



**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixantième session

Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7.9 de l'ordre du jour provisoire

**CRISE FINANCIÈRE MONDIALE :  
IMPLICATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE**

**Rapport du Directeur régional**

**SOMMAIRE**

**Paragraphes**

CONTEXTE .....	1–8
ENJEUX ET DÉFIS .....	9–17
MESURES PROPOSÉES .....	18–30

**ANNEXES**

**Page**

1. Variations du produit intérieur brut dans la Région africaine (en US \$ milliards, aux prix courants) .....	7
2. Produit intérieur brut par habitant dans les États Membres de la Région africaine de l'OMS (en US \$, au prix courants) .....	8
3. Ressources extérieures destinées à la santé, en pourcentage de toutes les dépenses de santé dans la Région africaine de l'OMS en 2009 .....	9

## CONTEXTE

1. Depuis 2008, la réduction substantielle de la demande mondiale de produits de base, de biens et de services, du fait de la crise de liquidités et de la perte de confiance à l'égard du secteur financier aux États-Unis d'Amérique et en Europe, a considérablement ralenti la croissance économique mondiale. Selon le Fonds monétaire international, la production mondiale devait reculer de 1,4 % en 2009, avant d'amorcer progressivement une reprise en 2010 pour atteindre un taux de croissance de 2,5 %.<sup>1</sup> Bien que l'Afrique ait enregistré un taux de croissance moyen du produit intérieur brut (PIB) réel supérieur à 5 % entre 2000 et 2008<sup>2</sup>, le taux de croissance est tombé à 2,8 % en 2009.<sup>3</sup>

2. Dans la Région africaine, le PIB a diminué de US \$94,48 milliards entre 2008 et 2009, et 27 pays ont enregistré une diminution du PIB qui varie considérablement d'un pays à l'autre, oscillant entre US \$0,007 milliard et US \$15 milliards (Annexe 1). De même, le PIB par habitant a connu une diminution variant entre US \$6 et US \$6183 dans 31 pays<sup>1</sup> (Annexe 2).

3. La contraction du PIB a été attribuée aux baisses enregistrées respectivement dans les dépenses privées des ménages, les achats des entreprises, les recettes publiques, et les exportations de biens (pétrole brut, minerais, produits agricoles, par exemple) et de services (tourisme, par exemple).<sup>4,5</sup> Parmi les autres effets de la crise figurent la baisse des taux de change<sup>5</sup>, le tarissement de l'investissement direct étranger, la diminution de l'aide publique au développement (APD) et des autres formes d'aide des donateurs, la hausse des taux d'intérêt et des primes de risque, ainsi que la réduction des envois de fonds par les travailleurs migrants.<sup>6</sup>

4. On ne dispose pas de bases factuelles en ce qui concerne les effets des crises économiques antérieures sur la santé en Afrique. Toutefois, il est amplement démontré qu'en Asie et en Amérique latine, les crises similaires ont entraîné des coupes dans les dépenses de santé, une baisse des taux d'utilisation des services de santé, ainsi qu'une détérioration de la situation de la nutrition et de la santé infantiles et maternelles.<sup>7</sup> Les ministères de la santé de la Région africaine

---

<sup>1</sup> FMI. Base de données des Perspectives de l'économie mondiale. Fonds monétaire international (date de consultation : octobre 2009).

<sup>2</sup> BAfD, OCDE et CEA. Perspectives économiques en Afrique. Paris, Banque africaine de développement, Organisation de coopération et de développement économiques, et Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, 2009.

<sup>3</sup> CEA. La crise financière mondiale : son impact sur l'Afrique, les mesures à prendre et la voie à suivre. Document préparé pour la réunion du Comité d'experts de la deuxième réunion annuelle commune de la Conférence des Ministres de l'Économie et des Finances de l'UA et de la Conférence des Ministres des Finances, de la Planification et du Développement économique de la CEA, tenue au Caire, en Égypte, du 2 au 5 juin 2009. Addis Abeba, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, 2009.

<sup>4</sup> BAfD. L'Afrique et la crise économique mondiale : stratégies visant à préserver les fondements de la croissance à long terme. Document préparé pour les Assemblées annuelles de la Banque africaine de développement tenues à Dakar, au Sénégal, du 13 au 14 mai 2009.

<sup>5</sup> CEA. La crise financière mondiale : son impact sur l'Afrique, les mesures à prendre et la voie à suivre. Document préparé pour la réunion du Comité d'experts de la deuxième réunion annuelle commune de la Conférence des Ministres de l'Économie et des Finances de l'UA et de la Conférence des Ministres des finances, de la planification et du Développement économique de la CEA, tenue au Caire, en Égypte, du 2 au 5 juin 2009. Addis Abeba, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, 2009.

<sup>6</sup> OMS. La crise financière et la santé dans le monde. Note d'information/2009/1. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>7</sup> World Bank. Health, population and nutrition : protecting pro-poor health services during financial crisis : lessons learnt from experience. Washington, DC, the World Bank, 2009.

suivent continuellement les effets de la crise économique mondiale sur le financement du développement sanitaire par les gouvernements et les donateurs, les prix des médicaments et des denrées alimentaires de base, la dévaluation et le chômage.<sup>8</sup>

5. En 2008, sur les 46 pays de la Région africaine de l’OMS, 15 ont consacré moins de 5 % de leur PIB aux dépenses de santé. Cinq pays seulement ont consacré plus de 9 % de leur PIB aux dépenses de santé.<sup>9</sup> Les dépenses publiques de santé, en pourcentage de toutes les dépenses de santé dans la Région, varient considérablement entre moins de 11 % et plus de 83,8 %. Cinq pays<sup>10</sup> seulement ont atteint la cible d’Abuja consistant à allouer à la santé au moins 15 % du budget national. Les bases factuelles disponibles sur les crises économiques antérieures montrent que les gouvernements ont tendance à diminuer les dépenses sociales en période de récession économique.<sup>11, 12</sup>

6. Dans la plupart des pays, les dépenses privées de santé représentent environ 49,5 % de toutes les dépenses de santé, dont une grande proportion est constituée des dépenses directes des ménages. Dans 32 pays, les dépenses directes représentent plus de 61 % des dépenses privées de santé. À mesure que se ralentit l’activité économique et qu’augmente le chômage, les revenus salariaux et non salariaux ont tendance à diminuer, ce qui se traduit par la réduction des dépenses réelles des ménages par habitant pour la santé et d’autres services sociaux.<sup>12</sup>

7. Le financement extérieur de la santé, en pourcentage de toutes les dépenses de santé, représente une part substantielle des dépenses de santé dans certains pays africains. En 2008, 23 pays (50 % de la Région) ont reçu de sources extérieures entre 20,3 % et 63,5 % du montant total des fonds destinés à la santé<sup>11</sup> (Annexe 3).

8. La crise économique actuelle menace de mettre un terme aux efforts déployés par les pays pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. L’objet du présent document est de mettre en lumière les effets probables de la crise sur le secteur de la santé dans la Région africaine, et de proposer des mesures permettant d’atténuer les effets négatifs de la crise

## ENJEUX ET DÉFIS

9. En raison de la réduction de la taille et de la croissance du PIB, les dépenses par habitant pour la santé et d’autres secteurs sociaux vont probablement diminuer, à moins que des mesures de protection ne soient prises. Le budget de la santé a tendance à être particulièrement vulnérable

---

<sup>8</sup> OMS. Suivi continu des effets de la crise financière mondiale sur le financement du développement sanitaire : questionnaire à remplir par les Directeurs chargés des politiques et de la planification au Ministère de la Santé. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique, 2009.

<sup>9</sup> OMS. Base de données sur les comptes nationaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. <http://www.who.int/nha/country/en/index.html> (date de consultation : 17 mars 2010)

<sup>10</sup> Burundi, Libéria, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

<sup>11</sup> Hicks N, Wodon Q. Economic, shocks, safety nets and fiscal constraints : social protection for the poor in Latin America. In : *XII Seminario Regional de Política Fiscal: Compendio de Documentos*. Santiago, Chili, United Nations, CEPAL, 2000, pages 381-407.

<sup>12</sup> Ravallion M. Are the poor protected from budget cuts ? Evidence from Argentina. *Journal of Applied Economics*, 1996, 5(1):95-121.

aux réductions opérées en période de crise financière et économique.<sup>13</sup> La proportion des budgets des ministères de la santé, consacrée aux salaires (déjà élevée dans beaucoup de pays), a tendance à augmenter, alors que les dépenses d'investissement et les autres dépenses de fonctionnement diminuent. La réduction des dépenses liées à la maintenance, aux médicaments et à d'autres activités de surveillance de la maladie auront probablement un effet immédiat plus néfaste pour la prestation de services de santé, des points de vue qualitatif et quantitatif.<sup>13</sup>

10. La diminution des dépenses de santé des ménages par habitant, associée à la hausse des coûts du traitement et à la faible couverture des régimes prépayés d'assurance maladie, entraînera chez les ménages une baisse de la demande de services de santé du secteur privé, réorientant cette demande vers le secteur public<sup>6</sup>. Le secteur public, déjà confronté à la diminution des financements, pourrait être mal équipé pour absorber toute augmentation de la demande, ce qui pourrait aboutir à la détérioration de la qualité des soins. Dans la plupart des pays, les services de santé financés par le secteur public étaient déjà débordés bien avant le début de la crise.

11. Pendant les périodes de crise économique, il est probable que les ménages plus pauvres soient les plus durement touchés, dans la mesure où ils ne sont pas à même de réajuster et d'amortir leurs dépenses, ce qui se traduit souvent par la baisse de la demande de services de santé<sup>6,14</sup>. En l'absence d'interventions ciblées ou de filets de sécurité bénéficiant aux pauvres, ceux-ci sont disproportionnellement pénalisés, en termes d'utilisation des services de santé.<sup>15</sup>

12. Les ménages pauvres sont également obligés de réduire la quantité (apport calorique) et la qualité (diversité diététique) des aliments, avec entre autres conséquences la perte de poids et la malnutrition sévère.<sup>16</sup> Les enfants développant des carences nutritionnelles à court terme peuvent subir des effets durables tels que le retard de croissance, les faibles aptitudes cognitives et en matière d'apprentissage, le faible niveau d'instruction et, partant, le faible niveau des revenus à l'âge adulte.<sup>17, 18</sup>

13. Bien que les pays donateurs et les institutions financières internationales aient récemment pris le ferme engagement d'apporter leur concours, les crises bancaires antérieures ont fait considérablement baisser l'aide publique au développement, y compris l'aide destinée au développement sanitaire. À titre d'exemple, le Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme est confronté à un déficit de financement de US \$4 milliards, qui peut pousser à réduire les financements destinés aux programmes.<sup>19</sup> Toutefois, la réduction de l'aide publique au développement destinée à la santé, en ce moment, pourrait se révéler très onéreuse, surtout pour les pays africains à faible revenu qui s'efforcent d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

---

<sup>13</sup> Frankenberg E, Beegle k, Sikoki B. Health, family planning and well-being in Indonesia during an economic crisis : early results from the Indonesian family life survey. Rand Labor and Population Program Working Paper Series 99-06. Santa Monica, California, The Rand Corporation, 1998.

<sup>14</sup> World Bank. Averting a human crisis during the global downturn, Washington, DC, The World Bank, 2009.

<sup>15</sup> World Bank. The health sector in Argentina : current situation and options for improvement. Washington, DC, The World Bank, 2003.

<sup>16</sup> Ravillion M. Bailing out the world poorest. Policy research Working Paper 4763. Washington, DC. The World Bank, 2008.

<sup>17</sup> Baird S, Schady N, Friedman J. Infant mortality over the business cycle in the developing world. Policy Research working Paper. n° 4346. Washington, DC, The World Bank 2007.

<sup>18</sup> Knowles J, Pernia E, Racelis M. Social consequences of the financial crisis in East Asia. Manila. Asian Development Bank, 1999.

<sup>19</sup> USAID. Impact of global economic crisis on health in Africa. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2009.

14. Dans la Région africaine, on relève de plus en plus des inefficacités économiques dans l'utilisation des ressources allouées aux formations sanitaires,<sup>20</sup> ainsi que dans l'achat des médicaments, les systèmes de distribution, et les pratiques en matière de prescription.<sup>21</sup> Parmi les autres inefficacités figurent la mauvaise affectation des ressources par région et par niveau de soins (investissement de la plupart des ressources publiques dans les hôpitaux tertiaires et secondaires, au lieu des hôpitaux et centres de santé de premier niveau), et l'acheminement de la plupart des fonds des donateurs par le biais des programmes verticaux, et non des systèmes nationaux de santé<sup>22</sup>. Pendant les crises économiques en Asie et en Amérique latine, certains pays ont utilisé les fonds des donateurs pour améliorer les systèmes de recouvrement des recettes fiscales et de dépenses publiques.

15. Le suivi des effets de la crise financière sur les dépenses du secteur de la santé dans les pays de la Région est un défi, dans la mesure où 19 pays n'ont même pas encore entamé la confection d'une seule série de comptes nationaux de la santé (CNS) et où la plupart des pays n'ont pas institutionnalisé les CNS. Sans institutionnalisation des CNS, il est difficile de suivre les variations des financements, toutes sources confondues, ainsi que les flux destinés aux divers intrants, prestataires de services et bénéficiaires des systèmes de santé.

16. L'institutionnalisation des CNS, en soi, ne suffit pas. Une crise économique peut influencer sur les résultats sanitaires et sur les déterminants sociaux de la santé tels que l'éducation, l'environnement, l'alimentation, l'habitat, l'eau et l'assainissement.<sup>23</sup> On ne dispose pas de bases factuelles concernant les effets des crises économiques antérieures sur les intrants, la prestation de services et les résultats des systèmes de santé dans la Région africaine<sup>24</sup>, ainsi que la façon dont les déterminants sociaux de la santé règlent la vie au quotidien et différencient l'accès à l'argent, au pouvoir et aux ressources, avec de graves conséquences en termes d'inégalités en matière de santé, tant à l'intérieur des pays qu'entre pays.<sup>25</sup>

17. Il y a donc un danger réel que la crise financière mondiale actuelle puisse avoir des effets négatifs sur le financement du développement sanitaire dans la Région africaine, compromettant ainsi les initiatives nationales et internationales en cours dans bon nombre de pays pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.<sup>26</sup> En conséquence, il est nécessaire que les gouvernements africains et les partenaires au développement prennent des mesures concertées pour éviter la réduction des financements de sources intérieures et extérieures en faveur du secteur de la santé.

## MESURES PROPOSÉES

18. Les mesures suivantes, combinées de manière appropriée en fonction du contexte local, peuvent permettre aux pays d'atténuer les effets négatifs de la crise financière sur le financement du secteur de la santé en Afrique. Les mesures proposées correspondent à celles qui sont définies

---

<sup>20</sup>Kirigia JM, Diarra-Nama AJ. Les pays de la Région africaine de l'OMS peuvent-ils se passer des apports des donateurs pour financer la santé ? Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2008, 86 (11) :889-892.

<sup>21</sup>Transparency International. Rapport sur la corruption dans le monde 2006: corruption et santé. Londres, Pluto Press, 2006.

<sup>22</sup>Résolution AFR/RC56/R5. Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine. Cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique, Addis Abéba, République fédérale et démocratique d'Éthiopie, 28 août –1<sup>er</sup> septembre 2006, Rapport final, pp 18–20, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2006.

<sup>23</sup>Levy BS, Sidel VW. The economic crisis and public health., *Social Medicine* 2009, 4(2):82-87; available at <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/327/643>.

<sup>24</sup>WHO. Monitoring health impacts and policy response during the economic crisis, Geneva. World Health Organization, 2009.

<sup>25</sup>OMS. Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>26</sup>Chan M. Déclaration du Directeur général de l'OMS sur l'impact de la crise financière et économique mondiale sur la santé. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2008.

dans le Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique.

19. *Entreprendre la recherche opérationnelle pour assurer le suivi des effets sur la santé et des réponses politiques* : Créer une commission nationale pluridisciplinaire temporaire sur la macroéconomie et la santé, ou un organisme similaire, pour produire des bases factuelles nationales sur les liens entre santé, développement et richesse ; et pour assurer le suivi des effets de la crise économique et des réponses politiques sur les déterminants sociaux de la santé (par exemple : niveau et répartition des revenus, chômage, éducation, alimentation, fluctuation des taux de change, volume des échanges, recettes fiscales, dépenses publiques), les intrants sanitaires (par exemple : agents de santé, médicaments, infrastructures matérielles, dépenses de santé des gouvernements et des ménages, financement extérieur de la santé, politique financière en matière de santé), la performance des systèmes de santé (par exemple : disponibilité, prix, qualité et efficacité des services de santé, y compris la prévention et la promotion, l'utilisation, et les comportements à risque), et les résultats sanitaires et la performance des systèmes de santé.

20. *Intensifier le plaidoyer interne et externe* : En premier lieu, entreprendre le plaidoyer, au niveau national et au niveau des communautés économiques sous-régionales, auprès des ministres des finances pour qu'ils maintiennent et augmentent les financements intérieurs destinés au secteur de la santé, conformément à l'engagement des Chefs d'État d'allouer à la santé au moins 15 % des budgets nationaux. À cette fin, il faudra renforcer les capacités des ministères de la santé à dialoguer avec les ministères des finances. En deuxième lieu, entreprendre le plaidoyer auprès des partenaires au développement pour qu'ils honorent leurs engagements en faveur du secteur de la santé, y compris en mettant en œuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

21. *Institutionnaliser les comptes nationaux et de district de la santé pour assurer le suivi des dépenses de santé supportées à partir des financements intérieurs et extérieurs* : Suivre la proportion des dépenses publiques totales allouée au secteur de la santé, ainsi que les dépenses de santé supportées directement par les ménages, en pourcentage de toutes les dépenses de santé privées, et les tendances des dépenses de santé supportées à partir des financements extérieurs (fournis par les donateurs).

22. *Établir un nouvel ordre de priorité pour les dépenses publiques* : Étudier la possibilité de créer des ressources pour le développement sanitaire, en transférant les ressources budgétaires destinées à des secteurs moins prioritaires vers des secteurs plus prioritaires tels que la santé. Cela peut se faire de manière proactive en engageant les commissions nationales de planification du développement ou des entités gouvernementales similaires pour qu'elles accordent la priorité à la santé dans le programme de développement. Le ministère de la santé pourrait procéder de la même manière pour les activités du secteur de la santé. Les responsables politiques pourraient utiliser les bases factuelles de l'OMS disponibles en ce qui concerne le rapport coût-efficacité pour choisir les interventions et les programmes sanitaires permettant de maximiser les résultats sanitaires en utilisant les ressources disponibles.

23. *Améliorer la gestion des ressources financières en mettant en œuvre les cadres juridiques et institutionnels* : Mettre en place des systèmes efficaces pour le budget et les dépenses, mettre les informations budgétaires à la disposition du public pour un examen minutieux, institutionnaliser le suivi des dépenses nationales de santé, accroître l'efficacité des institutions d'audit, et acheminer la majorité des flux d'aide au développement sanitaire par le biais des budgets nationaux, conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Il sera nécessaire de renforcer les capacités des planificateurs dans la planification et la budgétisation fondées sur des bases factuelles.

24. *Améliorer la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments en élaborant des politiques, procédures et critères transparents de brevetage, d'accréditation et d'approbation des médicaments* : Élaborer des politiques et des plans nationaux sur les médicaments, dans le contexte des politiques et plans nationaux globaux de santé ; promouvoir des pratiques appropriées de prescription et de délivrance des médicaments, et apprendre aux consommateurs à utiliser les médicaments en toute sécurité et de façon optimale ; mettre en place ou renforcer les systèmes de pharmacovigilance ; dresser des listes nationales de médicaments ; renforcer durablement les capacités dans la gestion des produits pharmaceutiques, en tant que composante essentielle des systèmes de santé fonctionnels et fiables ; mettre en place un mécanisme pour déterminer les exigences au niveau national et prévoir les besoins en médicaments essentiels ; mettre en place, réviser ou renforcer les règles et les lignes directrices permettant de garantir la transparence, la compétitivité et la responsabilité dans les systèmes d'achat, de gestion des stocks et de distribution des médicaments ; et interdire les dons et les patronages en matière de commercialisation des médicaments.

25. *Améliorer l'interaction entre agents de santé et patients grâce à la mise en œuvre de chartes des droits du patient et à un meilleur accès à l'information* : Promouvoir les relations contractuelles entre l'administration et les agents de santé ; améliorer les liens hiérarchiques et la gestion des ressources humaines ; adopter des codes de déontologie pour régler les professions médicales ; et accroître la participation communautaire à la gestion des services de santé, par l'intermédiaire des conseils ou des comités de santé locaux.

26. *Réduire les inefficacités économiques* : Institutionnaliser le suivi de l'efficacité économique dans les systèmes nationaux d'information pour la gestion de la santé, en vue de mettre en œuvre des mesures appropriées pour réduire le gaspillage des maigres intrants des systèmes de santé.

27. *Renforcer les filets de sécurité sociale* : Les pays qui maintiennent la participation financière des usagers devraient élaborer et mettre en œuvre des mécanismes efficaces d'exemption pour garantir l'accès des groupes vulnérables aux services de santé, du point de vue financier. Conformément à la résolution du Comité régional sur le financement de la santé,<sup>21</sup> les pays devraient renforcer les régimes nationaux prépayés de financement de la santé, y compris les structure de financement, les processus et les systèmes de gestion. Cela est nécessaire pour garantir le partage des risques financiers au sein de la population et pour éviter les dépenses de santé ruineuses et l'appauvrissement des personnes sollicitant des soins de santé.

28. *Accroître la participation du secteur privé* : Il faudrait améliorer la contribution du secteur privé par l'élaboration de cadres politiques et réglementaires favorables; l'élaboration et l'application de normes de qualité; l'extension des accords de mise en commun des risques; la sous-traitance de la prestation de services spécifiques; et le renforcement des capacités des institutions financières locales à appuyer les entreprises intervenant dans la prestation de services de santé.

29. *Accroître les investissements dans les systèmes nationaux de santé* : Conformément à la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, les financements existants et supplémentaires en faveur du secteur de la santé, mobilisés auprès de sources tant nationales qu'internationales, devraient cibler essentiellement le renforcement global des systèmes de santé, notamment la prestation de services; les personnels de santé; l'information; les médicaments, les vaccins et les technologies; le financement; le leadership et la gouvernance. C'est le seul moyen d'optimiser et de pérenniser les acquis sanitaires, de garantir la réactivité à l'égard des attentes des usagers, ainsi que l'équité dans les contributions financières aux dépenses de santé.

30. Le Comité régional est invité à examiner et à approuver les mesures proposées.

**Annexe 1 : Variations du produit intérieur brut dans la Région africaine (en US \$ milliards, aux prix courants)**

Pays	PIB		
	Année 2008	Année 2009	Variation
Algérie	159,669	134,797	-24,872
Angola	84,945	69,708	-15,237
Bénin	6,712	6,401	-0,311
Botswana	13,461	10,808	-2,653
Burkina Faso	8,116	7,780	-0,336
Burundi	1,097	1,410	0,313
Cameroun	23,732	21,820	-1,912
Cap-Vert	1,744	1,755	0,011
République centrafricaine	1,997	1,983	-0,014
Tchad	8,400	6,974	-1,426
Comores	0,532	0,525	-0,007
République démocratique du Congo	11,629	11,104	-0,525
République du Congo	10,774	8,632	-2,142
Côte d'Ivoire	23,508	22,909	-0,599
Guinée équatoriale	18,525	11,175	-7,35
Érythrée	1,479	1,694	0,215
Éthiopie	26,393	33,920	7,527
Gabon	14,535	10,936	-3,599
Gambie	0,810	0,726	-0,084
Ghana	16,654	14,761	-1,893
Guinée	4,517	4,436	-0,081
Guinée-Bissau	0,461	0,438	-0,023
Kenya	29,564	30,212	0,648
Lesotho	1,618	1,624	0,006
Libéria	0,850	0,868	0,018
Madagascar	9,463	8,974	-0,489
Malawi	4,268	4,909	0,641
Mali	8,774	8,757	-0,017
Mauritanie	3,161	3,241	0,08
Maurice	8,738	9,156	0,418
Mozambique	9,897	9,654	-0,243
Namibie	8,835	9,039	0,204
Niger	5,382	5,323	-0,059
Nigeria	207,116	165,437	-41,679
Rwanda	4,459	5,011	0,552
Sao Tomé et Príncipe	0,175	0,189	0,014
Sénégal	13,350	12,610	-0,74
Seychelles	0,822	0,656	-0,166
Sierra Leone	1,953	2,064	0,111
Afrique du Sud	276,764	277,379	0,615
Swaziland	2,840	2,929	0,089
Tanzanie	20,668	22,159	1,491
Togo	2,890	2,771	-0,119
Ouganda	14,565	15,658	1,093
Zambie	14,654	12,293	-2,361
Zimbabwe	3,145	3,556	0,411
<b>TOTAL</b>	<b>1093,641</b>	<b>999,161</b>	<b>-94,480</b>

Source : FMI. Base de données des Perspectives de l'économie mondiale. Fonds monétaire international.



**Annexe 2 : Produit intérieur brut par habitant dans les États Membres de la Région africaine de l'OMS (en US \$, aux prix courants)**

<b>Pays</b>	<b>PIB par habitant en 2008</b>	<b>PIB par habitant en 2009</b>	<b>Variation</b>
Algérie	4,588	3,816	-772
Angola	5,054	4,027	-1,027
Bénin	828	765	-63
Botswana	7,554	5,995	-1,559
Burkina Faso	578	542	-36
Burundi	138	174	36
Cameroun	1,224	1,095	-129
Cap-Vert	3,464	3,419	-45
République centrafricaine	459	446	-12
Tchad	863	699	-164
Comores	816	788	-28
République démocratique du Congo	185	171	-13
République du Congo	2,952	2,298	-654
Côte d'Ivoire	1,132	1,071	-61
Guinée équatoriale	14,941	8,759	-6,183
Érythrée	295	328	33
Éthiopie	333	418	84
Gabon	9,998	7,414	-2,583
Gambie	497	434	-62
Ghana	739	639	-100
Guinée	439	418	-21
Guinée-Bissau	264	244	-20
Kenya	838	842	4
Lesotho	660	651	-9
Libéria	216	210	-6
Madagascar	468	432	-36
Malawi	313	352	40
Mali	657	641	-16
Mauritanie	1,042	1,044	1
Maurice	6,872	7,146	274
Mozambique	477	456	-21
Namibie	4,278	4,341	63
Niger	391	375	-16
Nigeria	1,401	1,089	-312
Rwanda	465	512	47
São Tomé et Príncipe	1,094	1,160	66
Sénégal	1,066	984	-83
Seychelles	9,640	7,683	-1,957
Sierra Leone	332	342	10
Afrique du Sud	5,685	5,635	-49
Swaziland	2,778	2,854	76
Tanzanie	520	547	27
Togo	436	408	-28
Ouganda	455	472	17
Zambie	1,248	1,027	-221
Zimbabwe	268	303	35

Source : FMI. Base de données des Perspectives de l'économie mondiale. Fonds monétaire international.

**Annexe 3 : Ressources extérieures destinées à la santé, en pourcentage de toutes les dépenses de santé dans la Région africaine de l’OMS en 2009**

% de toutes les dépenses de santé	Nombre de pays	Pourcentage
< 10	16	35
10-20	13	28
21-40	10	22
41-60	7	15
Total	46	100

Source: [http:// www.who.int/nha/country/en/index. html](http://www.who.int/nha/country/en/index.html) (date de consultation : 17 mars 2010).