Syndicat des pharmacies privées au Sénégal
 Dr. Joaquim Saweka, représentant de l'OMS au Ghana
 Mike Saxton, directeur des opérations de Riders for Health (Nigéria)
 Onno Schellekens, directeur de la Fondation PharmAccess (Nigéria)
 Rodney Schuster, Uganda Microfinance Limited
 Sara Seims, directeur du programme Population à la Fondation William et Flora Hewlett (États-Unis)
 Rita Sembuya, Joyce Fertility Support Center (Ouganda)
 Ashok Shah, agent d'assurance, APA Insurance (Nigéria)
 Dr. Jack Ghanel, fondateur et ancien directeur général du groupe su-africain Netcare (Afrique du Sud)
 Adeboye Shonekan, UNIC (Nigéria)
 Peter Silveira, Marketing et Ventes, Utomi (Mozambique)
 Abigail Simon-Hart, directeur général d'UNICHEALTH (Nigéria)
 Dr. Sipula, Bethesda Clinic (Mozambique)
 Michael Smalley, directeur général de l'Association pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) (Kenya)
 Francis Somerwell, Micro Care (Ouganda)

Dr. Ebum Sonaiya, directeur médical en chef de Total Health Trust (Nigéria)
Daouda Sow, directeur d'Institut Santé Service (Sénégal)
Vincent Ssekitto, responsable financier de l'hôpital Mengo (Ouganda)
Chris Sserunkuma, responsable du développement de DFCU Limited (Ouganda)
Amir Surani, Promed (République démocratique du Congo)
Riyaz Takim, Aureos Capital (Tanzanie)
Janet Tamaklo, président-directeur général de Nyaho Clinic (Ghana)
James Tamale, secrétaire de la Pharmaceutical Society of Uganda
Erwin Telemans, directeur général de Comprehensive Community Based Rehabilitation (CCBRT) (Tanzanie)
Dr. Amit Thakker, directeur général d'Amini Management (EA) Limited (Kenya)
Rita Toutant, directeur général de TZ Network of Community Health Funds (TNCHF) (Tanzanie)
Brian Trelstad, directeur des investissements de Acumen Fund (États-Unis)
Dr. Pascal Tshiamala Kashala, directeur médical de la Clinique Ngaliema (République démocratique du Congo)
Benjamin Uzochukwu, University of Nigeria
Michael Van Vleck, ancien directeur général de Phyto-Riker Pharmaceuticals (Ghana)
Jan Van Esch, responsable pays pour le Nigéria à la Fondation PharmAccess (Nigéria)
Jacinto Veloso, JV Consultores Internacionais LDA (Mozambique)
Dr. Kiran Virat, directeur de Evans Medical Plc (Nigéria)
Victor Viseu, directeur de l'African Banking Corporation (Mozambique)
Paul Wafer, DFID/Mozambique
Herbert Wigwe, Access Bank Plc (Nigéria)
Aliu Yesufu, NHIS (Nigéria)