

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



DOSSIER D'INVESTISSEMENT

2020-2023

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

DOSSIER D'INVESTISSEMENT 2020-2023

ACRONYMES

CMU	: Couverture maladie universelle
CNAM	: Caisse nationale d'assurance maladie
CSU	: Couverture sanitaire universelle
EDS	: Enquête démographique et de santé
DI	: Dossier d'Investissement
GFF	: Mécanisme de financement mondial
RASS	: Système d'information pour la gestion sanitaire
IRA	: Infections respiratoires aiguës
MICS	: Enquête en grappes à indicateurs multiples
MII	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MNT	: Maladies non transmissibles
MSHP	: Ministère de la santé et de l'hygiène publique
PCIMNE	: Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant
PIB	: Produit intérieur brut
PNCFS	: Plateforme nationale de coordination du financement de la santé
PPP	: Partenariat public privé
RHS	: Ressources humaines pour la santé
SDMPR	: Système de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte
TMI	: Taux de mortalité infantile
TMN	: Taux de mortalité néonatale
TMM	: Taux de mortalité maternelle
TRO	: Thérapie par réhydratation orale
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
WDI	: Indicateurs du développement dans le monde.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	8
2.	CONTEXTE GÉNÉRAL	9
2.1	Contexte socioéconomique	9
2.2	Financement de la santé	10
2.3	Résultats dans le domaine de la santé	11
3.	ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	13
3.1	Méthodologie	13
3.2	Analyse des goulots d'étranglement	14
4.	MEILLEURES OPTIONS STRATÉGIQUES ET INTERVENTIONS À HAUT IMPACT	28
4.1	Vision	28
4.2	Principes directeurs	28
4.3	Cadre	29
4.4	Interventions	29
4.5	Responsabilisation	32
5.	INVESTISSEMENT ET IMPACT	33
5.1	Régions prioritaires	33
5.2	Etudes des impacts selon différents scénarios	34
5.3	Investissements nécessaires	35
5.4	Ressources disponibles	36
5.5	Estimation des déficits de financement	37
5.6	Choix stratégiques d'investissement	40
6.	BIBLIOGRAPHIE	42



Liste des tableaux

Tableau 1 : Régions par ordre de priorité	33
Tableau 2 : Coût du Dossier d'Investissement par priorité d'intervention et par an	36
Tableau 3 : les dix premiers investisseurs dans le secteur de la santé entre 2016-2018	36
Tableau 4 : Financement annoncé par les partenaires entre 2016-2018 (dix premiers)	37

Liste des figures

Figure 1 : Personnes sous le seuil national de pauvreté	9
Figure 2 : Evolution du PIB ivoirien (en %)	9
Figure 3 : Dépenses de santé	10
Figure 4 : Sources de financement (2016)	10
Figure 5 : Evolution de la charge de morbidité en 2000 et 2015	12
Figure 6 : Sévérité des goulots d'étranglement selon le mode de prestation de soins	14
Figure 7 : Utilisation par type de formation sanitaire, source et revenu, 2015.....	17
Figure 8 : Evolution des taux de mortalité infantile et juvénile, 1990-2015	17
Figure 9 : Evolution de la mortalité néonatale	18
Figure 10 : Taux de mortalité néonatale par région (2016)	18
Figure 11 : Mortalité infantile par région (2016)	19
Figure 12 : Taux de mortalité infanto-juvénile par région (2016)	19
Figure 13 : Penta 3, rougeole, taux de couverture vaccinale complète (%) et taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000) dans toutes les régions	20
Figure 14 : Source du traitement contre la diarrhée	22
Figure 15 : Financement du traitement contre la diarrhée selon le revenu et la source et le revenu	22
Figure 16 : Gravité des goulots d'étranglement pour la santé infanto-juvénile	22
Figure 17 : Evolution de la mortalité maternelle, de 1995 à 2012	24
Figure 18 : Gravité des goulots d'étranglement pour la santé maternelle	27
Figure 19 : Dossier d'investissement de la Côte d'Ivoire	28
Figure 20 : Interventions par axe stratégique	29
Figure 21 : Distribution des régions prioritaires dans le pays	33
Figure 22 : Décès infanto-juvénile évités selon le scénario	34
Figure 23 : Impact des interventions en fin du 2022	35
Figure 24 : Fonds investi dans la santé par source de financement de 2016 à 2018	36
Figure 25 : Financement annoncé par les partenaires de 2019 à 2020	37
Figure 26 : Excédent/déficit total prévu par scénario	40



Crédits photos : ©UNICEF CI, ©UNFPA CI
Redaction graphique : Angés concept2019

1. INTRODUCTION

Le Gouvernement de Côte d'Ivoire est fermement résolu à garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous. Le Plan national de développement (PND)2016–2020 et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020 de l'État ivoirien témoignent de cet engagement. Pour réaliser cet ambitieux objectif et atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), le Gouvernement ivoirien soutenu par des partenaires au développement, a lancé plusieurs réformes et initiatives visant à : (i) mobiliser des ressources complémentaires en faveur de la santé et améliorer la gestion financière des fonds publics affectés à la santé ; (ii) élargir la protection contre le risque financier par l'intermédiaire d'un régime d'assurance santé ; (iii) améliorer l'accès à des services maternels, néonataux et infantiles de qualité et équipés de matériels et médicaments essentiels ; (iv) et renforcer la gouvernance du secteur de la santé.

La Côte d'Ivoire a récemment rejoint le Mécanisme de financement mondial (GFF) pour accélérer le rythme de mise en œuvre de ces réformes ambitieuses et mobiliser des financements en faveur des priorités nationales pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, envisagée comme un point d'entrée au renforcement de l'ensemble du système de santé du pays. Le GFF est un mécanisme de financement catalytique piloté au niveau national qui aide les gouvernements à réunir une variété de parties prenantes afin de formuler conjointement un dossier d'investissement définissant un ensemble d'interventions prioritaires à fort impact nécessaires pour atteindre la CSU. L'objectif du processus du dossier d'investissement est de façonner la manière dont les ressources sont orientées pour garantir que les financements disponibles vont à des investissements prioritaires qui bénéficieront aux populations dont les besoins sont les plus pressants. Le dossier d'investissement porte principalement sur les « interventions les plus avantageuses » —fondées sur des faits probants et à haut impact— qui permettront d'obtenir des résultats sur le plan de la santé de manière équitable et efficiente. Le dossier d'investissement identifie non seulement les interventions prioritaires pour obtenir les résultats attendus, mais aussi les principaux goulots d'étranglement qui doivent être résolus pour que ces interventions puissent avoir lieu.

Le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (désigné ci-après ministère de la Santé), sous l'autorité du cabinet du Premier ministre, a mené à bien un processus consultatif et inclusif des principales parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales dans le but de rédiger le dossier d'investissement. Parmi les principales parties prenantes figuraient la Primature, les différentes directions du ministère de la Santé chargées du financement, de la planification, de la qualité des soins, des ressources humaines pour la santé, de la santé communautaire et des chaînes d'approvisionnement ; la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui dépend du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale ; le ministère de l'Économie et des Finances ; le ministère du Plan et du Développement ; le secteur privé, notamment les entreprises et les organisations à but non lucratif ; la société civile et les partenaires au développement.



Le dossier d'investissement de la Côte d'Ivoire s'articule autour de trois principaux volets :

- l'analyse stratégique des goulots d'étranglement permettant de présenter des arguments en faveur d'investissements plus importants dans les soins de santé primaires ;
- les interventions fondées sur les données probantes et ayant un haut impact pour remédier aux problèmes prioritaires du système de santé ;
- le montant de l'investissement nécessaire pour financer les « meilleures options » et proposer des scénarios permettant de combler les déficits de financement.

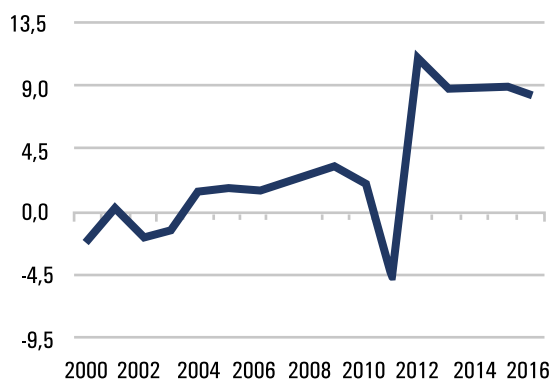
Le présent dossier d'investissement contribuera à la mobilisation de ressources additionnelles nécessaires et à une utilisation plus judicieuse des ressources disponibles en vue d'accélérer les progrès vers la CSU.

2. CONTEXTE GÉNÉRAL

2.1 Contexte socioéconomique

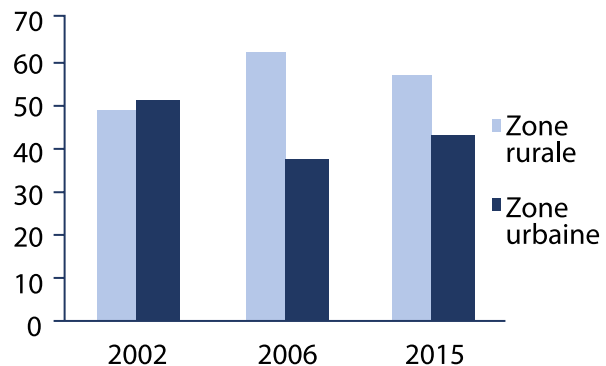
Après une décennie de stagnation économique et de troubles civils, la **croissance économique** s'est **accélérée pour atteindre plus de 7 % par an** (voir graphique 1). Depuis 2012, la Côte d'Ivoire se classe parmi les dix pays affichant les taux de croissance les plus élevés dans le monde. Les perspectives économiques restent positives, le Fonds Monétaire International (FMI) **prévoyant la poursuite de la croissance aux niveaux actuels jusqu'en 2020** et une inflation qui devrait rester faible¹. La poursuite de la croissance économique va créer l'espace budgétaire nécessaire pour que la Côte d'Ivoire puisse investir dans les secteurs sociaux et améliorer la santé et le bien-être de sa population.

Figure 1: Evolution du PIB ivoirien (en %)



Source : WDI, 2017

Figure 2 : Personnes sous le seuil national de pauvreté



Source : WDI 2010, 2105

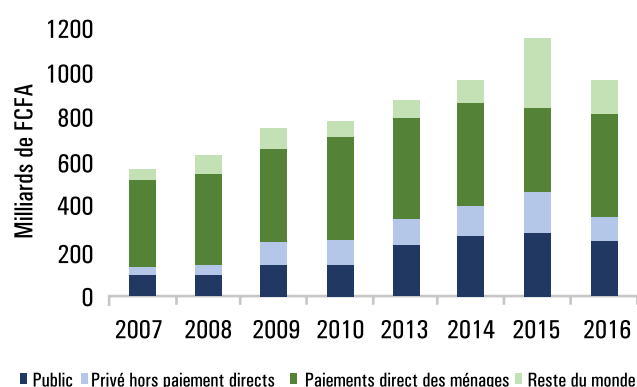
Si la récente croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d'Ivoire : près de 46 % de la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une proportion encore plus importante (57 %) de la population pauvre habite en zone rurale (Banque mondiale, 2016). Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 45 %, marqué par une forte disparité entre les hommes et les femmes : 53 % des hommes sont capables de lire et d'écrire contre 36 % de femmes. La Côte d'Ivoire figure parmi les derniers pays du classement mondial de 2016 de l'indice du développement humain (171e sur 187) et le pays se classe parmi les dix derniers de l'indice du capital humain récemment publié par la Banque mondiale (149e sur 157).

¹<https://www.imf.org/fr/Countries/ResRep/CIV>

2.2 Financement de la santé

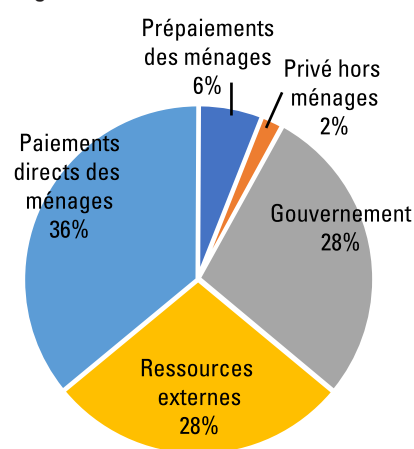
En dépit de la croissance rapide de l'économie, la part des dépenses publiques allouées à la santé est restée stable et était l'une des plus faibles de la région. Bien que le niveau global de dépenses de santé en Côte d'Ivoire (1,66 milliard de dollars, soit 70 dollars par habitant), se rapproche de celui de nombreux pays à revenu intermédiaire, seuls 25 %² de ce montant sont financés par l'État (graphique 3). Notons que l'État ivoirien ne finance que 19 % des dépenses de soins de santé primaire dont le financement reste insuffisant (PHCPI, 2018)³. La santé ne représente qu'environ 6 %⁴ du budget de l'État ce qui est inférieur à la plupart des pays (7 % pour le Ghana, 13 % pour le Burkina Faso, 8 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), 7 % pour les pays d'Afrique subsaharienne). Les ménages et les financements extérieurs couvrent plus de 60 % des dépenses de santé (graphique 4). La dépendance excessive vis-à-vis des financements des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre d'interventions portant sur des maladies spécifiques menace de manière significative la viabilité du financement de la santé sur le long terme.

Figure 3: Dépenses de santé



Source : WDI, 2017

Figure 4: Sources de financement (2016)



Source : WDI 2010, 2015

La fragmentation explique l'inefficacité des dépenses de santé. Près de 70 % du budget national de santé est consacré aux salaires du personnel de santé et à l'administration et le peu qui reste du budget sert à contribuer au fonctionnement des centres de santé, à l'achat de médicaments, à la gestion des chaînes d'approvisionnement et de l'infrastructure. Ces montants sont insuffisants pour couvrir les coûts et cela entraîne d'importantes perturbations des services. Les mécanismes de financement de la santé utilisés, tels que la gratuité des services de soins, perdent en efficacité en raison d'interruptions des financements, ce qui aboutit fréquemment à des ruptures de stock de médicaments et au dysfonctionnement des chaînes d'approvisionnement. Si des sources extérieures financent la prestation de services, seul 16 % de leur financement passe par des circuits publics (HFSA, 2018)⁵. La charge des ménages est par conséquent élevée, et 97 % des paiements directs des ménages sont consacrés à l'achat de médicaments (comptes nationaux de la santé, 2016). À l'observation de cette fragmentation et de la dépendance excessive aux fonds verticaux, viennent s'ajouter les faiblesses de la gestion financière, l'utilisation insuffisante des données pour la prise de décision et des processus de planification et d'exécution du budget, qui sont autant de causes évidentes d'inefficacités du secteur ivoirien de la santé.

²Moyenne du financement de l'Etat de 2014 à 2016

³Rapport Primary Health Care Performance Initiative, 2018

⁴Moyenne du budget de l'Etat consacrée à la santé sur la période 2012-2016. Source : Comptes de la santé

⁵Rapport Health Financing System Assessment, 2019

2.3 Résultats dans le domaine de la santé

Malgré le statut de pays à revenu intermédiaire de la Côte d'Ivoire, la **situation du pays au regard de la santé est comparable à celle d'un pays à faible revenu et ses résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région**. L'espérance de vie est de 55 ans, l'une des plus faibles au monde. Les maladies infectieuses comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose et le paludisme représentent une lourde charge de morbidité. Au total, ces maladies causent près de 24%⁶ des décès annuels en Côte d'Ivoire. Le paludisme constitue la menace la plus importante de ces trois maladies avec plus d'un million de cas confirmés de paludisme en pédiatrie chez les enfants de moins de cinq ans (une incidence de 280 pour 1 000, RASS 2017) et quatre millions de cas toutes tranches d'âges confondues en 2017 (incidence de 160 pour 1 000, RASS 2017). La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire estimée à 2,8%⁷, est la deuxième plus élevée des pays d'Afrique de l'Ouest (Estimation OMS).

Les événements de 2002-2011 ont eu des répercussions importantes sur le secteur de la santé. Malgré une relative stabilité et une forte croissance économique, la reprise a été lente pour le système de santé.

La Côte d'Ivoire affiche l'un des ratios les plus élevés de mortalité maternelle (RMM) de la région et du monde. Selon l'OMS, en 2015⁸ le RMM est estimé à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 371 au Burkina Faso, 405 au Bénin, et 442 en République du Congo et 546 en Afrique subsaharienne. La santé maternelle de la Côte d'Ivoire se classe parmi les plus mauvaises au monde (173ème sur 179 pays) selon l'indice calculé par Mothers (State of the World's Mothers, 2015). Les hémorragies (34 %), l'hypertension et ses complications (22 %), la septicémie (14 %) et les complications de l'avortement (14 %) sont les principales causes de mortalité maternelle et constituent pour la plupart des complications pouvant être évitées et traitées (EDS, 2011-12). Le taux de mortalité maternelle est alarmant au niveau national, mais il convient de rendre compte des disparités régionales en matière de décès maternels : les taux de mortalité sont plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines et dans les régions du nord, de l'ouest et du centre du pays.

Si la santé infantile s'est améliorée en Côte d'Ivoire au cours de ces dix dernières années, **un enfant sur dix n'atteignait pas l'âge de cinq ans en 2015 (96 décès sur 1 000 naissances vivantes)**. Selon l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) en 2015, les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile étaient respectivement de 33, 60 et 96 pour 1000 naissances vivantes. Ces taux sont supérieurs aux moyennes de l'Afrique subsaharienne : taux de mortalité infantile à 53,1 et taux de mortalité infanto-juvénile à 75,5 pour 1000 naissances vivantes. Le pays aura donc des difficultés à atteindre les objectifs de développement durable fixés pour 2030. Les principales causes de décès des enfants sont liées à des affections néonatales (30 %), à des infections des voies respiratoires inférieures (13 %), au paludisme (13 %) et à des maladies diarrhéiques (12 %) (RASS, 2017). Les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile suivent un schéma similaire à celui de la mortalité maternelle et se concentrent dans les zones rurales, au nord et à l'ouest du pays.

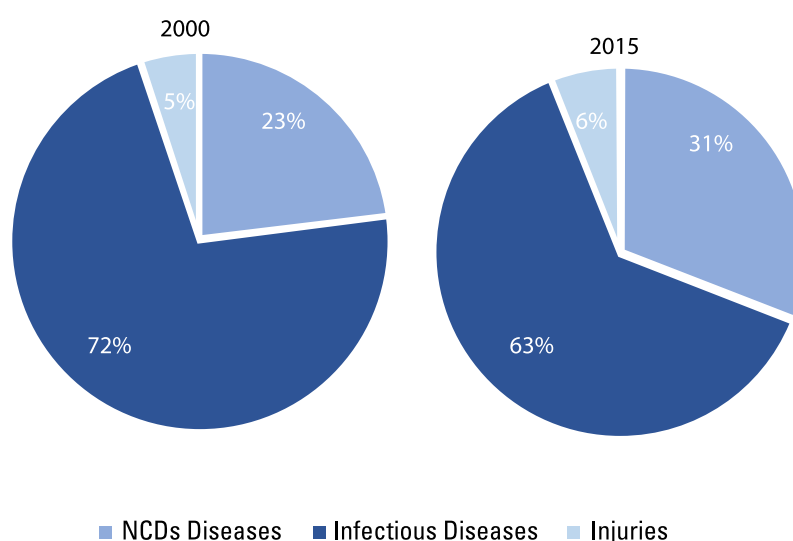
⁶IHME consulté le 05 avril 2019)

⁷Global Health observatory data repository, 2017. Les résultats préliminaires du CIPHA 2017 indiquent une prévalence de 2,5% pour les 15-49 ans.

⁸Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, OMS, Genève 2015

La Côte d'Ivoire est l'un des neuf pays francophones signataires du Partenariat de Ouagadougou déterminé à accélérer l'adhésion aux méthodes modernes de planification familiale dans le but d'espacer ou de limiter le nombre de naissances. Cependant les taux de prévalence contraceptive dans le pays restent faibles : seules 15,5 % des femmes en âge de procréer utilisent des contraceptifs et seules 14,3 % d'entre elles ont recours à une méthode moderne (MICS, 2016). Le taux de prévalence contraceptive est inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (26,26 taux de prévalence contraceptive moderne) (WDI, 2015). Le taux de fécondité total baisse, mais reste élevé : il est passé de 6,6 enfants par femme en 1990 à 5,1 en 2015 et reste plus élevé que la moyenne de l'Afrique subsaharienne qui se situe à 4,85 (WDI, 2015). **Le taux de fécondité encore élevé de la Côte d'Ivoire contribue au taux de croissance annuelle rapide de la population qui s'établit à 2,6 % et affaiblit la capacité du pays à tirer parti du dividende démographique.**

Figure 5: Evolution de la charge de morbidité en 2000 et 2015



Les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques, les cancers et les diabètes constituent les principales maladies non transmissibles. Elles ne sont actuellement prises en charge par aucun régime public d'assurance santé et les ménages financent donc plus de 90 % des dépenses liées à ces maladies. L'augmentation rapide de l'incidence des **maladies non transmissibles entraîne une charge de morbidité double, voir triple si on considère la progression des accidents, qui fragilise davantage le système de santé.**



3. ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

3.1 Méthodologie

Les décideurs sont souvent confrontés à des prises de décisions difficiles concernant la manière d'affecter des ressources limitées, la garantie de l'équité (suppression des inégalités en matière de santé), l'efficacité (optimisation des résultats à l'échelle du pays) et l'efficience (utilisation des ressources le plus rationnellement possible). Dans le cadre du dossier d'investissement, l'analyse des goulots d'étranglement a été effectuée à l'aide de la plateforme EQUIST (Equitable Strategies to Save Lives⁹). La plateforme identifie les priorités en matière de populations, de maladies et d'interventions et établit une estimation des impacts et de la rentabilité des interventions selon différents scénarios. Le modèle EQUIST utilise des données nationales concernant la santé et la nutrition (épidémiologie) et la population (démographie) ainsi que différentes variables permettant d'évaluer les inégalités (géographie, quintile de richesse et lieu de résidence rural ou urbain). Pour mener à bien les analyses de scénarios et d'impact, la plateforme EQUIST adopte une méthodologie descendante et par étape, axée sur les aspects suivants : 1) définition des groupes de population cibles, 2) établissement des priorités dans les domaines de la santé, 3) prise en compte des interventions à fort impact et fondées sur des données probantes, 4) description des goulots d'étranglement et en analyser les causes profondes, et 5) définition de l'impact et des coûts liés aux stratégies et aux interventions proposées. Sur la base des facteurs énoncés ci-dessus, la plateforme EQUIST permet de décrire les causes des inégalités en matière de santé, d'évaluer les disparités de couverture et d'identifier les goulots d'étranglement transversaux du système de santé qui limitent la couverture des services pour les populations mal desservies.

Le dossier d'investissement a axé l'analyse des goulots d'étranglement sur les interventions programmatiques basées sur des données probantes et à haut impact à trois niveaux de prestation des services. Les interventions à haut impact concernaient trois domaines :

- environnement (accès à l'eau potable, hygiène et assainissement) ;
- santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant (soins essentiels aux nouveau-nés, nutrition, vaccination et prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles [PCIMNE]) ;
- santé maternelle, néonatale et de la reproduction (planification familiale, soins prénataux, accouchements assistés et soins obstétricaux et néonataux d'urgence).

Ces domaines d'intervention servent de « point d'entrée » pour renforcer l'ensemble des soins de santé primaires.

Cette analyse examine les facteurs de l'offre et de la demande qui contribuent aux résultats en matière de santé et à l'équité. Concernant la demande, les facteurs pris en compte comprenaient l'acceptabilité sociale et culturelle et l'accès financier aux interventions sanitaires proposées. Pour ce qui est de l'offre, les éléments examinés allaient de la disponibilité des ressources humaines à la disponibilité des intrants sur place, en passant par l'accessibilité géographique, la continuité des soins et la qualité des services. Le modèle EQUIST a classé les obstacles, mesurés d'après les facteurs de l'offre et de la demande, des moindres aux plus importants.

⁹<https://www.equist.info/>

3.2 Analyse des goulots d'étranglement

Si l'on compare la gravité des goulots d'étranglement dans les trois domaines d'intervention, la figure 6 montre que **les obstacles aux programmes environnementaux sont moins nombreux que pour les services de santé néonatal, infantile et infanto-juvénile, et de santé maternelle, et de la reproduction**. La plupart des obstacles au programme environnemental ont obtenu des scores faibles à modérés, sauf dans le cas de la continuité (induit par l'accès limité à l'eau potable). La plupart des goulots d'étranglement liés aux services destinés à l'enfance et à la petite enfance ont été classés comme faibles à modérés, à l'exception de graves obstacles à la qualité de la nutrition et des programmes de PCIMNE et à la continuité des soins dans les services de PCIMNE. Les services de santé maternelle et de la reproduction étaient le plus confrontés aux goulots d'étranglement ; tant pour la demande que pour l'offre. Il a été constaté d'importants obstacles socioculturels à la planification familiale et aux soins prénatals et néonataux, ainsi que des obstacles modérés à importants à leur dotation en personnel, à leur disponibilité et à leur accessibilité

Figure 6: Sévérité des goulots d'étranglement selon le mode de prestation de soins

Prestations	Offre					Demande	
	Diponibilité des soins	Diponibilité des ressources humaines	Accessibilité géographique	Continuité	Qualité	Accessibilité financière	Acceptabilité socio-culturelle
Environnement							
WASH : Eau, hygiène et assainissement	Faible	Modéré	Fort	Fort	Modéré		
MII/sûreté environnementale	Modéré			Modéré			
Santé infanto-juvénile							
Alimentation et soins des nouveaux-nés et des Nourissons	Modéré	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort
Vaccination plus ¹⁰	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré
Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles	Modéré	Fort	Modéré	Fort	Fort	Fort	Modéré
Santé maternelle							
Planification familiale	Modéré	Fort	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort
Soins prénatals	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort
Accouchement assisté par un professionnel qualifié	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort

3.1.1. Système de santé en général

Offre : les facteurs liés à l'offre influent également sur la capacité du gouvernement à mettre des ressources à la fois publiques et privées au profit de services de premières lignes abordables et de qualité

- **L'accessibilité forme un obstacle majeur à l'utilisation des services** : un tiers (33 %) de la population vit à plus de 5 kilomètres d'un établissement de santé publique. Dans deux régions, plus de la moitié de la population (51 %) vit au-delà d'un rayon de 5 km (RASS, 2017). Selon l'enquête Afrobaromètre, les Ivoiriens expriment des avis partagés concernant l'amélioration de l'accès aux soins : pour 41 % des personnes ayant répondu l'accès n'a pas évolué, pour 36 % il s'est amélioré et pour 23 % il s'est détérioré ; la détérioration semble particulièrement marquée dans les zones rurales. L'accès freine la demande : 56 % des personnes ayant répondu n'ont visité aucun établissement de santé au cours de la dernière année, parmi elles, 39 % déclarent qu'elles n'y sont pas allées en raison des difficultés d'accès¹¹.

¹⁰ Concernant la vaccination plus, se référer au dossier d'investissement à cet effet

¹¹ Afrobaromètre, 2017

- **La répartition des ressources humaines consacrées à la santé (RHS) manque d'efficacité.** Le secteur ivoirien de la santé respecte et, dans certains cas, dépasse les normes de dotation en personnel de l'OMS : 1,35 médecin pour 10 000 habitants en Côte d'Ivoire par rapport au 1,0 préconisé par les normes de l'OMS ; 2,14 infirmiers pour 5 000 habitants dans le pays tandis que les normes l'OMS en exigent 1,0 ; et 2,21 sages-femmes ivoiriennes pour 5 000 habitants contre 1,0 pour l'OMS. Toutefois, la majorité des médecins sont concentrés dans les zones urbaines d'Abidjan et des environs, et le nombre de médecins dans les autres régions est bien inférieur aux normes de l'OMS. La répartition des infirmiers et des sages-femmes dans les régions est meilleure, mais la proportion pour les deux professions reste bien inférieure dans les régions reculées du pays¹².
- **Les établissements de santé publique connaissent de fréquentes ruptures de stock.** Seulement 32 % des médicaments indispensables sont disponibles dans le secteur public contre 57 % dans le secteur privé¹³. On note une faible disponibilité des médicaments de spécialité et des médicaments génériques dans l'ensemble des systèmes publics de santé, ainsi que le long délai de réapprovisionnement du stock de base (59 jours en tout et jusqu'à 79 jours dans les hôpitaux publics tertiaires).
- **Les consommateurs de produits de santé subissent régulièrement des ruptures de stock.** La même étude Afrobaromètre a révélé que 66 % de la population interrogée a subi l'effet d'au moins une rupture de stock de médicaments au cours de l'année écoulée, dont 53 % à plusieurs reprises. Le problème était plus fréquent chez les populations rurales et pauvres ; 87 % des groupes les plus pauvres et 76 % de la population rurale ont subi l'effet de multiples ruptures de stock¹⁴.
- **La chaîne d'approvisionnement publique manque d'efficacité.** Elle est très fragmentée, répartie en plusieurs chaînes d'approvisionnement parallèles, chacune ayant ses propres budgets d'administration, de gestion et d'entreposage. En outre, aucune de ces chaînes d'approvisionnement parallèles (essentiellement pilotées par les bailleurs de fonds) ne finance la livraison au niveau des établissements de santé : à savoir le « dernier kilomètre »¹⁵.
- **Le gouvernement investit de manière insuffisante dans les soins de santé primaires.** Les soins primaires ambulatoires¹⁶ ne représentent que 19 % des dépenses publiques de santé contre 25 % destinés aux hôpitaux (CNS, 2016). 78 % des soins primaires ont été financés par des sources externes et 22 % par le gouvernement (CNS, 2016).
- **Le financement des bailleurs de fonds est essentiellement orienté vers les programmes verticaux et représente la plus grande part des ressources de ces programmes stratégiques.** Pour le VIH, il est 81 % du financement, 73 % pour la tuberculose, 50 % pour le PEV et 20% pour le paludisme (Cartographie des ressources, 2019).
- **La plupart des ressources financières pour la santé sont concentrées à Abidjan.** En 2016, les dépenses de santé par habitant étaient de 44 289 francs CFA. Les dépenses par habitant à Abidjan étaient de 54 165 francs CFA (soit 22 % supérieures à la moyenne nationale) tandis que dans les zones rurales, les dépenses par habitant étaient, dans certains cas, près de la moitié de la moyenne nationale (22 141 francs CFA à Marahoue et 28 388 francs CFA à Goh) (HFSA, 2016).

¹²RASS 2017

¹³Étude OMS/HAI, 2013

¹⁴Afrobaromètre, 2017

¹⁵Accélération des réformes en vue d'une couverture de santé universelle : Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire, 2018 : version préliminaire.

¹⁶Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels proposés universellement aux individus et aux familles de la communauté (Déclaration d'Alma Alta 1978)

■ **La qualité des données est insuffisante et leur utilisation pour la prise de décisions dans le secteur de la santé est limitée.** Le ministère a mis en place la plateforme DHIS2 en 2014 pour combler cette lacune. Cependant, de nombreux problèmes subsistent au niveau des informations pour la gestion sanitaire : absence de personnel dédié à la gestion des données dans les établissements de santé, existence de plusieurs logiciels non interreliés ; rupture fréquente d'outils de collecte de données ; la non intégration des autres sources de données dans le SNIS (privé lucratif, entreprises, autres Ministères), pour n'en citer que quelques-uns.

■ **La qualité des soins de santé est insuffisante.** Selon un indice d'accès et de qualité des soins de santé, la Côte d'Ivoire se classe parmi les pays du monde ayant obtenu le score le plus bas : 187 sur 195 pays¹⁷. Une autre étude réalisée en 2015 a classé la Côte d'Ivoire dans la catégorie des pays ayant les taux de mortalité évitable les plus élevés au monde, avec une surmortalité de 29 117 liée à la mauvaise qualité des soins de santé et de 21 912 par l'absence de recours aux soins de santé¹⁸.

Demande : plusieurs facteurs influent sur la demande à la fois de soins de santé et de services de santé de premières lignes.

■ **La demande de soins de santé reste faible.** Les taux d'utilisation des services de soins ambulatoires (une indication indirecte de la demande) ont légèrement augmenté, passant de 43 % en 2015 à 48 % en 2017, mais le recours aux soins de santé est encore faible (RASS 2017). Les taux d'utilisation varient considérablement selon les régions, de 68 % dans le Sud-Comoé à 36 % dans le Haut-Sassandra. Le taux de recours à l'hospitalisation est de 1,56 %, la variation d'un district à l'autre étant moindre (RASS 2017). Même en l'absence d'études à ce sujet, on peut facilement supposer que ce sont les frais et les difficultés liées à l'offre qui limitent la demande.

■ **Le recours aux soins ambulatoires se fait surtout au niveau des soins primaires.** Huit consultations externes sur dix (79 %) ont lieu au niveau primaire, avec toutefois un taux plus faible dans les zones urbaines (par exemple 68 % pour Abidjan) où il est plus courant de les contourner (RASS 2017).

■ **Les ménages sont la principale source de financement des soins de santé.** En 2016, près de la moitié des dépenses totales en soins de santé (43 %) ont été financées par les ménages dont 36% en paiements directs (CS 2016). À noter que les ménages dépensent plus au niveau des officines privées de pharmacie que des établissements de santé. Bien que de nombreux services (santé maternelle et infantile, paludisme et urgences) soient couverts par le programme de gratuité, les patients continuent de dépenser des sommes considérables en médicaments et autres produits de santé ainsi qu'en consultations pour des services non couverts par les régimes publics d'assurance maladie (par exemple les MNT et autres maladies).

■ **Les dépenses restant à charge élevées placent les Ivoiriens face à un risque accru d'appauvrissement.** En 2015, 12 %¹⁹ de la population s'est enfoncée davantage dans la pauvreté à cause de dépenses directes de santé, avec une incidence plus importante sur le groupe des revenus les plus pauvres (18 %) que sur les plus riches (6 %).

À mesure que les revenus augmenteront, la demande de services de santé en fera de même, ce qui accentuera la pression exercée sur un système de prestation de soins de santé déjà fragile

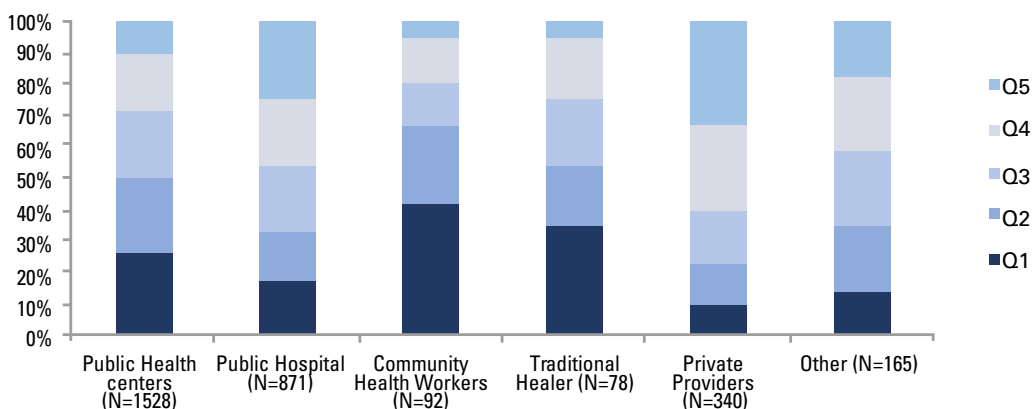
¹⁷The Lancet 390, 231–266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

¹⁸The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

¹⁹HFSA Health financing system assessment

■ **Les groupes de revenu les plus riches font surtout appel à des prestataires privés, tandis que les plus pauvres se font soigner par des guérisseurs traditionnels et des agents de santé communautaires** : un tiers (33 %) du groupe de revenu le plus riche a consulté un prestataire privé, tandis qu'une proportion importante (42 % et 35 %) des groupes de revenu les plus pauvres ont consulté un agent de santé communautaire et un guérisseur traditionnel, respectivement. Qui plus est, les riches ayant reçu des soins dans un hôpital public représentent un pourcentage plus élevé (26 %) que les plus pauvres (18%), ce qui pose la question de l'équité des ressources publiques limitées.

Figure 7: Utilisation par type de formation sanitaire, source et revenu, 2015

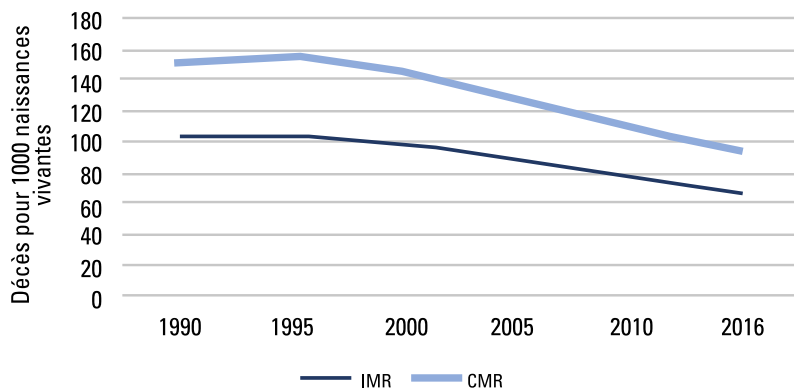


Source : ENV, 2015

3.1.2. Services de santé néonatale, infantile et infanto-juvénile

Tendances : selon les estimations de l'Unicef, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont diminué au cours des vingt-cinq dernières années. Le taux de mortalité infantile est passé de 104,1 à 67,8 pour 1 000 naissances vivantes, tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile a baissé de 151,9 à 94,9 pendant la même période, soit respectivement une diminution de 65 % et 63 %. Le taux de mortalité néonatale a faiblement baissé durant ces dix dernières années, passant de 45 décès pour 1 000 naissances vivantes à 33 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2006 et 2016. Les récentes données montrent que la mortalité néonatale représente la moitié de la mortalité infantile, et le tiers de celle des enfants de moins de cinq ans.

Figure 8: Evolution des taux de mortalité infantile et juvénile, 1990-2015

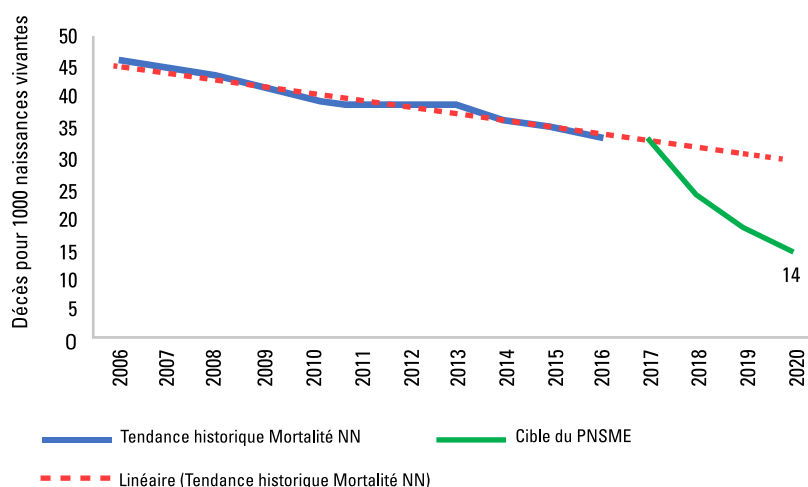


Source : Base de données de l'UNICEF, 2017



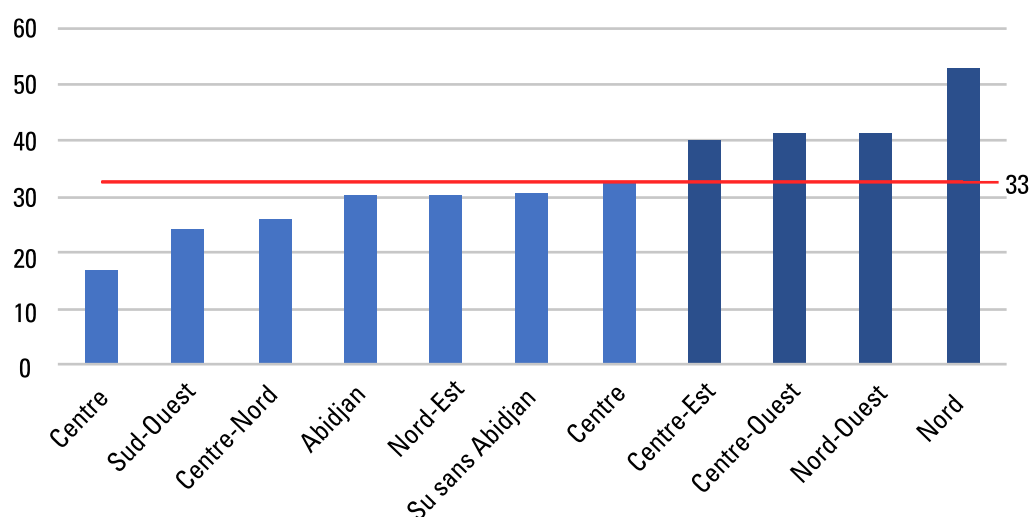
La baisse des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile masque les variations régionales. Comme l'illustre le graphique 10, sept des onze régions — le Centre-Est, le Centre-Ouest, le Nord, le Nord-Est, le Nord-Ouest et l'Ouest — ont un taux au-dessus du taux national de mortalité infantile. Le taux de mortalité infantile est également plus important dans les ménages pauvres que dans les ménages plus riches : respectivement 46 contre 38 décès pour 1 000 naissances vivantes (MICS, 2016).

Figure 9: Evolution de la mortalité néonatale



La baisse relative du taux de mortalité néonatale masque les variations régionales. Comme l'illustre le graphique 10, six des onze régions (le Centre-Est, le Centre-Ouest, le Nord-Ouest, et le Nord) ont un taux au-dessus de la moyenne nationale du taux de mortalité néonatale. Le taux de mortalité néonatale est également plus important dans les ménages pauvres que dans les ménages plus riches : respectivement 40 contre 33 décès pour 1 000 naissances vivantes (MICS, 2016).

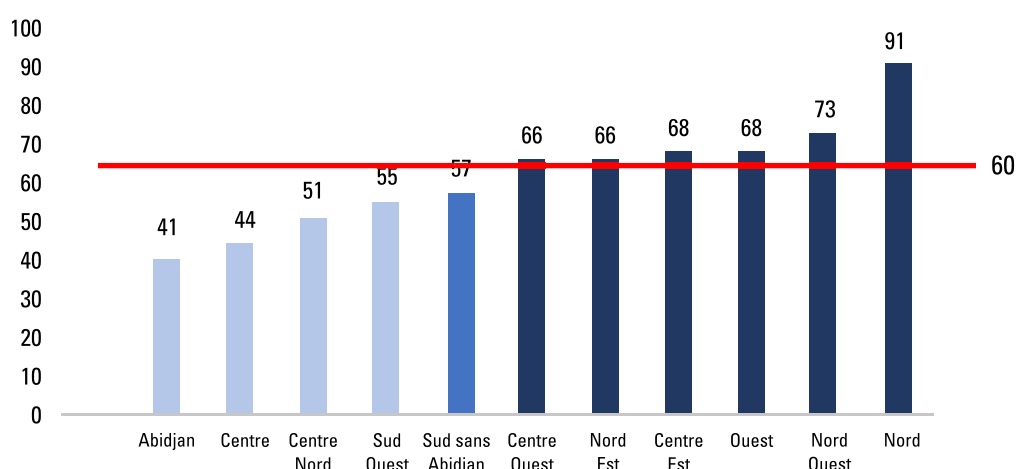
Figure 10: Taux de mortalité néonatale par région (2016)



Quel que soit les régions, la prématurité (31,6%), les causes intra-partum (27,7%) et les infections (20,2%), restent les principales causes de décès chez les nouveaux nés²⁰.

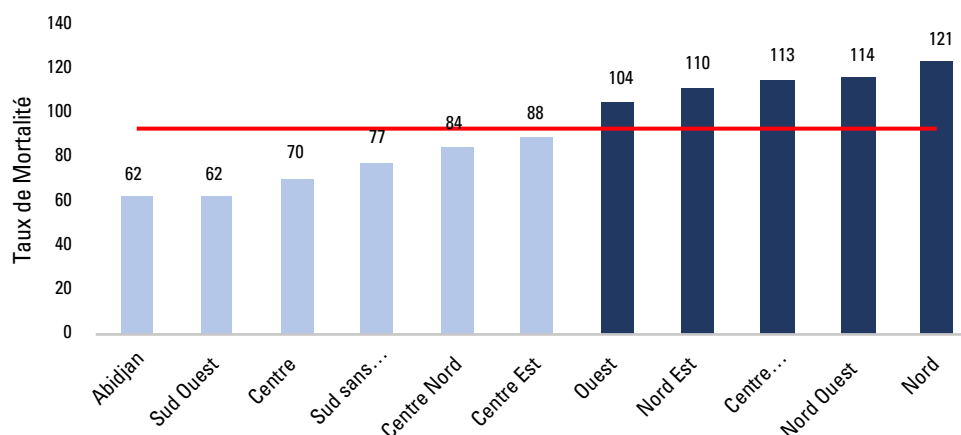
²⁰ENAP 2018-2020

Figure 11: Mortalité infantile par région (2016)



Le graphique 12 illustre un taux de mortalité infanto-juvénile plus élevé que la moyenne nationale (94,5) dans cinq régions sur onze. Malgré les efforts déployés par le ministère dans le cadre de la PCIME et d'autres programmes de survie de l'enfant, les régions du Centre-Nord et du Centre-Ouest continuent d'afficher des taux de mortalité juvénile élevés et ont en fait enregistré une augmentation de ces taux (MIC, 2016). Le taux de mortalité juvénile est également plus important chez les ménages pauvres que chez les ménages plus riches : 120 décès contre 61 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement (MICS, 2016).

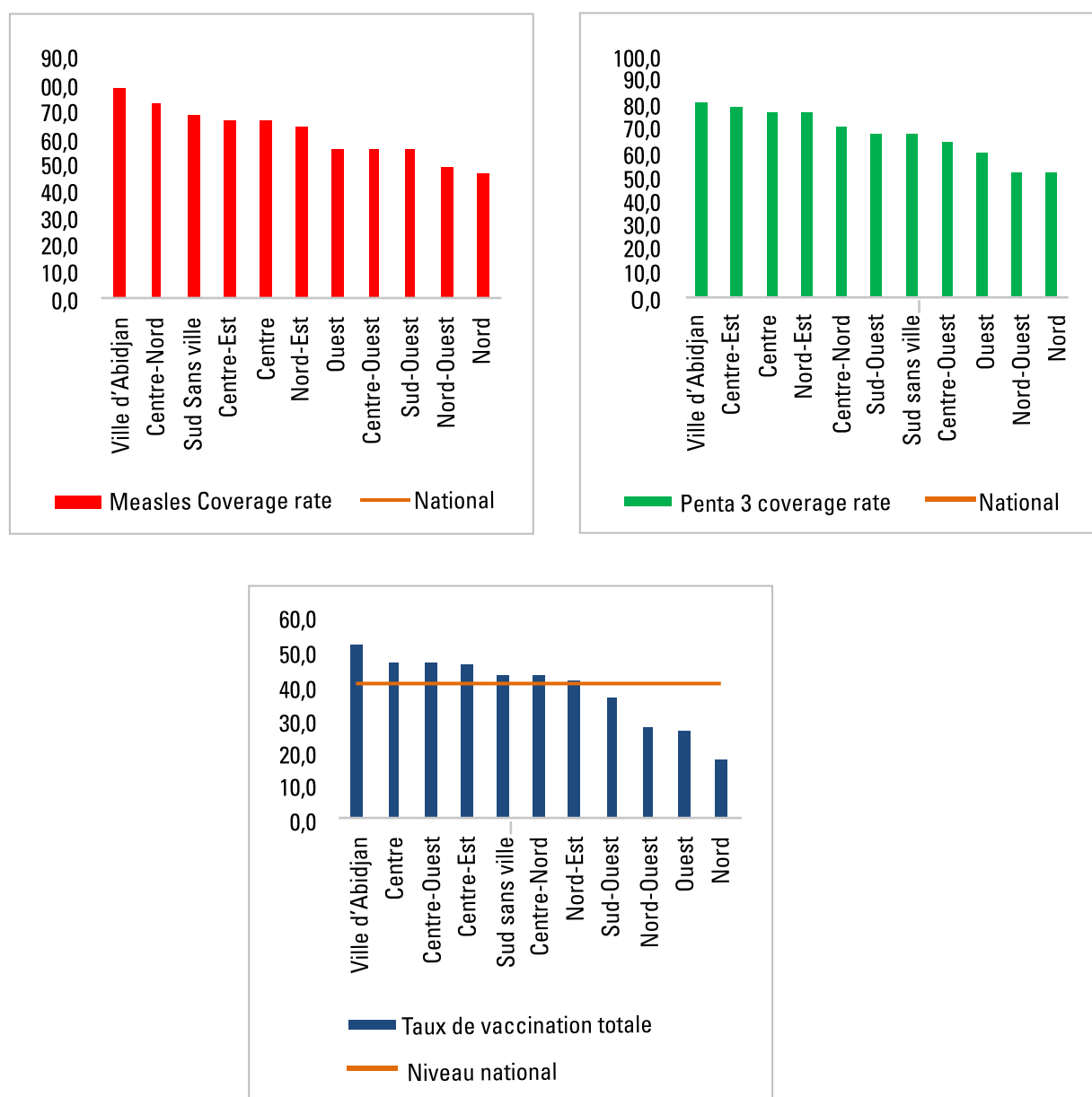
Figure 12: Taux de mortalité infanto-juvénile par région (2016)



Couverture : la MICS 2016 montre que la couverture des **interventions en faveur des nourrissons et des enfants** ciblant les principales causes de mortalité infantile (paludisme, infections respiratoires aiguës et diarrhée) **est faible. On note une disparité en défaveur des enfants du milieu rural et des enfants les plus pauvres.**

Il existe des inégalités importantes entre les régions concernant le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et les différentes vaccinations. Pour le Penta 3, Abidjan présentait une couverture de 81 % contre 52 % pour la région nord. Pour toutes les autres vaccinations, Abidjan a les taux de couverture les plus élevés et le nord a les taux les plus bas. Parallèlement, les régions du Nord et du Nord-Ouest ont les taux de mortalité infantile les plus élevés, et les régions d'Abidjan et du Sud-Ouest ont les taux de mortalité infantile les plus faibles.

Figure 13: Rougeole, Penta 3, taux de couverture vaccinale complète (%) par région.

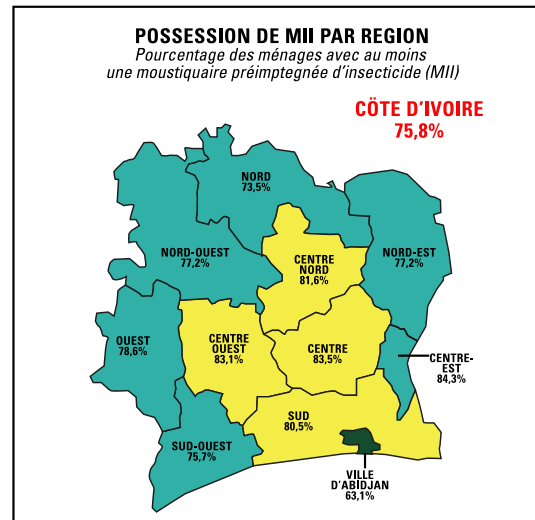


Outre les inégalités entre les régions, il subsiste des inégalités entre les statuts socioéconomiques. Les enfants qui vivent dans les zones rurales, ceux qui ont des mères sans instruction et ceux qui appartiennent au quintile le plus pauvre présentent les taux de vaccination les plus faibles. Seuls 56% vivant en milieu rural, 55 % de ceux dont la mère n'a pas fait d'études et 47,7 % de ceux correspondant au quintile le plus pauvre avaient reçu le vaccin anti-rougeoleux. En comparaison, les taux étaient plus élevés pour ceux vivant en milieu urbain.

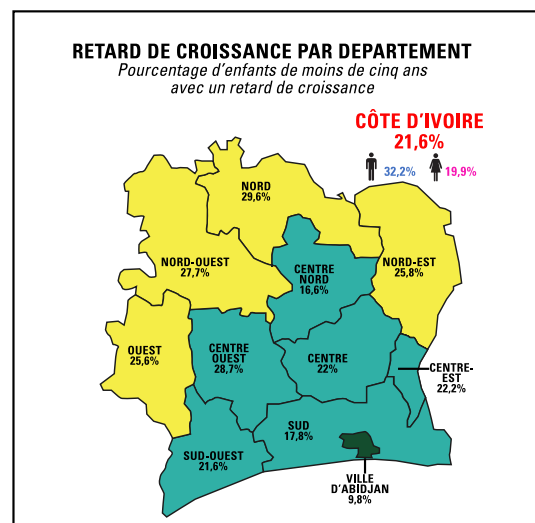
Chez les enfants de moins de cinq ans, 1,3 % présentaient des signes d'infections respiratoires aiguës (IRA) au cours des deux semaines précédant l'enquête (MICS 2016). **Seuls 44 % des enfants qui présentaient des signes d'IRA ont demandé des traitements ou des conseils dans un établissement de santé ou auprès du personnel de santé.**

Près d'un enfant sur cinq (15,2 %) de moins de cinq ans avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. **Toutefois, le traitement de cette maladie mortelle reste faible quand bien même la thérapie par réhydratation orale (TRO) peut suffire à la guérison.** Seuls 32,2 % des enfants souffrant de diarrhée avaient eu recours à la TRO et 43 % avaient utilisé une solution maison contenant des quantités accrues de liquides comme la TRO et 5,6% ont reçu le traitement complet (SRO + Zinc). D'autre part, 27 % des enfants n'avaient reçu aucun traitement.

Malgré la gravité du paludisme, seuls 76 % des ménages possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). La fréquence de possession de MII varie considérablement d'une région à l'autre. C'est dans la région d'Abidjan que le pourcentage de ménages possédant une MII était le plus faible (64 %) tandis qu'au centre du pays le pourcentage était le plus élevé (83 %). Seuls (59 %) des ménages disposant d'une MII l'avaient utilisée le soir précédant l'enquête. L'utilisation de moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes était faible. Dans l'ensemble, 60 % des enfants de moins de cinq ans avaient dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Ce pourcentage allait d'un minimum de 29 % dans la ville d'Abidjan à un maximum de 75 % dans la région Centre-Ouest.



Si l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans s'est amélioré, il est clairement ressorti de la MICS que la malnutrition **restait un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire.** Chez les enfants de moins de cinq ans, 22 % accusaient un retard de croissance, 6 % souffraient d'émaciation et 13 % d'insuffisance pondérale. La malnutrition chronique était plus importante dans les zones rurales que dans les zones urbaines (27,5 % contre 12,5 %) et dans les régions du Nord et du Centre-Ouest (30 % et 29 %). Il existe également un lien de corrélation entre le niveau d'instruction de la mère et le retard de croissance : 24 % des enfants dont la mère n'avait pas fait d'études souffraient d'un retard de croissance, tandis qu'ils n'étaient que 15 % parmi les enfants dont la mère avait fait des études secondaires ou supérieures.



L'une des principales causes de la malnutrition est liée au faible pourcentage (23,5 %) de nourrissons qui sont nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie. Ce taux était bien en deçà de l'objectif national de 50 % établi pour 2020. En outre, l'alimentation de complément a souvent commencé trop tôt, qui plus est avec une alimentation souvent inadéquate sur le plan nutritionnel et dangereuse en raison de la contamination microbiologique. Seuls 65,5 % des enfants âgés de 6 à 9 mois ont bénéficié d'une alimentation de complément. Une autre conséquence de la malnutrition est l'anémie. Près des trois quarts (75 %) des enfants de 6 à 59 mois souffraient d'anémie. Cependant, c'est dans la région du Centre-Ouest que l'anémie était la plus élevée (83 %) et plus faible dans les régions du Nord (67 %) et d'Abidjan (66 %).

Le secteur privé de la santé joue un rôle important dans la prestation des services de la petite enfance.

Le graphique 14 indique le lieu où les parents recherchent des soins pour un enfant malade souffrant de diarrhée. Bien qu'ils aient consulté un établissement public (29 %), une proportion importante (8 %) s'est adressée à un prestataire privé. La proportion de ceux qui se sont rendus chez un prestataire privé est encore plus élevée s'il s'agit d'un enfant avec de la fièvre : 31 % dans le public et 14 % dans le privé. Certes, le pourcentage des parents ayant consulté un prestataire privé est plus élevé (19 %) dans le groupe de revenus les plus riches que dans un groupe plus pauvre (4 %) pour un enfant atteint de diarrhée, il convient toutefois de noter que le secteur privé a été consulté à la fois par des groupes de revenus riches et des pauvres.

Figure 14: Source du traitement contre la diarrhée

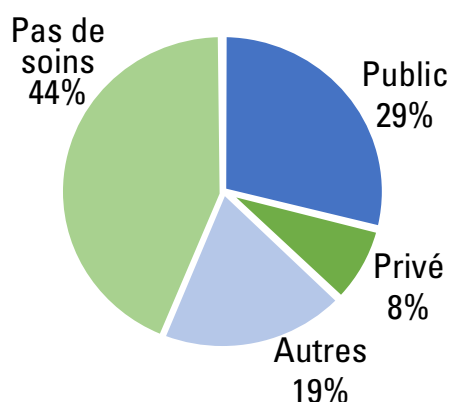
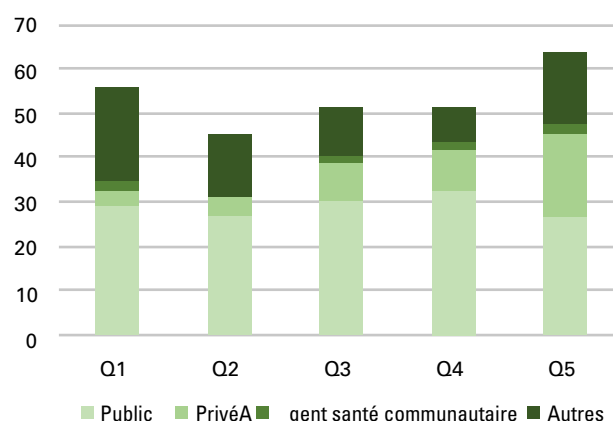


Figure 15: Financement du traitement contre la diarrhée selon le revenu et la source et le revenu



Analyse des goulots d'étranglement liés aux services infantile et infanto-juvénile : selon le modèle EQUIST, *les facteurs liés à l'offre constituent une contrainte plus importante que les facteurs liés à la demande concernant l'insuffisance de la couverture* des interventions auprès des nourrissons et des enfants. L'accès socio-économique et économique ne constitue pas d'obstacles insurmontables à l'utilisation. La vaccination et les interventions de la PCIMNE sont presque universellement acceptées. Toutefois, de nombreux facteurs socioculturels continuent de former des obstacles limitant l'accès et l'amélioration de l'utilisation des services infantile et infanto-juvénile²¹.

Figure 16: Gravité des goulots d'étranglement pour la santé infanto-juvénile

Prestations	Gravité du goulot							
	Offre				Demande			
	Disponibilité des soins	Disponibilité des ressources humaines	Accessibilité géographique	Continuité	Qualité	Accessibilité financière	Acceptabilité socio-culturelle	
Santé infanto-juvénile								
Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité
Vaccination plus ¹⁰	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité
Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité	Gravité

²¹ <https://doi.org/10.1177/156482651303400301>

- **Insuffisance de sensibilisation de la communauté** aux pratiques malsaines, telles que le lavage des mains insuffisant, et aux pratiques saines, telles que l'allaitement maternel exclusif, pour n'en nommer que quelques-unes ;
- **Croyances traditionnelles, normes sociales et méfiance** à l'égard des interventions sanitaires spécifiques telles que la vaccination persistent dans certaines communautés ;
- **Pratiques traditionnelles consistant à associer à l'allaitement** au sein de l'eau, du thé, des jus de fruits, du lait de vache ou de chèvre, du café et d'autres liquides ;
- **Habitudes culturelles spécifiques et tabous alimentaires** qui déterminent le partage de la nourriture (il est par exemple fréquent que le plus jeune enfant de la famille prenne la dernière et la plus petite portion de protéines dans un repas) ;
- **Arrêt précoce de l'allaitement maternel** en raison des pressions économiques exercées sur les femmes pour qu'elles reprennent le travail ou de conseils erronés de l'entourage et même des professionnels de la santé ;
- **Insuffisance des investissements dans les campagnes d'éducation et de santé publique** pour sensibiliser la communauté, encourager les ménages à adopter des pratiques saines et à avoir recours à des soins de santé appropriés et opportuns ;
- **Participation insuffisante des pairs éducateurs et des personnes d'influence** (p. ex. les mères, les voisins, les belles-mères) à la promotion de pratiques saines.

Les contraintes les plus importantes en matière d'offre sont attribuées à la mauvaise qualité et à un défaut de continuité des soins, en particulier dans les programmes de nutrition et de PCIMNE. Parmi les facteurs clés de la mauvaise qualité figurent les éléments suivants :

▪ **La capacité publique varie en fonction des différentes interventions auprès des enfants²²:**

- Les établissements publics sont mieux équipés pour offrir des programmes de vaccination (score moyen de capacité opérationnelle de 82 %) avec un personnel mieux formé (74 %) en matière de directives du Programme élargi de vaccination, de conditions adéquates d'entreposage (72 %) et de disponibilité (80 % à 87 % du temps).
- Les services de lutte contre le paludisme sont relativement bien préparés (score moyen de capacité opérationnelle de 77%) avec toutefois des lacunes ; 78 % des agents de santé ont été formés à la lutte contre le paludisme, 58 % au TPI, 60 % au diagnostic du paludisme et aux directives thérapeutiques.
- Les services de santé infantile sont les moins bien préparés (53 %), avec de faibles taux de formation du personnel (42 %), un manque de disponibilité de produits clés tels que le zinc et la vitamine A (53 %).
- La qualité du service est encore plus faible en ce qui concerne la nutrition : seuls 37 % des nourrissons ont été placés au sein au cours de la première heure²³, 63 % proposent un suivi de la croissance de l'enfant et 85 % offrent une consultation ou un traitement contre la malnutrition.

▪ **Les produits nutritionnels essentiels** pour remédier aux problèmes nutritionnels, tels que des produits alimentaires enrichis abordables qui peuvent être intégrés dans les habitudes alimentaires locales, **ne sont pas disponibles dans les installations publiques ou dans le commerce²⁴.**

▪ **Les familles dépendent fortement des pharmacies privées** qui disposent d'un approvisionnement fiable en produits de santé et médicaments nécessaires (par exemple, 57 % des médicaments essentiels sont disponibles dans les établissements privés contre 32% dans un établissement public) pour traiter les nourrissons et les enfants mais sont souvent inabordables financièrement²⁵.

²²Sauf indication contraire, la plupart des données proviennent de l'enquête SARA, 2016.

²³MICS, 2016

²⁴Ibid.

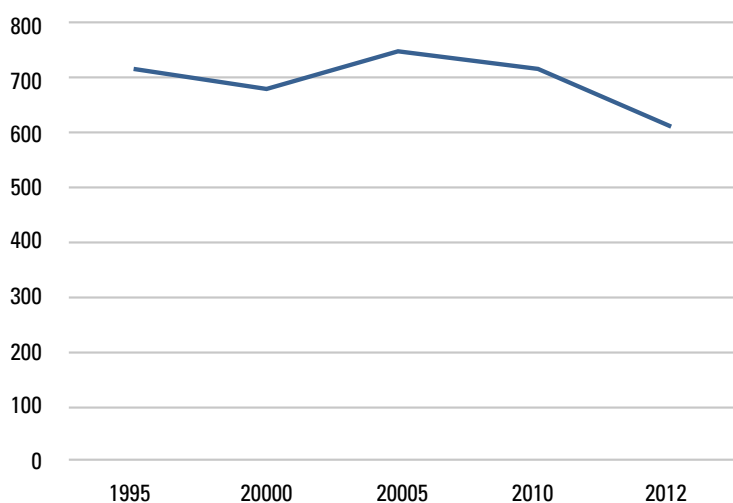
²⁵Étude OMS/HAI, 2013

▪ **Le gouvernement n'alloue pas suffisamment de fonds pour la prise en charge des maladies infantiles.** En dehors de la vaccination pour laquelle la dépense publique représente 43%, la dépense publique pour la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la nutrition et de l'IRA est faible. Elle représente respectivement 12%, 25%, 33% et 35%. En conséquence, les ménages financent une part importante de ces interventions : ils ont notamment financé 44 % des dépenses totales consacrées à la lutte contre le paludisme, 36 % des dépenses consacrées à la diarrhée et 63 % des dépenses consacrées aux infections respiratoires aiguës.

3.1.3. Services de santé reproductive et maternelle

Tendances : comme l'illustre le graphique 17, la mortalité maternelle a fortement fluctué depuis son plus bas niveau historique en 1990 (75 décès pour 100 000 naissances vivantes) à son niveau actuel en 2015, estimé à 645. Les principales causes de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire sont les hémorragies (anté, per et post partum) (34 %), l'hypertension artérielle (22 %), les infections (14 %) et les complications d'avortements (14 %). Plus de la moitié (51 %) des décès maternels surviennent immédiatement après l'accouchement²⁶. Il est difficile d'obtenir des données ventilées sur les taux de mortalité maternelle par région et par groupe de revenu. Les observations indiquent toutefois que la mortalité maternelle est concentrée dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines et qu'elle est plus élevée chez les ménages pauvres que chez les ménages plus riches.

Figure 17: Evolution de la mortalité maternelle, de 1995 à 2012



UNICEF, 2017 et EDS, 2011-2012



Couverture : l'enquête en grappes à indicateurs multiples la MICS 2016 révèle la couverture des principaux services de santé reproductive et maternelle et indique **d'importantes lacunes dans les soins, touchant surtout les femmes rurales et pauvres.**

La connaissance de la planification familiale n'a pas donné lieu à une plus grande utilisation des méthodes contraceptives modernes. Presque toutes les femmes (93 %) et tous les hommes (97 %) ont déclaré au moins connaître les méthodes contraceptives modernes, en particulier le préservatif masculin et la pilule. Malgré ce haut niveau de connaissance, 15,5 % seulement des femmes en couple avaient recours à une contraception, parmi lesquelles seules 14,3 % utilisaient une méthode moderne. Les femmes ivoiriennes utilisent principalement deux méthodes : la pilule (6,3 %) et les injectables (5,2 %)

²⁶Rapport national sur la surveillance des décès maternels et riposte en Côte d'Ivoire 2017

L'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes vivant en couple varie selon la région et le lieu de résidence. L'utilisation de méthodes contraceptives modernes était plus élevée dans les zones urbaines (18,1 %) que dans les zones rurales (11,2 %). C'est dans la ville d'Abidjan que l'utilisation était la plus élevée (19,4 %) et dans le Nord-Ouest la plus faible (4,9 %). L'utilisation de méthodes contraceptives modernes varie considérablement selon le niveau d'éducation : 21,9 % des femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures utilisaient une méthode moderne, contre 11,1 % des femmes n'ayant pas fait d'études.

Le nombre de consultations prénatales recommandées (4) par l'OMS a été peu respecté. La plupart des mères (93,2 %) qui ont accouché d'un enfant dans les deux années précédant l'enquête s'étaient rendues à au moins une consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié (p. ex. un médecin, un infirmier, une sage-femme et un aide-soignant). Il y avait peu de différences entre les femmes enceintes en milieu urbain (96,3 %) et en milieu rural (91,1 %) ayant suivi au moins une consultation prénatale. Toutefois, seule la moitié des femmes enceintes (51,3 %) se sont rendues aux quatre consultations prénatales recommandées. De plus, trois femmes sur cinq (59,8 %) étaient allées pour la première fois en consultation tardivement dans leur grossesse (au-delà de trois mois).

Trop peu de femmes ont accouché assistée d'un personnel qualifié : 40 % des mères ont accouché à domicile avec une accoucheuse traditionnelle ou un membre de leur famille. Plus des deux tiers de toutes les naissances (69,8 %) ont eu lieu dans un établissement de santé. En 20 ans, le pourcentage d'accouchements assistés par un professionnel qualifié est passé de 45 % à son niveau actuel de 73,6 %. Davantage de femmes ont accouché avec un professionnel qualifié dans les régions urbaines (92,2 %) que dans les régions rurales (61,3 %). La ville d'Abidjan a enregistré la plus forte proportion (94,4 %) d'accouchements avec un professionnel qualifié tandis que la région de l'Ouest a enregistré la plus faible proportion (59,4 %). Les femmes des groupes aux revenus les plus faibles (48,8 %) étaient les moins susceptibles d'accoucher avec l'assistance d'un professionnel qualifié.

Les soins postnataux contribuent à prévenir les complications après l'accouchement ; 80,3 % des mères ont bénéficié de soins postnataux dans les deux jours suivant l'accouchement. **Un pourcentage élevé de femmes a reçu des soins postnataux, toutefois c'est immédiatement après l'accouchement que le risque de décès est le plus élevé, ce qui soulève des questions sur la qualité.**

- **Les services d'urgence, tant pour les nouveau-nés que pour les femmes enceintes, ne sont pas adaptés.** En 2017, la couverture des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour les mères et les nouveau-nés était de 18 %²⁷. Les taux de césarienne sont passés de 2,7 % en 2012 (EDS 2011-2012) à 3,3 % en 2016 (MICS 2016), ce qui est inférieur aux recommandations de l'OMS (5 à 15 %). De plus, seuls 48 % des établissements de santé de référence pratiquent la césarienne. Ce faible taux s'explique en partie par le fait que seuls les spécialistes sont autorisés à pratiquer la césarienne.

D'autres facteurs contribuent à une mortalité maternelle élevée, notamment :

- **L'utilisation de moustiquaires par les femmes était faible.** Seules 53,5 % des femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans avaient dormi sous une MII la veille de l'étude MICS, parmi lesquelles 68,5 % vivaient dans des zones rurales et 35,5 % en milieu urbain ;
- **L'anémie était élevée chez les femmes enceintes.** Plus de la moitié (54 %) des femmes en âge de procréer souffraient d'anémie, la plupart sous une forme légère (39 %). Ce pourcentage montait à 64 % chez les femmes enceintes. La prévalence de l'anémie chez les femmes variait selon les régions avec un taux le plus bas dans le nord (33 %) et le plus élevé (75 %) dans le Centre-Nord.

²⁷REnquête SONU rapide, 2018

- **L'anémie était élevée chez les femmes enceintes.** Plus de la moitié (54 %) des femmes en âge de procréer souffraient d'anémie, la plupart sous une forme légère (39 %). Ce pourcentage montait à 64 % chez les femmes enceintes. La prévalence de l'anémie chez les femmes variait selon les régions avec un taux le plus bas dans le nord (33 %) et le plus élevé (75 %) dans le Centre-Nord.
- **Concernant la nutrition, la situation était différente selon le lieu de résidence.** Plus d'un quart (26 %) des femmes en zone rurale souffraient de malnutrition (mesurée par l'indice de masse corporelle), ce qui se traduisait par un manque chronique d'énergie, tandis qu'un pourcentage important (39 %) des femmes en zones urbaines étaient en surpoids.
- **Le paludisme affectait la santé des femmes enceintes et de leurs bébés.** Dans l'ensemble, la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes était de 7 %. Cette proportion était moindre chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (13 % chaque).

Contrairement à la manière dont elles envisagent la planification familiale, les femmes ivoiriennes comptent presque exclusivement sur les services publics. Parmi les femmes ayant accouché dans un établissement de santé, trois sur quatre l'ont fait dans le public. Cette tendance s'est maintenue dans tous les groupes de revenu ; à peu près la même proportion de femmes (41,4 % de pauvres à 67 % de riches) a accouché dans un établissement public. Un faible pourcentage de tous les groupes de revenu (de 2,2 % de pauvres à 24,3 % de riches) a toutefois accouché dans un établissement de santé privé.

Analyse des goulots d'étranglement dans le domaine de la santé maternelle et de la reproduction : D'après le modèle EQUIST, les mauvaises performances des services de santé reproductive et maternelle (R/MH) dispensés aux femmes ivoiriennes **proviennent d'une combinaison de facteurs liés à l'offre et à la demande.** Du côté de la demande, la méfiance socioculturelle à l'égard des soins préventifs par rapport aux soins curatifs nuit à la demande en services prénataux tandis que la résistance culturelle à la planification familiale continue de former un barrage de cette dernière. Du côté de l'offre, la disponibilité des services et des professionnels de la santé qualifiés constitue des écueils au sein des services de santé maternelle et de la reproduction et c'est particulièrement flagrant dans le domaine des soins obstétricaux. Voici une présentation des facteurs contribuant à ces goulots d'étranglement²⁸.

- **La disponibilité des ressources humaines consacrées aux services maternels est le goulot d'étranglement le plus préoccupant :** les ressources humaines consacrées à la santé maternelle et de la reproduction ne représentent que 0,14 médecin pour 1 000 mères, les infirmiers et les sages-femmes sont légèrement plus nombreux, avec une moyenne de 0,48 pour 1 000 mères. Ce personnel ne se trouve toutefois pas dans les régions où les besoins sont les plus pressants telles que Cavally-Guemon, Gbokle-Nawa-San-Pedro, Poro-Tchologo-Bagoué et Worodougou-Béré et qui présentent les plus graves pénuries en personnel.

Figure 18: Gravité des goulots d'étranglement pour la santé maternelle

Prestations	Offre					Demande	
	Disponibilité des soins	Disponibilité des ressources humaines	Accessibilité géographique	Continuité	Qualité	Accessibilité financière	Acceptabilité socio-culturelle
Santé maternelle							
Planification familiale							
Soins prénatals							
Accouchement assisté par un professionnel qualifié							
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)							

²⁸Sauf indication contraire, la plupart des données proviennent de l'enquête SARA, 2016.

▪ **De plus le personnel est insuffisamment formé et n'acquiert pas les compétences pratiques nécessaires pour offrir des services de santé maternelle et de la reproduction de qualité :** les niveaux de formation varient d'un service de santé maternelle et de la reproduction à un autre : 56 % du personnel a été formé en planification familiale, 45 % en soins prénataux, 42 % en soins spécifiques à l'accouchement et 34 % en réanimation néonatale. Si 95 % des établissements disposent d'agents de santé formés en chirurgie, seuls 54 % d'entre eux ont été formés aux dernières directives nationales en matière d'obstétrique. De plus, très peu d'établissements de santé publique disposent de directives pour les soins prénataux (36%) et seulement 37 % ont des directives pour la prestation de soins.

▪ **Les établissements de santé ne disposent pas des moyens matériels nécessaires pour fournir des soins de qualité :** la qualité, mesurée selon la capacité opérationnelle, varie entre les services de santé maternelle et de la reproduction, il en ressort que :

- **Les services de planification familiale** se sont classés au premier rang avec un score moyen de capacité opérationnelle de 68 %. Les ruptures de stock et la gamme limitée de méthodes de planification familiale expliquent en grande partie ce score plus élevé.

- **Les services prénataux** ont obtenu un score moyen de capacité opérationnelle de 66 %, même si l'accès à au moins une consultation prénatale est presque universel (95 %). Le faible score était dû en grande partie à l'insuffisante formation du personnel.

- **Les services obstétricaux complets** ont un score moyen de capacité opérationnelle plus élevé de 60 % en comparaison à l'obstétrique de base, mais ils sont dispensés dans beaucoup moins d'établissements. Presque tous les hôpitaux de niveau tertiaires (95 %) et les hôpitaux de niveau secondaire (60 %) ont pratiqué des césariennes et des transfusions sanguines. C'est le transport depuis les établissements de niveau inférieur qui faisait défaut : seulement la moitié (55 %) des établissements publics disposaient d'un transport d'urgence.

- **Les services d'accouchement et néonataux** présentent un score moyen de capacité opérationnelle de 59 %. Bien que 85 % des établissements de l'enquête pratiquaient des accouchements, peu étaient équipés pour traiter les complications liées à l'accouchement. En outre, la disponibilité des services néonataux était encore moindre (31 %) en raison du nombre limité d'établissements (41 %) proposant des soins kangourou et des services de réanimation néonatale (21 %).

- **Les services de santé pour adolescents** sont classés parmi les services les moins prêts, avec un score moyen de capacité opérationnelle de 40 %. Bien que de nombreux établissements offrent des conseils et des traitements dans divers domaines de la santé (planification familiale, VIH, etc.), seulement 17 % des agents de santé sont formés à la prestation des services de santé de cette cible spécifique.

▪ **L'accès financier est également un obstacle.** Plus des trois quarts (76 %) des femmes ont déclaré ne pas pouvoir recourir aux services de santé maternelle, principalement par manque de moyens financiers (67 %) (EDS, 2011-12) et ce malgré la mesure de gratuité des soins. Cela laisse supposer l'existence de paiements informels.

4. MEILLEURES OPTIONS STRATÉGIQUES ET INTERVENTIONS À HAUT IMPACT

L'analyse des goulots d'étranglement sert de référence au cadre et à la stratégie du dossier d'investissement. Cette section présente la vision, les principes directeurs et la stratégie du dossier d'investissement.

4.1 Vision

La vision du dossier d'investissement est :

« Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays »

4.2 Principes directeurs

Le dossier d'investissement :

- **Applique une approche systémique globale** qui mobilise et intègre l'ensemble des ressources du secteur de la santé, aussi bien publiques que privées ;
- **Utilise la santé maternelle, infantile et néonatale** comme point d'entrée pour renforcer le système de santé et mobiliser des ressources ;
- **Se concentre sur l'équité** en affectant des ressources supplémentaires aux services de premières lignes dans les régions prioritaires, et sur l'accès en élargissant rapidement la gamme complète de services et de produits de soins de santé primaires par l'entremise de prestataires publics et privés ;
- **Met l'accent sur une utilisation efficace des ressources** par la mise en œuvre de réformes du financement de la santé, et mobilise des ressources supplémentaires pour la santé en favorisant l'augmentation des fonds publics et en alignant les ressources du secteur privé et celles des partenaires du développement.

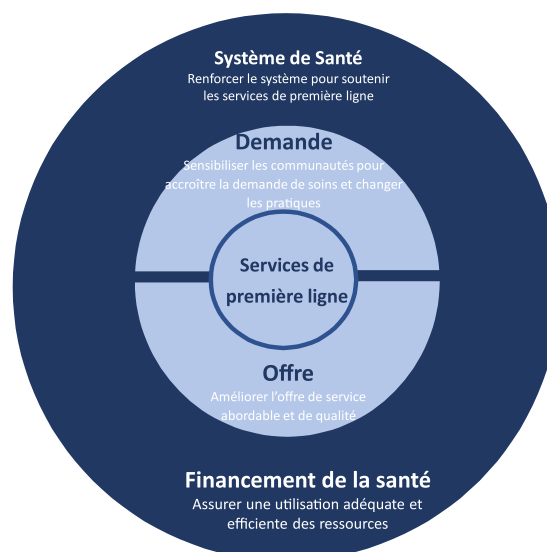
Le dossier d'investissement est une « nouvelle façon » de faire des affaires

4.3 Cadre

Les éléments du dossier d'investissement décrivent un ensemble cohérent de processus et d'interventions qui définissent « **quoi** » investir (interventions à haut impact), « **pour qui** » investir (la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent), « **où** » investir (dans les régions prioritaires) et « **comment** » investir (les stratégies).

Comme l'indique la figure 19, le dossier d'investissement met l'accent sur la mobilisation et l'affectation de ressources supplémentaires destinées à **des services de premières lignes situés dans des régions mal desservies**.

Figure 19: Dossier d'investissement de la Côte d'Ivoire



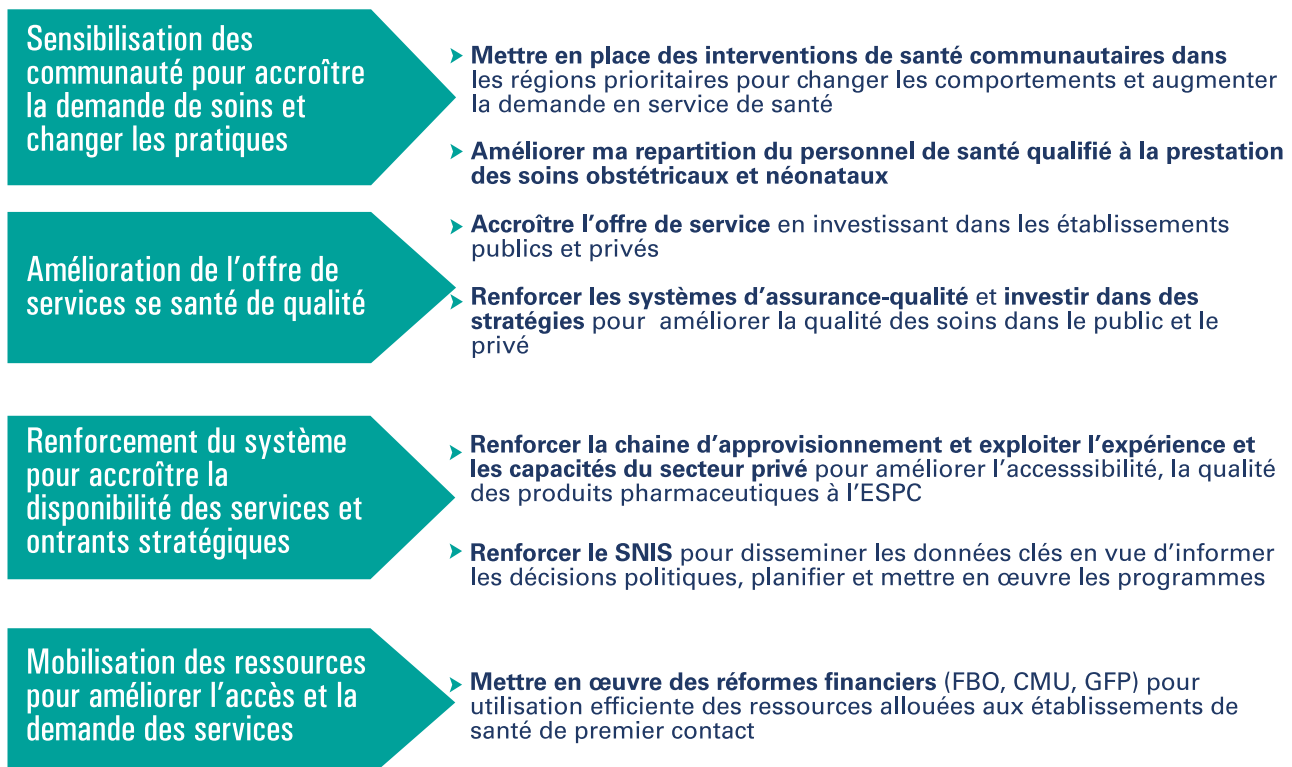
Le dossier d'investissement accorde la priorité aux **interventions du côté de la demande** qui façonnent la demande en offre complète de services de soins de santé primaires de la part des communautés dans les régions prioritaires et les encouragent à adopter des modes de vie sains. En outre, le dossier d'investissement vise à accélérer le développement de services de santé primaires de qualité fournis par des prestataires publics et privés par le biais d'un ensemble de prestataires de soins de santé primaires **grâce à des interventions du côté de l'offre**.

La rapide expansion de services de premières lignes, en particulier dans les régions mal desservies et où un plus grand nombre de difficultés sont constatées, **nécessite que de solides systèmes de santé** régissent les réseaux de prestation de services publics et privés, et que **des ressources appropriées soient déployées de manière efficiente et équitable**. Des aspects essentiels des systèmes de santé, tels que l'assurance de la qualité des prestataires publics et privés, l'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales nécessaires par les voies publiques et privées, et une meilleure utilisation des données sur les secteurs public et privé pour informer et guider la mise en œuvre de la stratégie associée au dossier d'investissement sont autant de propositions qui pourraient contribuer au succès des systèmes de santé. L'alignement des fonds des partenaires au développement, la mobilisation de ressources du secteur privé et de fonds publics supplémentaires sont autant d'interventions visant à assurer un financement adéquat pour le dossier d'investissement. Corrélativement, il est possible d'améliorer la rentabilité des fonds disponibles et supplémentaires par des réformes du financement de la santé telles que la gestion des finances publiques, les mécanismes d'achat stratégiques et de mise en commun et les partenariats public-privé.

4.4 Interventions

La stratégie du dossier d'investissement comprend un ensemble d'interventions cohérentes et complémentaires qui, ensemble, contribueront à la concrétisation de sa vision (voir la figure 20)

Figure 20: Interventions par axe stratégique



Interventions du côté de la demande

■ **Mettre en place des interventions de santé communautaires dans les régions prioritaires pour changer les comportements et augmenter la demande en services de santé**

Les principaux domaines d'intervention concernent : i) la mise en place et le développement d'un réseau d'agents de santé communautaire (ASC) et de leurs infirmiers superviseurs pour améliorer la couverture nationale en ASC ; ii) l'extension des services de santé communautaires (p. ex. nutrition, planification familiale, prévention du risque maternel et infantile, et dépistage des MNT, etc.) ; iii) des campagnes publiques de sensibilisation aux bienfaits du recours à des soins de santé en temps opportun et de promotion des modes de vie sains ; iv) des incitations financières accordées aux ASC pour l'excellence des performances et la qualité des services rendus ; et v) la mobilisation des dirigeants et organismes communautaires pour suivre les progrès et responsabiliser les prestataires de soins de santé en ce qui concerne la qualité et la réactivité des services répondant aux besoins de la collectivité.

Interventions du côté de l'offre

■ **Améliorer la répartition du personnel de santé qualifié à la prestation des soins obstétricaux et néonataux**

Pour atteindre cet objectif, les interventions se concentrent sur : i) le renforcement de la planification sectorielle des ressources humaines pour la santé (RHS) publiques et privées afin de former et déployer le personnel selon les besoins, en passant par le renforcement des systèmes de données ; ii) l'exploration de stratégies permettant d'engager des spécialistes du secteur privé tout en renforçant la capacité globale du secteur à former et déployer des cadres clés en RHS ; iii) le renforcement des capacités des secteurs public et privé en formation médicale afin de satisfaire les besoins des services de premières lignes ; iv) la formation, par une collaboration entre instituts publics et privés de formation médicale, du nombre souhaité de cadres RHS (p. ex. des infirmiers, des sages-femmes, des agents cliniques, des obstétriciens/gynécologues, des pédiatres, des techniciens de laboratoire, etc.) ; v) le déploiement rationnel du personnel des RHS tant public que privé dans les régions prioritaires ; et vi) l'engagement d'une réforme en vue d'une répartition rationnelle des tâches (transfert de tâches) entre les équipes de personnel de santé afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines disponibles pour la santé.

■ **Mobiliser le secteur privé de la santé pour accélérer le développement des services de premières lignes dans les régions prioritaires.** Pour mettre à profit le secteur privé de la santé, il convient de renforcer les capacités des secteurs public et privé afin qu'ils puissent devenir des partenaires à part entière engagés dans la réalisation des objectifs décrits dans le dossier d'investissement.

Dans cet esprit, les interventions visent à : i) encourager un dialogue constructif entre le public et le privé sur la mise en œuvre de la stratégie du dossier d'investissement, en renforçant le Comité de coordination du financement de la santé dans son rôle de mécanisme de dialogue et en aidant le secteur privé de la santé à parler d'une seule voix par la création d'une association-cadre ; ii) moderniser les politiques et systèmes du ministère de la Santé (citons par exemple l'agrément des établissements et des professionnels, l'assurance qualité et les agréments des institutions de formation médicales privées) pour renforcer sa capacité à gérer et superviser l'ensemble des activités du secteur privé de santé ; iii) améliorer la conjoncture économique (p. ex. accès à des financements possibles, réformes de réglementation économique, etc.) afin que le secteur privé puisse réagir à l'expansion rapide des services de premières lignes ; et iv) renforcer la capacité du ministère de la Santé à acheter des services et des produits du secteur privé selon différents mécanismes de financement (par exemple, le FBP, la CMU, le PPP).

Interventions au niveau du système de santé

■ **Améliorer le système et investir de manière stratégique pour améliorer la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des secteurs public et privé.** L'approche systémique de la qualité se concentre sur i) la réhabilitation des centres de santé et des hôpitaux du pays pour le respect des normes et procédures d'hygiène, de gestion des déchets, de stérilisation, de ressources matérielles et d'équipement médical ; la construction de 246 centres de santé et de 6 hôpitaux de niveau secondaire pour combler les disparités en matière d'accès ; ii) la formulation d'un plan directeur pour l'ensemble des infrastructures de santé publiques et privées ainsi que pour les équipements sous la responsabilité de la Direction des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance (DIEM) ; iii) le renforcement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence grâce à l'amélioration des systèmes, la formation du personnel, et des investissements en capital pour mettre à niveau et équiper les établissements publics ; iv) le renforcement du système de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) pour examiner et surveiller les décès maternels qui surviennent dans les établissements publics et privés ; v) le renforcement de la capacité opérationnelle aux niveaux des régions et des districts en vue de mettre en œuvre un système de qualité parmi les prestataires publics et privés grâce à des initiatives de collaboration en matière de qualité visant à impliquer plus activement la communauté ; et vi) le perfectionnement des systèmes de référence en investissant dans des transports d'urgence.

■ **Renforcer la chaîne publique d'approvisionnement et exploiter les chaînes d'approvisionnement du secteur privé pour garantir la disponibilité de matériel et médicaments de qualité et abordables pour subvenir aux besoins des services de premières lignes** dans les régions prioritaires. La démarche adoptée au niveau sectoriel consiste à i) accroître l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement publique en renforçant les capacités de différents éléments de la chaîne d'approvisionnement médical ; ii) examiner les solutions du secteur privé pour améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement publique en sous-traitant par exemple certaines composantes de la chaîne d'approvisionnement public ou en renforçant les capacités des laboratoires des hôpitaux publics par l'externalisation et la sous-traitance à des laboratoires privés ; iii) améliorer les systèmes du ministère de la Santé pour garantir la qualité des médicaments et la disponibilité des produits sanitaires par les canaux publics et privés ; iv) explorer les modèles public-privé innovants en Afrique subsaharienne pour faire parvenir le matériel au « dernier kilomètre » et consolider la chaîne d'approvisionnement nationale pour faciliter la livraison au dernier kilomètre ; v) encourager les politiques et conditions de marché favorables pour renforcer la croissance du secteur manufacturier local ; vi) supprimer les obstacles économiques aux médicaments et aux tests en laboratoire pour les consommateurs grâce à des coupons médicaux, des plans d'épargne santé, le recours à des pharmacies privées, et l'inclusion d'une assurance-médicaments dans la CMU, etc.

■ **Produire des données de qualité pour éclairer les décisions, les plans et la mise en œuvre des politiques en renforçant le système national d'information sanitaire.** Le ministère s'appuie sur le dossier d'investissement pour obtenir un système d'information sanitaire de qualité, cohérent, efficace et efficient accessible à tous d'ici 2028. Pour y parvenir, les interventions stratégiques suivantes sont mises en place dans le cadre du dossier d'investissement : i) le renforcement des cadres institutionnel, réglementaire et de gouvernance du SNIS en intégrant les contributions des parties prenantes concernées (par exemple de représentants d'autres ministères, du secteur privé de la santé, etc.) ; ii) la production et la mise à disposition de données de qualité dans les établissements sanitaires publics et privés ; iii) la diffusion à grande échelle d'informations sur la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans l'ensemble des secteurs public et privé ; et iv) le renforcement des capacités pour l'utilisation des données produites par le SNIS pour l'élaboration de politiques et la prise de décision. À l'instar d'autres domaines stratégiques, cette stratégie examine les possibilités de mettre à profit l'expertise du secteur privé en matière de technologies de l'information dans bien différents aspects de la conception, de la mise en œuvre et de la maintenance du SNIS.

Interventions au niveau du financement de la santé

- **Mettre en œuvre les réformes du financement de la santé pour garantir une utilisation efficiente et satisfaisante des ressources de santé.** Il convient de mettre en place certaines réformes importantes concernant le mode de financement du système afin de permettre au secteur de la santé de répondre à ces priorités. Ces réformes devront, une nouvelle fois, veiller essentiellement à garantir une offre suffisamment financée et engagée à la prestation de l'ensemble des services et à stimuler la demande en levant les obstacles financiers pour ceux qui sont le plus dans le besoin. Concrètement :
 - **Extension du financement basé sur la performance** : l'expérimentation dans les districts pilote du financement basé sur les résultats ayant donné des résultats positifs²⁹, la prochaine étape est d'intégrer ce mécanisme dans le système du gouvernement et de le reproduire à l'échelle du pays. Les prestataires — publics et privés — se verront attribuer des marchés pour assurer un ensemble de services de qualité. Cela permettra d'associer le financement des établissements à des réalisations mesurables et de veiller à ce que le secteur privé puisse être mandaté pour de la prestation de services sous réserve de respect des normes de qualité. Il conviendra d'harmoniser les différents flux de financements (ministère de la Santé, Caisse nationale d'assurance maladie) pour éviter des dysfonctionnements aux établissements devant gérer plusieurs postes budgétaires/incitations financières pour les différents ensembles de services.
 - **Mettre en œuvre la « Couverture maladie universelle »** : la mise en place progressive d'un régime d'assurance maladie obligatoire devrait permettre au système de santé d'être moins dépendant des dépenses effectuées directement par les ménages et d'évoluer vers des financements publics groupés ou prépayés. La CMU commencera par couvrir les indigents (par l'intermédiaire du financement public) et le secteur formel (via les impositions sur salaire). Son extension progressive au large secteur informel représentera un défi considérable. L'adoption à grande échelle de l'achat stratégique déterminera la base des activités d'achat du régime d'assurance, mais il conviendra d'y recourir de plus en plus pour garantir un approvisionnement le plus rentable possible à l'ensemble des services offerts par la CMU.
 - **La combinaison des achats stratégiques et de la CMU devrait améliorer significativement l'efficience du système et garantir que les ressources** parviennent aux premières lignes, mais cela impliquera de renforcer les fonctions intrinsèques de la **gestion des finances publiques**. Le passage d'un financement basé sur les intrants à un financement basé sur les résultats nécessitera des modifications dans la formulation du budget pour garantir qu'il soit aligné sur les priorités du secteur de la santé.

Une comptabilité analytique et des mesures de contrôle devront être mises en place pour faire en sorte que l'objectif de couverture de santé universelle puisse être atteint dans les limites d'un budget restreint. Il conviendra également de renforcer la capacité de gestion financière au niveau déconcentré pour veiller à ce que les ressources soient utilisées de manière efficiente pour la prestation de service.

4.5 Responsabilisation

Le Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS) a pour mandat de superviser la mobilisation des ressources pour financer du dossier d'investissement, le suivi des progrès de mise en œuvre du dossier d'investissement, et la responsabilisation des partenaires pour le succès dudit dossier d'investissement. Le PNCFS est un forum inclusif composé de représentants du gouvernement, du secteur privé, de la société civile et des partenaires au développement chargé notamment de :

- dégager un consensus sur les objectifs en matière de dépenses de santé et aligner les financements intérieurs et extérieurs autour de ceux-ci;

²⁹Revue mi-terme

- veiller à l'alignement des financements sur les stratégies de la santé définies dans le Plan national de développement (PND) et dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) ;
- mobiliser des ressources supplémentaires et encourager l'utilisation optimale des ressources allouées au secteur de la santé ;
- passer en revue les nouveaux investissements et les investissements extérieurs pour vérifier leur adéquation aux priorités nationales ; et
- suivre les progrès accomplis au titre des stratégies de la santé et mesurer l'efficacité et l'efficacités des ressources et des investissements en matière de santé.

5. INVESTISSEMENT ET IMPACT

5.1 Régions prioritaires

Le dossier d'investissement classe les régions par ordre de priorité pour veiller à ce que les fonds aillent aux régions qui en ont le plus besoin et garantir une utilisation équitable des ressources. Pour ce faire, le dossier d'investissement passe en revue plusieurs indicateurs (voir encadré) afin d'établir un score mesurant le « besoin ». Chaque indicateur a été qualifié de critique, faible ou acceptable en fonction de sa valeur par rapport aux objectifs nationaux. Les calculs prévoient un poids supplémentaire pour l'indice de pauvreté par souci d'équité.

Selon les critères de sélection, cinq (5) régions sont classées dans la catégorie **priorité N° 1 — affichent des besoins pressants et doivent être les premières à recevoir des financements pour les services en premières lignes**. Ces régions se situent dans le nord et à l'ouest du pays (voir graphique 3). En 2017, la population des régions de la catégorie **priorité N° 1 était estimée à 10 millions soit 40 % de la population totale du pays**. Trois (3) autres régions sont classées dans la catégorie **priorité N° 2 — besoins normaux**. Ces régions se situent principalement au sud et au centre du pays. La population de ces régions était estimée à 7 millions en 2017, soit 28 % de la population ivoirienne. Enfin, trois (3) régions regroupées à Abidjan et dans les zones alentours (au centre et à l'est) sont classées dans la catégorie **priorité N° 3 — besoins acceptables**. La population de ces régions est la plus dense et compte 7,6 millions d'habitants, soit 31 % de la population totale.

Indicateurs

- **Indicateurs d'impact** (par région) : Taux de mortalité infantile, taux de mortalité juvénile, taux de mortalité maternelle, taux de retards de croissance.
- **Indicateurs de processus** (par région) : Accouchements assistés par du personnel qualifié (%), réalisation de quatre consultations prénatales (%).
- **Indicateurs d'accès** (par région) : Distance d'un centre de santé inférieure à 5 km (%) et indice de pauvreté des ménages.

Figure 21: Distribution des régions prioritaires dans le pays

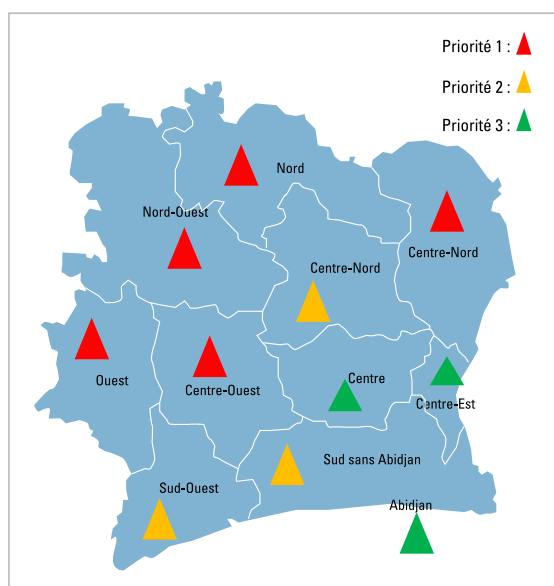


Tableau 1: Régions par ordre de priorité

Régions	Rang par ordre de priorité
Nord	1
Nord-Ouest	2
Centre-Ouest	3
Ouest	4
Nord-Est	5
Population totale : Priorité N° 1	10 013 549
Sud-Ouest	6
Centre-Nord	7
Sud sans Ville d'Abidjan	8
Population totale : Priorité N° 2	6 910 651
Centre	9
Centre-Est	10
Abidjan	11
Population totale : Priorité N° 3	7 646 846
Population totale de Côte d'Ivoire	24 571 046

5.2. Études des impacts selon différents scénarios

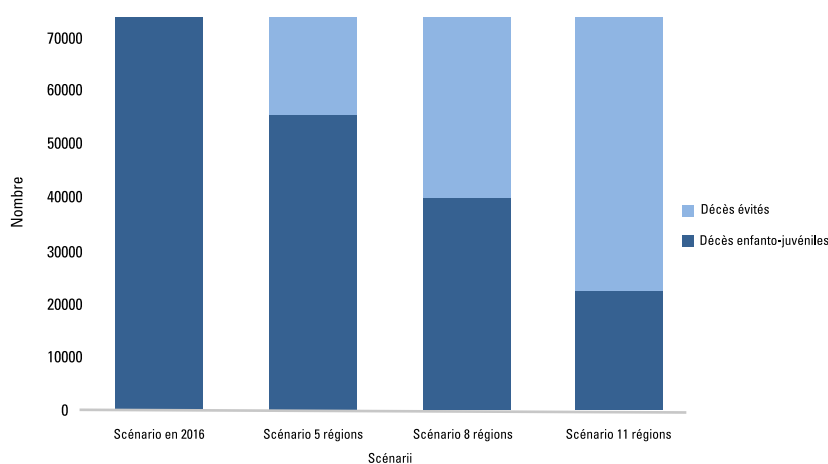
Le dossier d'investissement s'appuie sur EQUIST pour réaliser une analyse d'impact par scénario selon les régions prioritaires afin d'estimer le nombre de décès évités.

- **Scénario N° 1** : comprend 5 régions appartenant à la catégorie prioritaire N° 1 (besoin pressant) = 40 % de la population totale
- **Scénario N° 2** : comprend 8 régions appartenant aux catégories prioritaires N° 1 et N° 2 (besoin normal) = 68 % de la population totale
- **Scénario N° 3** : comprend les 11 régions appartenant aux catégories prioritaires N° 1, N° 2 et N° 3 (besoin acceptable) = 100 % de la population totale

Le modèle EQUIST a estimé le nombre de décès maternels et d'enfants de moins de cinq ans évités si les obstacles opérationnels et à l'équité identifiés à la section 3 étaient supprimés.

La figure 22 montre que 74 649 décès d'enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés en 2016. L'outil EQUIST a déterminé que près de 18 110 décès pourraient être évités chaque année dans le cadre du scénario N° 1 par rapport au niveau de 2016, soit une baisse de 24 % des décès. Ce chiffre passe de 18 110 à 34 146 décès évités chez les enfants de moins de cinq ans dans le cadre du scénario N° 2. Enfin, le **scénario N° 3 montre que le nombre de décès évités d'enfants de moins de cinq ans pourrait atteindre 51 871 par an, soit une baisse de près de 70 %, par rapport au niveau de 2016 (74 649 décès).**

Figure 22: Décès infanto-juvénile évités selon le scénario



L'outil EQUIST montre qu'investir dans les services de premières lignes et dans les systèmes nécessaires à l'ensemble du pays entraînera une baisse importante du nombre de décès maternels et des moins de 5 ans.

Les décès maternels devraient suivre les mêmes tendances selon l'outil EQUIST. D'après les calculs de l'outil EQUIST, 388 décès maternels pourraient être évités chaque année dans le cadre du scénario N° 1 par rapport au niveau de 2016, 1 373 décès selon le scénario N° 2 et 2 553 décès d'après le scénario N° 3 qui couvre les 11 régions.

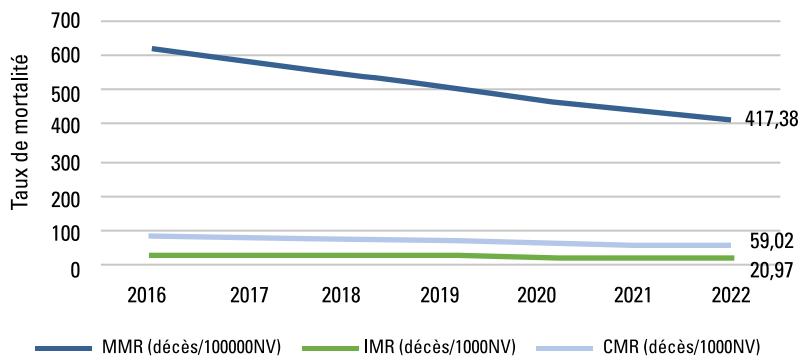
Le graphique 23, obtenu avec l'outil ONEHEALTH, prévoit la baisse des taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle dans le cadre du scénario N° 3 (population totale), d'ici 2022. Les estimations indiquent :

- La baisse du taux de mortalité infantile de 27 % pour atteindre 21 décès pour 1 000 naissances vivantes
- La baisse du taux de mortalité infanto-juvénile de 25 % pour atteindre 59 décès pour 1 000 naissances vivantes

- La baisse du taux de mortalité maternelle de 24 % pour atteindre 417 décès pour 100 000 naissances vivantes

Mettre en œuvre la stratégie du dossier d'investissement couvrant l'ensemble de la population accélérera les efforts déployés par les autorités nationales pour atteindre les objectifs décrits dans le PNDS (voir encadré).

Figure 23:: Impact des interventions en fin du 2022



CIBLES DU PNDS (D'ICI 2020)

Mortalité infantile (IMR) : 41 pour 1 000 naissances vivantes

Mortalité infanto-juvénile (CMR) : 66 pour 1 000 naissances vivantes

Mortalité maternelle (MMR) : 499 pour 100 000 naissances vivantes

5.3 Investissements nécessaires

Le dossier d'investissement a évalué le coût de mise en œuvre de la stratégie pour l'**ensemble du pays (priorité 3)** : les 11 régions) sur quatre ans, de 2020 à 2023. L'exercice budgétaire a été réalisé pour correspondre au cycle budgétaire du ministère à partir de janvier 2020. L'ensemble des budgets de l'année civile 2019 ont été intégrés à l'exercice 2020 pour parvenir à cet ajustement. La première année du budget (Ex. 2020) chiffrée à 547 milliards est donc plus élevée que les années suivantes.

L'investissement nécessaire requis sur quatre ans s'élève à 1 413 milliards de FCFA. Le coût annuel moyen du dossier d'investissement s'élève à 353,25 milliards de FCFA, sur quatre ans.

Méthodologie d'établissement des coûts : les coûts du dossier d'investissement ont été réalisés par des sous-commissions composées de représentants de l'État, du secteur privé, des partenaires au développement et de la société civile. Chaque sous-commission a utilisé une méthode d'estimation des coûts des activités des différents domaines prioritaires. Les informations tirées des plans stratégiques nationaux, telles que la stratégie de santé communautaire ou celle des ressources humaines pour la santé, ont été directement intégrées au document.

Le coût annuel du dossier d'investissement varie entre 312 milliards en 2021 et 279 milliards en 2023. L'investissement pour la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé, les infrastructures de la chaîne d'approvisionnement publique, l'infrastructure informatique soutenant le SNIS et la formation et le recrutement des ressources humaines additionnelles sont autant de facteurs expliquant ces fluctuations. **Le financement total nécessaire au dossier d'investissement sur quatre ans (2020–23) se chiffre à 1 413 milliards de francs CFA.**

Tableau 2: Coût du Dossier d'Investissement par priorité d'intervention et par an

Priorités du dossier d'investissement	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Année 2023	Total 2020 - 2023
Mobiliser les communautés	12 803 906 298	5 070 393 189	5 859 414 633	8 011 349 670	31 745 063 790
Accroître/déployer de manière efficiente les ressources humaines du secteur de la santé	28 074 471 110	8 414 520 933	1 386 535 320	113 056 580	37 988 583 943
Mobiliser le secteur privé	2 471 954 335	1 648 368 335	1 621 368 335	392 650 000	6 134 341 005
Garantir la qualité des soins de santé primaire	301 211 751 016	189 851 785 507	189 354 360 507	188 633 620 507	869 051 517 537
Garantir des médicaments de qualité à un coût abordable	130 782 769 819	55 966 630 923	37 592 202 323	36 352 228 468	260 693 831 533
Améliorer la qualité des données pour la prise de décision	52 425 162 937	37 187 474 585	12 858 723 673	13 218 266 516	115 689 627 711
Augmenter/utiliser les ressources pour la santé de manière efficiente	19 642 741 036	14 236 310 762	26 191 124 332	13 218 266 516	92 017 695 612
Total	547 412 756 551	312 375 484 234	274 863 729 123	278 668 691 223	1 413 320 661 131

Le coût moyen annuel du dossier d'investissement est estimé à près de 353,25 milliards de francs CFA sur quatre ans.

5.4 Ressources disponibles

Une cartographie des ressources a été réalisée en collectant des données financières provenant des autorités nationales et des partenaires au développement. Sur cette base l'ensemble des postes de dépense connus dans le secteur de la santé a été estimé. Notons que la cartographie des ressources ne tient pas compte des contributions (financières ou en nature) du secteur privé ivoirien et des ménages. L'analyse couvre les réalisations pour la période 2016–18 et les annonces des partenaires pour la période 2019-2020. Elle présente les principales sources et priorités de financement du secteur de la santé. Des informations détaillées sur cette analyse sont disponibles dans un rapport distinct.

Figure 24: Fonds investi dans la santé par source de financement de 2016 à 2018

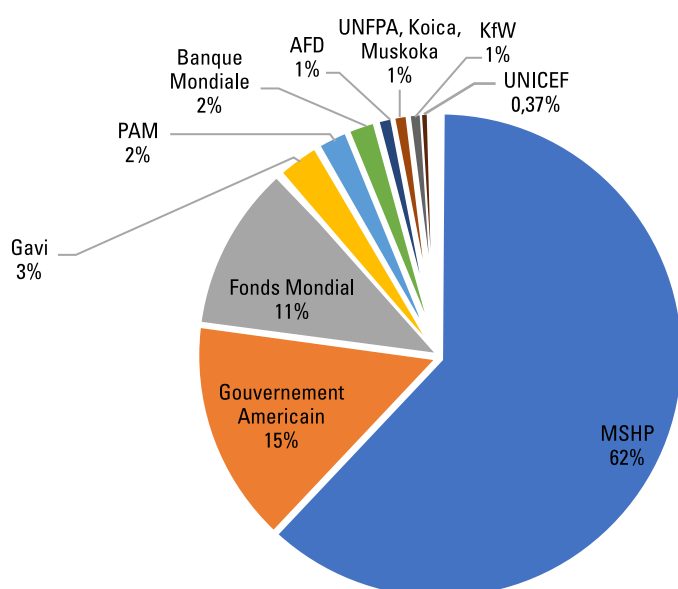


Tableau 3 : les dix premiers investisseurs dans le secteur de la santé entre 2016-2018

	Total 2016-2018	%
MSHP	801 255 887 136	62,05%
Gouvernement Américain	194 590 861 807	15,07%
Fonds Mondial	146 641 167 141	11,36%
Gavi	40 609 131 691	3,14%
PAM	28 523 357 388	2,21%
Banque mondiale	25 992 303 787	2,01%
AFD	14 363 108 305	1,11%
UNFPA, Koica, Muskoka	12 749 679 800	0,99%
KfW	11 759 890 243	0,91%
UNICEF	4 740 517 469	0,37%

Figure 25: Financement annoncé par les partenaires de 2019 à 2020

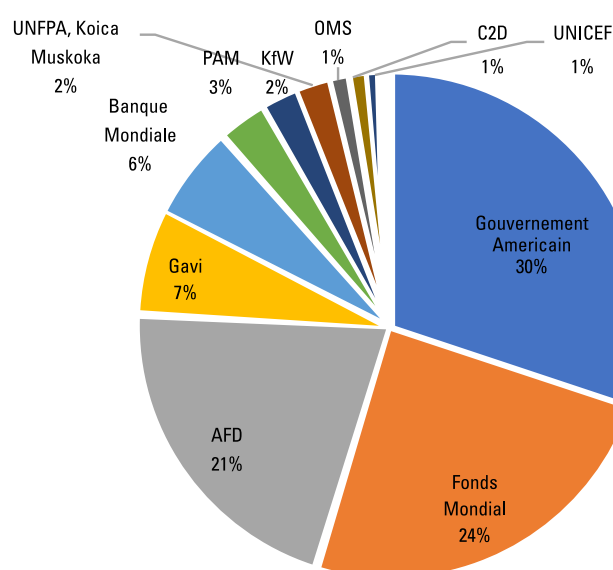


Tableau 4 : Financement annoncé par les partenaires entre 2016-2018 (dix premiers)

	Total 2019-2020	%
Gouvernement Américain	149 059 363 243	30,22%
Fonds Mondial	120 746 450 198	24,48%
AFD	103 268 293 121	20,94%
Gavi	34 112 555 777	6,92%
Banque mondiale	29 197 089 769	5,92%
PAM	15 455 378 250	3,13%
KfW	12 113 159 914	2,46%
UNFPA, Koica, Muskoka	10 560 000 000	2,14%
OMS	5 858 254 875	1,19%
C2D	5 565 044 838	1,13%

De 2016 à 2018, l'État a été **la principale source de financement du secteur ivoirien de la santé : le budget du ministère de la Santé représentait 62 %**. Le Gouvernement Américain a été le deuxième investisseur (15 %) dans le secteur de la santé et le Fonds mondial se place en troisième position (11 %). Les contributions des autres partenaires du développement représentent moins de 12 % du budget. Durant la période 2016-2020, environ 79 % des financements des partenaires au développement sont liés à un domaine prioritaire du dossier d'investissement. Les trois principales activités des programmes des partenaires au développement qui correspondent le plus aux priorités du dossier d'investissement sont les suivantes : i) élargissement et amélioration des services de soins de santé primaires (404 milliards de francs CFA), ii) amélioration de la santé communautaire en mettant l'accent principalement sur la nutrition (154 milliards) et iii) renforcement de la capacité des services publics à fournir des médicaments aux programmes « verticaux » (147 milliards).

L'analyse du budget de l'Etat pour la santé sur la période 2016-2018, montre que 25% de ce budget est investi dans les domaines prioritaires du dossier d'investissement.

Ainsi, sur cette base de 25% des ressources de l'Etat et 79% des ressources des partenaires au développement, des projections de mobilisation des ressources ont été réalisées. Cependant, même si ces ressources sont disponibles, il s'agit des ressources potentielles et rien ne garantit nécessairement leur allocation aux priorités du dossier d'investissement.

5.5 Estimation des déficits de financement

Le montant total nécessaire pour financer le dossier d'investissement s'établit à 1 413 milliards de francs CFA. L'analyse du gap de financement repose sur le postulat que l'Etat poursuivra son rôle régalien de financement de la santé, en suivant les tendances actuelles qui estiment à 5% la croissance annuelle du budget des administrations publiques à la santé, et une allocation de 25% de ce budget aux priorités du dossier d'investissement. Par ailleurs, le postulat repose également sur l'imprévisibilité du financement des partenaires techniques et financiers, et place donc ce financement à un niveau nul. **Cette analyse du gap de financement montre qu'il faudrait mobiliser 1059 milliards de FCFA sur quatre ans pour le financement des priorités nationales.**

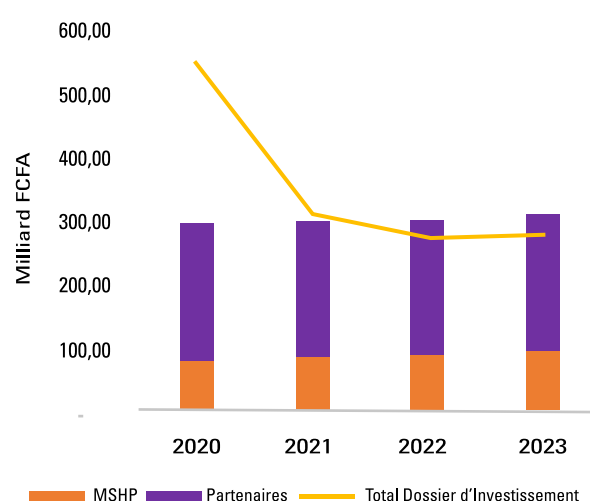
Le dossier d'investissement a entrepris une analyse de scénario pour identifier des stratégies pour combler le déficit de financement. Ces scénarios se fondent sur la mise en œuvre des interventions dans les 11 régions statistiques (option 3 de la priorisation des interventions qui correspond à une couverture totale du pays).

- **La première hypothèse** propose un **scénario de référence** pour l'analyse suivant lequel les fonds de l'État alloués à la santé continueront d'augmenter suivant leur niveau actuel de 5 %, les partenaires au développement s'engageant à mobiliser des ressources pour la santé à un niveau au moins égale à celui de l'année 2019, avec une allocation d'au moins 79% aux priorités définies dans le DI.
- **La seconde hypothèse** simule un **scénario réaliste** reflétant l'engagement du Premier ministre à augmenter chaque année le budget national alloué à la santé de 15 %³⁰ et les partenaires au développement s'engageant à mobiliser des ressources pour la santé à un niveau au moins égale à celui de l'année 2019, avec une allocation d'au moins 79% aux priorités définies dans le DI.
- **La troisième hypothèse** présente un **scénario optimiste** selon lequel le budget national augmente de 25 % chaque année jusqu'à ce qu'il atteigne 14 % alloué à la santé d'ici à 2024 et les partenaires au développement s'engageant à mobiliser des ressources pour la santé à un niveau au moins égale à celui de l'année 2019, avec une allocation d'au moins 79% aux priorités définies dans le DI.

Ces scénarios se fondent sur différentes hypothèses et sur les données disponibles. Premièrement ils ne prennent pas en compte les contributions des ménages et du secteur privé, car ces données n'ont pas été recueillies lors de la cartographie des ressources. Deuxièmement, en ce qui concerne les budgets de l'État et des partenaires au développement, seuls ceux qui concernaient les activités du dossier d'investissement ont été pris en compte. Donc ont été exclus les financements consacrés aux salaires, les coûts de fonctionnement, ainsi que ceux concernant les autres interventions de santé. Enfin, les gains potentiels en efficacité ou les possibilités de réaffecter les financements n'ont pas été intégrés dans ces scénarios. L'année de référence retenue pour les projections gouvernementales est 2018 ; pour celles des partenaires du développement, l'année de référence est 2019.

Le **scénario de référence** prévoit une augmentation annuelle de 5 % de la contribution de l'État qui passerait de 83 milliards de francs CFA en 2020 à 95 milliards en 2023. Les contributions des partenaires au développement se chiffreront à 210 milliards de francs CFA par an. Les contributions totales de l'État représenteront 355 milliards sur cette période 2020-2024, et celles des partenaires au développement s'élèveront à 842 milliards de francs CFA. Selon le premier scénario, le déficit de financement sera de 217 milliards de francs CFA. Conclusion : l'État aussi bien que les partenaires au développement devront accroître leurs niveaux de financement.

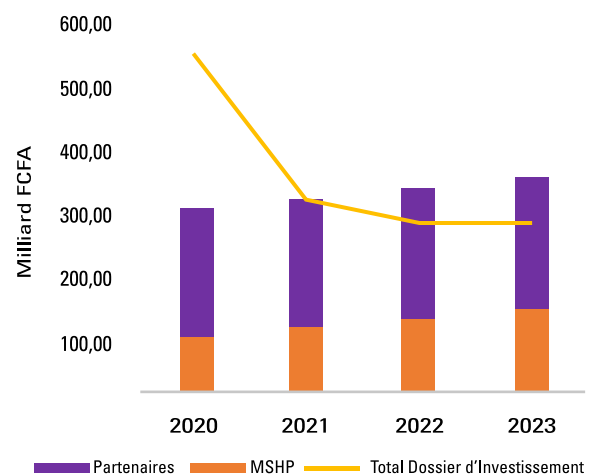
Scénario #1 : Scénario de référence



³⁰ « Les dirigeants mondiaux engagent 1 milliard de dollars pour transformer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents les plus pauvres du monde » <http://www.banquemonde.org/fr/news/press-release/2018/11/06/world-leaders-pledge-us1-billion-to-transform-health-and-nutrition-of-worlds-poorest-women-children-and-adolescents>

Le **scénario réaliste** propose une augmentation de 15 % par an des contributions de l'État pour passer de 91 milliards de francs CFA en 2020 à 138 milliards en 2023. Pendant cette période, le niveau d'investissement des partenaires au développement reste au même niveau de 210 milliards par an. Les contributions de l'État s'élèveraient à 452 milliards de francs CFA et celles des partenaires au développement à 842 milliards pendant cette période. Le deuxième scénario fait apparaître un déficit de 118 milliards. Conclusion : l'État aussi bien que les partenaires au développement devront accroître leurs niveaux de financement.

Scénario #2 : Scénario réaliste



Enfin, le **scénario optimiste** prévoit une croissance de 25% du budget de la santé et une augmentation de ce budget qui atteindrait 14% à l'horizon 2024. Le budget des partenaires au développement restant constant sur la période, en référence à l'année 2019. Les investissements de l'État passeront de 99 milliards FCFA en 2020 à 193 milliards de francs CFA en 2023. Ceux des partenaires au développement resteront au même niveau de 221 milliards par an tel que relevé dans les scénarios précédents. L'ensemble des contributions de l'état pour cette période s'élève à 568 milliards de francs CFA et celui des partenaires du développement à 842 milliards de francs CFA. **Le scénario 3 permet de couvrir les besoins d'investissement du DI. Il place ainsi le pays au niveau des objectifs d'Abuja, au même niveau que ce que réalise par exemple le Burkina Faso actuellement.**

Scénario #3 : Scénario optimiste

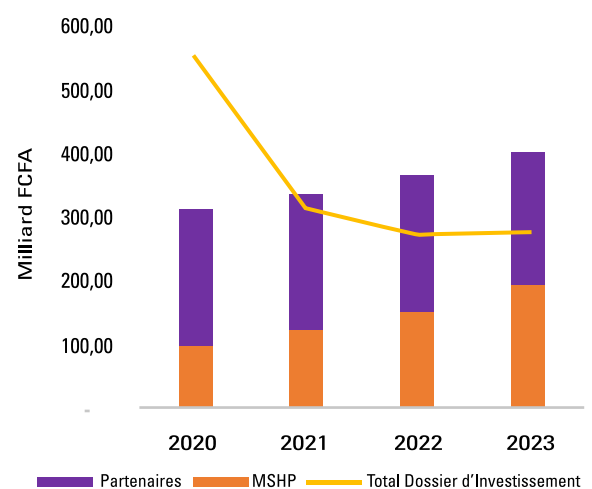
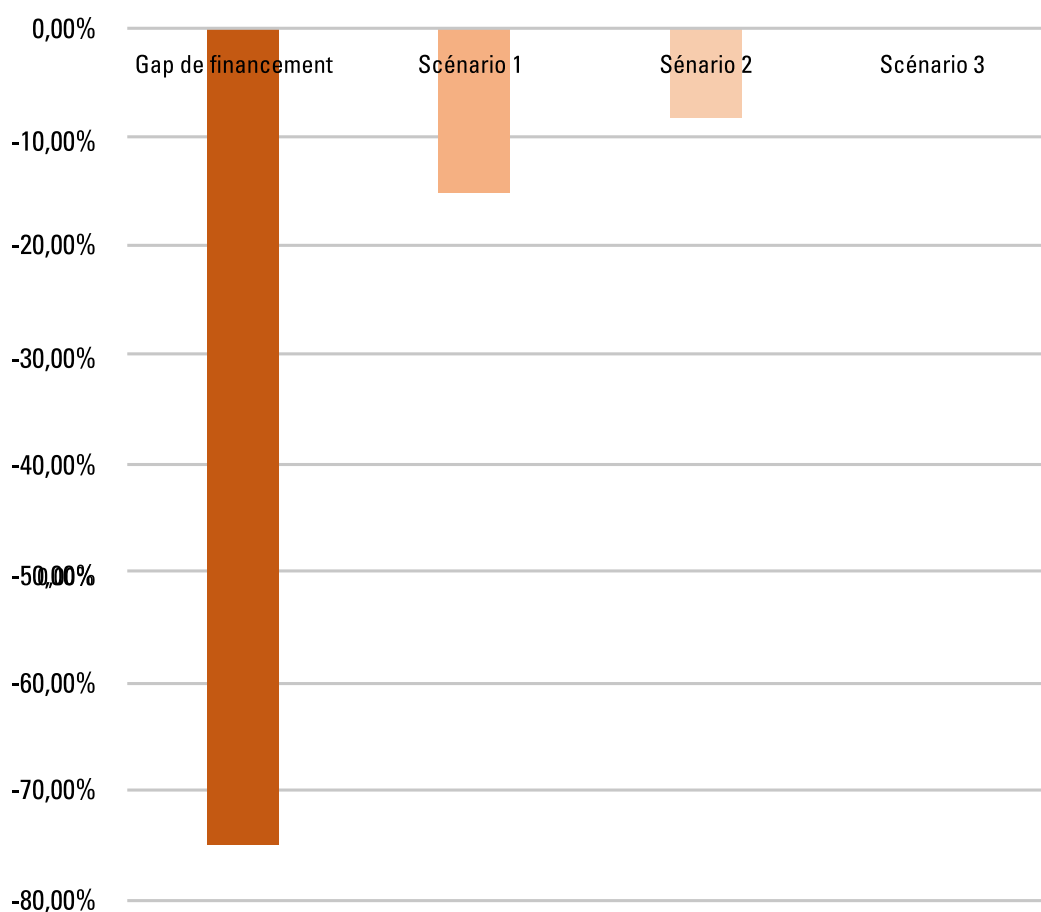


Figure 26 : Excédent/déficit total prévu par scénario



5.6 Choix stratégiques d'investissement

L'analyse de l'exercice budgétaire et du scénario propose un cadre aux décideurs, aux partenaires du secteur privé et au développement pour faire des choix stratégiques sur la manière d'investir leurs ressources. Selon l'exercice budgétaire, le dossier d'investissement exigera environ 1 413 milliards de francs CFA sur les quatre prochaines années pour la mise en œuvre des approches novatrices définies dans la Stratégie qui transformera le secteur de la santé ivoirien. Bien que l'État et les partenaires au développement investissent déjà considérablement dans le secteur de la santé, ces investissements ne suffisent pas pour accélérer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle. Le dossier d'investissement dresse un plan pour des investissements supplémentaires qui amélioreront l'accès à des services de premières lignes tout en luttant contre les inégalités qui marquent le système de santé et en utilisant plus rentablement les ressources. Comme le montre l'analyse des scénarii de financement, le dossier d'investissement exigera de l'État et des partenaires au développement qu'ils réalignent leurs financements vers les services de premières lignes et réunissent des ressources complémentaires, principalement de la part du gouvernement ivoirien.

Financer le dossier d'investissement nécessitera que l'ensemble des partenaires — autorités nationales, secteur privé et partenaires au développement — alignent leurs ressources vers les soins de santé primaires et mobilisent des financements supplémentaires, principalement de la part du gouvernement.

6. BIBLIOGRAPHIE

Silwe, S. (2018). *La santé, un service de base difficilement accessible aux Ivoiriens économiquement faibles*. Afrobarometer.

Barber, R.M. et al, 2017. *Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study* 2015. The Lancet 390, 231–266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8).

DHS 2010-2011. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Institut national de la statistique et ministère d'État, ministère du Plan et du Développement. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012*

Institute of Statistics of Cote d'Ivoire, 2015. *Living Standards Measurement Survey*.

Kruk, M.E., Gage, A.D., Joseph, N.T., Danaei, G., García-Saisó, S., Salomon, J.A., 2018. *Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries*. The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

Martine Alles, Simone Eussen, Odile Ake-Tano, *Situational Analysis and Expert Evaluation of the Nutrition and Health Status of Infants and Young Children in Five Countries in Sub-Saharan Africa*. International Food and Nutrition Foundation. Food and Nutrition Bulletin. September 2013. <https://doi.org/10.1177/156482651303400301>.

MICS, 2016. Ministère du Plan et du Développement. *La situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire enquête à indicateurs multiples 2016* - MICS5

IHME, 2017

Ministère de la Santé de la Côte d'Ivoire, 2017. *Annual Report on the Health Information System*.

OMS, 2015. *Évaluation de la préparation et de la disponibilité des services*.







FINANCEMENT
INVESTISSEMENT
SANTÉ

FINANCEMENT
DE LA SANTÉ

DOSSIER D'INVESTISSEMENT

2020-2023