



# **BILAN DES SYSTÈMES DE SANTÉ: La situation post-COVID en Egypte**

March 2024

# Bilan des systèmes de santé : La situation post-COVID en Egypte

Première édition en Mars 2024

Cette étude a été préparée par l'équipe du programme Droit à la santé de l'unité Justice sociale et économique de l'Initiative Egyptienne pour les droits personnels (EIPR), en partenariat avec l'Alliance Africaine.

La photo de couverture a été achetée avec une licence libre de droits, crédit : Khaled El-Adawi



Tous droits d'impression et de publication réservés. Ce rapport peut être redistribué avec une mention d'attribution à des fins non lucratives, sous licence Creative Commons.  
[www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0](http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0)

# TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	3
Résumé	8
Séminaire consultatif d'experts et de parties prenantes	9
Résultats	10
A. Prestation des services de santé	10
B. Personnel de santé	16
C. Systèmes d'information sanitaire	20
D. Accès aux médicaments essentiels	23
E. Financement des systèmes de santé	25
F. Leadership et gouvernance	28
G. Préparation aux épidémies	30
H. Communication en matière de santé publique	31
I. Mesures spécifiques au COVID	32
Conclusion et recommandations	36

# PRÉSENTATION DU PROJET

## Pourquoi un bilan "post-COVID" ?

Si la pandémie mondiale de COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé du monde entier, elle a également contribué à mettre en lumière leurs défauts et leurs faiblesses et, dans certains cas, elle a même accéléré un certain nombre de processus de réforme, non seulement en matière de préparation à la pandémie, mais aussi en matière de renforcement des systèmes de soins de santé dans leur ensemble.

Ce document fait partie d'une évaluation comparative des effets de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé et des changements qui en ont été la conséquence directe dans trois pays d'Afrique du Nord (Égypte, Tunisie et Maroc). Il examine l'impact de la pandémie sur le fonctionnement des systèmes de santé dans chacun de ces pays, en fournissant une vue d'ensemble des principaux changements et effets de la pandémie sur les systèmes de santé de chacun de ces pays.

L'objectif de cette évaluation est de contribuer à mettre en lumière les interventions nécessaires pour améliorer les conditions de travail des travailleurs du secteur de la santé, augmenter leur rétention et, par conséquent, construire des systèmes de santé plus aptes à

faire face aux différentes crises sanitaires (y compris les pandémies), tout en étant plus efficaces dans la réalisation de l'objectif de développement durable et tout en visant à assurer une couverture universelle des soins de santé pour tous. Cela devrait également fournir aux décideurs et aux acteurs de la société civile les connaissances nécessaires pour faire avancer les efforts de réforme des systèmes de santé.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière un certain nombre de défaillances et de vulnérabilités dans les systèmes de santé internationaux et nationaux. Mais avec la nécessité d'agir rapidement, et de nouveaux défis en matière de justice sociale et d'équité, notamment en ce qui concerne l'accès aux vaccins, et une distribution des services et des ressources de santé qui a pu être injuste dans de nombreux cas, la réalisation d'une évaluation post-pandémique du secteur des soins de santé fournira à nos sociétés une feuille de route potentielle pour aller de l'avant. Cela servira non seulement en termes de préparation à la pandémie, mais aussi pour ce qui est de la solidité, l'efficacité et l'état de la gouvernance du système de santé dans son ensemble.

L'évaluation fait le point sur les mesures et les interventions efficaces qui ont été mises en œuvre et ont reçu le feu vert dans le contexte de la pandémie, mais qui peuvent également fournir une multitude d'enseignements.

L'objectif est de faire en sorte que ce réservoir d'expériences, de réussites et d'échecs puisse être partagé au niveau régional, puis à l'échelle du continent, à des fins d'apprentissage mutuel et de collaboration.

L'objectif principal de cette série d'articles est de comprendre les changements et les effets de la pandémie sur les systèmes de santé et de mettre en évidence les interventions nécessaires pour les renforcer. Les partenaires de recherche de ce projet utiliseront ces informations pour identifier des recommandations politiques spécifiques dans chacun des documents et plaideront en leur faveur.

## Sources et méthodes

Compte tenu des difficultés générales d'accès à des données fiables et actualisées sur les performances des systèmes de santé dans la région, l'équipe de recherche a opté pour une méthodologie de recherche qui s'appuie sur deux sources principales de données:

1. La littérature, les sources officielles et données diffusées par les gouvernements, ainsi que des données des agences internationales de développement (à savoir l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale).
2. Les consultations d'experts et de parties prenantes, qui fournissent un examen, des observations et analyses de ces

données à la lumière de leurs expériences pratiques, des politiques mises en œuvre et des réalités observées sur le terrain.

## Outil d'étude

Pour mener à bien cet exercice, un outil d'étude a été créé, détaillant les différentes questions à examiner lors des consultations d'experts. Cet outil d'étude est basé sur le cadre des éléments constitutifs des systèmes de santé créé par l'OMS, ainsi que sur ses indicateurs et mesures pour le suivi de ces éléments constitutifs. Il comprend également des éléments basés sur l'indice de préparation aux épidémies publié en 2019 dans la revue *BMJ Global Health*. Ces deux cadres ont servi de guide aux chercheurs qui ont ajouté des détails sur chaque indicateur et mesure, les sources recommandées et une brève explication de leurs principales caractéristiques. Tous ces éléments ont ensuite été utilisés lors de l'exercice de révision par les experts sur lequel se fondent les conclusions du présent document.

Une version résumée de cet outil d'étude est disponible [via ce lien](#) et constitue une référence succincte pour les lecteurs intéressés par la méthodologie qui sous-tend notre enquête.



<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé, *Monitoring the Building Blocks of Health Systems, A handbook of indicators and their measurement strategies*, 2010, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

<sup>2</sup> Oppenheim B, Gallivan M, Madhav NK, et al. Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001157. doi:10.1136/bmjgh-2018-001157 <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001157.full.pdf>



## Limites

Bien que la méthodologie de l'étude ait été spécifiquement conçue en tenant compte de la difficulté d'obtenir des données fiables sur lesquelles fonder un avis objectif, les examens et analyses fournis s'efforcent d'être basés sur des données approuvées au niveau national chaque fois qu'elles sont disponibles. Toutefois, il a été impossible de parvenir à une conclusion consensuelle pour certains éléments de l'étude, ce qui a été clairement souligné dans les études, en mentionnant les raisons sous-jacentes.

Tous les efforts ont été déployés pour fournir une étude systématique reflétant des opinions objectives sur les systèmes de soins de santé. Cependant, ce document présente les opinions, analyses et recommandations potentiellement subjectives de ses auteurs et des experts consultés dans le cadre de brèves consultations. Des consultations qui, à leur tour, faisaient partie d'une série de documents de synthèse qui donnent une vue d'ensemble des systèmes de soins de santé sans entrer dans les détails de chaque composante.

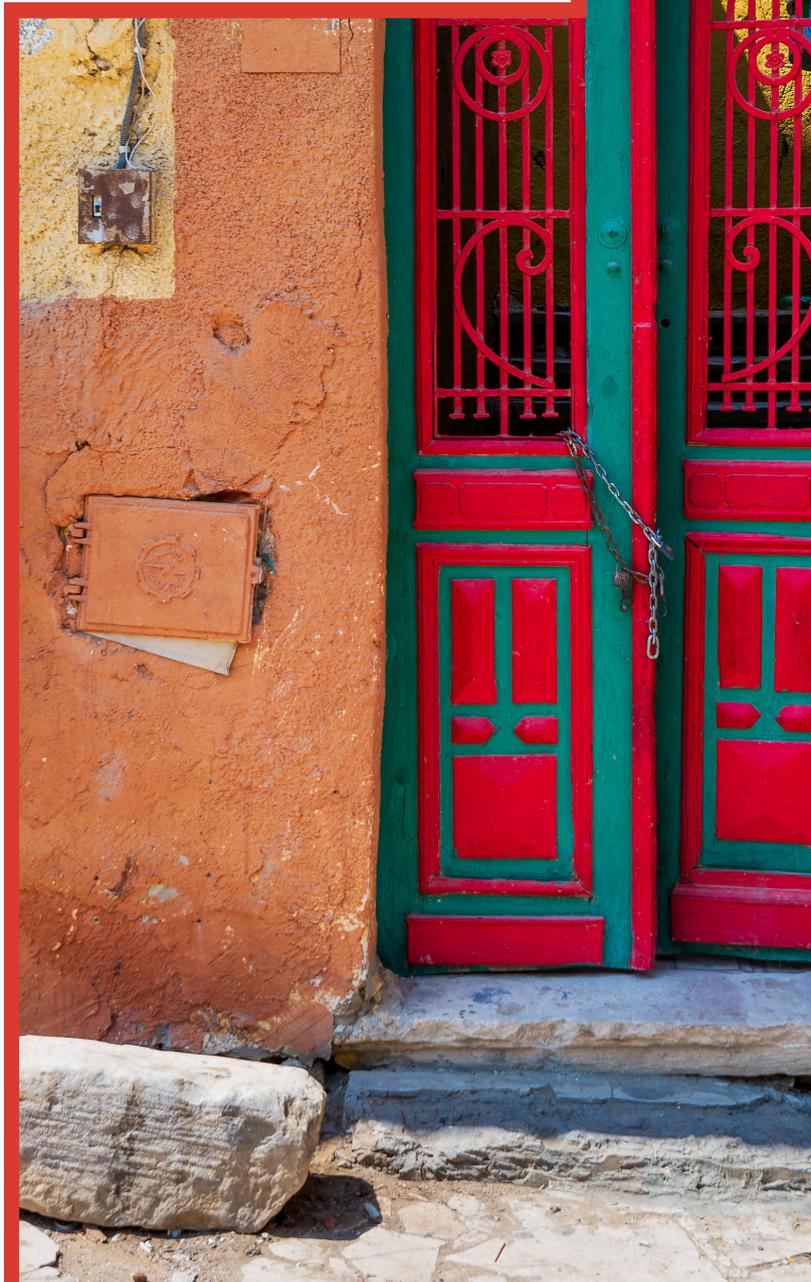
En Égypte, pour guider le processus de consultation des experts et des parties prenantes, des données quantitatives reflétant le cadre d'examen des systèmes de santé de l'OMS ont été recherchées avec attention pour traiter les trois périodes concernées par cette étude 2019 (ou avant COVID-19), 2021 (pendant COVID-19) et 2022 (après COVID-19), mais les données officielles disponibles étaient peu nombreuses et, dans tous les cas, ne permettaient pas d'établir des comparaisons. Cela rend la comparaison encore plus difficile et justifie le défi auquel sont confrontées les parties prenantes consultées pour fournir des données fondées sur des données probantes.

## A propos de la "Peoples Vaccine Alliance Africa"

PVA Africa est un mouvement régional d'organisations et de réseaux soutenus par des lauréats du prix Nobel, des chefs d'État, des experts de la santé, des économistes, des dirigeants mondiaux, des chefs religieux et des militants travaillant ensemble pour garantir aux Africains du monde entier un accès équitable aux vaccins. Logé au sein de l'Alliance Africaine, PVA Africa, comprend les dirigeants de cinq réseaux régionaux et ne perd jamais de vue le désir collectif de la décolonisation de la santé publique et du droit d'accès aux produits et à la science qui sauvent des vies. Le rôle de PVA Africa est de garantir que les voix, les priorités et le travail des activistes et des communautés africaines, dans toute notre diversité, se reflètent de manière significative dans le travail mondial de la PVA. PVA Africa s'efforce également de garantir que les interventions et stratégies visent à remédier au manque d'accès aux vaccins, tests et traitements contre le COVID-19, tout en adressant les inégalités de genre et économiques dans l'accès aux vaccins, et que ces approches sont abordées dans notre langage "Africain".



# BILAN DU SYSTÈME DE SANTÉ EGYPTIEN



# RÉSUMÉ

Au moment où le COVID-19 a frappé le monde, le système de santé égyptien avait déjà entamé les premières étapes de la transition vers le régime de couverture universelle des soins de santé. Bien qu'un certain nombre d'améliorations positives aient eu lieu dans le contexte du nouveau système de couverture des soins de santé, sa mise en œuvre progressive sur le plan géographique et le champ d'application relativement limité qu'il a atteint jusqu'à présent font qu'il est difficile de considérer ces améliorations comme des développements à l'échelle nationale, bien que certaines d'entre elles constituent des leçons prometteuses à retenir pour l'avenir.

Sur base de la littérature disponible, des données officielles et des consultations d'experts dans le cadre des modules de construction des systèmes de santé créés par l'OMS, les résultats de cet examen montrent une amélioration de certains aspects liés aux leçons tirées au cours du COVID-19 et à la mise en œuvre concomitante de la nouvelle loi sur la couverture universelle des soins de santé. Pour d'autres piliers des systèmes de santé, une nette détérioration a été observée, notamment en ce qui concerne le personnel de santé, les dépenses de santé et la disponibilité de données fiables. Il a été difficile d'évaluer l'évolution d'un certain nombre de composantes en raison du manque de données actualisées et fiables.

Enfin, les consultations d'experts ont mis en évidence un appel à l'inclusion durable des parties prenantes dans les politiques de santé, à la poursuite des efforts de déploiement du régime d'assurance maladie universelle et à la garantie d'une préparation aux pandémies axée sur les ressources humaines, l'accès aux données et l'utilisation efficace des ressources.

# SÉMINAIRE CONSULTATIF D'EXPERTS ET DE PARTIES PRENANTES

Grâce aux partenaires de recherche locaux du projet, une liste de 10 experts locaux des systèmes de santé et de représentants des parties prenantes a été dressée pour chacun des pays concernés par l'étude. Chaque liste comprenait un ensemble varié d'experts clés représentant les différents acteurs concernés par le système de santé, notamment des représentants du gouvernement, des représentants des prestataires de services, des décideurs politiques, des parlementaires, des membres de la société civile, des universitaires et des prestataires de services de santé privés, entre autres.

Ces experts ont ensuite été invités à participer à une consultation immersive pour donner leur avis d'expert sur la situation de chacune des composantes des piliers des systèmes de santé selon le contexte national correspondant, et ce en répondant à une question standard pour chacune des composantes des systèmes de santé : "En comparant la situation actuelle à celle de 2019 (avant COVID-19), cette composante s'est-elle améliorée, a-t-elle régressé ou est-elle restée la même ?"

Pour l'étude sur l'Égypte, un groupe d'experts très diversifié et représentatif a participé à cet exercice. Il s'agit notamment de:

1. L'ancien directeur de l'organisation de l'assurance maladie
2. Le responsable d'un groupe de prestation de services de santé du secteur privé
3. Un haut fonctionnaire élu du Syndicat des médecins
4. Un haut fonctionnaire de l'Autorité générale des soins de santé
5. Un membre de la commission de la santé du Parlement
6. Un expert d'une organisation de la société civile travaillant sur le droit à la santé
7. Un expert de la société civile sur les droits économiques et sociaux
8. Un fonctionnaire de haut niveau sur les questions de population
9. Un haut fonctionnaire du ministère de la santé
10. Un consultant en systèmes de santé à la Banque mondiale.

Les facilitateurs demandaient ensuite aux participants de commencer par un vote initial afin de déterminer s'il existait une réponse consensuelle, suivi d'une discussion pour justifier l'opinion de chaque expert. Les résultats de ces discussions ont ensuite été documentés et résumés dans une brève justification fournie dans le présent document sous chaque question.

# RÉSULTATS

## A. Prestation des services de santé

Il est très difficile de dresser un bilan transversal de l'état de la prestation des services de santé en Égypte, car la situation varie considérablement en fonction des gouvernorats dans lesquels la nouvelle loi sur l'assurance maladie sociale a été appliquée (3 gouvernorats) et par rapport au reste de l'Égypte. Dans l'ensemble, une amélioration notable de la plupart des mesures de prestation de services de santé peut être observée là où la loi sur l'assurance maladie sociale a été mise en œuvre, mais on a constaté que ces gouvernorats et leur population sont relativement petits et ne sont pas nécessairement représentatifs du reste de la population. L'échelle et la portée de la mise en œuvre de cette loi restent limitées et ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble de la population.

Nous avons convenu que dans cette étude, l'opinion de l'expert se concentrera sur les services fournis en dehors de ces trois gouvernorats pilotes, tandis que le commentaire reconnaîtra l'état de réalisation des différentes composantes du droit à la santé là où le système d'assurance maladie sociale a été mis en place. On soulignera ses succès et ses faiblesses et on donnera un aperçu de la direction que prendront les changements à l'avenir avec la mise en place graduelle du nouveau système d'assurance maladie sociale.

### 1. L'exhaustivité

"Une gamme complète de services de santé est fournie, adaptée aux besoins de la population cible, comprenant des services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation, ainsi que des activités de promotion de la santé.



Avis d'expert



Pire que 2019

La fragmentation du système de santé et sa multitude de points de service fonctionnant en îlots ont longtemps été le dénominateur commun du système de santé égyptien depuis des décennies. La pandémie de COVID-19 et la pression qu'elle a exercée sur le système de santé n'ont fait qu'accentuer cette fragmentation, ce qui montre clairement qu'en l'absence d'un plan intégré de prestation de services, l'exhaustivité des services restera très improbable.

Les experts consultés ont souligné des cas occasionnels de fourniture de services complets, en particulier dans le cadre de campagnes et de programmes verticaux tels que le programme de lutte contre l'hépatite C. Toutefois, les experts s'accordent à dire que la fourniture complète et continue de services essentiels a été fortement compromise durant l'épidémie de COVID-19, certains d'entre eux plus que d'autres. Les services de lutte contre le VIH/SIDA, qui étaient auparavant assurés par

les hôpitaux spécialisés dans la fièvre, ont été fortement compromis compte tenu du nouveau rôle attribué à ces hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. La prestation de services tels que les services de planning familial, les soins prénatals et les services de santé infantile ont bien évidemment été affectés, tandis que la gestion des maladies chroniques a commencé à adopter organiquement et de manière incontrôlée de nouvelles modalités grâce aux consultations en ligne proposées par le secteur privé. Les services de santé mentale ont également bénéficié des plateformes en ligne, le gouvernement ayant adopté ces outils dans une certaine mesure, sans toutefois atteindre le même niveau que le secteur privé.

## 2. L'accessibilité

" Les services sont accessibles directement et en permanence, sans obstacles excessifs liés au coût, à la langue, à la culture ou à la géographie. Les services de santé sont proches des gens, avec un point d'entrée habituel dans le réseau de services au niveau des soins primaires (et non au niveau des spécialistes ou des hôpitaux). Les services peuvent être fournis à domicile, dans la communauté, sur le lieu de travail ou dans les établissements de santé, selon le cas".



Avis d'expert



Comme en 2019

Les experts consultés s'accordent à dire que, compte tenu de la forte dépendance à l'égard des services de santé privés et payants, les effets de l'inflation et les défis économiques rencontrés au cours de ces trois années ont rendu l'accès à certains services de santé de plus en plus difficile pour un certain nombre de communautés. On a pu observer que le secteur public a déployé des efforts considérables pour atténuer ces difficultés, en particulier pour les services liés au COVID-19. Toutefois, cela ne s'est pas traduit par une amélioration durable de l'accessibilité aux soins de santé après le COVID-19.

Dans les gouvernorats où le système d'assurance maladie sociale a été mis en place, l'accessibilité des services a sensiblement augmenté, du moins si l'on se réfère au nombre de services fournis par l'Autorité générale des soins de santé. Toutefois, il a été constaté que l'accès aux services n'est toujours pas satisfaisant, que certains tickets modérateurs constituent un obstacle à l'accès et que certains services ne sont toujours pas fournis.

## 3. Couverture

" La prestation de services est conçue de manière à couvrir toutes les personnes d'une population cible définie, c'est-à-dire les malades et les personnes en bonne santé, tous les groupes de revenus et tous les groupes sociaux"



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Les données fournies occasionnellement par le gouvernement dans des communiqués de presse suggèrent une amélioration significative de la couverture des soins de santé concomitante avec : 1) le déploiement progressif du régime d'assurance maladie sociale, 2) l'ajout de nouvelles strates démographiques au pool de citoyens couverts par l'ancien (ou l'actuel) système d'assurance maladie fourni par l'Organisation d'assurance maladie (HIO) et 3) la fourniture d'un certain nombre de programmes verticaux axés sur des services de soins de santé spécifiques et des questions de santé publique.

Cependant, il a été convenu qu'aucune donnée fiable n'a été publiée concernant la couverture réelle de la population. La couverture réelle doit être mesurée au moyen d'un recensement ou de données publiques collectées avec précision, qui incluent non seulement les individus ou les familles inscrits dans les systèmes nationaux de couverture des soins de santé, mais aussi, et surtout, ceux qui les utilisent ou en bénéficient réellement. Il manque également des données sur les taux de couverture vaccinale obligatoire et sur l'utilisation des soins prénatals et postnatals. Les données les plus récentes (avant la période de l'étude) estimaient que les taux de vaccination des enfants étaient stables et qu'il y avait eu une amélioration des taux d'utilisation des méthodes de planning familial. Aucune mise à jour récente de ces données n'a été publiée et aucune preuve n'est disponible concernant la santé des enfants. En outre, d'autres données seraient nécessaires sur la couverture des soins de santé en général.

## 4. La continuité

" La prestation de services est organisée de manière à fournir à un individu une continuité de soins à travers le réseau de services, les conditions de santé, les niveaux de soins et tout au long du cycle de vie".



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Au cours de la période couverte, certaines lacunes dans la prestation des services de santé ont été mises en évidence et comblées par un certain nombre d'initiatives présidentielles ou de programmes verticaux. Ces programmes ont fait l'objet d'un certain nombre de subtilités, d'une reconnaissance de leur utilité et de critiques, mais on s'accorde à dire que certains d'entre eux étaient conçus pour offrir une certaine continuité des soins, au moins pendant leur durée de vie. Cependant, ces programmes doivent être pleinement intégrés et se poursuivre dans le cadre du travail quotidien du ministère de la santé, car après tout, les objectifs de ces programmes relèvent directement et pleinement de la responsabilité des structures, des départements et des divisions du ministère de la santé.

L'une des raisons pour lesquelles les experts sont parvenus à un consensus massif d'"amélioration" est liée à la réussite du programme de lutte contre l'hépatite C, qui constitue un exemple à suivre en matière de continuité des soins. L'objectif de départ était le dépistage de masse de l'hépatite C chez tous les égyptiens. Le programme a fourni un ensemble complet de services, notamment des services de diagnostic, de traitement et de suivi.

Cependant, il est apparu que les autres programmes ne parvenaient pas à assurer cette continuité des soins, en particulier les caravanes médicales, qui se caractérisent souvent par une trop faible interaction avec le travail des unités de soins de santé primaires et ne parviennent pas à assurer la continuité des soins dont les patients ont besoin.

## 5. La qualité

"Des services de santé de qualité signifient qu'ils sont efficaces, sûrs, centrés sur les besoins du patient et dispensés en temps utile".



De multiples efforts ont été déployés pour améliorer la qualité des services de santé à tous les niveaux. Les experts consultés ont convenu qu'il a toujours été difficile de mesurer dans quelle mesure ces efforts se traduisent concrètement par une amélioration de la qualité des services ; cependant, avec le déploiement de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, pour la toute première fois, un nouvel indicateur spécifique peut être utilisé, ce qui a permis de dégager un consensus sur l'amélioration de la qualité des services de santé.

Ce nouvel indicateur est lié au rôle de la nouvelle Autorité générale d'accréditation et de régulation des soins de santé (General Authority for Healthcare Accreditation and Regulation - GAHAR). Selon la loi numéro 2 de 2018, pour garantir la qualité et la sécurité des services de santé, l'"accréditation" des établissements de santé est nécessaire pour qu'ils puissent être couverts par le nouveau régime d'assurance maladie.

Il incombe au GAHAR de jouer ce rôle d'organisme d'accréditation et de réglementation, avec une indépendance solidement ancrée, comme le stipule la loi. Le GAHAR est une autorité indépendante placée sous la supervision directe du président et est l'organisme chargé de publier des normes visant à garantir la prestation de services de soins de santé dans différents établissements de santé, dans le respect des normes de qualité et de sécurité les plus élevées. Ces normes ont été élaborées par des experts en matière de santé et sont censées être conformes aux dernières évolutions en matière de qualité et de sécurité globale. Les normes sont censées être des piliers permettant de fournir des services sûrs aux patients.<sup>1</sup>

Selon les dernières données du GAHAR, un total de 114 établissements de santé ont obtenu une accréditation provisoire et 142 une accréditation complète<sup>2</sup>, dont 57 établissements avec une accréditation provisoire et 76 avec une accréditation complète dans les gouvernorats où la nouvelle loi sur l'assurance maladie est mise en œuvre.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> GAHAR, Qui sommes-nous, <https://gahar.gov.eg/page/p/%D9%85%D9%86-%D9%86%D8%AD%D9%86>

<sup>2</sup> GAHAR, Statistiques, tel qu'affiché le 24 octobre 2023, <https://gahar.gov.eg/>

<sup>3</sup> Portail du gouvernement Egyptien, Août 2023

Ces données requièrent toutefois quelques réserves : ces données doivent toujours être présentées en pourcentage du nombre total d'établissements de santé en activité dans le pays. Selon les dernières données disponibles, on estime qu'il y a au moins 1809 hôpitaux enregistrés en Égypte et 5388 unités de soins de santé primaires<sup>4</sup>, soit un total de 7 222 établissements de santé, sans compter les laboratoires, les centres de radiologie, les pharmacies et les cliniques privées, dont le nombre a été estimé à plus de 89 000 cliniques pour la seule ville du Caire en 2021<sup>5</sup>. Cela signifie pratiquement que le pourcentage d'établissements accrédités est une fraction infiniment négligeable du total.

Les experts ont également souligné que d'autres indicateurs clés de la qualité des soins ne sont pas disponibles. Les données relatives aux résultats cliniques des opérations chirurgicales, à la durée des séjours à l'hôpital, à la conformité des traitements et à la comparaison des données entre les établissements publics, privés et d'assurance maladie sont autant de données essentielles qui doivent être mises à la disposition du public.

En outre, les données sur la qualité perçue des soins doivent être collectées selon une méthodologie claire, scientifique, comparable et transparente qui ne se limite pas à fournir des données à des fins promotionnelles. Les dernières données disponibles sur l'expérience des patients dans les nouvelles structures d'assurance maladie fournies par le GAHAR constituent un pas dans la bonne direction à cet égard, même si la méthodologie de leur collecte et les résultats qu'elles montrent peuvent être remis en question.<sup>6</sup>

## 6. Priorité aux personnes

"Les services sont organisés autour de la personne, et non de la maladie ou du financement. Les utilisateurs perçoivent les services de santé comme étant adaptés et satisfaisants pour eux. La population cible participe à la conception et à l'évaluation des services. Les individus sont leurs propres partenaires dans les soins de santé".



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Les experts ont convenu qu'il y avait une légère amélioration de cette dimension, comme en témoignent le rôle joué par le département des soins centrés sur le patient au sein de l'Autorité générale des soins de santé, la création de comités de patients et leur implication dans le redressement des plaintes dans le cadre du nouveau régime d'assurance maladie, ainsi qu'un certain nombre d'efforts visant à faire des soins centrés sur le patient le mandat principal de l'Autorité générale des soins de santé (GAHAR). Toutefois, cela ne se répercute pas nécessairement au-delà des zones où la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'assurance maladie sociale est en cours.

<sup>4</sup> Nombre d'établissements de santé en Égypte selon CAPMAS, Décembre 2023, [https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page\\_id=5104&Year=23361](https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=5104&Year=23361)

<sup>5</sup> El Mal News, 2021

<sup>6</sup> Suivi de l'expérience des patients à l'ICU, GAHAR, 2023

## 7. Coordination

"Les réseaux locaux de services de santé sont activement coordonnés, entre les types de prestataires, les types de soins, les niveaux de prestation de services, et pour la préparation aux situations de routine et d'urgence. Le prestataire de soins primaires du patient facilite l'accès aux services nécessaires et travaille en collaboration avec d'autres niveaux et types de prestataires. La coordination se fait également avec d'autres secteurs (par exemple, les services sociaux) et partenaires (par exemple, les organisations communautaires)".



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Une amélioration significative de la coordination des efforts entre le ministère de la santé et le reste du gouvernement a été initiée au cours de la réponse au COVID. Pour la première fois, la question de la santé a été abordée lors de réunions ministérielles, avec un haut niveau de coordination incluant tous les niveaux de prise de décision. Certains aspects de cette coordination se sont poursuivis par la suite, notamment avec le ministère de la Solidarité sociale, avec un certain nombre de programmes et de projets menés en étroite collaboration entre les deux ministères.

La coordination avec le secteur privé et social reste cependant à la traîne et les experts consultés ont déclaré que les défauts de coordination ne reflètent pas un manque de volonté politique mais plutôt des obstacles techniques et logistiques. Des efforts tels que la fusion des bases de données entre les ministères, la création de filières de recommandation intégrées comprenant des services sanitaires, juridiques, psychologiques et sociaux (comme le montre la filière de gestion de la violence fondée sur le genre) et le travail de collaboration pour déterminer les individus et les familles ayant un besoin critique de services (par le biais des programmes Takafol et Karama par exemple) ont été observés, mais un certain nombre d'obstacles techniques et logistiques empêchent leur mise en œuvre complète et efficace. L'Alliance nationale pour le travail civil de développement a été lancée dans le but de lever ces obstacles.

## 8. Responsabilité et efficacité

"Les services de santé sont bien gérés de manière à atteindre les éléments essentiels décrits ci-dessus avec un minimum de perte de ressources. Les gestionnaires disposent de l'autorité nécessaire pour atteindre les objectifs prévus et sont tenus responsables des performances et des résultats globaux. L'évaluation comprend des mécanismes appropriés pour la participation de la population cible et de la société civile".



Avis d'expert



Pire que 2019

La situation en matière de responsabilité est clairement pire qu'avant 2019, comme l'ont conclu les parties prenantes consultées. Les incitations basées sur les performances ne sont pas pleinement ou

efficacement mises en œuvre. Les mécanismes de récompenses et de sanctions sont très subjectifs et rarement mis en œuvre. Nous voyons encore souvent des images du ministre de la santé effectuant des contrôles aléatoires dans les hôpitaux, ce qui révèle des lacunes majeures dans le suivi régulier ou la responsabilisation au sein des structures du ministère. La corruption est toujours omniprésente et les efforts précédemment déployés pour promouvoir la transparence ont été avortés. La documentation des ressources disponibles est également à la traîne, ce qui constitue un terrain fertile pour l'inefficacité, la corruption et l'absence de responsabilité. Il y a beaucoup à faire dans ce domaine.

## B. Personnel de santé

Les données relatives au personnel de santé, à sa répartition, à ses compétences et à ses capacités sont très limitées. Les dernières données disponibles du CAPMAS pour 2021 font état d'une moyenne de 12,8 médecins et de 21,2 infirmières. Aucune source fiable n'a été trouvée pour les données ultérieures.

### 1. Planification stratégique et système de gestion des ressources humaines médicales

"La façon dont l'autorité sanitaire gère et élabore des plans concernant les ressources humaines dans les systèmes de santé. Les systèmes de recrutement et de déploiement, y compris les systèmes d'incitation, garantissent que les établissements de santé respectent les normes de dotation en personnel recommandées au niveau national.



Avis d'expert



Comme en 2019

Certains signes indiquent que des efforts ont été entrepris pour créer un plan stratégique de gestion des ressources humaines dans le secteur des soins de santé, ce qui est une condition préalable impérative à la bonne mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'assurance maladie. Des efforts initiaux ont également été notés pour aligner le travail du ministère de l'enseignement supérieur et du ministère de la santé afin de disposer de chiffres fiables et d'élaborer un plan mesurable pour garantir que les ressources humaines nécessaires soient disponibles et prêtes à être déployées. Toutefois, ces efforts n'ont pas donné de résultats visibles et n'ont pas été rendus publics.

### 2. Taille

"La taille du personnel de santé national, y compris le recrutement et la formation".



Avis d'expert



Pire que 2019

Il n'existe pas de données suffisantes pour prendre une décision objective sur la taille du personnel de santé. Toutefois, l'avis consensuel des experts est qu'il a considérablement diminué en raison de l'augmentation de la fuite des cerveaux.

### 3. Capacité

"La capacité des établissements d'enseignement des professions de la santé, y compris la quantité et la qualité des instructeurs et du personnel auxiliaire.



Avis d'expert



Pire que 2019

Les principales parties prenantes du syndicat médical et du secteur de l'assurance maladie ont déclaré que le nombre croissant de personnes formées par le conseil égyptien (de 1 500 à 10 000), sans qu'il y ait eu de changement particulier ou d'amélioration des ressources de formation, a directement entraîné une détérioration significative des capacités des professionnels de la santé.

Les tentatives de coordination entre le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur pour assurer une formation médicale continue n'ont pas encore donné de résultats.

La capacité du pays à produire des professionnels de santé hautement qualifiés (qui sont indispensables à la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'assurance maladie) nécessite une révision complète du modèle de formation médicale et sanitaire. Après avoir obtenu leur diplôme, les professionnels de santé peu formés sont affectés à des établissements de santé reculés, avec peu ou pas de supervision ou de soutien. Ils apprennent par la pratique, avec un accès limité à la formation médicale continue, au mentorat et au soutien, en particulier dans les établissements de soins de santé primaires. Il en résulte que les professionnels de la santé ne répondent pas aux attentes de la population et ont une capacité limitée à remplir leur rôle, en particulier dans les centres de soins de santé primaires.

Des développements positifs récents, tels que la nouvelle loi sur les conseils médicaux, peuvent contribuer à remédier à cette situation de dégradation, mais il est peu probable que cela suffise à répondre aux besoins actuels du secteur des soins de santé en Égypte. Une formation spécifique est également nécessaire, notamment en ce qui concerne le système d'orientation, la gestion des maladies chroniques et la fourniture de soins centrés sur le patient.

### 4. Le secteur privé

"Interaction avec le secteur privé ou réglementation du secteur privé nécessitant une connaissance précise du nombre, des caractéristiques et des qualifications des prestataires du secteur privé.



Avis d'expert



Pas de consensus

Le COVID-19 a offert aux organismes de régulation une occasion unique d'imposer un ensemble de règles et de réglementations au secteur privé, notamment en ce qui concerne l'établissement de rapports harmonisés et réguliers, la tarification des services, la disponibilité des lits d'hôpitaux et les résultats cliniques. Malheureusement, cette occasion n'a été que modérément exploitée.

Aucun consensus n'a pu être atteint quant à la mesure dans laquelle les données relatives au COVID-19 incluaient avec précision les données fournies par les laboratoires privés.

Les tentatives du gouvernement de fixer des prix standard pour des services spécifiques liés au COVID-19 n'ont pas été pleinement mises en œuvre. Il convient également de noter que les lois et règlements concernant le financement par l'État des services d'urgence pendant les premières 48 heures n'ont pas été appliqués. Les paiements non officiels, même au secteur privé, contribuent de manière substantielle à l'augmentation des frais à la charge des patients. Bien que les estimations officielles fassent état d'une baisse relative de leur pourcentage, la récente dévaluation de la livre égyptienne et ses conséquences sur la situation économique et les prix des services et des biens ont très probablement fait grimper le montant des dépenses directement à la charge des patients à un niveau sans précédent, bien qu'aucun chiffre récent ne soit disponible à ce jour.

La capacité d'un secteur privé réglementé pour contribuer de manière décisive à la nouvelle loi sur l'assurance maladie reste une occasion à saisir, d'autant plus que le budget de l'État a fortement investi dans l'infrastructure des services de soins de santé primaires au lieu de passer des contrats avec des prestataires privés de manière réglementée et systématique, dans le cadre d'un plan unifié.

## 5. Gestion de la migration du personnel de santé

"Gestion du marché du personnel de santé dans les pays qui connaissent une forte migration des professionnels de la santé, des efforts pourraient être entrepris pour maîtriser les pressions exercées par le marché international sur la migration des professionnels de la santé"



Avis d'expert



Pire que 2019

La migration du personnel de santé n'est qu'une manifestation des conditions de travail, de rémunération et de croissance peu attrayantes, du moins en comparaison avec d'autres pays.

Compte tenu du besoin croissant de personnel de santé qualifié en Égypte et de l'absence d'amélioration des prestations offertes, les experts consultés ont reconnu de manière consensuelle l'exode du personnel de santé, en particulier à la suite de la dévaluation de la monnaie locale.

Les efforts visant à fournir des incitations supplémentaires aux travailleurs de la santé ont été reconnus, de même que la création de comités chargés d'étudier les conditions de travail des médecins. Toutefois, ces efforts ne suffisent pas à faire face à la situation actuelle, qui a été décrite

comme très peu planifiée, sans vision et qui ne dépasse pas les efforts individuels ponctuels réalisés de bonne foi.

## 6. Gestion de l'inefficacité

"Les inefficacités peuvent inclure l'identification et la réduction de l'absentéisme des travailleurs, connue pour être un problème important dans le système de santé publique dans de nombreux contextes"



Avis d'expert



Comme en 2019

Le recrutement et la gestion des ressources humaines dans les gouvernorats pilotes pour la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'assurance maladie peuvent témoigner d'une évolution positive sur ce plan. Le recrutement basé sur une sélection objective a été la règle depuis le début de la mise en œuvre pour toutes les catégories de nouveaux embauchés et les tentatives de remédier aux inefficacités et à l'absentéisme ont été plus fructueuses dans ce contexte. Toutefois, au-delà de ces gouvernorats, l'absentéisme et les inefficacités majeures dans la gestion des ressources humaines sont une préoccupation croissante, en particulier à la lumière des conditions de travail de plus en plus insatisfaisantes pour les professionnels de la santé, en particulier dans le secteur public.

## 7. Motivation et performance du personnel

"Motivation et productivité du personnel de santé, ce qui peut inclure le renforcement de la supervision. Il s'agit potentiellement de l'un des instruments les plus efficaces pour améliorer les compétences individuelles des travailleurs et la gestion efficace de la performance des travailleurs de la santé"



Avis d'expert



Comme en 2019

Au-delà de la reconnaissance symbolique et verbale des sacrifices que les professionnels de la santé ont dû endurer pendant la crise du COVID-19, et des compensations accordées par le syndicat médical, aucune amélioration tangible du système de motivation et d'incitation des professionnels de la santé n'a été réellement mise en œuvre.

Les incitations basées sur la performance, qui doivent faire partie intégrante de la prestation de services par le biais du nouveau régime d'assurance maladie, ne sont pas encore totalement en place et les indicateurs et mesures censés être liés à ces incitations mesurent le plus souvent le déroulement des opérations plutôt que les réalisations ou les résultats cliniques. Des efforts considérables doivent être entrepris dans ce domaine.

## C. Systèmes d'information sanitaire

Le COVID-19 et les engagements internationaux relatifs à sa gestion par les États ont imposé un certain nombre de mesures concernant la fourniture de données régulièrement mises à jour et standardisées sur la mortalité, la morbidité et la vaccination dans le cadre du COVID-19. Il reste à savoir si ces mesures ont été maintenues ou renforcées après la crise du COVID et si elles étaient suffisamment précises.

### 1. Génération de données

"Capacité de production de données à l'aide de sources et de méthodes essentielles (enquêtes sanitaires, enregistrement des faits d'état civil, recensement, rapports sur les établissements, suivi des ressources du système de santé). Ces critères reflètent la capacité du pays à collecter des données pertinentes à des intervalles appropriés et à utiliser les sources de données les plus adéquates. Les repères comprennent la périodicité, l'actualité, le contenu des outils de collecte de données et la disponibilité des données sur les indicateurs clés".



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Après une nette division des opinions concernant le statut de la production de données, il a été convenu qu'il y avait une amélioration relative et légère de la capacité de production de données suite aux expériences pratiques liées à la réponse COVID-19. En outre, la nécessité de produire des données d'impact pour le nouveau régime d'assurance maladie sociale a ouvert la voie à une meilleure capacité de collecte dans ce domaine. Cependant, cette capacité est encore loin de répondre aux besoins et aux attentes en termes de transparence et d'accès aux données et, en particulier, en termes de précision, dont le niveau est très contesté. Les lacunes suivantes ont été observées:

La collecte et la production de données sont toujours basées sur des demandes hautement centralisées ou reflètent des engagements internationaux pour différents besoins en matière de rapports. La collecte régulière de données, qui fait partie de la fonction principale des autorités exécutives, est encore largement absente.

La capacité à générer des données précises et fiables nécessite des outils permettant de vérifier les données provenant à la fois de sources gouvernementales et du secteur privé. La collecte de données sur les taux d'infection par le COVID-19 a été fortement critiquée en termes d'exactitude pour de nombreuses raisons, notamment des défauts dans les mesures utilisées (qui ne considèrent que les cas de PCR positifs comme des cas de COVID-19, bien que la PCR n'ait été effectuée que sur un nombre limité de cas conformément aux protocoles nationaux), en plus d'une collecte discutable, systémique et précise de données provenant du secteur privé.

Les craintes concernant la sécurité des données empêchent souvent la collecte et l'accessibilité des données ; le plus souvent, ces craintes ne sont pas justifiées et constituent des obstacles importants à un processus de réforme mené par les dirigeants, soutenu et contrôlé par la société civile.

## 2. Analyse et validation des données

"Capacités nationales de synthèse, d'analyse et de validation des données. Ces capacités mesurent les dimensions clés des cadres institutionnels nécessaires pour garantir la qualité des données, y compris l'indépendance, la transparence et l'accès. Les critères de référence comprennent la disponibilité de mécanismes de coordination indépendants et la disponibilité de micro données et de métadonnées.



Avis d'expert



Pire que 2019

Bien qu'il ait été convenu que la collecte des données se soit légèrement améliorée, les experts consultés ont déclaré que l'analyse et l'accessibilité des données sont en recul. Les observations suivantes ont été faites :

Le pays ne dispose toujours pas d'une loi sur l'accès à l'information comme le stipule la constitution de 2014. L'Égypte est toujours à la traîne à cet égard, en particulier si on la compare à la Tunisie ou au Maroc.

La collecte de données précises, fiables et régulières nécessite une synergie et une communication considérables entre les bases de données des différents départements et ministères du gouvernement. Les efforts sur ce front se sont poursuivis à un rythme plus soutenu au cours des deux dernières années. Un plan de collecte de données partagé par le public doit être mis en place.

L'accès à des données régulières et précises est un élément essentiel pour une bonne gestion des comptes. Les membres du Parlement ont du mal à accéder à ces données afin d'évaluer correctement et objectivement les performances du gouvernement.

En Août 2023, une stratégie nationale pour la réforme du système de données et de statistiques en Égypte a été lancée dans le but de servir de référence clé pour l'élaboration des programmes de politique publique. Cette stratégie nationale n'a pas encore donné de résultats tangibles<sup>7</sup>.

Les efforts déployés en matière de collecte de données et les données générées doivent être correctement mis en valeur, communiqués et diffusés.

<sup>7</sup> Lancement de la stratégie nationale pour la réforme de la production de données et de statistiques, août 2023, <https://www.shorouknews.com/news/view.aspx?cdate=29082023&id=62e1c2e1-716e-408c-98b9-dd9c9659da42>

### 3. Disponibilité d'enquêtes de santé

"Le pays dispose d'un plan d'enquête chiffré sur dix ans qui couvre tous les thèmes de santé prioritaires et prend en compte d'autres sources de données pertinentes.



Expert's Consensus



Comme en 2019, non-existant

Le COVID-19 représentait une occasion unique de présenter un plan d'enquête sanitaire chiffré pour le pays. Les experts consultés ont tous déclaré ne pas avoir connaissance d'améliorations dans ce domaine..

### 4. Disponibilité de registres des naissances et des décès

"Les objectifs visés sont les suivants : Enregistrement d'au moins 90 % des naissances, enregistrement d'au moins 90 % des décès, utilisation de la CIM-10 dans les hôpitaux de district et communication des causes de décès au niveau national".



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Des améliorations considérables ont été constatées au niveau de l'enregistrement des naissances et de sa précision. On note cependant que jusqu'à présent, l'enregistrement des naissances est toujours ouvert jusqu'à deux semaines après la naissance, ce qui pose problème pour mesurer avec précision la mortalité infantile et les besoins en unités de soins intensifs en néonatalogie et en couveuses.

L'enregistrement des décès est toujours à la traîne en ce qui concerne les causes de décès. Cela a été clairement mis en évidence au cours du COVID-19, qui a donné lieu à des données très discutables sur le nombre de décès liés au COVID. Des efforts sont nécessaires pour s'assurer que les causes de décès soient correctement et précisément documentées conformément à la CIM-10 et ce, à tous les niveaux de prise en charge.

### 5. Disponibilité des recensements

"Recensement effectué au cours des 10 dernières années, avec des projections démographiques disponibles, pour les districts et zones administratives plus petites, pour les 10 prochaines années, imprimé ou électronique - et bien documenté".



Avis d'expert



Comme en 2019

Aucun changement n'a été constaté concernant les recensements

## 6. Disponibilités des rapports sur les établissements de santé

"L'accent est mis sur le système de notification des maladies à déclaration obligatoire et sur l'utilisation des technologies modernes de communication, ainsi que sur la communication de statistiques du district au niveau national.



Avis d'expert



Comme en 2019

Le ministère de la santé dispose d'un système de déclaration des maladies obligatoire progressivement numérisé. Toutefois, des efforts considérables sont encore nécessaires pour les décès liés à la maternité et pour un reporting précis des établissements qui ne relèvent pas de la compétence du ministère de la santé (secteur privé, établissements communautaires et autres établissements publics).

## 7. Disponibilité du suivi des ressources du système de santé

"Il s'agit notamment d'au moins un exercice de comptes nationaux de la santé clôturé au cours des cinq dernières années, d'une base de données nationale avec les établissements de santé relevant les secteurs public et privé et d'un géocodage, disponibles et mis à jour au cours des trois dernières années".



Avis d'expert



Comme en 2019

De récents comptes nationaux de la santé, pourtant largement dépassés, ont été publiés à la fin de l'année 2023, couvrant les données de 2019-2020. Aucune base de données nationale publique pour les secteurs public et privé n'a été compilée et aucune donnée détaillée pour le géocodage n'est disponible au public.

# D. Accès aux médicaments essentiels

## 1. L'accès aux médicaments essentiels en tant que droit

"Accès aux médicaments/technologies essentiels dans le cadre de la réalisation du droit à la santé, reconnu dans la constitution ou la législation nationale comme faisant partie de la réalisation progressive du droit à la santé et/ou comme un droit spécifique de tous les citoyens".



Avis d'expert



Comme en 2019

Pas de changement particulier sur ce front. L'accès aux médicaments essentiels a été inscrit dans la constitution de 2014.

## 2. Politique nationale publiée en matière de médicaments

" Existence et année de la dernière mise à jour d'une politique nationale officielle en matière de médicaments et mise à jour au cours des cinq dernières années".



Avis d'expert



Comme en 2019

Il n'existe pas encore de politiques nationales publiées en matière de médicaments. L'Autorité égyptienne des médicaments a été créée, ce qui constitue un progrès considérable en matière de gouvernance, mais la quantité de données sur la disponibilité, la consommation et les besoins en médicaments est encore très faible et aucune politique n'a été décidée pour résoudre des questions tels que l'élimination des médicaments sans ordonnance et la surconsommation d'antibiotiques en vente libre, pour n'en citer que quelques-uns. Des rapports détaillés peuvent être fournis sur mesure par des entités de recherche du secteur privé qui disposent d'un accès privilégié aux données gouvernementales, moyennant des frais considérables qui ne sont abordables que pour les sociétés pharmaceutiques ou les investisseurs du secteur privé lors de leurs études de marché.

## 3. Publication d'une liste nationale des médicaments essentiels

" Existence et année de la dernière mise à jour d'une liste nationale de médicaments essentiels, publiée et mise à jour au cours des cinq dernières années".



Expert's Consensus



Comms en 2019, pas réalisé

Les experts consultés ont déclaré qu'il existe une liste nationale de médicaments essentiels, mais qu'elle n'est ni publiée ni accessible. Aucune information n'a été trouvée quant à l'année de la dernière mise à jour de la liste. La dernière liste nationale de médicaments essentiels figurant sur le site web de l'Organisation mondiale de la santé date de 2006, avec un lien brisé<sup>8</sup>. Après avoir consulté les sites web du ministère de la santé et de l'autorité égyptienne des médicaments et effectué une recherche sur Google en utilisant les termes "Egypt list of essential medicines", aucune liste officielle n'a été trouvée sur l'une ou l'autre de ces sources.

<sup>8</sup> Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, Organisation mondiale de la santé, visité le 29 octobre 2023, <https://www.emro.who.int/essential-medicines/publications/national-essential-medicines-list.html>

## 4. Disponibilité pratique des médicaments essentiels

"Dans la pratique, les médicaments essentiels sont-ils disponibles et accessibles à tous les niveaux de soins ?



Avis d'expert



Pire que 2019

Étant donné qu'aucune liste de médicaments essentiels n'est disponible, il est impossible d'évaluer avec précision la disponibilité pratique de ces médicaments. Toutefois, les experts ont noté que, dans la mesure où bon nombre de ces médicaments étaient distribués par des unités de soins de santé primaires et des hôpitaux publics, les restrictions imposées aux services et à l'accès à ces installations au cours du COVID-19 permettent de conclure qu'il y a eu un recul sur ce plan. Ce constat a été validé par un certain nombre de rapports documentés de la société civile et de citoyens au cours de cette période.

## E. Financement des systèmes de santé

### 1. Dépenses publiques de santé

"Dépenses de santé des administrations publiques en proportion des dépenses des administrations publiques"



Avis d'expert



Pas de consensus

Il est important de mesurer les tendances des gouvernements en matière de dépenses de santé pour déterminer s'il est nécessaire d'augmenter les investissements afin de garantir le droit à la santé. L'article 18 de la Constitution égyptienne stipule que le gouvernement s'engage à consacrer au moins 3 % du PIB aux soins de santé. Les dépenses publiques en matière de santé contribuent à réduire ou à éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé, ce qui est l'un des objectifs de développement durable, en particulier les objectifs 3 et 8.

Selon les documents officiels du budget, les dépenses publiques en matière de santé ont diminué de 6 % au cours de l'exercice 2022 / 2023 par rapport à l'exercice précédent et devraient augmenter de 15 % en 2023 / 2024.<sup>9</sup> Cependant, cette augmentation signifierait toujours une baisse en termes

<sup>9</sup> Budget général de l'Etat 2023/2024, <https://mof.gov.eg/ar/posts/stateGeneralBudget/63a95e67da80a50008d14783/%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%B2%D9%86%D8%A9%20%D8%B9%D8%A7%D9%85%D8%A9%202023%2024>

réels, car le taux d'inflation pour l'exercice fiscal en cours est estimé à 16 %. En outre, les dépenses publiques par rapport au produit intérieur brut (PIB) devraient passer de 1,3 à 1,24 en 2023 / 2024, ce qui représente moins de la moitié de l'engagement constitutionnel. Cela a été confirmé par les déclarations répétées du président égyptien selon lesquelles il n'est pas possible d'atteindre le seuil constitutionnel en raison d'un manque de ressources.<sup>10 11</sup>

Il convient de noter que les déclarations du ministère des finances tendent à raconter une histoire différente, à savoir que l'Égypte remplit actuellement ses engagements constitutionnels grâce aux dépenses publiques de santé qui atteignent 3,72 % du PIB<sup>12</sup>, ce qui est en contradiction manifeste avec les documents budgétaires. Ce chiffre ne reflète pas une augmentation réelle des dépenses, comme cela a été démontré précédemment, mais plutôt une nouvelle approche adoptée pour le calcul de ces chiffres, qui tient compte non seulement des postes budgétaires alloués au ministère de la santé, mais aussi des entreprises publiques et des agences gouvernementales qui incluent les hôpitaux et les services de santé de l'armée et de la police, l'assurance maladie fournie par d'autres ministères, en plus du programme d'assurance maladie complet. Il convient également de noter que ces dépenses publiques en matière de santé incluent également les dépenses liées à l'eau, à l'élimination des déchets ou à d'autres services que le budget appelle simplement "services de santé publique". En outre, ce chiffre comprend également les services de la dette liés aux emprunts contractés pour financer les soins de santé.

## 2. Protection contre les risques financiers et couverture pour les groupes vulnérables

"Population couverte par l'assurance maladie. Mécanismes mis à disposition pour assurer la couverture des populations les plus vulnérables"



Avis d'expert

X

Pas de consensus

Les données officielles concernant la couverture de l'assurance maladie indiquent une amélioration de la protection générale contre les risques financiers et de la couverture des soins de santé. Cette amélioration est due à l'inclusion de populations spécifiques dans l'organisation actuelle de l'assurance maladie d'une part, et à la mise en œuvre du nouveau régime d'assurance maladie universelle, d'autre part.

<sup>10</sup> Discours du Président à la conférence des jeunes, Juin 2023, Heure 1, Minute 16, [https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch\\_permalink&v=824428972307666](https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=824428972307666)

<sup>11</sup> Commentaire sur les déclarations du président sur les engagements constitutionnels en matière de dépenses publiques de santé et d'éducation, EIPR, 2023, <https://eipr.org/press/2023/06/-الحوكمة-لنسب-التعليم-والصحة-الدستورية-تعليق-المبادرة>

<sup>12</sup> Ministère des finances, budget national 2020/2021, <http://www.mof.gov.eg/MOFGallerySource/Arabic/budget2020-2021/Financial-Statement2020-2021.pdf>

Toutefois, l'inflation constante du marché et l'augmentation significative du coût de la vie ont eu un impact important sur le coût des services de santé, réduisant les services et la couverture fournis par le régime d'assurance maladie et augmentant les coûts supportés par les familles pour bénéficier des services du secteur privé. Les experts consultés ont conclu qu'en l'absence de données fiables et actualisées sur les dépenses de santé à la charge des patients et sur la couverture réelle de certains groupes vulnérables, il est difficile de parvenir à un consensus sur cet indicateur.

### 3. Transparence financière

"Transparence financière aux niveaux opérationnel et managérial"



Aucune amélioration ou recul n'a été observée sur ce front. L'accès transparent aux données financières relatives aux services de santé s'est principalement limité à des déclarations ponctuelles de hauts fonctionnaires. Les données opérationnelles et de gestion ont été et restent très absentes du discours public.

### 4. Paiements directs

"Rapport entre les dépenses de santé à la charge des ménages et les dépenses totales de santé."



Les dernières données publiées concernant le rapport entre le paiement direct des soins de santé et les dépenses totales de santé ont été estimées à 59,3 % en 2020<sup>13</sup>. Cela représente une amélioration par rapport aux données de 2009 des comptes nationaux de la santé (72 % des dépenses totales étaient à la charge des patients). Toutefois, aucune donnée récente n'a été produite pour refléter l'inflation en cours ou la nouvelle réalité post-COVID. Il n'a donc pas été possible de parvenir à un consensus sur le statut de cet indicateur au moment de la réalisation de cette étude.

<sup>13</sup> Knoema, Égypte - Part des dépenses de santé courantes dans les dépenses de santé, 2020

## F. Leadership et gouvernance

### 1. Stratégie nationale de santé

"Comment est-elle fabriquée ? Est-elle accessible au public ? Est-elle régulièrement mise à jour ? Est-elle contraignante ?



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Jusqu'au début de l'année 2023, il n'y a pas eu de stratégie nationale de santé discutée publiquement pour l'Égypte. En milieu d'année 2023, le bureau national de l'Organisation mondiale de la santé a lancé des sessions de consultation communautaire, présentant des projets de stratégie nationale à débattre avec les principales parties prenantes. Cette stratégie a été présentée et discutée en détail lors de la récente Conférence mondiale sur la population, la santé et le développement (CIPD) organisée par le ministère de la santé, et d'autres mises à jour et publications sont attendues ultérieurement. Il s'agit d'une évolution positive qui peut ouvrir la voie à un alignement considérable des efforts dans le cadre d'une stratégie nationale unifiée en matière de santé.

### 2. Représentation

"Toutes les parties prenantes sont-elles régulièrement représentées dans le processus décisionnel ? Dans quelle mesure le processus de prise de décision est-il participatif au niveau de la prestation de services, au niveau du district et au niveau national ?



Avis d'expert



Comme en 2019

Aucune amélioration n'a été constatée dans ce domaine. Les tentatives de création d'un haut conseil de la santé multidisciplinaire et représentatif, chargé de l'élaboration et du suivi d'une stratégie nationale de santé, ont échoué. Les efforts déployés par le bureau national de l'Organisation mondiale de la santé pour mobiliser les parties prenantes concernées afin qu'elles fassent part de leurs réactions et s'approprient la nouvelle stratégie nationale de santé ont été reconnus et appréciés par les experts consultés, même s'ils restent l'exception et non la règle.

### 3. Transparence et 4. l'obligation de rendre compte

"Les informations sont-elles mises à disposition de manière transparente, précise et opportune ?  
Les données nationales sur la santé sont-elles accessibles à tous, à tous les niveaux ?  
"Existe-t-il des mécanismes de responsabilité locale et nationale à l'égard des prestataires de services et des régulateurs ?



Avis d'expert



Comme en 2019

Bien que pendant la période COVID-19, la transparence des données sanitaires nationales relatives aux cas de COVID se soit légèrement améliorée, avec des rapports quotidiens, puis hebdomadaires, sur la morbidité et la mortalité, elle n'a pas été étendue à d'autres données sanitaires et ne s'est pas poursuivie au-delà de cette période exceptionnelle de COVID-19.

Les mécanismes de responsabilité locaux et nationaux sont encore très limités. L'Autorité générale des soins de santé mène actuellement des initiatives visant à créer des communautés locales de patients participant à la gestion des plaintes et à la fourniture de services au niveau local dans les gouvernorats de la première phase de mise en œuvre de l'assurance maladie universelle, mais l'initiative est encore trop précoce pour être évaluée et ne s'est pas étendue au-delà de ce champ d'application. Les décrets existants visant à créer des comités de défense des droits des patients dans d'autres hôpitaux publics et districts sanitaires n'ont pas encore été appliqués.

### 5. Mécanismes de recours

"Des mécanismes de traitement des plaintes et de recours ont-ils été mis en place? Sont-ils efficaces et donnent-ils des résultats en temps utile ?



Avis d'expert



Amélioré depuis 2019

Avant COVID-19, le gouvernement avait mis en place un certain nombre de mécanismes de recours pour répondre aux plaintes des citoyens concernant les services publics. Le système d'assistance téléphonique unifié du Cabinet fonctionne depuis lors avec une efficacité considérable dans la gestion de ces plaintes. Les fonds alloués par la Banque mondiale dans le cadre de modèles de financement axés sur les résultats se sont également concentrés sur l'efficacité des mécanismes de recours utilisés dans la prestation de services de soins de santé. De même, la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle comprend le déploiement d'un système de gestion des plaintes dédié aux bénéficiaires de ses services. Au plus fort du COVID-19, l'Égypte a également assisté au déploiement de lignes téléphoniques d'urgence dédiées aux besoins liés au COVID. Dans l'ensemble, il y a une amélioration considérable sur ce front, cependant, on note que la plupart des solutions sont destinées à répondre aux problèmes spécifiques de la personne qui dépose les plaintes mais induisent rarement des changements systémiques ou des améliorations dans les processus afin d'éviter la répétition de ces plaintes.

## G. Préparation aux épidémies

### 1. Infrastructure de santé publique



Bien qu'une infrastructure supplémentaire soit intervenue au cours du COVID-19, il a été difficile d'évaluer si des améliorations ont été apportées à l'infrastructure stable de la santé publique

### 2. La surveillance



Le COVID-19 a apporté une amélioration durable dans ce domaine.

### 3. L'immunisation



La capacité de production, de déploiement, d'enregistrement et d'administration des vaccins s'est considérablement améliorée avant 2019.

### 4. Capacité des hôpitaux et 5. Laboratoires



Il est difficile de procéder à une évaluation objective de la capacité des hôpitaux et des laboratoires à répondre aux besoins en cas de pandémie sans disposer de données solides, accessibles et fiables. Toutefois, il a été observé que, sur de nombreux fronts, les hôpitaux et les laboratoires ont fait preuve de résilience face à la pandémie et à la pression qu'elle a exercée sur le système et l'infrastructure de soins de santé.

## 6. La coordination



La réponse du gouvernement au COVID-19, surtout au début de la crise mondiale, a donné lieu à des efforts de coordination entre les différents cercles de décision du pays. Il était extrêmement positif d'assister à des réunions où tous les représentants du gouvernement discutaient et contribuaient à la gestion d'une crise sanitaire et mobilisaient leurs ressources pour atténuer l'impact de la pandémie sur les services de santé, mais aussi sur les conditions sociales et de vie de la population. La capacité du gouvernement à mobiliser ce niveau de coordination en cas de besoin ne doit pas être la norme ni l'exception.

## H. Communication en matière de santé publique

### 1. L'éducation publique et 2. L'éducation au risque



Les mécanismes mobilisés par le gouvernement pour l'éducation du public et la prévention des risques ont relativement bien réussi à atteindre leurs publics cibles et à provoquer des changements de comportement positifs considérables. Certains de ces outils sont toujours utilisés et prêts à être déployés en cas de besoin.

### 3. Communication avec le personnel de santé



Au début du COVID-19, de nouveaux mécanismes et de nouvelles technologies ont été mobilisés pour assurer la communication des lignes directrices et des protocoles de traitement aux travailleurs de la santé. Des lignes téléphoniques d'urgence et des services de soutien dédiés aux travailleurs de la santé ont été mis en place pour assurer une communication continue et répondre à leurs besoins en matière de santé mentale. Ces outils ont été rapidement déployés et mis en œuvre, bien que nombre d'entre eux aient été interrompus ou n'aient pas été reconduits par la suite.

# I. Mesures spécifiques au COVID

## 1. Données COVID disponibles (incidence, mortalité, morbidité) ?



Les données du COVID pendant la pandémie étaient généralement disponibles et accessibles via les principaux canaux de communication et les médias sociaux.

## 2. Données COVID crédibles ? 3. Données COVID régulières ? et 4. Données COVID accessibles ?



La crédibilité des données publiées a été fortement remise en question, notamment en ce qui concerne les cas positifs et les taux de mortalité liés au COVID, pour lesquels les mécanismes de collecte de données et les données produites ont été largement critiqués pour leur forte sous-estimation par rapport aux chiffres réels.

## 5. Couverture vaccinale assurée ? et 6. Équité vaccinale atteinte ?



La couverture vaccinale a été assurée dans tout le pays. L'équité était l'un des principes majeurs de la couverture lors de l'organisation des campagnes de vaccination, et les vaccins étaient accessibles à tous. Les programmes spéciaux et les efforts de sensibilisation pour les populations à risque ont été limités mais ont été organisés pour atteindre les populations difficilement accessibles.

## 7. Les populations à haut risque et les groupes cibles ont-ils été sensibilisés à la vaccination ?



Bien que les vaccins aient été rapidement accessibles à tous, les programmes spéciaux et les efforts de sensibilisation des populations à risque ont été limités. Un accès spécial aux prestataires de soins de santé a été garanti, mais la distribution générale des vaccins tient rarement compte des besoins particuliers des populations à haut risque et des groupes cibles. Au début de la distribution du vaccin, les situations de centres de vaccination surpeuplés avec de longues files d'attente remplies de personnes âgées et de patients souffrant de maladies chroniques étaient la norme, sans que l'impact sur la propagation du virus ne soit pris en compte ou presque.

## 8. Des boosters étaient-ils disponibles ? et 9. Le taux de couverture des boosters a-t-il été atteint ?



Les doses de rappel des vaccins COVID-19 étaient facilement disponibles et distribuées avec une grande équité au cours des dernières phases de la pandémie, mais la situation s'est considérablement ralentie depuis lors, avec peu ou pas de doses de rappel mises à disposition au cours de l'année écoulée.

## 10. Accès aux tests garanti ? et 11. Caractère abordable des tests garanti ?

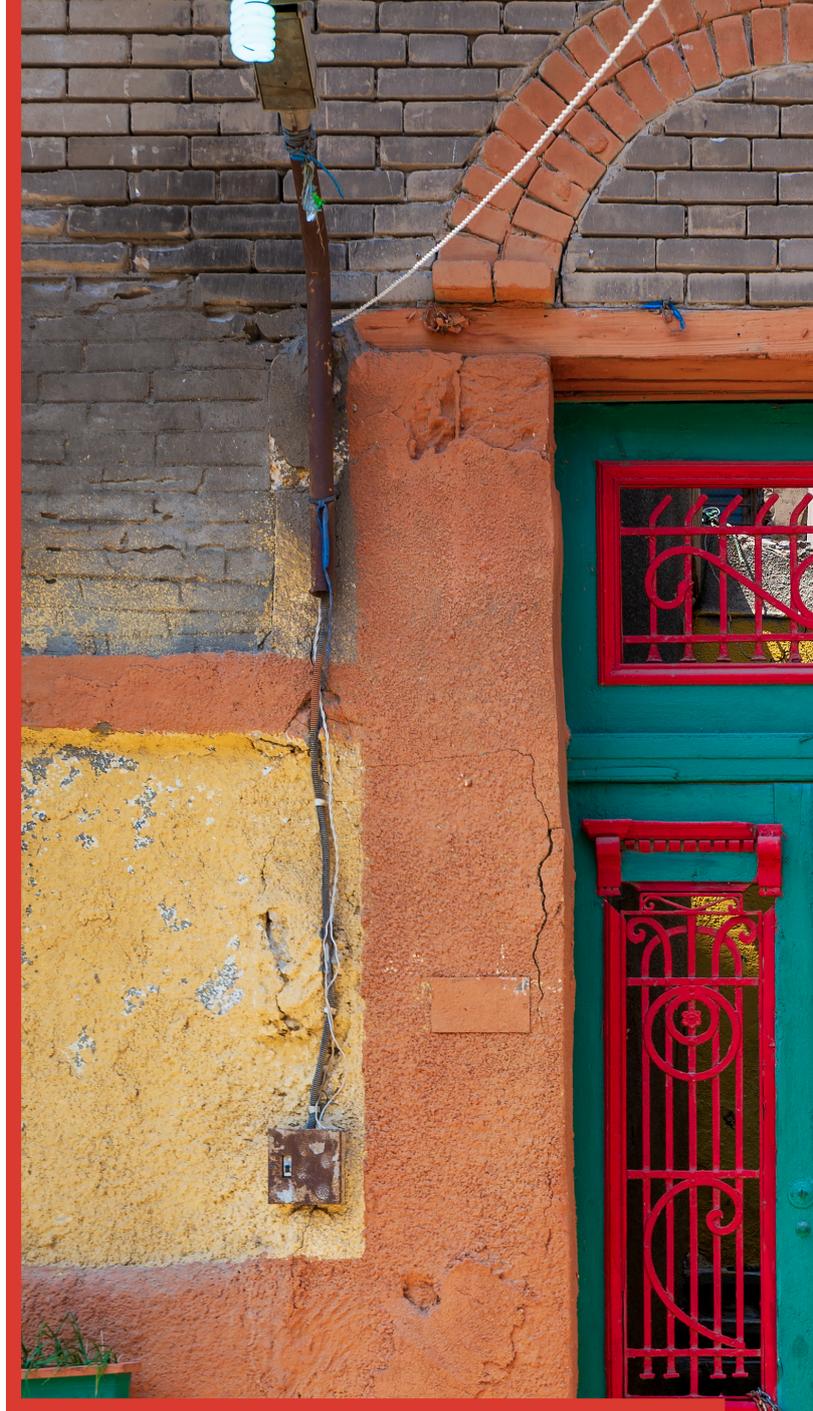


Les travaux sur les tests COVID-19 ont pris beaucoup de retard pendant la pandémie. Entre les restrictions d'accès aux tests PCR dans le public, l'accès tardif aux tests rapides et la tarification relativement élevée et incontrôlée des tests dans le secteur privé, on constate que cette question nécessite un travail important pour une préparation optimale à la pandémie.

## 12. Accès au traitement assuré ? 14. Coût abordable du traitement garanti ?



L'accès au traitement et son caractère abordable ont été largement couverts par le secteur public au sein du secteur public. Toutefois, en raison des limites des infrastructures et des lits disponibles, les prestataires de services du secteur privé ont joué un rôle essentiel pour garantir l'accès au traitement. Cependant, dans le secteur privé, les prix étaient largement incontrôlés.



# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La capacité à évaluer régulièrement et objectivement les performances du système de santé (selon le cadre des piliers du système de santé de l'OMS ou autre), les données fiables, actualisées et disponibles de manière transparente sont indispensables. Bien que la focalisation de la communauté internationale sur les données de santé publique du COVID-19 ait eu un impact positif sur ce front, la précision et la continuité des données du système de santé en Égypte sont encore discutables et nécessitent des améliorations significatives.

Le régime d'assurance maladie universelle en Égypte a ouvert la voie à un certain nombre d'améliorations considérables dans de nombreux aspects du système de santé, notamment en ce qui concerne la qualité des services, la couverture, la protection contre les risques financiers et l'accès aux services. Bien qu'il soit impératif de revoir de nombreux aspects de la mise en œuvre de ce nouveau régime afin d'en assurer la généralisation et la couverture, ce qui a été réalisé dans les gouvernorats pilotes constitue déjà une amélioration significative, bien que limitée dans son ampleur. La mise en œuvre de certaines solutions et l'adoption de certains outils utilisés par le nouveau régime d'assurance maladie universelle pourraient être lancées et réalisées dans tout le pays, en préparation du déploiement du nouveau régime d'assurance et pour garantir une distribution équitable de services de qualité dans tout le pays.

La continuité des soins nécessite un examen plus systématique, centré sur le patient, le trajet et l'orientation des patients, en particulier dans le cadre des services de soins de santé primaires qui doivent encore être revus, que ce soit dans le cadre de l'ancien régime d'assurance maladie ou dans celui de la nouvelle assurance maladie universelle.

Les efforts de normalisation et de promotion de la qualité des services de santé menés par le GAHAR ne devraient pas constituer un obstacle à la réalisation du régime d'assurance maladie universelle ou à l'amélioration des services dans le secteur privé ou social. Nous recommandons d'envisager des dispositions plus acceptables et plus respectueuses des ressources pour l'accréditation et de garantir un point de contact unique pour le processus à suivre, qui ne nécessite aucun audit supplémentaire par d'autres autorités (comme les permis de sécurité).

La coordination des services entre les différentes autorités gouvernementales s'est considérablement améliorée lors de la période la plus intense de COVID-19, avec une approche "Une seule santé" couvrant clairement l'accès à différents secteurs ; certains de ces efforts de coordination prévalent encore, mais pas suffisamment.

Le personnel de santé et les questions liées à la rétention des travailleurs de la santé, à la migration et à la planification stratégique des ressources humaines médicales constituent une préoccupation majeure. Dans le contexte du nouveau régime d'assurance maladie universelle et au-delà, il est absolument indispensable de prêter attention aux conditions de travail des travailleurs de la santé, à leurs salaires, à la formation continue et à la mise en place d'un ensemble de mesures incitatives attrayantes et véritablement fondées sur les performances. À ce jour, la planification stratégique du personnel médical est à la traîne et les interventions visant à mobiliser le personnel médical sont toujours menées de manière désorganisée, ce qui affecte négativement l'écosystème et risque de constituer un défi croissant à mesure que la mise en œuvre des régimes d'assurance maladie s'étendra à d'autres gouvernorats.

Bien que des efforts significatifs aient été déployés pour assurer un accès équitable et continu aux médicaments essentiels, des efforts politiques sont nécessaires pour promouvoir la production nationale de médicaments, pour assurer une bonne adéquation du traitement des patients et pour promouvoir la disponibilité des vaccins.

Les efforts récents sont louables pour ce qui est de l'élaboration d'une stratégie nationale de santé consensuelle qui tient compte des stratégies nationales et des domaines prioritaires. Cet exercice doit se traduire par des plans nationaux réalisables, qui impliquent différents décideurs et secteurs, y compris la société civile et le secteur privé, et qui promeuvent la transparence des données et la responsabilité sociale.

## References

1. Organisation mondiale de la santé, Monitoring the Building Blocks of Health Systems, A handbook of indicators and their measurement strategies, 2010, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
2. Oppenheim B, Gallivan M, Madhav NK, et al. Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157, <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001157.full.pdf>
3. GAHAR, Qui sommes-nous ?, <https://gahar.gov.eg/page/p/%D9%85%D9%86-%D9%86%D8%AD%D9%86>
4. GAHAR, Statistiques, tel qu'affiché le 24 octobre 2023, <https://gahar.gov.eg/>
5. Portail du gouvernement égyptien, Août 2023, <https://www.sis.gov.eg/Story/262076/%D9%87%D9%8A%D8%A6%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9-133-%D9%85%D9%86%D8%B4%D8%A3%D8%A9-%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%A9-%D9%85%D8%B9%D8%AA%D9%85%D8%AF%D8%A9-%D9%88%D9%85%D8%B3%D8%AC%D9%84%D8%A9-%D8%B7%D8%A8%D9%82%D9%8B%D8%A7-%D9%84%D9%85%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D9%8A%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D8%AC%D9%88%D8%AF%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%8A%D8%A9-%D8%A8%D8%AE%D9%85%D8%B3-%D9%85%D8%AD%D8%A7%D9%81%D8%B8%D8%A7%D8%AA?lang=ar>
6. Nombre d'établissements de santé en Égypte selon CAPMAS, octobre 2022, <https://akhbarelyom.com/news/newdetails/3904246/1/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AD%D8%B5%D8%A7%D8%A1-1798-%D8%A5%D8%AC%D9%85%D8%A7%D9%84%D9%8A-%D8%B9%D8%AF%D8%AF-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D9%81%D9%89-%D9%85%D8%B5>
7. El Mal News, 2021, <https://almalnews.com/%d9%85%d8%b9-%d8%aa%d9%88%d8%b5%d9%8a%d8%a9-%d8%a8%d8%b2%d9%8a%d8%a7%d8%af%d8%aa%d9%87%d8%a7-%d8%aa%d8%b9%d8%b1%d9%81-%d8%b9%d9%84%d9%89-%d8%b9%d8%af%d8%af-%d8%a7%d9%84%d9%85%d8%b3%d8%aa%d8%b4%d9%81>
8. Suivi de l'expérience des patients à l'ICU, GAHAR, 2023, <https://gahar.gov.eg/page/p/%D9%85%D8%AA%D8%A7%D8%A8%D8%B9%D8%A9-%D8%AA%D8%AC%D8%B1%D8%A8%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D9%8A%D8%B6-%D8%A8%D9%85%D9%86%D8%B8%D9%88%D9%85%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%A3%D9%85%D9%8A%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%A7%D9%85%D9%84>

9. Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, Organisation mondiale de la santé, visité le 29 octobre 2023, <https://www.emro.who.int/essential-medicines/publications/national-essential-medicines-list.html>
10. Ministère des finances, budget national 2020/2021, <http://www.mof.gov.eg/MOFGallerySource/Arabic/budget2020-2021/Financial-Statement2020-2021.pdf>
11. Statistica, Financement de la santé <https://fr.statista.com/outlook/co/health-indicators/health-financing/egypt>
12. Knoema, Egypte - Dépenses de santé en pourcentage des dépenses de santé courantes, <https://knoema.com/atlas/Egypt/topics/Health/Health-Expenditure/Out-of-pocket-expenditure-as-a-share-of-current-health-expenditure#:~:text=In%2020%2C%20out%20of%20pocket,ending%20at%2059.3%20%25%20in%202020>
13. Budget général de l'Etat 2023/2024, <https://mof.gov.eg/ar/posts/stateGeneralBudget/63a95e67da80a50008d14783/%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%B2%D9%86%D8%A9%20%D8%B9%D8%A7%D9%85%D8%A9%202023%2024>
14. Déclaration du Président lors de la Conférence de la jeunesse des partis, juin 2023, Heure 1, Procès-verbal 16 [https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch\\_permalink&v=824428972307666](https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=824428972307666)
15. Commentaire sur les déclarations du président sur les engagements constitutionnels en matière de dépenses publiques de santé et d'éducation, EIPR, 2023, <https://eipr.org/press/2023/06/%D9%84%D8%A3%D9%88%D9%84-%D9%85%D8%B1%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%A6%D9%8A%D8%B3-%D9%8A%D8%B9%D8%AA%D8%B1%D9%81-%D8%A8%D8%AA%D8%AC%D8%A7%D9%87%D9%84-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D9%83%D9%88%D9%85%D8%A9-%D9%84%D9%86%D8%B3%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%85-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D9%8A%D8%A9-%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%82-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%A8%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A9>
16. Lancement de la stratégie nationale pour la réforme de la production de données et de statistiques, août 2023, <https://www.shorouknews.com/news/view.aspx?cdate=29082023&id=62e1c2e1-716e-408c-98b9-dd9c9659da42>



L'Initiative Egyptienne pour les droits personnels (EIPR) œuvre depuis 2002 au renforcement et à la protection des droits et libertés fondamentaux en Égypte, par le biais de la recherche, de la défense et du soutien aux litiges dans les domaines des libertés civiles, des droits économiques et sociaux et de la justice pénale.



Fondée en 2012, l'Alliance cherche à renforcer et à amplifier les voix de la société civile qui travaillent sur des solutions aux pandémies actuelles et futures, ainsi que celles qui travaillent dans le secteur de la santé sur l'accès et la qualité des services, ayant un impact sur les populations mal desservies dans l'une des régions les plus inégalitaires du monde.

Pour ce faire, l'Alliance se concentre sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies d'éducation et d'engagement du public, de plaidoyer, de réforme politique et de traduction des résultats de la recherche, afin de garantir que toutes les personnes du continent soient informées de leurs droits et disposent des compétences et de l'accès à des plateformes leur permettant de réclamer des comptes sur les violations commises.

